

Organizadores
Evanisa Helena Maio de Brum
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Silvana Maria Blascovi-Assis

Saúde e Educação na Sociedade Contemporânea:

Investigação Científica e Retorno Social

Organizadores
Evanisa Helena Maio de Brum
Luiz Renato Rodrigues Carreiro
Silvana Maria Blascovi-Assis

Saúde e Educação na Sociedade Contemporânea:

Investigação Científica e Retorno Social

Apoio Financeiro:

Auxílio CAPES PROEX Nº 0426/2021, Processo Nº 23038.006837/2021-73

EDITORA  **CSMAC**

Maceió | Alagoas | 2022

© Evanisa Helena Maio de Brum



Reitor

Dr. João Rodrigues Sampaio Filho

Vice-reitor

Prof. Dr. Douglas Apratto Tenório



Presidência: Prof. Dr. Douglas Apratto Tenório

Conselho Editorial

Profa. Dra. Claudia Cristina Silva Medeiros
Prof. Dr. Fernando Sérgio Tenório de Amorim
Prof. Dr. Fernando Wagner da Silva Ramos
Prof. Dr. Giulliano Aires Anderlini
Prof. Dr. Jorge Luiz Gonzaga Vieira
Prof. Dr. José Rodrigo de Araújo Guimarães
Prof. Me. Sérgio Venancio da Silva

Coordenação Editorial: José Rodrigo de Araújo Guimarães

Assessor Editorial: Sebastião Medeiros

Assistente Editorial: Cibelle Araújo e Oliveira

Revisão ortográfica: Maria Luzimar

Capa: Vania Amorim

Diagramação: Ed Vasconcelos

Catálogo na Fonte

Departamento de Tratamento Técnico

Bibliotecário responsável: Evandro S. Cavalcante CRB 1700

S255

Saúde e educação na sociedade contemporânea: investigação científica e retorno social / Organização Evanisa Helena Maio de Brum, Luiz Renato Rodrigues Carreiro, Silvana Maria Blascovi-Assis. – Maceió: Editora do CEsMAC, 2022.

147 p. : il. ; PDF ; 3,3 MB

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-84747-46-3 (Recurso digital)

I. Saúde. 2. Educação. 3. Investigação científica. 4. Retorno social. I. Brum, Evanisa Helena Mario de. II. Carreiro, Luiz Renato Rodrigues. III. Blascovi-Assis, Silvana Maria. IV. Título.

CDU: 616:37

Direitos desta edição reservados à:

Editora CEsMAC

Fundação Educacional Jayme de Altavila.

Rua Cônego Machado, 917, Farol - Maceió AL. - CEP.: 57.051-160

Fone: 082 3215-5094 | editora.cesmac.edu.br

Sumário

Apresentação 7

Prefácio 9

CAPÍTULO 1:

**DIÁLOGOS DA PSICOLOGIA ESCOLAR E
NEUROPSICOLOGIA SOBRE INCLUSÃO E SUA
RELAÇÃO COM A VULNERABILIDADE SOCIAL 11**

Marcos Vinícius de Araújo, Bruno Gustavo Lins de Barros e
Luiz Renato Rodrigues Carreiro

CAPÍTULO 2:

**PERSPECTIVA PEDAGÓGICA EM RELAÇÃO À
INCLUSÃO ESCOLAR 26**

Miriam Segin

CAPÍTULO 3:

**O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E O
PROFISSIONAL DA SAÚDE 47**

Thyacia Maria Cerqueira de Farias, Alessandra Nascimento
Pontes, Noemi Mello Loureiro Lima, Maria Eloísa Famá
D'Antino e Decio Brunoni.

CAPÍTULO 4:

O DESFRALDE NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN: ASPECTOS RELACIONADOS AO TREINAMENTO ESFINCTERIANO 62

Renata Sampaio Rodrigues Soutinho, Fabiana Cavalcante Viana Barros Sales, Hugo Souza Bittencourt, Isis Nunes Veiga, Ana Grasielle Dionísio Corrêa, Evanisa Helena Maio de Brum, Silvana Maria Blascovi-Assis

CAPÍTULO 5:

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS E TRATAMENTO FISIOTERAPEUTO EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: PROPOSTA DE NOVAS INVESTIGAÇÕES PARA INTERVENÇÃO 76

Hugo Souza Bittencourt, Aloisio Oliveira Ramos, Fabiana Cavalcante Viana Barros Sales, Isis Nunes Veiga, Balbino Rivail Ventura Nepomuceno Júnior, Renata Sampaio Rodrigues Soutinho, Ana Grasielle Dionísio Corrêa, Silvana Maria Blascovi-Assis

CAPÍTULO 6:

COMUNIDADES QUILOMBOLA NA PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL 92

Janne Eyre Araújo de Melo Sarmiento, Cláudio Jorge Gomes de Moraes, Paulo Guirro Laurence, Elisa Macedo Dekaney e Elizeu Coutinho de Macedo

CAPÍTULO 7:

SOCIEDADE, CULTURA E MUSICALIDADE QUILOMBOLA NO SUDESTE E NORDESTE BRASILEIRO 109

Cláudio Jorge Gomes de Moraes, Janne Eyre A. de Melo Sarmiento e Elisa Macedo Dekaney.

CAPÍTULO 8:	
SOCIABILIDADE E PERTENCIMENTO QUILOMBOLA NO NORDESTE BRASILEIRO	124
Autores:	
Cláudio Jorge Gomes de Moraes, Janne Eyre A. de Melo Sarmiento e Evanisa Helena Maio de Brum	
Sobre os autores colaboradores	138
Índice remissivo	146

Apresentação

Douglas Apratto Tenório¹

Esta obra “Saúde e Educação na Sociedade Contemporânea” traz a contribuição dos doutorandos do DINTER CESMAC/Universidade Mackenzie com temas tratados no período do curso *Stricto Sensu* interinstitucional.

É uma edição muito especial para o CESMAC, fruto de um exitoso trabalho de parceria com uma das mais conceituadas universidades brasileiras, a Universidade Presbiteriana Mackenzie. Alegria-nos que esse Doutorado conjunto, acabou se consolidando como um verdadeiro somatório de importantes pesquisas. Uma prova inquestionável que o sucesso acadêmico pode ser feito compartilhando esforços de duas instituições universitárias, afinal somos passageiros de um mesmo barco, a educação brasileira.

A Universidade Mackenzie já ultrapassou os seus 150 anos de existência. O CESMAC completa o seu cinquentenário em 2023. São duas agremiações universitárias que têm história e reconhecimento de suas ações junto à sociedade brasileira. Uma trajetória que reúne excelência acadêmica e pedagógica na construção do futuro.

Os vários trabalhos reunidos neste livro são um belo motivo para comemoração e, ao entregar os diplomas dos doutorandos do curso DINTER em Distúrbios do Desenvolvimento teremos orgulho de dizer que superamos tempos difíceis em plena pandemia do COVID-19.

¹ Vice-Reitor do CESMAC

Mostramos do que os nossos professores e pesquisadores são capazes de fazer, indicando estudos e alternativas para difícil conjuntura social do Brasil. Ineditismo, alternativas para inclusão social, debate de matérias desafiadoras do século 21, doutorandos à frente do seu tempo, sabemos que as nossas duas universidades têm por missão produzir, multiplicar e recriar o saber coletivo, comprometidos também com a excelência pedagógica, com a inclusão social, a utopia e a produção de conhecimento úteis para a sociedade.

Maceió, 21 de fevereiro de 2022

Prefácio

Apresentamos com satisfação o livro intitulado “Saúde e Educação na Sociedade Contemporânea: Investigação Científica e Retorno Social”, que reúne temas discutidos no Simpósio TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO: uma discussão interdisciplinar, ocorrido nos dias 25 e 26 de fevereiro de 2021. Esse evento representa uma das ações vinculadas ao Doutorado Interinstitucional em Distúrbios do Desenvolvimento do Centro Universitário Cesmac em parceria com Universidade Presbiteriana Mackenzie.

O Simpósio interdisciplinar contou com a participação dos docentes e discentes do Dinter, com palestras e mesas que tiveram como objetivo debater temas relacionados aos trabalhos de pesquisa desenvolvidos pelo grupo.

Um projeto de doutorado é sempre um grande desafio. Uma proposta interinstitucional pode ser ainda mais desafiadora, considerando as distâncias físicas entre as instituições parceiras e, no caso específico, ter sido atravessado por um período de Pandemia como a da Covid-19, com todos os impactos na saúde física, mental, nas esferas econômicas e sociais. Foram muitas as necessidades de adaptações e estratégias para enfrentamento de todos os desafios em andamento.

O livro é publicado sob a forma de acesso aberto, política adotada para aumentar a visibilidade de nossos trabalhos e tornar o texto acessível a um maior número de leitores. O projeto iniciado em 2018

formará novos doutores, docentes do Centro Universitário Cesmac. Parabéns a todos que acreditaram nesse desafio. Gestores, Docentes e principalmente, os novos Doutores!

Os organizadores

Evanisa Helena Maio de Brum

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Silvana Maria Blascovi-Assis

CAPÍTULO 1

DIÁLOGOS DA PSICOLOGIA ESCOLAR E NEUROPSICOLOGIA SOBRE INCLUSÃO E SUA RELAÇÃO COM A VULNERABILIDADE SOCIAL

Marcos Vinícius de Araújo

Bruno Gustavo Lins de Barros

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

A inclusão escolar é um tema fundamental discutido pelas pessoas que trabalham por uma educação de qualidade e para todos. Neste grupo, dentre outros profissionais, estão os pedagogos, psicólogos escolares e, mais recentemente, os neuropsicólogos, especialmente aqueles que têm seu foco no estudo do desenvolvimento infantil. Para a ampliação desse debate, faz-se necessário estreitar os diálogos entre a psicologia escolar e neuropsicologia sobre inclusão e sua relação com a vulnerabilidade social.

A educação tradicional, que influenciou todo o sistema educacional ocidental, surge no início da Idade Média, tendo sua origem nas escolas monásticas, que visavam formar os filhos dos nobres para a vida religiosa. É fruto desse modelo que o processo formal de educação no Brasil se inicia em 1551 com a chegada da Companhia de Jesus, o que deixa à cargo da igreja católica a educação formal, tendo como objetivo principal o processo de catequização daqueles que se encontravam em terras brasileiras. Apenas em 1758, com a Reforma Pombalina nas colônias portuguesas, que vem à tona o pensamento de que a educação é um direito de todos e dever do Estado. Todavia, a influência religiosa na educação terá importante papel no sistema educacional brasileiro até os dias de hoje, embora a educação como função do Estado no Brasil tenha um caráter laico (1).

A Psicologia constitui-se, enquanto área própria do conhecimento, na segunda metade do século XIX, período que coincide com o surgimento da escola nova, no final do século XIX, existindo estreita relação entre a Psicologia e a Pedagogia na busca dos motivos pelos quais a criança não aprende. De um modo geral, a responsabilização por esse processo se deu na perspectiva de buscar na criança os motivos por ela não aprender. A influência da Escola Nova trouxe aspectos positivos, como a valorização do indivíduo e o respeito à diversidade, e negativos, como manter e ampliar a elitização do ensino focado no estudante. Embora existam registros de discussões desde o século XIX, é apenas com a Constituição cidadã de 1988 que a discussão sobre inclusão começa a ganhar destaque na sociedade brasileira (2).

A psicologia educacional no Brasil tem início no século XX, com forte influência das correntes de pensamento da Europa e EUA. Apenas na segunda metade do século XX, a Psicologia Escolar começa a tentar romper com este modelo consolidado, buscando um olhar que vá além da criança, sua família ou da professora, enquanto responsáveis pelas dificuldades para aprender (3). A partir de 1990, consolidam-se as elaborações de políticas públicas no campo da educação que buscam combater a exclusão social, que ocorria através dos altos índices de repetência existentes, do abandono da escola e da dificuldade de acesso da pessoa com deficiência.

Nos dias atuais, vivemos no contexto de educação para todos, embora nem sempre as condições ideais estejam presentes (4). Percebe-se que a forma hierarquizada de implementação das políticas públicas ainda é uma constante. Muitas vezes, também não se consideram as contribuições de quem está no dia a dia da escola na elaboração dessas políticas, além de falta de infraestrutura para a efetivação dessas políticas e da desqualificação da população atendida na maioria absoluta das escolas públicas, havendo desconhecimento por parte da sociedade das políticas educacionais a serem implementadas. Todos esses processos podem levar à alienação do trabalho pedagógico, em que o educador, envolvido com as demandas do cotidiano, perde a perspectiva mais ampla do papel da educação em nossa sociedade. Isso deve ser combatido por meio da valorização do trabalho docente com amplo espaço de debate sobre sua prática e construção de um campo de diálogo com diferentes áreas de conhecimento que podem promover junto à comunidade acadêmica uma ação educativa para todos.

A UNESCO, no relatório “Educação: um tesouro a descobrir”, descreve os quatro pilares da educação, visando ao desenvolvimento cognitivo e emocional dos estudantes, uma formação holística da pessoa, tanto para o mundo do trabalho quanto para a vida, tornando-se cidadãos aptos a viver em sociedade no respeito às diversidades, conseguindo lidar com as adversidades que a vida nos impõe (5). Os quatro pilares da educação e objetivos a serem alcançados com eles são: Aprender a conhecer, que visa a construção de uma pessoa autônoma e

crítica, capaz de fazer escolhas; Aprender a fazer, realçando a de colocar em prática o aprendido; Aprender a conviver com o outro; Aprender a ser, que explora o desenvolvimento humano na sua integralidade na construção de um cidadão ético, crítico e responsável, autônomo.

Visando à implementação de políticas educacionais que garantam a implementação desses quatro pilares, torna-se necessário considerar a questão da vulnerabilidade social, que é entendida como pessoas ou grupos sociais expostos a condições de risco potencial de perda de seu bem-estar social, estando geralmente associada à inserção precária no mercado de trabalho e à fragilidade de acesso a possíveis suportes ou a oportunidades sociais (saúde, educação, lazer, entretenimento, segurança, etc.), dificultando ainda mais sua capacidade de enfrentar e superar sua condição de risco social (6).

É importante ressaltar que a comunidade escolar deve manter relação com o sistema educacional como um todo, onde são determinadas e implementadas políticas educacionais. É fundamental dialogar com as partes envolvidas no processo educacional: professores, direção, estudante, família e sociedade em geral.

Problemas estruturais da educação muitas vezes têm se misturado ao debate sobre inclusão (7). Nesse contexto, entende-se a Medicalização da Educação como a transformação de questões de ordem social e política em questões médicas. Não se trata de negar as questões médicas, mas sim, de buscar resolver as questões educacionais por meio de soluções pedagógicas. Qualquer tipo de reducionismo é perigoso, com tendência a nos induzir a erros de compreensão. Uma boa avaliação é fundamental, pois dificuldades de aprendizagem podem ocorrer devido a vários fatores: educação inapropriada, condições socioeconômicas e de vulnerabilidade social, além das dificuldades no desenvolvimento cognitivo de base biológica, como os transtornos do neurodesenvolvimento (8). Devemos olhar não o fracasso do estudante, mas o potencial de um sujeito ativo, capaz de aprender, comprometido eticamente consigo e com o outro (3). Daí a necessidade de diálogo entre a diferentes áreas da psicologia e educação na busca de ações afirmativas para o desenvolvimento humano.

Apesar dessas questões, verifica-se aumento das discussões sobre necessidade de ampliação políticas públicas em educação, na interlocução entre educação e psicologia escolar incluindo outros campos como a neuropsicologia. Desse modo, é fundamental compreender que educar é produzir nos indivíduos algo que foi construído historicamente, de modo a fornecer elementos de compreensão e crítica às condições concretas da vida dos homens. A apropriação do conhecimento construído pela humanidade deve ser resultado da principal atividade das crianças em idade escolar.

Para a Psicologia Escolar, o homem é multideterminado, constituído nas mais variadas relações sociais, biológicas, culturais e históricas, muitas vezes, com grande influência escolar. Assim, educar implica em dois grandes aspectos. O primeiro aspecto é o de identificar os elementos culturais que devem ser assimilados pelos indivíduos. A escola se constitui em lugar privilegiado de transmissão de conhecimento acumulado por uma cultura. Não aprendemos apenas na escola, mas com todas as dificuldades que possam existir, é na escola que o conhecimento sistematizado é transmitido de forma mais eficiente. O que nos leva à segunda questão: devemos descobrir as melhores formas para atingir esse objetivo de transmitir conhecimento. As questões didático-pedagógicas são um constante desafio para os educadores.

É sempre importante lembrar que o espaço escolar é um lugar de disputas políticas, onde tanto a forma como se ensinará quanto o conteúdo a ser desenvolvido refletem a relação de poder existentes em nossa sociedade. Cabe a nós, agentes de construção deste processo, buscar garantir educação pública e de qualidade para toda a sociedade, com conteúdos e forma de transmissão e construção do conhecimento que privilegiem a autonomia e o pensamento crítico dos estudantes, agentes ativos no processo de escolarização. Espaço escolar é espaço pedagógico. Espaço clínico é apoio à prática escolar.

O espaço escolar deve ser marcado por práticas pedagógicas. Nesse contexto, o conhecimento clínico deve subsidiar ações do professor na promoção de um aprendizado adequado ao seu aluno,

daí a necessidade de uma clareza sobre trocas de informações entre diferentes campos de saber, como apregoado por uma abordagem interdisciplinar do desenvolvimento humano. É importante entender que todo diagnóstico clínico deve ser acompanhado de avaliação pedagógica que irá auxiliar na definição de estratégias a serem adotadas em cada situação. É sempre importante lembrar que um diagnóstico, no contexto escolar, só faz sentido se vier acompanhado de estratégias de intervenção que vise a melhor aprendizagem dos estudantes. Caso contrário, o diagnóstico servirá apenas para estigmatizar e gerar preconceito no campo educacional (9) (10).

Quando o acompanhamento psicológico se faz necessário, é importante ter múltiplos espaços de diálogo constante com diferentes profissionais que possam contribuir para o aprendizado dos alunos em condições de inclusão, como psicólogo, neuropsicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, que façam seus atendimentos clínicos fora da escola, mas que possam contribuir com a aprendizagem efetiva do aluno no contexto da sala de aula regular. Esse processo de encaminhamento precisa ser discutido com os professores, com os responsáveis pelo estudante e com o próprio estudante (11).

Integrando o campo de saberes necessário para compreender o desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, os processos relacionais e de aprendizagem que ocorrem no espaço escolar, a Neuropsicologia tem encontrado um espaço para contribuir com esse processo. A neuropsicologia é uma área de conhecimento interdisciplinar que integra conhecimentos do funcionamento dos sistemas biológicos atrelados ao funcionamento cerebral e à compreensão dos processos psicológicos que nos permitem compreender o mundo que nos cerca em toda sua complexidade (12). A neuropsicologia cognitiva integra conhecimentos das neurociências que estudam a organização e funcionamento cerebral e da expressão de processos mentais, pelos quais selecionamos informações do mundo, armazenamos tais informações, evocamos, integramos com conhecimentos anteriores para produzir novos conhecimentos e organizamos respostas organizadas em uma linguagem decodificada além de ações motoras pelas quais nos expressamos no mundo. Tudo

isso ocorre de modo integrado, sem separação do biológico e social. Somos um organismo biológico estruturado socialmente, produtos de uma cultura que influencia nosso desenvolvimento e que à medida que nos desenvolvemos podemos conhecer o mundo de um modo mais complexo. Esse processo não é novo, ele encontra-se descrito nas teorias do desenvolvimento de Piaget com as suas fases de desenvolvimento, quando a complexidade da fase seguinte se estrutura nas habilidades desenvolvidas na anterior.

A neuropsicologia no contexto escolar, tem recebido mais destaque atualmente, entretanto muito do conhecimento atual já se estabeleceu anteriormente nos estudos da neuropsicologia russa com Luria e Vygotsky no início do século XX. Ao se referir a Vygotsky, Luria escreve que uma das grandes contribuições do Vygotsky foi propor uma alternativa à dicotomia da psicologia naturalística e da psicologia dos processos complexos, por meio do estudo do desenvolvimento, sendo essa vertente uma que não nega nem a contribuição de uma base biológica necessária sobre a qual as interações sociais permitem a evolução humana (13). Nesse sentido, a neuropsicológica, quando toma por base esses conhecimentos é de fundamental importância estar integrada à área da educação, compreender os processos de aprendizagem e as oportunidades que devem ser implementadas para garantir o aprendizado de acordo com o máximo da potencialidade individual.

A constituição das salas de aula deve garantir a diversidade que é tão importante no processo de ensino e aprendizagem. Isso não pode ser uma ação meramente burocrática e os professores devem fazer parte desse processo. O número elevado de alunos, na maioria das escolas, tem dificultado o processo de escolarização e precisa ser enfrentado pelas políticas públicas no campo da educação. Lidar com a diversidade exige recursos. Toda educação de qualidade tem custos altos, o que nos faz lembrar que não existe educação de qualidade barata. Todavia, o gasto não pode ser visto como custo, mas sim, como investimento na formação da sociedade. O educador também necessita de formação contínua, em uma sociedade que se transforma a todo instante. Além dos estudantes,

o professor também necessita dos recursos para ter acesso a tudo que a sociedade oferece, como cultura, esporte, lazer, entretenimento. O pensar de forma crítica exige maior compreensão sobre os processos de constituição social. Nesse sentido, a cultura geral é fundamental para o ensino e aprendizagem de conteúdo específico.

A família é mais do que a soma de seus membros. A escola é mais do que a soma de seus funcionários e alunos. A educação considera a pessoa no contexto no qual ela está inserida. Escola, professores e famílias devem considerar os problemas de comunicação como parte da dificuldade de aprendizagem. Nos dias atuais, a pandemia da covid-19 não as criou, mas ampliou as desigualdades presentes na educação e na sociedade como um todo. A utilização das tecnologias nos indicou o abismo existente entre aqueles que possuem recursos financeiros e, por consequência, tecnológicos, com recursos que lhe permitiram o estudo a distância, em relação às pessoas em situação de vulnerabilidade social, que estudam no sistema público e com muitas dificuldades de acesso. Nesse grupo, também estão as pessoas com deficiência, dificuldade de aprendizagem, sem acesso ao que a sociedade oferece de melhor no processo de aprendizagem. A vulnerabilidade social, associada e ampliada pela exclusão digital, onde há falta de recursos tecnológicos e acesso a propostas pedagógicas não presenciais necessárias para esse período da pandemia, certamente precisará ser cuidado nos próximos anos.

Legislação como as Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Especial (DCNEE) de 2001, a Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI) de 2008 e os Marcos político-legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva são importantes instrumentos na construção de uma educação de qualidade para todos (14) (15).

A escola inclusiva exige o repensar do papel da escola enquanto local de diversidade e de construção de autonomia, o papel do professor enquanto mediador desse processo, garantindo um olhar da diferença, mas não da desigualdade para além do âmbito escolar. Isso nos mostra

que, embora saibamos da necessidade de estratégias específicas para garantir a saúde dos profissionais da educação, como vacinação de todos os profissionais envolvidos, do ponto de vista pedagógico, o retorno às aulas é fundamental para diminuir as desigualdades sociais. O retorno não é precoce, e, sim, tardio. Os prejuízos causados pela Pandemia na aprendizagem de pessoas em situação de vulnerabilidade social terão um caráter bastante perverso nessas gerações.

Cabe ao psicólogo, seja da área da psicologia escolar, seja da área da neuropsicologia, em sua luta por uma educação de qualidade, contribuir com a elaboração de propostas de políticas públicas que contribuam com o processo de aprendizagem, buscando proporcionar que a escola seja um espaço democrático de aprendizagem e respeito à subjetividade humana. Ser Psicólogo Escolar é, antes de mais nada, ter uma forma de olhar e compreender os fenômenos relacionados à educação. Ponto pacífico: o objetivo final da escolarização é a aprendizagem do aluno. Desse modo, as ações desenvolvidas no ambiente escolar devem considerar esse objetivo, mas é claro, que a concepção de aprendizagem nesse caso deve ser entendida em seu sentido amplo, tanto o aprendizado formal do conteúdo acadêmico quanto o aprendizado das relações sociais.

A partir de 2019, o Brasil entra em processo de deterioração de vários sistemas sociais, incluindo-se nesse processo o campo da educação. Discussões extremamente ideologizadas são feitas justamente com o argumento de desideologizar a educação. Passam a fazer parte do cotidiano escolar discussões como a Escola sem partido, visando eliminar qualquer perspectiva crítica em nome de uma pseudo educação técnica e desideologizada. Começa-se a rediscussão do modelo de inclusão, visando acabar com um modelo de escola para todos, com todo aluno em qualquer escola e resgatando o conceito do modelo exclusivista de escola especial em substituição da escola regular e que prioriza a diversidade e a troca de experiências (16) (17). No cerne dessa questão está a concepção de uma escola para poucos, onde os recursos seriam concentrados nos melhores alunos na perspectiva da meritocracia. Com isso, haveria a exclusão das disciplinas reflexivas de caráter holístico,

como Sociologia, Filosofia e Psicologia, com foco na profissionalização já no ensino médio, integrando uma forma de pensamento único e acrítico na educação. Contrapondo-se a esse modelo de educação, caminhando na direção de uma educação ampla, irrestrita, inclusiva, é necessário levar em consideração todos os aspectos de desenvolvimento biológico, interação social e aqueles fatores intervenientes que atravessam o processo de aprendizagem e podem afetá-lo diretamente.

Pensando em uma educação ampla, irrestrita, inclusiva, é necessário levar em consideração todos os aspectos, tais como o desenvolvimento biológico, interação social e aqueles fatores intervenientes que atravessam o processo de aprendizagem e podem afetá-lo diretamente, de acordo com o atlas de vulnerabilidade social (18). Os conceitos de exclusão e de vulnerabilidade social têm sido cada vez mais utilizados, no Brasil e no exterior, em diferentes contextos políticos e sociais, num esforço de ampliação do entendimento das situações tradicionalmente definidas como de pobreza, buscando expressar uma perspectiva ampliada complementar àquela atrelada à questão da insuficiência de renda. Assim como as noções de necessidades básicas insatisfeitas, pobreza multidimensional e desenvolvimento humano, exclusão e vulnerabilidade social são noções antes de tudo políticas que introduzem novos recursos interpretativos sobre os processos de desenvolvimento social, para além de sua dimensão monetária (18). Nesse contexto, a educação, e os processos de inclusão escolar, por conseguinte, devem ter um papel protetor ao desenvolvimento infantil, criando condições de suporte social e familiar para garantir o aprendizado e pleno desenvolvimento dos seus alunos.

Pensar na educação, numa perspectiva inclusiva, exige esforço porque confronta o que a nossa sociedade criou ao longo dos séculos. A escola deve ser considerada um lugar de aprendizado e convívio social, e as diferentes pessoas devem ter oportunidades de acordo com as suas necessidades. Neste contexto, identificar locais de maior vulnerabilidade e explicitar políticas públicas de renda e de saúde para mitigar esses índices é fundamental. Um estudo divulgado pelo Instituto de Pesquisa e Econômica Aplicada (IPEA) descreve que Alagoas é o

estado do Nordeste que apresenta um maior percentual de municípios com alta vulnerabilidade social (18). O município de Maceió, por sua vez, no último Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), numa escala de 0 a 10, Maceió obteve nota 3 na avaliação dos anos finais do Ensino Fundamental. Além disso, na faixa etária de 6 a 14 anos, apresenta uma das piores taxas de escolarização do Brasil, pois, em 5.570 municípios, ocupa a posição 5.014. Destaca-se, também, que a maioria das crianças que ingressam no Ensino Fundamental não frequentaram a Educação Infantil (19).

A partir desses indicadores, é possível constatar as dificuldades no contexto educacional do município. Salienta-se que esse quadro está diretamente relacionado com a situação socioeconômica de Maceió e do próprio estado em que a cidade está inserida, pois Alagoas apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (0,631) e a penúltima renda per capita do Brasil e, no cenário educacional, apresentou no ano de 2016 uma das piores notas do país, pela terceira vez consecutiva; além disso, os índices de escolarização são menores que a média nacional, segundo dados de 2015 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (19).

Apesar dos investimentos próprios e em cooperação técnica com o Ministério da Educação, é possível constatar, a partir dos dados acima, que a realidade da Rede Municipal de Educação de Maceió se apresenta, no momento, com um quadro ainda insatisfatório no tocante ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Além disso, apresenta dificuldades em relação à qualidade da prática pedagógica desenvolvida nas unidades escolares de Educação (20) (21). Souza e Teixeira (22) analisaram a configuração espacial de indicadores de vulnerabilidade social de mulheres e crianças dos municípios de Alagoas entre 2000 e 2010. As autoras ressaltam a importância do fortalecimento de políticas públicas locais para as regiões mais prejudicadas, tanto em nível educacional como instrucional. Para elas a ação do Estado é fundamental para iniciar um ciclo virtuoso de maior escolarização entre a população mais afetada pelo abandono escolar de forma tão precoce. Estudos que envolvem a identificação das dificuldades e das possibilidades de identificação de estudante que necessitem fazer parte de um programa de

inclusão. Nesse contexto é fundamental, especialmente para identificar os principais elementos que contribuem para diferenciação das ações necessárias para essa inclusão (23).

Considerações finais

No contexto do papel da escola, enquanto local de diversidade e de construção de autonomia, ter a percepção integrada dos alunos nos seus diferentes aspectos sociais e de desenvolvimento biológico é fundamental para se entender suas potencialidades e dificuldades. Nesse sentido, uma visão integrada dos saberes da educação, psicologia escolar e neuropsicologia, em uma perspectiva interdisciplinar, contribuem para essa compreensão de modo a garantir os aspectos fundamentais de proteção contra as adversidades da vulnerabilidade social que estão presentes em muitas regiões dos diferentes municípios brasileiros.

É preciso compreender o papel da escola nos processos educacionais e inclusivos e as possibilidades de intervenção educacional para lidar com a aprendizagem/dificuldade de aprendizagem no contexto de inclusão social e escolar a populações que vivem em condição de vulnerabilidade social. No Brasil, onde há clara relação entre desempenho escolar e nível socioeconômico, trabalhar com populações em condições de vulnerabilidade social representa compromisso de construção de sociedade mais justa, promovendo a democratização do acesso à educação de qualidade para todos os cidadãos. Para que estes objetivos sejam alcançados, é fundamental o investimento na qualidade docente, garantindo condições dignas de trabalho e de vida, bem como processo constante de formação que garanta o bom exercício profissional.

Pensar em educação de qualidade é pensar em uma escola que tenha nas suas estruturas a diferença como valor máximo da construção de uma sociedade que respeite a dignidade humana e que garanta educação integral e de qualidade para todos os cidadãos.

Referências

APA. Associação Psiquiátrica Americana. DSM V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2014.

ARAUJO, M. V.; CALDAS, R. F. L. Psicologia e Educação: expectativas, desafios e possibilidades. In Molina, R.; Angelucci, C. B. (Orgs.) Interfaces entre Psicologia e Educação – Desafios para a formação do psicólogo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012, p. 45-62.

BARBOSA M, FUMES N. Educação Especial no município de Maceió / Alagoas: a fragilidade das políticas públicas. Cad Cedes Campinas. 2018; 38(106):281-98

BRASIL, lei n. 3688/2000. Dispõe sobre a prestação de serviços de psicologia e de assistência social nas escolas públicas de educação básica. Brasília, DF: 2000.

BRASIL. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília: IPEA, 2015.

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

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB. 9394/1996. Brasília, 1996.

BRASIL. MEC. CNE. Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF: MEC, 2001.

BRASIL. MEC. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília, DF: MEC, 2008.

BRASIL. MEC. SEESP. Marcos políticos-legais da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. SEESP. Brasília, DF: SEESP, 2010.

CARVALHO, C. P. de; LACERDA, P. M. (2010). Vulnerabilidade, Intersetorialidade e Educação. In: Vulnerabilidade Social e Educação. Ano XX, boletim 19.

CARVALHO, R. E. Educação Inclusiva: com os pingos nos “is”. Porto Alegre. Mediação. 2014.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na educação básica / Conselho Federal de Psicologia. 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

COSTA, V. A.; LEME, E. S. Educação, Inclusão e direitos humanos: como esse estuário deságua na escola? Revista Educação Especial, v.29, n. 56, p. 667-680, set/dez. 2016.

DELORS, J. et al. Educação: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 1998.

Estudos interdisciplinares em saúde e educação nos distúrbios do desenvolvimento [livro eletrônico] / organizadores Alessandra Gotuzo Seabra et al. - São Paulo: Memnon, 2020.

HAASE, et al., (2012). Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia. Neuropsicologia Latinoamericana, 4(4), 1-8. <https://dx.doi.org/10.5579/rnl.2012.125>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga o rendimento domiciliar per capita, 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/26956-ibge-divulga-o-rendimento-domiciliar-per-capita-2019>. Acesso em: 01 jul. 2021.

LIMA, T. B. H.; CHAPADEIRO, C. A. Encontros e (des)encontros no sistema família-escola. Revista quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP, v. 19, n. 3, p. 493-502, 2015.

LURIA, Alexander. Obituary for Lev Vygotsky, First published: March 1935, in Character and Personality, An International Psychological Quarterly, Volume III, No. 3, London.

ORRÚ, S. E. Para além da educação especial: avanços e desafios de uma educação inclusiva. Rio de Janeiro. Wak Editora. 2014.

SAVIANI, D. Escola e Democracia. 43a ed. Campinas: Autores Associados, 2018.

SOUZA, M. I., & TEIXEIRA, K. H. (2019). Uma análise espacial da vulnerabilidade social em Alagoas: evidências sobre as mulheres e crianças. *Economía, sociedad y territorio*, 19(61), 451-477.

CAPÍTULO 2

**PERSPECTIVA
PEDAGÓGICA
EM RELAÇÃO À
INCLUSÃO ESCOLAR**

Miriam Segin

As instituições de ensino, espaços fomentadores de cooperação, preparação, perspectivas, práticas e, particularmente, de convivência, sempre foram uma referência na busca pelo conhecimento. Podemos considerar assim que, por sua própria essência, é um universo privilegiado de saberes. Como resultado, a escola é o espaço onde se desenvolvem formas diferentes de lidar e construir novas metodologias, novos rumos em relação à transformação das relações de ensino e aprendizagem, da organização das propostas pedagógicas, e ainda das práticas escolares inclusivas.

A implementação de práticas escolares inclusivas tem por objetivo favorecer a diversidade e integrar todos os alunos no mesmo ambiente de aprendizagem, respeitando as necessidades individuais, isto é, uma nova definição tornando a educação capaz de acolher todo indivíduo, independente das diferenças, eliminando os preconceitos existentes entre os diversos povos e culturas. Nesse sentido, o paradigma da inclusão entende que a comunidade educacional (professores regulares e professores especialistas, diretores, coordenadores, gestores, cuidadores e familiares) precisa dispor de recursos físicos, econômicos e humanos preparados para o atendimento da diversidade com vistas ao desenvolvimento cognitivo, social e psicológico dos estudantes (1).

Para tal agenda, é necessário pensar em uma aprendizagem colaborativa que se apresenta a partir da renovação da proposta pedagógica que considera viabilizar oportunidades de desenvolvimento global de todos os seus alunos a fim de otimizar o desenvolvimento de suas habilidades. Assim, é necessário pensar também que a aprendizagem ocorre por meio de processos complexos e sistematizados, e essa depende de um planejamento pedagógico contínuo (2).

Parece simples, mas há diferentes fatores e implicações no que se refere à implementação de uma cultura inclusiva. Além do discurso legal, isto é, uma política de educação inclusiva, a execução demanda trabalho e dedicação de todos os atores que configuram a comunidade escolar. Para que, de fato, a mudança ocorra, é necessário ainda romper com modelos normativos, concepções enraizadas e práticas engessadas e homogeneizadoras.

Para uma melhor compreensão de como chegamos a esse debate, faz-se necessária uma breve revisão a respeito dos conceitos, aqui chamados de paradigmas, e também da legislação pertinente ao tema que nos levaram a compreender a necessidade de uma postura diferenciada em relação à proposta de educação para todos e a uma nova conduta dos atores que compõem a comunidade educacional. Assim, apoiados nessa construção histórica e jurídica, este texto tem como objetivo resgatar o percurso dos direitos à educação conquistados pelas pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento (TGD) e altas habilidades (considerados público-alvo da Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva) (3), e ainda daqueles que, historicamente foram excluídos dos espaços escolares. Também discutiremos as possibilidades de novos rumos em relação à Educação Inclusiva, o que possibilita a reflexão sobre o papel do sistema escolar, tendo em vista seu desenvolvimento na atualidade.

Diante desse contexto, o presente estudo propõe abordar, em três reflexões ou pontos iniciais, o debate sobre a perspectiva pedagógica em relação à inclusão escolar, com vistas a uma educação de qualidade que respeite as individualidades e as características de cada aluno:

- 1 - Como chegamos ao paradigma da Inclusão;
- 2 - O que o discurso legal preconiza e o que de fato ocorre;
- 3 - A perspectiva pedagógica em relação à Inclusão Escolar.

1. COMO CHEGAMOS AO PARADIGMA DA INCLUSÃO

A educação inclusiva constitui um conceito social que tem seus princípios na concepção de direitos humanos, sendo assim, conjuga equidade e diversidade como preceitos indissociáveis que ultrapassam o modelo formal, com o intuito de eliminar as condições historicamente construídas de produção e exclusão dentro e fora da escola (4). A partir da hipótese apresentada, devemos pensar que o paradigma da inclusão indica mudanças na forma de pensar conceitos, leis, condutas sociais e

educacionais com o objetivo de uma reestruturação social e educacional em relação aos diversos grupos, nos mais diversos ambientes e, particularmente, na instituição escolar. Nesse sentido, é importante pensar que não estamos falando apenas das pessoas que se encaixam no que a legislação chama de público-alvo, estamos falando de um universo de singularidades que demanda uma reestruturação organizacional e conceitual com vistas à inserção social e educacional de todos (5).

Afinal, por que conhecer essa história agora? A sociedade e a educação não foram sempre assim? Não, na verdade tivemos momentos em que a inclusão social e educacional, particularmente de pessoas com deficiência, foi vista como algo inconcebível. Antes de iniciar o resgate histórico a respeito dos paradigmas vividos ao longo da história, é importante lembrar que precisamos considerar vários aspectos, como crenças, costumes, conhecimento de cada povo em um determinado momento histórico. Nesse sentido, podemos considerar que a história da organização da sociedade humana é um processo contínuo de criação e recriação de categorização das pessoas, elaborado a partir de fatores econômicos, sociais, culturais e históricos (6). Outro ponto importante é que serão utilizados os termos originais, como por exemplo: deficiência mental, que hoje chamamos de deficiência intelectual (DI) ou Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), atualmente descrito pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (7) como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) .

A relação da sociedade com as pessoas com deficiência, desde a antiguidade até os dias atuais, está dividida em quatro paradigmas: 1) Exclusão, 2) Institucionalização, 3) Integração e 4) Inclusão (8).

1.1 O PARADIGMA DA EXCLUSÃO (REJEIÇÃO SOCIAL) (DA PRÉ-HISTÓRIA ATÉ A IDADE MÉDIA)

É conhecido pelo período de marginalização dos sujeitos com deficiências físicas e mentais. Na Antiguidade, entre os povos primitivos, as pessoas com deficiência eram exterminadas por serem consideradas

grave empecilho à sobrevivência, ou protegidas e sustentadas para buscar a simpatia dos deuses. Já na Roma Antiga, nobres e plebeus tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com deficiência. Na época, entendiam que a deficiência tinha como causa os “espíritos maus” e que as pessoas deveriam pagar pelas faltas, justificando o grau de “impureza” do corpo. Nesse interregno, apenas os indivíduos saudáveis eram considerados dignos, assim as pessoas deficientes eram entendidas como seres desqualificados e inferiores, o que justificava sua eliminação ou abandono (9).

1.2 O PARADIGMA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO (SEGREGAÇÃO) (DO SÉCULO VI AO INÍCIO DO XX)

É marcado pela influência do cristianismo e do advento da medicina. A nova visão de homem resultante da manifestação divina passa a reconhecer os deficientes como seres merecedores de caridade, cuidados e proteção. Surgem, no século VI, as instituições, em sua maioria religiosas, que tinham como incumbência fornecer alimentação, abrigo e passaram a combater a eliminação das crianças que nasciam deficientes, por outro lado, acabavam excluindo-os da convivência social (10). Do século XIII e XIV, considerados como o declínio da idade média, ainda se observa que as pessoas com deficiências continuavam institucionalizadas e excluídas dos processos educativos. Já no século XVII, com o advento da Medicina e da Biologia, inicia-se um novo modo de compreender a relação entre o doente e o saudável, e a deficiência passa a ser vista como doença de natureza orgânica e não mais como castigo divino (09). Nasce, assim, as primeiras práticas na forma de segregação em instituições evidenciadas nas prisões, nos asilos ou nos hospitais psiquiátricos, tendo, como direito, apenas atenção básica de abrigo, vestuário e alimentação, das pessoas consideradas marginalizadas, doentes e deficientes. Entretanto, também foi a institucionalização que ampliou o processo de escolarização dos deficientes entre os séculos XVIII e XIX, na Europa; e no Brasil, no século XX (11).

No Brasil, a história da Educação Especial tem, como marco, a criação do Instituto dos Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant – IBC), em 1854, e do Instituto dos Surdos-Mudos (atualmente, Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES), em 1857, na cidade do Rio de Janeiro. Mesmo que sem um objetivo coletivo, a fundação desses dois Institutos representou uma conquista para o atendimento das pessoas com deficiência. A partir dos anos 1930, observamos a criação de escolas especiais com atuação relevante até os dias atuais, que são destaque nessa modalidade de atendimento: a Sociedade Pestalozzi do Brasil (1932) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) (1954) (12).

A expansão desse serviço, de certa forma, isentava o poder público do atendimento educacional da população com deficiência. Por um lado, baseado na vertente médico-pedagógica (subordinada ao médico e as práticas escolares) em salas dentro de hospitais marcada pela preocupação higienizadora, o que promoveu maior segregação das pessoas deficientes; por outro, a vertente psicopedagógica (ênfata os princípios psicológicos), que deu origem às salas especiais públicas, que buscava a educação dos anormais e foi marcada pela influência relevante dos testes psicológicos (13). Nessa época, observa-se que havia uma preocupação em rotular a criança que não aprendia para justificar o fracasso escolar, colocando, na deficiência, a culpa pela falta de certas habilidades acadêmicas. Como efeito, especificamente em 1969, havia mais de 800 escolas de ensino especial para deficientes mentais, aproximadamente quatro vezes mais do que era apresentado nos documentos, no ano de 1960. O mesmo ocorreu em relação às classes especiais de escolas públicas (14).

A partir da metade do século XX, por razões dúbias, houve uma análise crítica em relação à institucionalização das pessoas deficientes. O ônus econômico e social da segregação foram impulsionadores para a criação dos conceitos de “normalidade” e de “integração” com o propósito de inserção do deficiente na sociedade (15).

1.3 O PARADIGMA DA INTEGRAÇÃO (SERVIÇOS)

Teve sua origem na década de 1970, na Escandinávia, mas, no Brasil, as discussões tomaram vulto apenas no final da década de 1980, início de 1990. Caracterizada pela ideia de uma escolarização dos deficientes em ambientes menos segregados, junto aos seus pares de idade cronológica, trata-se de um processo que visa a integrar o aluno deficiente à escola graças ao atendimento que lhe é ofertado, isto é, não é a escola que precisa se adequar às necessidades do aluno, o aluno é quem deve se adaptar ou se adequar à escola (5).

Nesse ínterim, ocorria a busca por uma normalização, ou seja, passou-se a buscar a integração das pessoas com deficiência, depois de capacitadas, habilitadas ou reabilitadas, nas instituições especializadas. Dessa maneira, as crianças das escolas ou classes especiais deveriam ser preparadas para serem aceitas nas escolas regulares, no entanto não havia nenhuma preocupação com a permanência delas no ambiente escolar. Esse paradigma ainda envolve a realidade de alguns programas educacionais vigentes e o currículo atual em muitas escolas brasileiras (16).

Tanto o princípio da normalização quanto o da integração trouxeram importantes informações para a aquisição de conhecimentos e experiências para o advento do paradigma da inclusão (17).

1.4 O PARADIGMA DA INCLUSÃO (SUPORTE)

Seja no sentido acadêmico ou noutra qualquer, a inclusão não se refere exclusivamente às pessoas com deficiência. É um movimento social que tem sua origem na luta pela Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, e que ocorre em diferentes ambientes e em vários segmentos da sociedade (18). O paradigma, também conhecido como suporte, fundamenta-se no conhecimento sobre os ganhos em desenvolvimento pessoal e social provenientes da convivência na

diversidade e sociopoliticamente, no princípio da igualdade (15). Em relação à educação, estamos falando de uma pedagogia pautada na compreensão de que o ensino e a aprendizagem devem ser ajustados às necessidades de cada aluno e, não o aluno adaptar-se ao ritmo de um currículo que não contemple as adequações necessárias para atenderem a essa nova perspectiva pedagógica (19).

Nesse sentido, a concepção de inclusão escolar é abrangente e complexa. Em sua amplitude, a inclusão não se restringe a alunos com deficiência, como historicamente se delimitou, mas se estende a todos os indivíduos presentes no processo educacional. Complexo por se tratar de uma nova forma de entender e fazer educação (20). Para isso, é necessária uma reestruturação organizacional e conceitual capaz de reconhecer e responder às inúmeras dificuldades dos alunos, aos diferentes ritmos de aprendizagem mediante currículos apropriados, estratégias de ensino, adequandas as ações pedagógicas à diversidade (21).

Estamos falando, portanto, de uma pedagogia que leva em consideração uma nova interpretação do processo educativo e pressupõe que o acesso de todos os estudantes aos recursos seja viabilizado pela sociedade, respeitando a diversidade presente no espaço educativo e, particularmente, a especificidade de cada aluno. Dessa forma, é possível afirmar que a educação inclusiva deve ser pensada e definida como uma educação para todos dentro do ambiente educacional, onde as necessidades desses alunos sejam satisfeitas, independentemente de seu talento, deficiência, origem socioeconômica ou cultural, em escolas e salas regulares.

Apesar de estruturada legalmente, a educação inclusiva, na prática, ainda não se configura como uma prática educacional amplamente compartilhada. Muito se tem discutido na academia sobre a inclusão educacional, alguns trabalhos indicam experiências promissoras, no entanto a grande maioria das redes de ensino não foi e nem é organizada para receber a diversidade dos estudantes, segue estruturada para receber estudantes que estão dentro do padrão de normalidade.

Podemos assim considerar que, atualmente, no que concerne à educação, estamos vivenciando todos os paradigmas, ao mesmo tempo, no nosso país, isto é, práticas equivocadas continuam prevalecendo no interior das escolas. Ainda é possível encontrar a exclusão, período de marginalização dos não perfeitos; temos, também, a tentativa legal da institucionalização como melhor estratégia para aqueles que também não cabem dentro do padrão; já em relação à integração, é o “modus operandi” mais comum nas escolas, isto é, mudou o “locus”, mas a tentativa de normalização, por meio de estratégias engessadas, permanece a mesma. Por fim, verificamos, mas em números muito distantes do ideal, práticas pedagógicas inclusivas em instituições educacionais influenciadas pelo conceito de uma educação para todos.

Essa anarquia pedagógica é herança de tratativas legais que dão margem a interpretações equivocadas. Análises de especialistas indicam que o atual discurso político tem como finalidade legitimar a escola como um sistema que não comporta todos e se apoiaria nesse fracasso, confirmando a responsabilidade individual pela exclusão (22).

2. O QUE O DISCURSO LEGAL PRECONIZA E O QUE DE FATO OCORRE

A reflexão, o debate e os movimentos internacionais sobre a Educação Especial e a Educação Inclusiva tiveram influências mais evidentes no Brasil a partir da década de 1990 e têm sido objeto de pesquisa de muitos estudiosos e pesquisadores nos últimos anos (18). Será exposta, a seguir, de forma cronológica e sucinta, a principal e mais recente legislação que caracteriza o avanço ou o retrocesso em relação ao que chamamos, atualmente, de educação inclusiva. É importante ressaltar que alguns textos já foram substituídos por outros mais recentes. Vamos iniciar discutindo as “novas/velhas” concepções e direcionamentos a partir da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), por ser essa a legislação que promoveu uma nova estrutura em relação aos recursos humanos

(público-alvo e profissionais), recursos materiais (local, financiamento e recursos pedagógicos) e, por fim, encaminhamentos (estruturações na esfera administrativa).

A partir 2008, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI) (4) se apresenta como um documento que representaria um avanço em relação aos que o precederam, a partir de novos conceitos, serviços, sujeitos e espaços para a Educação Especial. As decisões políticas provocaram reconfigurações na estrutura organizacional e conceitual da Educação Especial brasileira na perspectiva da Educação Inclusiva, que se opõe à educação especial substitutiva do ensino regular. A organização educacional da modalidade Educação Especial, apesar de apresentar aparentes progressos em relação às estruturas que a antecederam, conserva padrões e/ou contradições semelhantes às reconhecidas nas mesmas (23).

A partir desse mesmo ano, por exemplo, é abandonada a categoria Necessidades Educacionais Especiais (NEE) (2001/2007), que tinha como público-alvo alunos que apresentam deficiências (mental, visual, física/motora e múltiplas); condutas típicas de síndrome e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos, bem como de alunos que apresentam altas habilidades/superdotação (24), isto é, compromisso com a inclusão de uma gama mais ampla de pessoas. Ainda em 2008, o público-alvo foi restrito à tríade: pessoas com deficiência, com altas habilidades ou Superdotação, ou com Transtornos Globais do Desenvolvimento (23). Tal direção retoma aqueles grupos contemplados em 1994, momento político anterior à implementação de uma perspectiva “inclusiva” na política de Educação Especial Brasileira, e ainda associa a Educação especial a segmentos mais específicos, identificável por diagnósticos clínicos, centrados em suas condições orgânicas e/ou comportamentais. A partir de 2010, transtornos como dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno de atenção e hiperatividade (BRASIL, 2008), que eram citados no documento anterior, passaram a não ser citados e a ausência de referências a eles, repetiu-se em todos os demais documentos. É importante ressaltar ainda que a definição do público-alvo da Educação Especial implica na

delimitação dos profissionais, das estatísticas escolares, dos recursos e da organização e funcionamento do Atendimento Educacional Especializado (AEE).

Outra mudança importante está relacionada aos espaços relacionados à Educação Especial. São citadas nos documentos, as salas de recursos multifuncionais (SRM) nos centros de Atendimento Educacional Especializado (AEE). Ao profissional do AEE cabe organizar e disponibilizar recursos e serviços pedagógicos e de acessibilidade, atuar em interface com as escolas e o atendimento deve ser realizado no contraturno, de forma não substitutiva à escolarização dos alunos público-alvo da educação especial, preferencialmente nas SRM das escolas regulares (23).

A legislação ainda salienta que o AEE será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular, perpetuando a ideia de que, dependendo das condições do aluno, seu atendimento será realizado em ambientes segregados e restritos ao AEE, nas SRM, com recursos e profissionais específicos para esse público (25). Por outro lado, a PNEPEI, na perspectiva inclusiva, tem por expectativa o esvaziamento total das classes e escolas especiais e torna crime a recusa de matrícula do seu público-alvo nas escolas regulares.

Em 2015, temos sancionada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) (nº 13.146) (26). De acordo com esse documento, em seu Art. 2, é considerada “...pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Por algum motivo, essa definição sobre deficiência, novamente, trabalha com segmentos específicos, orgânicos e comportamentais. A não menção a grupos como dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno de atenção e hiperatividade (TDAH), mais uma vez implica na compreensão subjetiva do direito ao

atendimento especializado descrito na PNEEPEI (2008). Como avanço, a LBI configura como crime passível de multa e detenção a recusa de matrícula de crianças e adolescentes com deficiência no ensino regular, tanto na rede pública quanto na rede particular de ensino (26).

O documento mais recente foi elaborado em setembro do ano de 2020, por meio do decreto nº 10.502(27), e foi suspenso pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em dezembro do mesmo ano; entre outros motivos, por ferir a Constituição Federal de 1988 (28). É importante salientar que especialistas em educação inclusiva reprovavam a nova Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida (27), pois esta distorce o próprio conceito de inclusão, permitindo classes especializadas dentro de escolas inclusivas. Além disso, ao dar a opção para que famílias escolhessem matricular os filhos em escolas regulares ou especiais, abriu-se um precedente para a negação de matrículas. De forma inadequada e falaciosa, tal iniciativa aniquilaria as conquistas da educação inclusiva alcançada após árdua luta de mais de trinta anos. Tal iniciativa substituiria a (4) que, por mais que necessite de reformulações foi, na época de sua elaboração, um documento amplamente discutido com especialistas, professores, familiares e com os próprios deficientes.

À luz das garantias legais e na contramão de algumas tendências que defendem a segregação, na nossa perspectiva é preciso fortalecer a Educação Inclusiva que entende que a convivência com a diferença é o caminho para o fortalecimento de um conceito de cidadania, e que a educação, sobretudo, deve modificar a formação de todos, caso contrário não pode cumprir seus objetivos.

3. PERSPECTIVA PEDAGÓGICA EM RELAÇÃO À INCLUSÃO ESCOLAR

Podemos entender, a partir da revisão apresentada, que cada ser humano é produto de uma determinada sociedade, uma cultura em um período histórico específico. Esses dados nos dão a real dimensão de

como convidamos cada indivíduo a participar dessa história e como cada cultura se prepara para que façam parte dela.

No Brasil, segundo a legislação, estamos em pleno desenvolvimento de uma sociedade que tem como pilar o respeito aos princípios fundamentais de identidade, igualdade e diversidade. Tais premissas favorecem o surgimento e o estabelecimento de relações de solidariedade e de colaboração e, nesse sentido, Mantoan (29) (p. 7-8) afirma que: “há diferenças e há igualdades, e nem tudo deve ser igual nem tudo deve ser diferente, [...] é preciso que tenhamos o direito de ser diferente quando a igualdade nos descaracteriza e o direito de ser iguais quando a diferença nos inferioriza”.

Na área educacional especificamente, trabalhar com identidade se refere à autoafirmação, portanto, pode ser individual ou social, em relação ao que chamamos aqui de igualdade; é entender que a educação é incompatível com a discriminação e o preconceito; por fim, a diversidade se refere ao respeito e ao convívio com pessoas ou grupos diferentes. Esses três pilares são fundamentais na elaboração de metodologias, materiais e processos de comunicação que deem conta de atender o que é comum e o que é específico entre os estudantes (30).

Segundo a PNEEPEI (2008), “a educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis”. Afinal, quem são os estudantes da educação inclusiva? Seriam os alunos público-alvo Educação Especial composto pela tríade: deficiências, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação?, ou os alunos que compõem os grupos historicamente excluídos do processo educacional? A resposta adequada é: todos.

A proposta da Educação Inclusiva sempre, desde o seu princípio fundamental, de acordo com a Declaração de Salamanca (31), entendeu a necessidade de não excluir nenhum aluno do ensino educacional regular. A ideia, desde o início, é a permanência e o desenvolvimento de cada aluno, independentemente de suas subjetividades, dentro de escolas regulares inclusivas e ainda, um movimento social e político

alinhado à superação de visões estritamente patológicas. No entanto, no que se refere à concepção de uma escola pluralista, encontramos que a legislação preconiza não é, necessariamente, o que se vivencia no interior das instituições de ensino.

Ainda hoje, as escolas encontram dificuldades administrativas, conceituais e pedagógicas para o atendimento de seus alunos. A prática pedagógica, que prevalece em todas as esferas da Educação Básica, aproxima-se de um ensino engessado, uniforme e homogêneo que não considera os ritmos e níveis diferenciados de seus estudantes. É preciso reconhecer que eles são diferentes, que percebem e compreendem as informações de maneiras distintas. Essas diferenças podem ser de natureza psicossocial, etnocultural, econômica ou anátomo-fisiológica, e o olhar para a diversidade é uma tarefa de realização coletiva, não apenas sob a responsabilidade do professor, mas de todos os atores que compõem a comunidade educacional. Dessa forma, a escola deve buscar flexibilidade e adequação nos currículos, métodos e procedimentos diferenciados e, ainda, propostas educacionais que não se embasem nas dificuldades acadêmicas dos alunos, mas sim, no que ele é capaz de produzir, isto é, nas suas habilidades.

No que tange ao grupo específico de alunos público-alvo da atual política de educação inclusiva (PNEEPEI, 2008), o diagnóstico clínico ainda é documento fundamental para que ele tenha direito ao AEE (23). Já quando nos referimos a práticas pedagógicas inclusivas, é preciso pensar o diagnóstico clínico como um conjunto de informações que complementam as características pessoais e devem ser tratadas na esfera escolar com muita cautela e sensatez. Nesse sentido, não podemos supor que são sentenças imutáveis que justificam a construção de uma pedagogia prescritiva baseada em sintomas, hipóteses, um nome para o qual a ciência tem receitas pré-estabelecidas de atuação. É necessário pensar o diagnóstico clínico como mais um recurso que permite a compreensão sobre o indivíduo e sua singularidade, um ponto de partida para o desenvolvimento de estratégias e intervenções que visam o desenvolvimento de cada aluno e que permitam que esses superem as dificuldades e descubram suas habilidades.

Mais uma vez é importante reafirmar que, apesar de sua importância, não conhecer o diagnóstico não inviabiliza a inclusão, qualquer que seja a dificuldade, transtorno ou deficiência. Nesse sentido, pensando aqui um pouco em como as coisas acontecem no ambiente escolar, principalmente na educação básica. Se por um lado, a expectativa é por uma proposta curricular para todo o grupo, por outro, é fundamental que os métodos, os procedimentos e as estratégias pedagógicas inclusivas sejam diversificados, sempre focados na singularidade do sujeito e em suas potencialidades.

Ainda em relação aos alunos que foram o público-alvo descrito na PNEEPEI, mas agora pensando também em um público maior, isto é, aqueles que apresentam transtornos do neurodesenvolvimento como distúrbios de aprendizagem, problemas comportamentais e/ou emocionais, entre outros, com ou sem diagnósticos, é preciso que suas dificuldades sejam identificadas o mais precocemente possível para que se possa intervir a tempo e de maneira adequada. Sabemos que nos desenvolvemos e aprendemos sempre, no entanto, é na primeira infância que desenvolvemos as principais habilidades que serão indispensáveis ao nosso desenvolvimento ao longo da vida. Nesse sentido, reafirmamos a importância do olhar minucioso e atento do professor, particularmente aquele que atua na Educação Infantil (EI).

A EI configura-se como primeira etapa da educação básica (LDB, 1996) e passou a ser direito de toda e qualquer criança com idades de zero a cinco anos e onze meses, e o atendimento a esse público tem como finalidade principal promover o desenvolvimento integral da criança, complementando a ação da família e da comunidade (32). Podemos, com isso, afirmar que esse é um dos primeiros espaços em que a criança vivencia situações de inclusão. No entanto, apesar de contar com referenciais e diretrizes nacionais elaboradas, de forma exemplar, por especialistas da área, a EI não se faz presente de forma adequada em todas as localidades do nosso país. Esse fato é o responsável por ocasionar a discrepância de oportunidades entre as regiões e fomenta as diferenças regionais que insistem em pairar sobre o cenário educacional brasileiro. É expressamente documentada a importância da EI na LDB

nos Referenciais e nas diretrizes curriculares nacionais para a EI e a ausência de ações adequadas a cada período da primeira infância causa prejuízo em relação ao desenvolvimento global das crianças, e ainda impede a implementação de intervenções precoces preventivas que são fundamentais para diferentes grupos de estudantes.

Chamamos aqui de intervenção precoce preventiva o processo pontual de atuação e estratégias direcionadas e contextualizadas. Essas devem ser capazes de possibilitar a construção a partir da singularidade de cada envolvido, da percepção das dificuldades e sua conseqüente superação e, ainda, identificar as dificuldades como características (possibilidades) e não apenas como problemas. É nesse sentido que consideramos a EI como uma etapa fundamental na superação ou mitigação dos prejuízos no desenvolvimento de alguns alunos, com vistas a um bom desempenho acadêmico nas demais etapas da educação básica.

Em relação à educação básica, é possível afirmar que acontecimentos recentes revelaram ao grande público as mazelas vividas no interior das instituições escolares, particularmente as públicas. No entanto, para quem atua nesse segmento não é nova a discrepância de oportunidades entre a educação pública e a privada. O advento da pandemia apenas tornou público dificuldades vividas há anos por profissionais e alunos da educação básica em todas as regiões do nosso país.

Pensando na educação para todos, como prega a legislação, não podemos, por exemplo, afirmar quais serão os prejuízos causados por conta do ingresso tardio de crianças na EI, do rompimento de processos iniciados nessa mesma fase, da falta de estimulação adequada, do isolamento social, entre outras. É oportuno dizer que o desenvolvimento integral da criança é processual e que, como afirmam os documentos oficiais destinados a esse público, as habilidades desenvolvidas na primeira infância são fundamentais no progresso de competências acadêmicas posteriores.

Em relação ao ensino fundamental, a discrepância de oportunidades entre o público e o privado apresentou-se contundente

e o acesso remoto foi o grande divisor de águas entre esses dois grupos. A internet com velocidade adequada ao planejamento e implementação de um ensino a distância não é comum a todos os professores e também às famílias dos estudantes, e essa realidade se fez presente em todas as regiões do país. Outra questão, não menos importante, é pensar que o professor é um experiente usuário de tecnologia e, mesmo isso sendo uma verdade, não lhe garante a transposição didática (33). Isso se sustenta porque muitos professores não tiveram formação ou alguma experiência anterior com o ensino a distância, ou com o uso de tecnologias digitais como recurso didático. É importante destacar que a legislação garante o ensino a distância na Educação Básica, mas como complemento e não substituição à intervenção pedagógica presencial dos professores (Art. 32, § 4º da LDB 9394/1996) (32). Nesse sentido, o maior questionamento é: como processos sensíveis, tais como o aprendizado da leitura e da escrita, do desenvolvimento do raciocínio lógico, da compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamentam a sociedade foram trabalhados com os alunos? Essa resposta, certamente, aparecerá em poucos anos.

Por fim, a etapa que mais causa preocupação aos especialistas: o ensino médio. Essa etapa da educação já vinha sofrendo com a evasão dos alunos, caracterizada por uma simultaneidade de variáveis e complicações que ultrapassam os muros escolares. Podemos citar como exemplos, a crise econômica que gera a necessidade de ingresso no mercado de trabalho, gravidez na adolescência, desinteresse e falta de expectativa com o futuro, entre outros fatores (34). Com a pandemia, as questões anteriormente descritas se agravaram, e a desigualdade social ampliada pelo número de desempregados e do fechamento das escolas evidenciaram a necessidade de um número mais expressivo de jovens se lançarem no mercado de trabalho para auxiliarem suas famílias e garantirem a manutenção de suas necessidades básicas (35).

Como foi possível verificar, a pandemia impactou a educação em todas as suas modalidades, particularmente a educação básica. Os estudantes tiveram que se adequar a um novo “modus operandi” e a um novo “locus”, muitas vezes distantes de sua realidade. Tais mudanças

provocaram a dificuldade de acesso às aulas, o afastamento de crianças e adolescentes explorados pelo trabalho infantil e possíveis problemas psicológicos, como depressão e ansiedade, entre outros. Dentro desse contexto, podemos afirmar que a pandemia intensificou as dificuldades vividas nos sistemas educacionais, no entanto, é importante pontuar que muitos dos problemas aflorados nesses novos tempos já são historicamente conhecidos por parte de nossa sociedade e é dentro desse contexto que devemos conjecturar nossa perspectiva pedagógica em relação à inclusão escolar, isso é, uma educação para todos.

Em suma não há uma receita, um método ou uma fórmula. O que há, de fato, é um novo olhar, uma nova forma de entender a educação e o estudante e reafirmar o direito de cada um ser como é, independentemente de gênero, crença, etnia, raça ou deficiência, e garantir oportunidades iguais para todos e estratégias diferentes para cada um, de modo que todos possam participar e aprender.

Por fim, como foi possível verificar, a visão sobre a educação inclusiva sofreu e ainda sofre grande influência, tanto dos conceitos historicamente construídos, quanto de uma legislação que abre precedentes para interpretações, muitas vezes equivocadas e por vezes com ares de novas, mas que tenta desconstruir, ou melhor, aniquilar conquistas. O importante é que a ciência persiste, a educação resiste e, o mais importante, os profissionais, em grande parte, lutam para que o conhecimento seja multiplicado e que os direitos adquiridos com tantas lutas sejam respeitados.

Referências

ANTUNES, AA. Processo de inclusão no Instituto Federal de Goiás: o papel do psicólogo. 2017, 110f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

ARANHA, MSF. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. *Temas Psicol.* 1995;1(2):63–70.

- ARAÚJO, ÁC, NETO, FL. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5. *Rev Bras Ter Comport e Cogn.* 2014;16(1).
- BRASIL. Decreto 10.502/2020, de 30 de setembro de 2020. Coordenadoria Nacional de Promoção da Igualdade de Oportunidades e Eliminação da Discriminação no Trabalho – Coordigualdade. 2020;
- BRASIL. Lei de diretrizes e bases da educação nacional. *Bol Gaúcho Geogr.* 1998;24(1):1–21.
- BRASIL. Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Inclusão. Ministério da Educ [Internet]. 2008;19. Available from: www.portal.mec.gov.br
- CAMARGO, EP. Inclusão e necessidade especial: compreendendo identidade e diferença por meio do ensino de física e da deficiência visual. 2016.
- CARRILHO, APN. Relação entre compreensão leitora e habilidades cognitivas e linguísticas em escolares com distúrbio de aprendizagem TT - Relationship between reading comprehension and cognitive skills in children with learning disorder [Internet]. 2016. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-08082016-220203/publico/AnaPaolaNicolieloCarrilho.pdf>
- FERNANDES, LB, SCHLESENER, A, MOSQUERA, C. Breve Histórico Da Deficiência E Seus Paradigmas. *Rev do Núcleo Estud e Pesqui Interdiscip em Musicoter.* 2011;2:132–44.
- FONSECA, T da S, FREITAS, CSC, NEGREIROS, F. School psychology and inclusive education: Performance with teachers. *Rev Bras Educ Espec.* 2018;24(3):419–32.
- FONTE, EMM da. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. *Rev do Programa Pós-Graduação em Sociol da UFPE.* 2013;1–9.
- GÓES, MCR de. Desafios da inclusão de alunos especiais. 2015;16–34.
- HARLOS, FE, DENARI, FE, ORLANDO, RM. Análise da estrutura organizacional e conceitual da educação especial Brasileira (2008-2013). *Rev Bras Educ Espec.* 2014;20(4):497–512.

HERMIDA, JF. O Plano Nacional de Educação (Lei 10.172), de 9 de janeiro de 2001. *Educ em Rev.* 2006;(27):239–58.

JOELMA, A, PIZZOL, DAL, ZANIN, C. Abandono e permanência escolar na educação profissional e tecnológica: olhares de trabalhadores da educação do Instituto Federal de Santa Catarina. 2019;

KASSAR, M de CM. Percursos da constituição de uma política brasileira de educação especial inclusiva. *Rev Bras Educ Espec.* 2011;17(SPEC. ISSUE 1):41–57.

LI, D, JIN, R. Integrated structure and control design for servo system based on genetic algorithm and Matlab. *J Comput.* 2011;6(9):1903–12.

MANTOAN, MTE. Inclusão escolar: o que é? por quê? Como fazer? 2006.

MANTOAN, MTE. O direito de ser, sendo diferente, na escola. *Rev do CEJ.* 2004;(26):36–44.

MATOS, S, MENDES, E. a Proposta De Inclusão Escolar No Contexto Nacional De Implementação Das Políticas Educacionais. *Rev Práxis Educ.* 2014;10(16):35–59.

MATOS, SN. Demands from the school inclusion. :27–40.

MENDES, EG. Sobre alunos “incluídos” ou “da inclusão”: reflexões sobre o conceito de inclusão escolar. IN: VICTOR, SL; VIEIRA, AB; OLIVEIRA, IM. Educação especial inclusiva: conceituações, medicalização e políticas. 2017.

MIRANDA, AAB. História, deficiência e educação especial. 2014;

MODELSKI, D, GIRAFFA, LMM. CA. Tecnologias digitais, formação docente e práticas pedagógicas. 2019;

OLIVEIRA, A De, NETO, S, REGINA, T, SALES, R. Educação inclusiva : uma escola para todos Inclusive education : a school for all Abstract. *Educ Espec.* 2018;31:81–92.

PATTO, MHS. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. 1987; Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=92916&indexSearch=ID>

ROCHA, JG da, SANTOS, A. Diretrizes Da Política Nacional De Educação Especial Na Perspectiva Da Educação Inclusiva. *Rev Ciências Humanas*. 2018;11(1).

SANTIAGO, SA da S. Educação para todos: um estudo sobre a política de inclusão dos portadores de necessidades educacionais especiais no Brasil. 2003; Available from: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/4756>

SANTOS, DCO, MENEZES, AB., BORBA, A, RAMOS, CC, COSTA, T. Mapeamento de competências do psicólogo escolar. 2017;

SASSAKI, R K. Inclusão: Construindo uma sociedade para todos. Vol. 53, WVA(r) Editora e Distribuidora Ltda. 1999. 174 p.

SERRA, D. a Educação Inclusiva Em Tempos De Judicialização Do Estado: O Cotidiano Das Escolas Com a Lei Brasileira De Inclusão – No 13.146/2015. *Polêm!Ca*. 2017;17(1).

SOTERO, MDC, CUNHA, EBJ, GARCIA, VA. Full-time education and specialized educational care: How these policies are implemented at the same time? *Cad CEDES*. 2019;39(108):237–50.

SOUZA, CMP de, PEREIRA, JM, RANKE, M da C de J. Reflexos da Pandemia na evasão/abandono escolar: a democratização do acesso e permanência. *Rev Bras Educ do Campo*. 2020;1–20.

UNESCO. *Dearação de Salamanca*. 1994;1–17.

VEIGA-NETO, A, CORCINI, M. inclusão , exclusão , in / exclusão. 2002;121–35.

CAPÍTULO 3

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Thycia Maria Cerqueira de Farias

Alessandra Nascimento Pontes

Noemi Mello Loureiro Lima

Maria Eloisa Famá D'Antino

Decio Brunoni.

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), lei número 12.764/2012, estabelece que a pessoa com TEA é aquela que apresenta: 1- deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e interação social, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível do desenvolvimento; 2- padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamentos ritualizados; interesses restritos e fixos (1).

O mesmo documento traz, em seu Artigo 2º, algumas diretrizes da Política Estadual de Proteção dos Direitos da Pessoa com TEA, destacando-se aqui: [...] III- a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com TEA, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes [...]; VIII- o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao TEA no país. No artigo 3º [...] III- o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo: a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo; b) o atendimento multiprofissional; [...] e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento [...] (1).

Considerado um problema de saúde pública mundial, o TEA afeta uma em cada 370 crianças na faixa etária de 7 a 12 anos de idade, segundo o único estudo brasileiro de prevalência (2). O relato do Center for Disease Control - CDC de 2016, indica a cifra de 1:54 como sendo a prevalência de TEA entre crianças de 8 anos de idade, em 11 cidades dos EUA (3). O TEA tornou-se, assim, o transtorno do desenvolvimento mais frequente, com alto impacto pessoal, familiar e social (4).

Estima-se que os custos humanos, sociais e financeiros decorrentes das necessidades dos indivíduos com TEA sejam bastante elevados. Dados epidemiológicos de países desenvolvidos revelam que crianças com TEA frequentam nove vezes mais os serviços de saúde do que crianças com outros problemas médicos e três vezes mais que crianças com deficiência intelectual (5). Com esses dados podemos considerar as implicações financeiras aos serviços de saúde e de educação, e aos programas de intervenção precoce.

No entanto, estudos apontam que tanto o diagnóstico como a implementação de intervenções precoces propiciam um melhor prognóstico para as pessoas com TEA e, conseqüentemente, pode haver redução de custos financeiros e sociais, quando se analisam os resultados em longo prazo (6). Portanto, identificar precocemente as manifestações do quadro facilmente reconhecíveis clinicamente, seguindo os critérios de inclusão apontados pelo DSM-5, auxilia no manejo dos indivíduos com TEA, otimizando a qualidade de vida e melhor inserção na família, escola e sociedade (5).

A literatura demonstra que a pluralidade de hipóteses etiológicas sem consensos conclusivos e a variedade de formas clínicas e/ou comorbidades que podem acometer a pessoa com TEA exigem o encontro de uma diversidade de disciplinas (6,7). Nesse contexto, os profissionais de saúde, membros das equipes multidisciplinares, têm papel fundamental em todas as etapas, desde a identificação dos sinais de alerta e diagnóstico precoce ao acompanhamento e tratamento do TEA. Assim, torna-se essencial que essas equipes, estejam preparadas, capacitadas e atentas para que sejam tomadas as medidas resolutivas que irão refletir positivamente no prognóstico desses pacientes.

Considerando o exposto, este capítulo tem por objetivo trazer uma reflexão acerca do TEA e a importância do papel do profissional de saúde, integrante das equipes multidisciplinares, desde a identificação de sinais sugestivos e diagnóstico precoce ao acompanhamento e tratamento do TEA. Considerando este breve aporte sobre a temática, bem como a necessidade de mais publicações sobre a importância

da atuação multiprofissional frente ao TEA, esperamos despertar no leitor a relevância do tema e em especial sua compreensão sobre as principais características do transtorno e o papel essencial da equipe multidisciplinar no prognóstico da pessoa com TEA.

2. ENTENDENDO O TEA

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é caracterizado por sinais e sintomas relacionados com déficits persistentes na interação e comunicação social, presença de padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades e prejuízos no funcionamento adaptativo; sua prevalência, considerando estudos variados, tem sido estimada em cerca de 1% (8,9,10).

Os sintomas podem evoluir conforme a demanda social, sendo percebido, em grande parte das vezes, pelos familiares durante o segundo ano de vida (dos 12 aos 24 meses) ou pode aparecer de forma regressiva, quando após o desenvolvimento normal ocorrem perdas de habilidades sociais ou linguísticas (8).

Os especificadores de gravidade, presentes no DSM-5 (8), auxiliam na descrição do quadro na sintomatologia do momento atual, que muitas vezes pode estar ou não associado à deficiência intelectual ou às dificuldades no desenvolvimento da linguagem oral expressiva e receptiva (8). Condição médica como epilepsia ou fatores ambientais, como exposição ao ácido valpróico, baixo peso ao nascer, síndrome alcoólico fetal, também devem ser especificados (8). Também é preciso considerar as comorbidades com outros transtornos do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Finalmente, como mostra a Tabela 1, após a investigação interdisciplinar é preciso caracterizar o nível de gravidade do quadro. Tal medida trouxe expressivo avanço sobre as classificações anteriores, pois agora não basta dar o diagnóstico de TEA, mas sim, apontar os prejuízos mais importantes bem como os aspectos da funcionalidade (8,11).

Tabela 1. Níveis de gravidade do Transtorno do Espectro Autista.

Nível de Gravidade	Comunicação Social	Comportamentos Restritos e Repetitivos
<u>Nível 3</u> “exigindo muito apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos estritos/repetitivos interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/dificuldade para mudar o foco ações.
<u>Nível 2</u> “exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal; prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio; limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento e/ou dificuldade de mudar o foco ou as ações.
<u>Nível 1</u> “exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode parecer apresentar interesse reduzido por interações sociais	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

Fonte: American Psychiatric Association (APA), 2014.

A etiologia é conhecida em cerca de 20% dos casos; desses, os fatores genéticos únicos, cromossômicos e gênicos, respondem por 15% dos casos (8). Os demais ocorrem devido a fatores ambientais diversos, durante a vida perinatal. A maioria dos casos (80%) responde por um mecanismo multifatorial com interação epistática, em que a vulnerabilidade genômica, associada à exposição a fatores de risco perinatais, explicaria o quadro (8,10).

A Tabela 2 resume os possíveis grupos de fatores etiológicos que podem estar envolvidos no TEA. A quantidade de alterações genéticas e

genes envolvidos no TEA é de tal grandeza que foram desenvolvidos sites especiais com acesso público para oferecer informação adequada. Um dos mais conhecidos é o SFARI (Simons Foundation Autism Research Initiative - <https://www.sfari.org/>). A base de dados apresenta diversos módulos como o de genes no qual lista mais de 1000 genes relacionados ao TEA; o módulo de ranking de associação mais provável com 86 genes de alto risco; e o módulo dos CNVs com mais de 2000 coordenadas genômicas já descritas (10).

Tabela 2. Grupos de alterações genéticas e ambientais associadas ao Transtorno do Espectro Autista

Grupos de Causas	%
Anormalidades Cromossômicas	2
Micro duplicações e deleções	10
Doenças monogênicas	5
Ambiental	3
Multifatorial e epigenética	80

Fonte: Zanolla et al., 2015.

Dentro do modelo multifatorial, fatores de risco ambientais têm papel de destaque. Na metanálise realizada por Wang et al., (11) foram analisadas informações pré, peri e pós-natais de 37.634 crianças autistas e 12.081.416 crianças não autistas publicadas em 17 estudos. Durante o período pré-natal, os fatores associados ao risco de autismo foram idade materna e paterna ≥ 35 anos, raça da mãe e do pai: branca e asiática, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, ameaça de aborto (11).

Durante o período perinatal, os fatores associados ao risco de autismo foram parto cesáreo, idade gestacional inferior a 36 semanas, paridade ≥ 4 , parto espontâneo, parto induzido, sem trabalho de parto, apresentação pélvica, pré-eclâmpsia e sofrimento fetal. Durante o período pós-natal, os fatores associados ao risco de autismo foram baixo peso ao nascer, hemorragia pós-parto, sexo masculino e anomalia congênita cerebral. Paridade ≤ 4 e sexo feminino foram associados

a uma diminuição do risco de autismo. Além disso, a exposição ao tabagismo, infecção urinária, raça da mãe e do pai: negra e hispânica, país de nascimento da mãe fora da Europa e América do Norte, cordão umbilical ao redor do pescoço, ruptura prematura da membrana, índice de Apgar de 5 minutos <7 e infecção respiratória não foram associados com aumento risco de autismo (9,10,11,12). Concluem dizendo que a metanálise confirma a relação entre fatores pré, peri e pós-natais e o autismo. Não é claro contudo se, e quantos desses fatores são causais ou secundariamente associados ao TEA.

3. IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

O TEA manifesta-se em indivíduos de diversas etnias ou raças e em todos os grupos socioeconômicos (13). Sua prevalência é maior em meninos do que em meninas, na proporção de cerca de 4 meninos para 1 menina. Estima-se que em torno de 30% dos casos apresentam deficiência intelectual (14).

Nos últimos anos, as estimativas da prevalência do autismo têm aumentado consideravelmente. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, de 1 para cada 150 crianças de 8 anos em 2000 e 2002, a prevalência do TEA aumentou para 1 para cada 68 crianças em 2010 e 2012, chegando à prevalência de 1 para cada 58 em 2014, mais que duplicando o número de casos durante esse período (15, 16). Esse aumento na prevalência do TEA é, em grande parte, um resultado da ampliação dos critérios diagnósticos e do desenvolvimento de instrumentos de rastreamento e diagnóstico com propriedades psicométricas adequadas (17).

O TEA é também frequentemente associado a outros transtornos psiquiátricos (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, depressão e ansiedade) e a outras condições médicas (epilepsia; transtornos genéticos) (18,19).

O diagnóstico de TEA é eminentemente clínico e interdisciplinar. Há escalas de triagem e instrumentos diagnósticos, mas a observação

da criança e o histórico do desenvolvimento nos três primeiros anos de vida são imprescindíveis (12). Os critérios para o diagnóstico estão descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria e no CID 10. Vale destacar que tais instrumentos fornecem informações que levantam a suspeita de haver sinais que podem vir a ser associados ao diagnóstico, sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado por profissional treinado e capacitado para isso, posto que o diagnóstico é clínico. No caso do TEA, recomenda-se que seja realizado diagnóstico diferencial. A avaliação médica normalmente é complementada com dados de avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica e, se indicado recorre-se ao geneticista na busca de exames específicos (16,20,21).

Os instrumentos de rastreamento do TEA podem ser usados desde a primeira infância, até a idade adulta. Diversos foram validados para a população brasileira (22,23).

A Escala de Avaliação para Autismo Infantil - Childhood Autism Rating Scale (CARS), validado no Brasil por Pereira et al., (2008), hoje em sua segunda versão (CARS-2), é composto por itens que, pontuados, determinam a gravidade dos sintomas por meio de classificação quantificável, variando de normal para gravemente anormal. O Modified Checklist for Autism – (MCHAT) é um instrumento que serve para identificar indícios do transtorno em crianças dos 18 a 24 meses, de fácil aplicação (23,24,25).

O Autism Screening Questionnaire (ASQ) validado para o Brasil por Sato et al., (26) é voltado para os pais ou cuidadores dos indivíduos com suspeita de terem o diagnóstico de TEA. Tem 40 questões relacionadas com a interação social recíproca, comunicação e linguagem, padrões de comportamentos estereotipados e repetitivos, além de outras questões sobre o funcionamento da linguagem. O Autism Behavior Checklist (ABC), que após a sua adequação à língua portuguesa, recebeu a sigla ICA “Inventário de Comportamentos Autísticos”, é amplamente utilizado no Brasil (27).

Apesar desse rastreamento ser possível ainda na primeira infância, apenas uma minoria dos casos é diagnosticada antes do período pré-escolar. Assim, apesar de os sintomas de TEA serem perceptíveis antes dos três anos, momento em que já se deve iniciar o tratamento dos casos, é somente a partir dessa idade que as crianças recebem o diagnóstico do transtorno (22,28). No entanto, se a identificação dos sinais de alerta para o TEA for realizada antes dos primeiros três anos com a implementação de intervenções precoces intensivas e de longo prazo, o impacto no prognóstico é bastante positivo, sobretudo em relação à adaptação psicossocial e familiar, ao desempenho cognitivo, ao comportamento adaptativo e às habilidades de comunicação e interação social (23,24).

4. A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTEXTO DO TEA

Segundo a literatura, não existe cura para o TEA. O padrão ouro para o tratamento do TEA é o diagnóstico e a intervenção precoce, que devem ser iniciados tão logo haja suspeita ou imediatamente após o diagnóstico por uma equipe multidisciplinar, gerando ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento da criança, além de reduzir consideravelmente os gastos dos familiares no tratamento, bem como os do sistema de saúde pública, quando se analisam os resultados a longo prazo (29,31).

Os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares da atenção básica (médico, enfermeiro, odontólogo...) possuem papel fundamental na identificação precoce dos sinais e sintomas do TEA e necessitam estar treinados e capacitados (31,32). A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos (33). A maior plasticidade das estruturas anatomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida torna

este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções em casos de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento, que podem estar futuramente associados aos TEA podem ter maior eficácia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais. (13, 30, 32).

O autismo se manifesta e se desenvolve de formas diferentes em cada caso. Nesse contexto, cada pessoa terá características em comum com o quadro geral, mas também únicas, e as opções de intervenção devem ser analisadas individualmente. Assim, a equipe multiprofissional naturalmente tem maior capacidade e mais condições de analisar as diferentes opções de abordagens e as que mais se adequem àquela pessoa, à sua família e ao momento em que se encontram (30).

Nesse sentido, no tratamento do TEA, o objetivo comum será a melhora progressiva da qualidade de vida daquela pessoa, sendo cada área abordada pelo profissional em sua especialidade, mas todos definindo os objetivos juntos, discutindo cada passo e cada adaptação e intervenção que se fizer necessária (14).

A interação entre todos os profissionais ajuda na concepção de um tratamento que integre as especialidades, de acordo com as necessidades de cada pessoa e a identificação de sintomas e possíveis intervenções, combinando os conhecimentos dos profissionais para a construção coletiva do Projeto Terapêutico Singular-PTS (13). O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é o direcionamento das ofertas de cuidado construído a partir da identificação das necessidades dos indivíduos e de suas famílias, em seus contextos reais de vida, englobando diferentes dimensões. O PTS deve ser composto por ações dentro e fora do serviço e deve ser conduzido, acompanhado e avaliado por profissionais ou equipes de referência junto às famílias e às pessoas com TEA. Ele deve ser revisto sistematicamente, levando em conta os projetos de vida, o processo de reabilitação psicossocial (com vistas à produção de autonomia) e a garantia dos direitos (33).

Embora a composição da equipe de profissionais de saúde deva variar de caso a caso, algumas especialidades são mais recorrentes na

intervenção de pessoas com TEA como o neurologista ou psiquiatra – normalmente são os primeiros profissionais a entrar em contato com a pessoa com TEA e sua família. Esse profissional de primeiro contato deve identificar sintomas, realizar o acompanhamento dos tratamentos e definir medicações e dosagens quando necessário. O Psicólogo (de base comportamental) – deve acompanhar a pessoa com TEA e sua família, orientando sobre dificuldades e progressos e auxiliando nas possíveis estratégias de tratamento. O pedagogo ou psicopedagogo auxiliam nos processos de inclusão escolar e familiar, podendo produzir planos individuais de desenvolvimento, materiais e estratégias de aprendizado. O fonoaudiólogo trabalha com intervenções na área da linguagem e comunicação, podendo atuar no estímulo à leitura, produção de textos e estímulos auditivos, fonéticos e faciais e comunicação alternativa. O terapeuta ocupacional atua no desenvolvimento e estímulo sensorial no que diz respeito às habilidades táteis, auditivas e visuais, auxiliando na progressão das habilidades motoras, integração sensorial e na autonomia do indivíduo e o fisioterapeuta ou educador físico – atuam no aperfeiçoamento de habilidades motoras e musculares, no tratamento comportamental e na inclusão social (13, 30).

Todos esses profissionais desempenham papel fundamental e essencial em todas as etapas desde a identificação dos sinais sugestivos e diagnóstico precoce, até o acompanhamento e tratamento do TEA, sendo primordial que cada um deles, considerando sua especificidade, some esforços no sentido de aumentar o potencial do desenvolvimento social e de comunicação, de estimular o funcionamento cognitivo, as funções executivas e de dirigir competências para autonomia, melhorando assim a qualidade de vida dos indivíduos com TEA.

Referências

ALMEIDA, RS, LIMA, RC, CRENZEL, G, ABRANCHES, CD de. *Pediatria. Psiquiatria da Criança e do Adolescente* [Internet]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016 250 p. Available from: <https://www.amazon.com.br/Pediatria-Psiquiatria-Criança-Adolescente-Soperj/dp/8527728141> [cited 2019 Feb 26].

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.

ANAGNOSTOU, E, ZWAIGENBAUM, L, SZATMARI, P, FOMBONNE, E, FERNANDEZ, BA, WOODBURY-SMITH, M, et al. Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. *CMAJ*. 2014;186(7):509-19.

ARAUJO, JAMR, VERAS, AB, VARELLA, AAB. Breves considerações sobre a atenção à pessoa com transtorno do espectro autista na rede pública de saúde. *Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande*, 2019; 11(1):89-98.

ARAÚJO LA de, LOUREIRO, A A, ALVES, A M G, LOPES, A M C da S, BARROS, J C R, LEYSER, M, et al. Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente: Instrumentos de vigilância e promoção do Desenvolvimento. Guia Prático Atualização [Internet]. 2017;(4):5. Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20415d-GPA_-_Caderneta_Saude_da_Crianca.pdf [cited 2019 Feb 25]

ARAUJO, LA de, LOUREIRO, AA, ALVES, AMG, LOPES, AMC da S, BARROS, JCR, CHAVES, LF da S, et al. Triagem precoce para Autismo/ Transtorno do Espectro Autista [Internet]. Documento Científico. Belo Horizonte; 2017 Available from: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2017/04/19464b-DocCient-Autismo.pdf [cited 2019 Feb 25].

BAILEY, A, LE COUTEUR, A, GOTTESMAN, I, BOLTON, P, SIMONOFF, E, YUZDA, E, et al. Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychol Med*. 1995; 25(1):63-77.

BRASIL. Lei n. 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e altera o § 3º do art. 98 da Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização. Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2ª ed. Brasília: MS; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA). Brasília; 2014.

BRODER-FINGERT, S, FEINBERG, E, SILVERSTEIN, M. Improving Screening for Autism Spectrum Disorder: Is It Time for Something New? *Pediatrics*. 2018; 141(6):e20180965.

CHRISTENSEN, DL, BAILO, J, VAN NAARDEN BRAUN, K, BILDER, D, CHARLES, J, CONSTANTINO, JN, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years--Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ*. 2016; 65(3):1–23.

CHRISTENSEN, DL, MAENNER, MJ, BILDER, D, et al. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years - Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Seven Sites, United States, 2010, 2012, and 2014. *MMWR Surveill Summ*. 2019; 68(2):1-19.

COSTA, DCF da. Intervenção Precoce no Transtorno do Espectro do Autismo [Internet]. Escola Superior de Educação João de Deus; 2014 Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14422/1/DanielaCosta.pdf> [cited 2019 Feb 26].

FOMBONNE, E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 2009; 65(6), 591-598. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19218885>. Acesso em: 20 nov. 2019.

GOMES, PTM, LIMA, LHL, BUENO, MKG, ARAÚJO, LA, SOUZA, NM. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. *J Pediatr*. 2015; 91(2):111-21.

GRINKER, RR. Autismo um mundo obscuro e conturbado. São Paulo: Larrousse do Brasil; 2010. 320 p.

LOSAPIO, MF, PONDE, MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 2008; 30(3) <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400011>

MARTELETO, MR, PEDROMÔNICO, MR. Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. *Rev Bras. Psiquiatr*. 2005; 27(4):295-301.

NEWSCHAFER, CJ, CROEN, LA, DANIELS, J, GIARELLI, E, GREYER, JK, LEVYS, E, MANDELL, DS, MILLER, LA, PINTO-MARTIN, J, REAVEN, J, REYNOLDS, AM, RICE, CE, SCHENDEL, D, WINDHAM, GC. The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*. 2007; 28:235-258.

OLIVEIRA, MV, ALMEIDA, R, SILVA, ML, SANTOS, E, MOREIRA, A, SILVA, VE, PAIVA, LC. Rastreamento precoce dos sinais de autismo infantil: Um estudo na atenção primária à saúde. *Revista Arquivos Científicos (IMMES)*, 2019; 2(2):48-53.

PAULA, CS, RIBEIRO, SH, FOMBONNE, E, MERCADANTE, MT. Brief Report: Prevalence Of Pervasive Developmental Disorder In Brazil: A Pilot Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011; 41:1738-1742.

RIBEIRO, SH, PAULA, CS de, BORDINI, D, MARI, JJ, CAETANO, SC. Barriers to early identification of autism in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017; 39(4):352-4.

ROBINS, D, FEIN, D, BARTON, M, RESEGUE, RM (Trad. Questionário Modificado para a Triagem do Autismo em Crianças entre 16 e 30 meses, Revisado, com Entrevista de Seguimento (M-CHAT-F/F) TM [Internet]. 2009 Available from: <http://www.mchatscreen.com>. [cited 2019 Feb 25].

SANDIN, S, LICHTENSTEIN, P, KUJA-HALKOLA, R, LARSSON, H, HULTMAN, CM, REICHENBERG, A. The familial risk of autism. *JAMA*. 2014; 311(17):1770-7.

SATO, FP, PAULA, CS, LOWENTHAL, R, NAKANO, EY, BRUNONI, D, SCHWARTZMAN, JS, MERCADANTE, MT. Instrumento para rastreamento dos casos de transtorno invasivo do desenvolvimento - estudo preliminar de validação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2009; 31(1), 30-33.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. Transtorno do Espectro do Autismo. Manual de orientação, triênio 2016/2018. Nº 05, Abril de 2019.

VOLKMAR, FR, LORD, C, BAILEY, A, SCHULTZ, RT, KLIN, A. Autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45(1):135–170.

WANG, C, GENG, H, LIU, W, ZHANG, G. Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(18):e6696. doi:10.1097/MD.0000000000006696.

ZABLOTSKY, B, BLACK, LI, BLUMBERG, SJ. Estimated Prevalence of Children With Diagnosed Developmental Disabilities in the United States, 2014-2016. *NCHS Data Brief*. 2017; 291:1–8.

ZABLOTSKY, B, BLACK, LI, MAENNER, MJ, SCHIEVE, LA, BLUMBERG, SJ. Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey. *Natl Health Stat Report*. 2015; 87:1–20.

ZANOLLA, TA, FOCK, RA, PERRONE, E, GARCIA, AC, PEREZ, ABA, BRUNONI, D. Causas genéticas, epigenéticas e ambientais do Transtorno do Espectro do Autismo. *Cad Pos-grad Distúrb Desenvolv*; 2015; 15(2):29-42.

CAPÍTULO 4

O DESFRALDE NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN: ASPECTOS RELACIONADOS AO TREINAMENTO ESFINCTERIANO

Renata Sampaio Rodrigues Soutinho
Fabiana Cavalcante Viana Barros Sales
Hugo Souza Bittencourt
Isis Nunes Veiga
Ana Grasielle Dionísio Corrêa
Evanisa Helena Maio de Brum
Silvana Maria Blascovi-Assis

O controle esfinteriano, um dos marcos do desenvolvimento infantil, constitui um dos grandes desafios que a criança enfrenta. O aprendizado desse controle é influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos e socioculturais e é considerado um dos primeiros passos para a criança tornar-se autossuficiente (1).

A maioria das crianças consegue adquirir esse controle sem a participação significativa de profissionais, contando com a ajuda de seus pais a partir de práticas que podem ser culturalmente determinadas, discutidas em revistas e livros para pais ou disponíveis na internet (2).

Pode-se considerar que uma criança possui controle esfinteriano, quando não necessita mais de ajuda ou de supervisão para usar o vaso sanitário, podendo assumir a responsabilidade de uso independente, mantendo-se seca e limpa. O controle esfinteriano pode ser definido como a realização de vários comportamentos espontâneos, incluindo o reconhecimento da necessidade de ir ao banheiro e esperar antes de eliminar o conteúdo vesical e intestinal (3).

A criança se torna completamente treinada, quando é capaz de ter consciência de sua própria necessidade de eliminar urina e fezes e pode iniciar o ato sem um lembrete ou um preparo por parte dos pais ou cuidadores. Adquirir independência para o uso do banheiro requer que as crianças apresentem não apenas domínio de linguagem, mas, ainda, motor, sensorial bem como neurológico e social (4).

A falha no treinamento esfinteriano pode resultar em consequências físicas e psicológicas bem como na sensação de fracasso por não ter conquistado a autonomia para um dos requisitos fundamentais do autocuidado (1).

As recomendações da literatura médica ocidental sobre essa temática geralmente se baseiam nas diretrizes publicadas pela Academia Americana de Pediatria (AAP), que descrevem o papel dos pais, profissionais de saúde e cuidadores no processo de treinamento esfinteriano. Essa abordagem é direcionada às crianças com desenvolvimento psicomotor normal e sugere iniciar o processo de treinamento esfinteriano apenas quando a criança apresentar sinais

de prontidão, sendo essencial para o sucesso do processo reconhecer o melhor momento para iniciar. Os sinais de prontidão que, em crianças com desenvolvimento psicomotor normal, são bem desenvolvidos entre 24 e 36 meses, incluem algumas habilidades físicas e cognitivas (5).

Em 2019, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Urologia publicaram um manual com informações importantes sobre o treinamento esfinteriano em crianças, listando 21 sinais descritos com o objetivo de auxiliar os profissionais pediatras a orientar os pais e/ou cuidadores sobre o processo de desfralde, são eles:

- Imitar o comportamento dos pais ou de cuidadores;
- Desejar agradar;
- Desejar ser autônomo: insistir em concluir tarefas sem ajuda e se orgulhar das novas habilidades;
- Andar e estar apta a sentar de modo estável e sem ajuda;
- Pegar pequenos objetos;
- Ser capaz de dizer não como sinal de independência;
- Entender e responder a instruções e seguir comandos simples;
- Saber puxar as roupas para cima e para baixo;
- Possuir um vocabulário simples referente ao treinamento esfinteriano;
- Usar palavras, expressões faciais ou movimentos que indicam a necessidade de urinar e evacuar;
- Mostrar interesse em outras pessoas que estejam usando o banheiro;
- Ficar seco por duas horas ou mais durante o dia;
- Dizer que está “fazendo xixi” no momento da micção, em geral nos banhos;
- Dizer aos pais que acabou de urinar ou evacuar em pequena quantidade na fralda e se incomodar com a fralda molhada.
- Não querer usar fraldas ou mostrar interesse em cuecas ou calcinha;

- Conseguir ficar parada no penico ou vaso sanitário por 3 a 5 minutos;
- Permanecer brincando com a mesma atividade por mais de 5 minutos;
- Ser capaz de apontar o que deseja;
- Ter iniciado a comunicação por palavras ou frases simples;
- Não apresentar atrasos nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor segundo escalas validadas internacionalmente;
- Compreender e seguir os comandos simples.

No entanto, não há consenso na literatura nacional ou estrangeira sobre quantos ou quais sinais a criança deve apresentar para que seja iniciado o treinamento.

Considerando esse contexto, o objetivo deste capítulo é discutir e apresentar métodos e sinais de prontidão para treinamento esfincteriano em crianças com SD.

1. MECANISMO DE AQUISIÇÃO DE CONTROLE ESFINCTERIANO

Sobre a fisiologia do controle esfincteriano, sabe-se que no lactente, o processo de eliminações de conteúdo vesical e intestinal é reflexo, e não existe controle consciente ou envolvimento cortical. A mielinização do trato piramidal relacionada à área esfincteriana não está completa até os 12-18 meses. Por volta de um a dois anos, a criança começa a ter consciência da sensação de enchimento vesical. Aos três anos de idade, é capaz de reter a urina por um controle voluntário consciente da musculatura do assoalho pélvico. Aos quatro anos, a micção pode, de um modo geral, ser iniciada de forma voluntária, e aos seis ou sete anos a criança pode urinar de acordo com seu desejo, com qualquer quantidade de distensão da bexiga. Este processo evolutivo é encontrado em todas as crianças, mas é importante destacar que há uma variabilidade individual na velocidade de maturação (6).

Alguns fatores que podem afetar o tempo de obtenção de continência são: a pessoa responsável pelo treinamento (pai/mãe/cuidador); a idade de início; e o método de treinamento utilizado (1). A família que se mostra mais sensível e colaborativa atua como importante mediadora nesse processo, possibilitando implementação de rotinas que facilitam e estimulam a criança na continência. Estudos demonstram que, em casos relacionados à incontinência ou enurese, o comportamento dos pais ou cuidadores pode oportunizar o encorajamento da criança e desenvolver emoções e sentimentos positivos sobre si. Emoções negativas podem reforçar a ocorrência dos escapes (7).

A idade de início do treinamento esfinteriano em países em desenvolvimento parece ser mais baixa do que em países desenvolvidos (8). A idade de aquisição do controle é definida como aquela em que uma criança mantém a bexiga cheia e o controle intestinal, sem falha em segurar a urina ou as fezes durante o dia e a noite (5).

No Brasil, um estudo envolveu uma amostra composta por 4.231 crianças nascidas em Pelotas, que foram visitadas em seus domicílios aos 12, 24 e 48 meses. Foram realizadas entrevistas com as mães, as quais responderam a um questionário com questões sociodemográficas, características dos hábitos miccionais e intestinais das crianças, com atenção ao treinamento esfinteriano (9). A idade média de início de treinamento esfinteriano foi de 22 meses, com duração média do treinamento de 3,2 meses. A média de idade da retirada das fraldas noturnas foi de 27,4 meses, tendo sido mais precoce entre as meninas. Foi constatado ainda que aos 48 meses, a maioria das crianças não usava mais fraldas diurnas ou noturnas. Os autores ainda observaram que crianças prematuras ou com baixo peso não apresentaram diferença significativa no tempo de treinamento e idade de aquisição do controle esfinteriano, porém crianças com atraso no desenvolvimento apresentaram maior dificuldade em adquirir o controle esfinteriano, prolongando o tempo para a retirada das fraldas.

Em crianças brasileiras com desenvolvimento psicomotor normal, foi demonstrado que aquelas que começaram a ser treinadas

mais cedo (antes dos 24 meses) apresentaram um período de treinamento mais longo em comparação com aquelas que começaram a ser treinadas posteriormente, porém sem diferença na idade média de aquisição de continência (9).

Em outro estudo, um grupo de crianças brasileiras entre três e seis anos foram acompanhados para investigar a aquisição do controle esfinteriano anal (10). Entrevistaram um total de 100 responsáveis, sendo a grande maioria mães. Neste estudo, o treinamento do controle esfinteriano anal e vesical foi iniciado simultaneamente em 84% dos casos, onde mais de 90% foram treinadas em casa, pelas mães, através de intuição, experiências com filhos anteriores e o aprendizado com as avós. Neste estudo o controle anal foi adquirido primeiramente em 41% das crianças.

2. MÉTODOS UTILIZADOS PARA TREINAMENTO ESFINCTERIANO

Treinamento esfinteriano é definido como o processo de alcance de controle urinário e fecal, sendo considerada uma tarefa complexa e realizada em etapas. A independência para o uso do toilette envolve caminhar até o vaso ou penico, baixar as calças, sentar-se no vaso (ou penico), urinar ou evacuar, puxar as calças, dar descarga, lavar as mãos e retornar ao local onde estava. Todas essas atividades requerem que a criança apresente não apenas domínio de linguagem, mas também motor, sensorial, neurológico, cognitivo e social (4,5).

Entre as décadas de 60 e 70, alguns trabalhos enfatizaram a importância de iniciar o treinamento quando a criança estivesse preparada, o que é chamado de aprendizagem centrada na criança, com a recomendação de que a criança teria que ter pelo menos 18 meses para iniciar, já que é a partir desse momento que ela teria a habilidade de relatar a sensação de enchimento vesical para os pais ou cuidadores (11, 12, 13).

A abordagem proposta por (12) é mais intensiva e estruturada, pois inicia com a demonstração do banheiro para a criança usando uma

boneca, seguido de aumento da ingestão de líquidos e horas programadas para ir ao banheiro. Comportamentos corretos são reforçados através de recompensas como comidas, abraços e brinquedos, enquanto os acidentes são corrigidos através de repreensão verbal e sessões práticas adicionais (2). Já a abordagem de (11) inicia sentando a criança no penico, em seguida sem as fraldas. Fezes e urina são esvaziadas no penico, explicando a criança que é para onde devem ir e a etapa final é o uso independente do penico pela criança.

A idade ideal de treinamento esfinteriano permanece incerta. Não há trabalhos que comparem diferentes métodos e estudos não são conclusivos sobre qual momento ideal para iniciar (2).

Diferentes culturas têm vários métodos de treinamento e distintas expectativas sobre quando se deve adquirir o controle urinário e intestinal. É importante destacar que o treinamento inadequado pode ser um dos preditores de disfunção do trato urinário inferior como incontinência urinária, enurese, infecção urinária de repetição e constipação na infância (4, 9).

O manual de orientação para treinamento esfinteriano produzido em 2019 pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) destaca que para haver sucesso no processo de desfralde é necessário: procurar por sinais de prontidão; falar sobre o banheiro para a criança; escolher o penico ou o vaso sanitário com redutor de assento e apoio dos pés adequados à criança; escolher o momento mais apropriado; demonstrar o método; realizar reforço positivo; lidar com naturalidade e paciência e ensinar a higiene adequada (5).

3. AQUISIÇÃO DO CONTROLE ESFINCTERIANO NA CRIANÇA COM DÉFICIT INTELECTUAL

O treinamento esfinteriano para crianças com qualquer deficiência é uma das metas de desenvolvimento mais desafiadoras, assim como para qualquer criança. São poucos os estudos que abordam

o processo de treinamento esfinteriano em crianças com algum tipo de deficiência (5).

Acredita-se que as crianças não são capazes de alcançar a continência até que tenham adquirido capacidade cognitiva e outras habilidades motoras que comumente são atingidas até os 3 anos de idade. Em alguns países, o fornecimento gratuito de fraldas descartáveis para crianças com deficiência reforça a visão de que elas não podem ser treinadas para o uso do banheiro mesmo sabendo que esse uso pode interferir no desenvolvimento das habilidades necessárias para a continência (14).

A obtenção do controle esfinteriano exige que as crianças interpretem suas sensações de preenchimento vesical e intestinal e a percepção da conveniência social para o uso do banheiro. Crianças com deficiência intelectual podem apresentar problemas em lidar com essas situações, sendo esperado, pelo menos, o atraso no controle vesical e intestinal (15).

Um estudo observou que a deficiência intelectual esteve diretamente relacionada a dificuldades com a higiene, com a não execução de maneira independente da maioria das tarefas de autocuidado, com episódios de escapes urinários e fecais durante dia ou noite, que acarretaram impacto na qualidade de vida (16).

Com as políticas públicas relacionadas à inclusão de crianças com necessidades especiais nas escolas regulares, a aquisição do controle esfinteriano pode ser considerada um desafio no processo de inclusão nos estabelecimentos de ensino (3).

Abordagens mais atuais para treinamento esfinteriano em pessoas com deficiência têm sido baseadas em modelos que seguem princípios de condicionamento operante, estratégia inicialmente descrita em 1963 (17). Tais abordagens reforçam o uso de dicas e consequências reforçadoras no treino de toalete com indivíduos com necessidades especiais. A partir de então, modificações e refinamentos das técnicas preconizadas por Ellis foram realizadas, porém alguns procedimentos foram mantidos como: monitoramento para identificar

padrão de micção; idas ao banheiro no padrão de micção ou em horários pré-estabelecidos; aumento da ingestão de líquidos para aumentar a frequência de micção durante a prática do treinamento, uso de sons, imagens ou outros sinais como forma de solicitar o uso do banheiro e reforço para comportamentos de toaleta apropriados (3).

Mesmo após treinados, indivíduos com baixos níveis cognitivos apresentam taxas mais altas de regressão no uso banheiro e os que não possuem habilidades verbais apresentam um tempo maior para alcançar a continência urinária e fecal do que os que possuem, o que reforça que o processo envolve múltiplas habilidades.

Há uma falta de consenso sobre o tempo ideal para iniciar o treinamento esfinteriano em crianças com deficiência, principalmente quando há uma baixa expectativa ou uma tendência em atrasar o treinamento mais frequente em crianças que possuem outros problemas associados (14).

4. CONTROLE ESFINCTERIANO NA CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN

As crianças com Síndrome de Down (SD) apresentam atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, o que determina uma dificuldade na aquisição do controle esfinteriano. Nessas crianças, a média de idade do interesse inicial deste treinamento está entre 36 e 45,7 meses e a média de idade de aquisição do controle está entre 48 e 66 meses. Um estudo brasileiro com crianças com deficiência intelectual de várias etiologias, incluindo SD, mostrou que 99% adquiriram o controle esfinteriano até 60 meses (15, 18).

Não existem diretrizes específicas para o método de treinamento esfinteriano em crianças com SD. A diretriz atual da Sociedade Nacional de Síndrome de Down (NDSS), uma organização americana, orienta esperar o terceiro aniversário para iniciar o treinamento esfinteriano enfocando na observação de sinais de prontidão que incluem principalmente habilidades motoras, linguagem adequada, desejo de

agradar com base em uma relação positiva com os pais, capacidade de imitar os pais e habilidades específicas relacionadas ao treinamento esfincteriano (ficar seco por mais de duas horas, desconforto com fraldas molhadas/sujas e indicar necessidade de trocar a fralda), porém na SD estes sinais de prontidão ainda precisam ser descritos claramente (www.ndss.org).

Um estudo caso-controlado realizado no Brasil entre 2010 e 2015 com pais de crianças com SD, concluiu que elas iniciam o processo de treinamento esfincteriano mais tarde, quando comparado às crianças com desenvolvimento psicomotor normal e levam mais tempo para concluir o treinamento. Meninos com SD concluem seu treinamento esfincteriano mais tarde do que as meninas. O método mais citado pelos pais foi a abordagem voltada para a criança, porém ainda não se sabe realmente qual é o método mais efetivo para treinamento esfincteriano nesse público (5).

5. TECNOLOGIA E TREINAMENTO ESFINCTERIANO

Alguns pesquisadores têm estudado formas de aproveitamento das tecnologias como valor agregador de conhecimento e de desenvolvimento físico, social, psicológico e cognitivo (19). As crianças da primeira infância interagem por meio de instrumentos digitais com a informação lúdica, em casa e ou na escola. Elas jogam, brincam se divertem e como consequência, aprendem.

Já existem soluções comerciais para apoiar o treinamento esfincteriano voltadas para o público infantil. Os aplicativos de celular (App) “*Baby Toilet Training*”, “*Daniel Tiger’s Potty Training*”, “*Potty Time With Elmo*” e o “*Potty Potty Training*”, são exemplos, mas estão disponibilizados somente na língua inglesa e são pagos. Um outro aplicativo chamado “*Potty Training Learning with the animals*” (<https://pottytrainingapp.com>), que também não é disponível de forma gratuita e em inglês, possui um desafio de treinamento de 21 dias, cujas atividades diárias são enviadas pelo autor do aplicativo que garante resultados. O App é vencedor de vários prêmios.

Para os casos em que há a confirmação de uma disfunção do trato urinário inferior como a enurese, caracterizada pela perda urinária durante o sono, há no Brasil um projeto intitulado “Sem Xixi na cama” (https://play.google.com/store/apps/details?id=com.ferring.semxixinacama&hl=pt_BR) que recentemente lançou um aplicativo para smartphones que auxilia os pais no tratamento. Com a ajuda de um personagem chamado “Pee”, as crianças podem seguir as orientações recomendadas de uma forma lúdica e divertida.

Apesar da evidente aplicabilidade, esses aplicativos não foram utilizados de forma a produzir evidências científicas que possam maximizar a adesão aos programas a que se destinam (20). Logo, a literatura sobre o uso de tecnologias no treinamento esfinteriano ainda é escassa. No Brasil, até o presente momento, ainda não existem soluções voltadas para o público infantil, validadas cientificamente, sendo necessários estudos com o objetivo de verificar a eficácia desses aplicativos para auxiliar na aquisição do controle esfinteriano, tanto em crianças sem alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, quanto nas que apresentam alterações, como as crianças com SD.

Aplicativos destinados a orientar quanto ao uso do banheiro, a exemplo o “*Usando o banheiro*”, trazem uma abordagem de uso correto do banheiro, mas não há evidências que avaliem o impacto deles no processo de desfralde.

6. REFLEXÕES RELACIONADAS AO TEMA

A literatura atual não é clara quanto a identificação dos sinais de prontidão relacionados ao treinamento esfinteriano em crianças com SD e nem sempre pais e cuidadores buscam uma orientação profissional para o processo.

Estudos intervencionistas, comparando abordagens para o treinamento esfinteriano em crianças com SD poderão contribuir para identificar o método mais efetivo e uma abordagem que atenda as características próprias desse público.

O uso de tecnologias, considerando interação e ludicidade, podem contribuir para o processo de aquisição de controle esfinteriano, porém não existem evidências de que o uso destas possa impactar no tempo de aquisição de controle, sendo necessário o desenvolvimento de mais estudos sobre o tema.

Referências

- AZRIN NH., FOX R. Toilet Training in Less Than a Day [livro impresso]. Gallery Books; 2014.
- BRAZELTON TB. A child-oriented approach to toilet training. *Pediatrics*. 1962; 29(1):121-128.
- BRUSCHIBI H, FARIA N, GARCEZ E, SROUGI M. Development of Bladder Control in Mentally Handicapped Children. *Int. braz j urol*. 2003; 29(5):455-458.
- ELLIS, NR. Toilet training the severely defective patient: An S-R reinforcement analysis. *American Journal of Mental Deficiency*. 1963; 968(1): 98-103.
- GUIMARÃES LM; CARMO JS. Procedimentos Eficazes no Treino de Toaleta para Indivíduos com Autismo: Contribuições de Azrin e Colaboradores. *Revista Psicologia e Saúde*. 2018; 10(2):69-82.
- HJÄLMÅS K, HOEBEKE PB, PAEPE H. Lower Urinary Tract Dysfunction and Urodynamics in Children. *European Urology*. 2000; 38(5):1-11.
- KEEN D, BRANNIGAN KL, CUSKELLY M. Toilet training for children with autism: The effects of video modeling. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2013; (19)4:291-303.
- LEADER G, MANNION A, FRANCIS K, CHEN JL. Toileting Problems in Children and Adolescents with Parent-Reported Diagnoses of Autism Spectrum Disorder. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2018; (30)2: 307-327.

MIRANDA JEGB, MACHADO NC. Bowel toilet training: a cross-sectional study in children between 3 and 6 years old. *Rev. paul. pediatri.* 2011; (29)3: 400-405.

MOTA DM, BARROS AJD. Toilet training: situation at 2 years of age in a birth cohort. *J. Pediatr.* 2008; (84)5: 455-462.

MOTA DM, BARROS AJD. Treinamento esfinteriano: métodos, expectativas dos pais e morbidades associadas. *J. Pediatr. (Rio J.)*. 2008; 84(1):9-17.

MRAD FCC, VASCONCELLOS MMA, BRESSA Jr J, RONDON AV, ARAÚJO LA, JUNIOR UB, NETTO JMB. Manual de Orientação: Treinamento Esfinteriano [acesso em 12 de agosto de 2021]. Disponível em: https://portaldaurologia.org.br/medicos/wp-content/uploads/2020/01/Treinamento_Esfinteriano-1.pdf

National Down Syndrome Society (acesso em 12 de agosto de 2021). Toilet training in children with Down syndrome. Disponível em: <https://www.ndss.org/resources/toilet-training-children-with-down-syndrome/>.

OLIVEIRA AP, PEREIRA VA, BOTTEGA DC. Influências familiares no processo de psicoterapia infantil: enurese diurna e noturna - estudo de caso. *Pensando fam.* [online]. 2017; (21)1:50-62.

RICHARDSON D. Toilet training for children with autism. *Nurs Child Young People.* 216; 28(2):16-22.

ROCHA T, FACHINI LA, THUMÉ E, SILVA NC, BARBOSA ACQ, CARMO M, RODRIGUES J. Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. *Epidemiol.* 2016; 25(1): 59-170.

RODRIGUES VR, DUARTE YM, KAFURE I. A interação entre a criança da primeira infância e a informação digital: estudo comparativo em duas escolas no Distrito Federal. XXV CBBB; 07-10 jul 2013; Florianópolis (SC): Febab; 2013.

SCHUM TR, KOLB TM, McAULIFFE TL, SIMMS MD, UNDERHILL RL, LEWIS M. Sequential Acquisition of Toilet-Training Skills: A Descriptive Study of Gender and Age Differences in Normal Children. *Pediatrics.* 2002; 109(3):E48 1-7.

SOLARIN AU, OLUTEKUNBI AO, MADISE-WOBO AD, SENBANJO I.
Toilet training practices in Nigerian children. South African Journal of Child Health. 2017; (11)3: 122-8.

WU, HY. Achieving urinary continence in children. Nature Reviews Urology. 2010; 7(7):371-7.

CAPÍTULO 5

INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTO EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN: PROPOSTA DE NOVAS INVESTIGAÇÕES PARA INTERVENÇÃO

Hugo Souza Bittencourt

Aloisio Oliveira Ramos

Fabiana Cavalcante Viana Barros Sales

Isis Nunes Veiga

Balbino Rivail Ventura Nepomuceno Júnior

Renata Sampaio Rodrigues Soutinho

Ana Grasielle Dionísio Corrêa

Silvana Maria Blascovi-Assis

As primeiras descrições da Síndrome de Down (SD) foram registradas em 1866, na Inglaterra. Na capital do Reino Unido, o Dr. John Langdon Down, professor no Hospital Real de Londres, fez uma publicação na qual, sob influência Darwinista da teoria da evolução, descreveu o que seriam as características físicas da síndrome que posteriormente ficou registrada com o seu nome. Entre essas características, estão os problemas ligados à coordenação motora, problemas na comunicação e algumas características fenotípicas, que auxiliam no reconhecimento da criança síndrômica logo ao nascimento (1).

A semelhança com as características faciais com os indivíduos da ascendência da Mongólia foi a razão pela qual o Dr. Down denominou o quadro, inicialmente, como mongolismo, nomenclatura contestada e já ultrapassada (1, 2).

O site da Down's Syndrome Association refere que, em 1961, dezenove especialistas internacionais, incluindo o neto de John Langdon Down, Norman Down, escreveram em conjunto para a revista Lancet, sugerindo que o nome deveria ser alterado para síndrome de Down. A pedido da República Popular da Mongólia, a Organização Mundial da Saúde adotou a recomendação em 1965 e a síndrome de Down se tornou um termo descritivo universalmente aceito (1,2).

Em 1958, na França, 92 anos após a publicação do Dr Down, o Dr. Jérôme Jean Louis Marie Lejeune, geneticista francês, foi considerado o responsável pela descoberta da anomalia cromossômica, fazendo com que a SD passasse a ser considerada de origem genética (1, 2, 3).

Hoje em dia, a SD, também chamada de Trissomia do 21, continua despertando o interesse de estudiosos e as buscas pela qualidade de vida desse grupo de pessoas envolve aspectos médicos, terapêuticos e educacionais, a fim de minimizar suas complicações e potencializar a inclusão social.

1. INTERVENÇÃO PRECOCE EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

Crianças com SD podem apresentar alterações neuromusculares, como diminuição da força e alterações posturais, além de alterações osteo-articulares, a exemplo da frouxidão ligamentar, hipermobilidade articular e deformidades. Associado a esses fatores, as crianças irão apresentar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor devido a alterações no sistema nervoso, como pequeno peso encefálico, número reduzido de neurônios e conexões nervosas, diminuição do corpo caloso, alterações celulares na região do hipocampo, hipoplasia nos lobos frontais e occipitais, além de pobre mielinização (3).

Inúmeras pesquisas apontam a necessidade da inserção da criança com SD em um programa de intervenção precoce composto inicialmente de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. O Comitê da Organização Mundial da Saúde enfatiza a importância dos procedimentos de intervenção precoce no desenvolvimento dessas crianças, pois tratamentos e terapias especiais multiprofissionais contribuem para melhor desenvolvimento e desempenho social dessas crianças (3, 4).

O termo intervenção precoce está sendo utilizado em vários países com o objetivo de minimizar incapacidades e melhorar capacidades das crianças. São todas as medidas realizadas, através de um planejamento de técnicas sensório-motoras específicas a cada faixa etária, para prevenir deficiências perinatais, proporcionando ambientes ideais para o desenvolvimento. Os objetivos principais são promover auto-organização e aprendizagem das crianças, estimular as funções corticais e estimular a interação do paciente com seus pais/cuidadores e com o meio, de forma harmoniosa e sem gerar distúrbios biológicos e psicológicos (5). Na década de 70, esse tipo de intervenção foi aceito como uma forma de potencializar o desenvolvimento sensório-motor de crianças com SD, através da criação de um programa interdisciplinar específico. Esse programa era baseado no conceito de que o

desenvolvimento motor poderia ser incentivado através do estímulo sensorial e motor precoce, contando com a participação ativa dos pais nesse processo (3).

O atraso do desenvolvimento global, incluindo o dos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, é esperado em crianças com SD e um dos problemas congênitos que mais prejudica o desenvolvimento dessas crianças é a hipotonia generalizada. Esta hipotonia está presente em 100% dos casos dos recém-nascidos, porém tende a diminuir com a idade. Ainda que o tônus seja uma característica individual, havendo variações de uma criança para outra, essa condição faz com que o desenvolvimento inicial fique mais lento e essa criança irá demorar para atingir marcos motores como sustentar a cabeça, rolar, sentar-se, engatinhar e deambular. Devido a esses fatores, a exploração ativa que a criança vai fazer do meio para estimular seu desenvolvimento fica prejudicada. Por isso, o atendimento fisioterapêutico é necessário para crianças com SD (4, 6).

Uma estimulação bem estruturada promove o desenvolvimento da criança com SD, minimizando suas dificuldades e evidenciando a possibilidade de plasticidade. A neuroplasticidade é um dos aspectos mais proeminentes do sistema nervoso. Ela denota várias capacidades, incluindo a habilidade para se adaptar às mudanças no ambiente e para armazenar informações memorizadas associadas ao processo de aprendizagem. Com base nos caminhos que a plasticidade pode seguir, nota-se que as crianças aprendem mais rapidamente que os adultos. A capacidade plástica das crianças é notável e se elas estiverem inseridas em um ambiente apropriado para o aprendizado, seu sistema nervoso, mesmo após uma lesão, é capaz de aprender e reaprender. Os conceitos de plasticidade sugerem que é possível substituir uma função exercida por uma área lesada do cérebro por outra não lesada ou menos lesada e, na SD, muitas áreas podem apresentar algum tipo de alteração. Porém, há diferenças entre um sujeito e outro, tanto na intensidade como na área comprometida, sendo possível concluir que se um trabalho de estimulação dos processos cognitivos for realizado de maneira adequada, poderá promover modificações importantes

e com qualidade no desenvolvimento dessas crianças. As conexões cerebrais são altamente maleáveis, contudo, podem ser afetadas por fatores ambientais, como lesões ou privações sensoriais. Por isso, há a necessidade de uma estimulação adequada para essas crianças, proporcionando a reorganização e plasticidade cerebral (4).

Na SD, o ambiente é um fator significativo no desenvolvimento, podendo ser um facilitador ou uma barreira para o aprendizado. É o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que ajuda a identificar as reais necessidades do paciente. O ambiente é considerado importante na funcionalidade de crianças com SD e, na prática clínica fisioterapêutica, a CIF é utilizada, pois promove um raciocínio clínico de acordo com as necessidades do paciente, salientando a análise de fatores contextuais no desempenho das pessoas (6). Importante lembrar que a intervenção precoce é muito mais efetiva se a família for um agente ativo em implementação.

Em crianças com SD, o desenvolvimento do sistema nervoso central depende da biologia, do comportamento e do ambiente e não apenas da maturação do sistema nervoso. As informações provenientes do sistema vestibular, dos receptores visuais e do sistema somatossensorial que envolvem a recepção dos estímulos e sua integração contribuem para o desenvolvimento do equilíbrio estático e dinâmico nos indivíduos que, com base nessas informações, irão adaptar-se para aquisição de marcos motores. O *déficit* de equilíbrio é comum nessas crianças, pois elas têm dificuldade em captar as informações sensoriais que determinam a posição do corpo no espaço e a velocidade com que o corpo está se movendo (7).

O tratamento fisioterapêutico deverá estar voltado para elaboração de propostas que estejam de acordo com as necessidades dos pacientes, principalmente em relação aos ajustes posturais, o sentar e o ficar de pé. Então, a intervenção deve se basear no treino de marcha, mudanças posturais e treino de equilíbrio. É de fundamental importância que a criança seja treinada para a posição de pé o mais precocemente possível e que o tratamento seja centrado na mobilidade,

inclusive na pré-marcha (6). Associado a isso, a criança deve ser encorajada a procurar e realizar tarefas que envolvam seus potenciais e gostos, focando também nas relações sociais. Mais uma vez, é necessário lembrar que as condições ambientais e familiares estão relacionadas com o desenvolvimento global da criança com SD, sendo que a participação dos pais durante o tratamento fisioterapêutico e acompanhamento individualizado da criança, são descritos como fatores primordiais para o sucesso do tratamento (4).

Um ponto importante precisa ser discutido aqui: a hipotonia generalizada aumenta o risco de complicações respiratórias como obstrução das vias aéreas superiores e doenças das vias respiratórias inferiores. Além disso, as crianças com SD podem apresentar hipoplasia pulmonar, imunodeficiência e hipertensão pulmonar. Desta maneira, as condutas fisioterapêuticas respiratórias evoluíram nas últimas décadas, proporcionando inúmeros benefícios para esses pacientes. A fraqueza muscular respiratória que essas crianças apresentam justifica a necessidade de realização de atendimento fisioterapêutico, com o intuito de diminuir as complicações respiratórias e, dentre as técnicas mais utilizadas, há o Treinamento Muscular Respiratório (TMR) que proporciona benefícios, como ganho adicional de força muscular respiratória (8, 9).

2. DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN

As anomalias respiratórias também são muito frequentes na SD, muitas crianças podem apresentar hipertensão pulmonar que associada a cardiopatia congênita pode representar um risco incompatível com a vida (10). As infecções respiratórias podem ser comuns, chamando a atenção para uma série de fatores que contribuem para instalação da doença e outros distúrbios como: hipoplasia pulmonar, obstrução das vias aéreas superiores, imunodeficiência, obesidade, compressão nas vias respiratórias, volume reduzido nas vias aéreas inferiores, aumento das amídalas e adenoides, e da quantidade de secreção (11, 12).

A hipotonia é a principal alteração encontrada em crianças com SD, o tônus muscular baixo é um dos fatores responsável pelo atraso do desenvolvimento motor, e diminuição da força muscular respiratória (13). Os distúrbios pulmonares estão ligados à redução do número de alvéolos e que podem estar associados à diminuição da capacidade pulmonar. A diminuição da força muscular respiratória pode incidir diretamente nos quadros de infecção pulmonar, visto que o aumento da quantidade de secreção é causado também pela tosse ineficaz da criança e obstrução brônquica, o que diminuiria o fluxo de ar nas vias aéreas (14).

A hipotonia muscular, instalada desde o primeiro ano de vida, pode provocar uma diminuição do potencial bronco-espástico, com associação ao epitélio associado cilíndrico. Dessa forma, o acúmulo de secreções passa ser maior, com possibilidade de proliferação de bactérias. A infecção do trato respiratório pode ser desencadeada por modificações na resposta imune adaptativa, ou por diferenças funcionais no sistema respiratório (15).

Estudos demonstraram que a infecção do trato respiratório, e as alterações anatômicas das vias respiratórias e funcionais de crianças com SD, estão relacionadas com o prejuízo nas habilidades motoras e cognitivas das crianças, como também nos níveis de atenção. Todas essas alterações podem diminuir a qualidade de vida da criança, associadas também com distúrbios do sono (15, 16).

Nesse contexto, o treinamento muscular inspiratório e expiratório torna-se essencial em crianças com SD. O aumento da força dos músculos inspiratórios seria fundamental para a manutenção da quantidade de ar em vias aéreas, visto que a hipoplasia pulmonar é comum para essas crianças. O aumento da pressão expiratória máxima (PeMáx) pode aumentar a força na expectoração concomitantemente à mobilização do muco e expansão dos alvéolos. O treinamento pode ser capaz de prevenir e auxiliar o tratamento dos distúrbios respiratórios, diminuindo o número de internações hospitalares como também a melhora dos níveis de atenção e qualidade do sono. Existe uma sensibilidade muito

grande a problemas pulmonares em crianças com SD, principalmente devido à hipotonia muscular (17). Diante da pandemia COVID 19, as crianças com SD não podem ser eximidas dos cuidados contra a doença, principalmente pelo fato delas serem suscetíveis às infecções pelas anomalias respiratórias, porém ficou evidenciado que pessoas com SD, com idade superior a 40 anos, estaria dentro do grupo de risco para desfechos desfavoráveis em relação à doença (18).

Atualmente, entre os recursos mais indicados para o treinamento dos músculos respiratórios, estão alguns dispositivos como o Threshold® IMT (treino muscular inspiratório) e o Threshold PEP (pressão positiva na expiração) e o Powerbreathe®. Esses dispositivos, geram pressões específicas para a melhora da força muscular respiratória (19).

3. DISPOSITIVOS PARA TREINAMENTO MUSCULAR RESPIRATÓRIO

Uma ferramenta consagrada no treinamento muscular respiratório é o resistor de carga linear. Tal instrumento utiliza de um sistema de mola com resistência graduada. A abertura da válvula inspiratória é condicionada a um esforço muscular terapêutico desejado. Os dispositivos de carga linear também possibilitam que a resistência muscular seja constante durante todo o ciclo inspiratória, diferentemente dos dispositivos com resistência por sistema de orifícios, cuja magnitude do trabalho muscular imposto é fluxo dependente. Dessa forma, a depender do fluxo inspiratório de execução, a resistência gerada pelo dispositivo é maior ou menor (19).

O Threshold® é o instrumento de carga linear mais estudado e respaldado na literatura e é comercializado em dois modelos distintos, o PEP Threshold® e o Threshold IMT®. O primeiro foi idealizado para treinamento muscular com força expiratória graduada entre 5 e 20 cmH₂O, com intervalo entre as cargas de 1 cmH₂O. Tal intervalo permite excelente especificidade na prescrição de cargas dentro da faixa de resistência disponível para esse equipamento. O PEP Threshold®

tem seu uso como dispositivo para treinamento muscular expiratório, através de uma válvula unidirecional que garante a resistência através de pressões específicas ajustáveis em cmH_2O . Ao ser realizada uma expiração através do dispositivo, a carga resistiva imposta no aparelho, cria uma pressão positiva que ajuda a abrir as vias aéreas, permitindo, em caso da existência de secreção, que o muco seja expelido através da tosse (20, 21, 22, 23).

O segundo, o Threshold IMT[®] é o dispositivo idealizado para treinamento muscular inspiratório, a resistência imposta é ajustável de 9 a 40 cmH_2O e intervalo entre as cargas de 2 cmH_2O . A interface com o usuário é feita via máscara oronasal ou bucal próprio (24, 25).

O Powerbreathe[®] é um outro dispositivo de carga linear frequentemente utilizado como recurso para o treinamento muscular inspiratório, em geral, tem maiores faixas de resistência, chegando normalmente a 100 cmH_2O de resistência inspiratória, contudo com intervalo entre as cargas não inferior a 10 cmH_2O para os modelos à mola (24, 25, 26, 27).

Protocolos de treinamento com máxima repetição vêm sendo propostos na literatura, visando um trabalho agregado de força e endurance. Tais protocolos se baseiam em teste incremental de percentuais de carga, exemplo 30%, 40%, 50%,60%,70% da Pimax mantendo a frequência predeterminada de incursões (série x repetições), sabendo-se que o músculo respiratório tem cerca de 75% de fibras resistentes à fadiga (Fibras tipo I e IIA) tal método poderia gerar ganhos satisfatórios em endurance para esse grupo muscular (25, 28, 29, 30, 31).

Vale lembrar que estudos com base na fisiológica do exercício sugere que treinos com baixa carga sustentada com maiores frequências teriam resultados positivos em endurance, em contrapartida teria fraca ou inexistente relação com o ganho de força. Visto que, para o ganho dessa variável, o treinamento muscular exigiria a inserção da variável sobrecarga muscular ($\geq 50\%$ da Pimax), o mesmo estudo demonstra que, em treinos de força, os músculos além desse domínio almejado, também ganha endurance durante o treinamento de força (32).

Para prescrição do treinamento muscular respiratório é fundamental respeitar componentes básicos conhecidos para o fortalecimento muscular e/ou hipertrofia. São eles: Sobrecarga, empregada uma carga desafiado, que gere estímulo adaptativo no músculo a partir de recrutamento submáximo de unidades motoras, a literatura sugere que percentuais entre 50 e 70% da Pimax é segura, para o treino do músculo respiratório; Periodicidade, com repetição frequente e regular do treino proposto, dando consistência ao estímulo adaptativo e potencializando o resultado, alguns protocolos sugerem a realização desse treinamento por 5x na semana, com outros sendo ainda mais extensivos com 2 treinos por dia, 7x na semana. A duração total do treinamento é variável na literatura, delimitado, no entanto, que treinamento muscular respiratórios por períodos menores que 4 semanas, não geraria adaptações consistentes com relação à hipertrofia muscular, apenas ganhos associados a efeito repetição, despertar trófico e ganho da capacidade contrátil do músculo; Progressão, o estímulo adaptativo tem de ser constante, de forma a não permitir acomodação muscular ao longo das semanas e meses de treino muscular respiratório, para isso, a necessidade que o desafio imposto ao músculo deverá ser ascendente diante dos ganhos observados em força e/ou endurance. Reversibilidade, a lei do uso e desuso rege a fisiologia muscular, tal princípio é a fundamental para o ganho muscular a partir do treino muscular proposto, contudo, indo além desses ganhos obtidos durante a fase de treinamento, alguns autores defendem a necessidade da instituição do treino de manutenção, após o período de treinamento progressivo, com finalidade da preservação dos ganhos com longevidade, a carga proposta para treino de manutenção sugeridas estariam entre 20-30% da Pimax (31, 32, 33, 34, 35).

O treinamento muscular inspiratório tem efeitos positivos conhecidos no ganho da força muscular respiratório, assim como da endurance muscular. Além disso, apresenta ganhos indiretos na sensação de dispneia em repouso e durante a execução do exercício físico. Ainda seguindo a linha de ganhos indiretos dos benefícios do

treinamento, é descrita a melhora na capacidade funcional, qualidade de vida, em pacientes com condições crônicas respiratórias, cardiológica, neuromuscular, com evidencia robusta para a redução de complicações pós operatórias em diversas condições operatórias, facilitação do desmame ventilatório, prevenção das complicações respiratórias no idoso e melhora da performance no exercícios em crianças, indivíduos saudáveis, assim como em atletas amadores ou profissionais em diversas modalidades esportivas (24, 31, 35, 36, 37, 38).

Todavia, o uso desses dispositivos com pessoas com SD tem sido pouco relatado na literatura, apesar de sua comprovada ação no treinamento muscular para outros grupos que necessitam de TMR. Alguns estudos que fizeram uso de dispositivos para TMR indicam aumento significativo nas medições de pressão inspiratória máxima, pressão expiratória máxima, capacidade vital forçada, entre outras variáveis estudadas, concluindo que esse modelo de treinamento provavelmente exerce efeito positivo nas funções respiratórias e nos músculos respiratórios para pessoas com SD (39).

Um estudo brasileiro com o uso do Threshold IMT® em um programa de treinamento muscular para dois adolescentes foi encontrado na literatura. A proposta de uso do dispositivo foi com carga equivalente e mantida a 30% da PI máx, reajustada após reavaliações semanais. Na primeira semana foram realizados 10 ciclos por intervenção de 1 minuto, com 20 segundos de intervalo entre eles e após familiarização e aprendizado da técnica pelos indivíduos, foram realizados 30 ciclos de 1 minuto com 20 segundos de intervalo entre eles. Os autores sugerem que o uso de treinamento muscular respiratório pode auxiliar no incremento da força muscular desses indivíduos, porém ressaltaram a dificuldade de aplicação da técnica devido ao déficit cognitivo característico da SD (40).

A literatura enfatiza que é possível aumentar significativamente a força muscular em indivíduos com SD a partir da participação em programas e treinamento de força ou resistência muscular. Esses programas podem e devem ser adaptados para esta população, uma vez

que é consenso nos estudos a relação entre a fraqueza dos músculos da respiração e o aumento dos riscos de infecções respiratórias. (41).

A utilização de dispositivos para treino muscular respiratório deve ser mais estudada para a população com SD, tendo em vista seu potencial de efetividade com outros grupos. A presença de déficits intelectuais não pode ser considerada um impedimento para o estudo de técnicas reconhecidas pela comunidade científica e adaptações na forma de avaliação, intervenção e familiaridade com equipamentos específicos devem ser propostas e registradas a fim de contribuir para as melhores condições respiratórias e melhor qualidade de vida dessa população.

Referências

ANJOS CC. MIRANDA JS. BRANDÃO JE, SOUTINHO RSR. SANTOS SS. WANDERLEY TCF. Fatores ambientais das crianças com Síndrome de Down conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. 2019; 19(2): 9-24.

Asociación Síndrome de Down de la República Argentina. Estado de situación de las personas con discapacidad con CUD en la pandemia COVID-19. [Acesso em 13 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.asdra.org.ar/category/salud/covid19/page/2/>.

BARATA LF; BRANCO A. The inarticulateness distress in Down syndrome and early intervention. Revista CEFAC. 2010; 12(1): 134–139.

BRAAM KI, VAN DER TORRE P, TAKKEN T, VEENING MA, VAN DULMEN-DEN BROEDER E, KASPERS GJ. Physical exercise training interventions for children and young adults during and after treatment for childhood cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Mar 31;3(3):CD008796.

CÂMARA FILHO LA. Quem foi John Langdon Down [Acesso em 30 abril 2021]. Disponível em: <https://hospitaldocoracao.com.br/novo/midias-e-artigos/artigos-nomes-da-medicina/quem-foi-john-langdon-down/>

CASTOLDI A; PÉRICO E; GRAVE, M. Avaliação da força muscular e capacidade respiratória em pacientes com Síndrome de Down após bad ragaz. *Rev Neuorcienc.* 2012; 20(3): 386-391.

CHARUSUSIN N, GOSSELINK R, DECRAMER M, McCONNELL A, SAEY D, MALTAIS F et al. Inspiratory muscle training protocol for patients with chronic obstructive pulmonary disease (IMTCO study): a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open* 2013;3:e003101.

EIDENBERGER M, Nowotny S. Inspiratory muscle training in patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis: A systematic review. *NeuroRehabilitation.* 2014;35(3):349-61.

ELKINS M, DENTICE R. Inspiratory muscle training facilitates weaning from mechanical ventilation among patients in the intensive care unit: a systematic review. *J Physiother.* 2015;61(3):125–34.

Federação Brasileira das associações de Síndrome de Down. O que é a Síndrome de Down [Acesso em 30 abril 2021]. Disponível em: <https://federacaodown.org.br/sindrome-de-down/>.

HILTON N, SOLIS-MOYA A. Respiratory muscle training for cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 May 24;5(5):CD006112. doi: 10.1002/14651858.CD006112.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Dec 17;12:CD006112.

IVAN DL, CROMWELL P. Clinical practice guidelines for management of children with Down syndrome: Part I. *Journal of Pediatric Health Care.* 2014; 28(1): 105–110.

MANIKAM L, REED K, VENEKAMP RP, HAYWARD A, LITTLEJOHNS P, SCHILDER A, LAKHANPAUL M. Limited Evidence on the Management of Respiratory Tract Infections in Down's Syndrome: A Systematic Review. *Pediatr Infect Dis J.* 2016 Oct;35(10):1075-9.

MARTIN AD, SMITH BK, DAVENPORT PD, HARMAN E, GONZALEZ-ROTHI RJ, BAZ M, et al. Inspiratory muscle strength training improves weaning outcome in failure to wean patients: a randomized trial. *Crit Care.* 2011;15(2):R84. doi: 10.1186/cc10081.

McCONNELL AK, LOMAX M. The influence of inspiratory muscle work history and specific inspiratory muscle training upon human limb muscle fatigue. *J Physiol.* 2006;577(Pt 1):445-57.

MIRANDA L.P; RESUGUE R; FIGUEIRAS, A.C.M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria.* 2003; 79 (1): 33-32.

MOODIE LH, REEVE JC, VERMEULEN N, ELKINS MR. Inspiratory muscle training to facilitate weaning from mechanical ventilation: protocol for a systematic review. *BMC Res Notes.* 2011; 4:283.

LOURATO, F.A; VILLACHAN L.R.R; MATTOS, S.S. Prevalência e Perfil das cardiopatias congênitas e hipertensão pulmonar na Síndrome de Down em serviço de cardiologia pediátrica. *Rev. Paul. Pediatr.* 2014; 32(2): 159-163.

NAKADONARI EK. Síndrome De Down: Considerações Gerais Sobre a Influência Da Idade Materna Avançada. *Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar.* 2013; 11 (1): 5-9.

NEPOMUCENO BRV, BARRETO MS, ALMEIDA NC, GUERREIRO CF, XAVIER-SOUZA E, GOMES NETO M. Safety and efficacy of inspiratory muscle training for preventing adverse outcomes in patients at risk of prolonged hospitalisation. *Trials* 18, 626 (2017).

NEPOMUCENO BRV, OLIVEIRA PRB, PIRES TQ, MARTINEZ BP, NETO MG. Efeito do treinamento muscular inspiratório associado à reabilitação física após hospitalização prolongada: série de casos. *Revista Pesquisa em Fisioterapia* 2015;5(3): 237-44.

NEPOMUCENO JÚNIOR BRV, GOMES TB, GOMES NETO M. Use of Powerbreathe® in inspiratory muscle training for athletes: systematic review. *Fisioterapia em Movimento* 2017;29(4):821-30.

PLENTZ RDM, SBRUZZI G, RIBEIRO RA, FERREIRA JB, DAL LP. Inspiratory muscle training in patients with heart failure: meta-analysis of randomized trials. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2):762-71.

RAMOS PS, DA COSTA DA SILVA B, DA SILVA LOG, ARAÚJO CG. Acute hemodynamic and electrocardiographic responses to a session of inspiratory

muscle training in cardiopulmonary rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2015;51(6):773–9.

RIBEIRO CTM. RIBEIRO MG. ARAÚJO APQC. TORRES MN. NEVES MAO. Perfil do atendimento fisioterapêutico na Síndrome de Down em algumas instituições do município do Rio de Janeiro. *Rev Neurocienc.* 2007; 15(2): 114-119.

RUIZ-GONZÁLEZ L, LUCENA-ANTÓN D, SALAZAR A, MARTÍN-VALERO R, MORAL-MUNOZ JA. Physical therapy in Down syndrome: systematic review and meta-analysis. *J Intellect Disabil Res.* 2019; 63(8):1041-1067.

SCHUSTER RC. ROSA LR. FERREIRA DG. Efeitos do treinamento muscular respiratório em pacientes portadores de Síndrome de Down: Estudo de casos. *Rev Fisioter S Fun.* 2012; 1(1): 52-57.

SCHUSTER RC; ROSA LR; FERREIRA DG. Efeitos do treinamento muscular respiratório em pacientes com síndrome de Down: Estudos de casos. *Rev Fisioter S Fun.* 2012; 1(1): 52-57.

SEIXAS MB, ALMEIDA LB, TREVIZAN PF, MARTINEZ DG, LATERZA MC, VANDERLEI LCM, SILVA LP. Effects of Inspiratory Muscle Training in Older Adults. *Respir Care.* 2020 Apr;65(4):535-544.

SGARIBOLDI D. BRIGATTO P. FURLAN FR. FORTI EMP. Programa de fisioterapia respiratória para indivíduos com Síndrome de Down. *Rev Neurocienc.* 2013; 21(4): 525-530.

SGARIBOLDI DI; BRIGATO P; FURLAN FFR; FORTI EMP Programa de Fisioterapia Respiratória para indivíduos com Síndrome de Down. *Revista de Neurociências.* 2013; 7(1): 144-153.

SILVA FG; SILVA CR; BRAGA LG; NETO AS. Portuguese Children 's Sleep Habits Questionnaire - validation. *Jornal de Pediatria.* 2014; 90(1): 78–84.

SILVA IS, PEDROSA R, AZEVEDO IG, FORBES AM, FREGONEZI GA, DOURADO JUNIOR ME, LIMA SR, FERREIRA GM. Respiratory muscle training in children and adults with neuromuscular disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019 Sep 5;9(9):CD011711.

SILVA MPMC. KLEINHANS ACS. Processos cognitivos e plasticidade cerebral na Síndrome de Down. Rev. Bras. Ed. Esp. 2006; 12(1): 123-138.

STANFORD G, RYAN H, SOLIS-MOYA A. Respiratory muscle training for cystic fibrosis. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 17;12:CD006112.

THEODORO L.R; BLASCOVI-ASSIS S.M. Síndrome de Down: associação de fatores clínicos e alimentares em adolescentes com sobrepeso e obesidade. Psicologia: Teoria e Prática. 2009; 11(1): 189-194.

TORQUATO JA. LANÇA AF. PEREIRA D. CARVALHO FG. SILVA RD. A aquisição da motricidade em crianças portadoras de Síndrome de Down que realizam fisioterapia ou praticam equoterapia. Fisioter. Mov. 2013; 26(3): 515-524.

VEIGA IN. CARDIM LGMS. MELO FHA. Estimulação sensório-motora na UTI neonatal. Salvador: PG Editorial; 2021. 25-32.

VURAL M., ÖZDAL M., PANCAR Z. Effects of inspiratory muscle training on respiratory functions and respiratory muscle strength in Down syndrome: A preliminary study. Isokinetics and Exercise Science. 2019; 27(4): 283-288.49.

WEIJERMAN ME. WINTER, JP. Clinical practice: The care of children with Down syndrome. European Journal of Pediatrics. 2010; 169(12): 1445–1452.

WILLIAMSON E, PEDERSON N, RAWSON H, DANIEL T. The Effect of Inspiratory Muscle Training on Duchenne Muscular Dystrophy: A Meta-analysis. Pediatr Phys Ther. 2019 Oct;31(4):323-330.

.

CAPÍTULO 6

COMUNIDADES QUILOMBOLAS E SUAS REPRESENTAÇÕES NO ÂMBITO CIENTÍFICO: UMA ANÁLISE DA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS ACADÊMICOS

Janne Eyre Araújo de Melo Sarmento

Cláudio Jorge Gomes de Morais

Paulo Guirro Laurence

Elisa Macedo Dekaney

Elizeu Coutinho de Macedo

QUILOMBOLAS: HISTÓRIA E LUTA POR RECONHECIMENTO

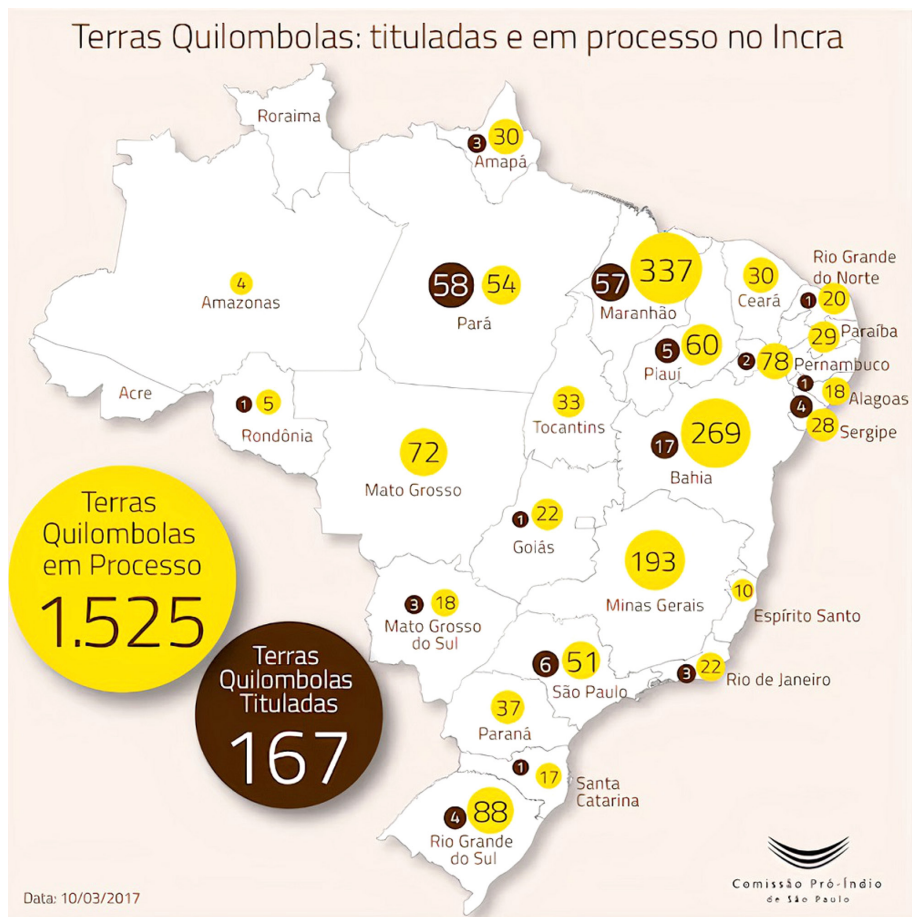
A história das comunidades quilombolas é um capítulo que ainda possui um enorme silêncio diante do desenvolvimento da historiografia nacional. Diante das determinações do período colonial e de sua administração, os escravos promoveram uma verdadeira luta de resistência ao modo colonial de produção escravocrata. Transplantados para o Brasil em um processo de escravização nas mais diversas áreas da economia nacional brasileira, construíram múltiplas formas de resistência para sobreviver ao imperativo poder colonial. Procurando-se, sempre, uma produção oficial dos fatos históricos, abandonando uma genuína interpretação dos elementos fundantes da formação social das comunidades quilombolas. Entretanto, atualmente, existe uma ressignificação conceitual das necessidades dos quilombolas para além da própria questão da resistência histórica, ou seja, está no novo modelo familiar e tentativa jurídica de garantir às conquistas das terras contemporaneamente.

Dessa forma, o entendimento de identidade quilombola está diretamente relacionado aos comportamentos do grupo ao de territorialidade segundo Carvalho e Lima (1): “[...] grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu ‘território’ segundo Carvalho e Lima (2)

Assim, a territorialidade, no Brasil, assume, segundo Carvalho e Lima (3), o caráter dos diversos grupos sociais formadores da identidade do país durante seu processo histórico e suas inter-relações específicas com os ecossistemas que ocupam. Isso é, indo além das relações sociais mantidas uns com os outros, transformando, assim, as parcelas do ambiente em seus territórios. O território, nesse sentido, decorre dos procedimentos de territorialidade de um grupo social, que envolvem, ao mesmo tempo, suas formas de dominação político-econômicas e suas apropriações mais subjetivas e/ou simbólico-culturais”.

A formação da identidade dos quilombolas é proveniente do processo de interação com o espaço. Uma verdadeira identificação, ou melhor, uma simbiose entre os quilombolas e o seu território mediada pela ancestralidade. Assim, existe uma razão histórica de sua ancestralidade no tocante ao espaço vivido pelo grupo a partir das práticas culturais. Na formação territorial do Brasil, os quilombolas tiveram os seus territórios retalhados e uma grande parte foi suprimida na lógica do avanço da modernização nacional. Desse modo, argumenta Carvalho e Lima (1): “A conduta territorial do Estado-nação sempre foi acompanhada de conflitos e resistência de grupos sociais portadores de distintas lógicas territoriais, exigindo a visibilidade, por parte do Estado brasileiro, da existência de diversas formas de expressão territorial. Até hoje, tais grupos vêm demandando reconhecimento através de lutas sociais, principalmente na resistência ativa pelo direito a suas terras e na resignificação (e não perda) de seus valores culturais e simbólicos”. A fim de mostrar o longo processo de reconhecimento das comunidades quilombolas, a Figura 1 apresenta as terras quilombolas já reconhecidas ou em processo de reconhecimento pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA).

Figura 1. Distribuição dos municípios segundo o total de famílias quilombolas estimadas. Fonte: <https://cpisp.org.br/monitoramento-terras-quilombolas-i-em-fevereiro-processos-de-titulacao-de-cinco-comunidades-registram-avancos/>.



Uma das questões determinantes sobre a questão das terras no território brasileiro passa pela lei de Terras de 1850, durante o Império no Brasil. Lei que impossibilitou efetivamente o acesso dos grupos indígenas e quilombolas às terras. No entendimento da lei, apenas os grupos de proprietários das oligarquias poderiam ter acesso

às propriedades e a maior parte da sociedade ficaria sem terras. Sendo assim, só a partir da Constituição Federal de 1988, que o quilombola será pensado no contexto da lei de acesso às terras (1).

De acordo com esse contexto, o território quilombola é oficialmente delimitado como se afirma no artigo 68º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988, aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos. O uso comum da terra pelas comunidades é outra característica marcante desses territórios. O órgão responsável no nível federal pela regularização dos territórios quilombolas é o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA, cujo arquivo vetorial, disponibilizado em Acervo Fundiário com versão de março de 2019, foi a referência para a construção da Base Territorial do Censo Demográfico 2020 IBGE (4).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (4) possui Acordo de Cooperação Técnica com o INCRA (Processo: 54000.000797/2015-69, publicado no Diário Oficial de 13 de maio de 2016, pág. 162) que prevê, entre outras iniciativas, o compartilhamento de bases de dados dos territórios quilombolas. Nesse sentido, a Coordenação de Estruturas Territoriais do IBGE contou com a cooperação técnica da Divisão de Identificação e Reconhecimento de Territórios Quilombolas (DFQ-1) do INCRA na atualização dos dados de territórios quilombolas oficialmente delimitados. Para que essas comunidades sejam configuradas como comunidades quilombolas, faz-se necessário que elas sejam certificadas pela Fundação Cultural Palmares de acordo com o § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20/11/2003 Brasil (5).

De acordo com Brasil (6), conforme o artigo 2º do Decreto nº 4.887/2003, “consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade

negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Nesse sentido, existem diferentes denominações que podem ser dadas às áreas onde os quilombolas residem, tais como: quilombo; mocambos, terra de preto; comunidades negras rurais; e terras de santo. Sendo que o termo quilombo é usado no Brasil desde a época colonial e é o mais consagrado.

De acordo com Batista e Rocha (7), mesmo com os avanços para o reconhecimento e certificação das populações remanescentes de quilombos, diversos problemas permanecem para os quilombolas. Dessa forma, ainda que as comunidades quilombolas possam contar com um reconhecimento oficial de identidade e cultura, elas ainda carecem de condições ideais para sua sobrevivência e manutenção. Essas observações são confirmadas pelos dados do Observatório Quilombola que mostram a existência de ações externas às comunidades causando interferências nas esferas educativas, culturais, ambientais, político-sociais e de saúde. Tais intervenções ameaçam de forma significativa as comunidades quilombolas, na medida em que comprometem sua identidade, autonomia, o modo de organização do trabalho, sua saúde e, até mesmo as condições de permanência em seus locais de origem Varejão et al. (8).

Estudos como o de Freitas et al. (9) e Batista e Rocha (7) corroboram com as informações oficiais do governo brasileiro de que a população afrodescendente, assim como os indígenas, continua sendo uma das mais desfavorecidas, refletindo a vulnerabilidade social em que vivem. Dessa forma, são observadas nessas comunidades níveis mais altos de pobreza, analfabetismo, desemprego e migração, sendo que tais indicadores estão diretamente relacionados com menor acesso aos serviços de saúde e saneamento ambiental Brasil(10). De fato, 90,9% das famílias das comunidades quilombolas pertencem às classes D e E Brasil (6). Tais achados mostram a necessidade de efetivação de ações de políticas públicas voltadas à população negra e os resultados dos diferentes estudos realizados em comunidades quilombolas de várias regiões do Brasil são relevantes para elaboração dessas políticas. Sendo assim, é importante descrever as publicações científicas brasileiras sobre as comunidades quilombolas.

A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NAS BASES DE DADOS SCOPUS E SCIELO

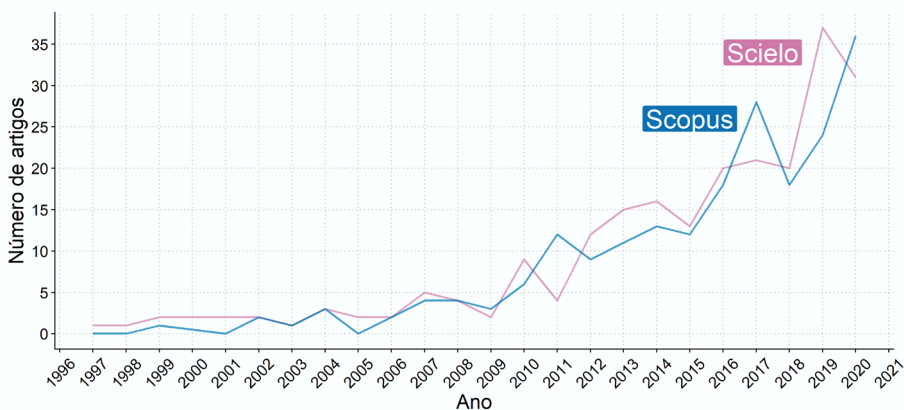
A seguir é apresentado o resultado da busca de artigos científicos na base de dados Scopus (scopus.com) e Scielo (www.scielo.br) com os descritores “Quilombo” OR “Quilombola”, que possibilitam uma visualização dos artigos publicados em função do ano e das grandes áreas temáticas dessas duas bases de dados: Ciências Humanas (Psychology and Humanities); Ciências da Saúde (Medicine and Health Professions); Ciências Sociais Aplicadas (Social Sciences); Ciências Biológicas (Biological Sciences, Pharmacology, Toxicology and Pharmaceutics); Ciências Agrárias (Agricultural); Lingüística, Letras e Artes (Arts); Multidisciplinar (Multidisciplinary); e Engenharias. Além disso, é apresentada a distribuição dos artigos em função do tipo de estudo: teórico ou empírico.

As buscas foram executadas de forma independente por dois juízes, nas bases de dados indexadas da Scopus e da SciELO, em março de 2021. Durante esse processo, foi delimitado o ano de publicação dos estudos até 2020, a fim de identificar os primeiros trabalhos publicados na área e construir uma revisão abrangente. A seleção inicial resultou em 250 artigos na Scopus e 225 artigos no SciELO, conforme apresentado na Figura 2. Foram identificados 43 artigos duplicados nas duas bases de dados e foram excluídos dos dados da Scopus, sendo que o total de artigos nas duas bases foi de 432 artigos. O primeiro artigo identificado na Scielo foi publicado em 1997, sendo que o número médio de apenas um artigo por ano permaneceu até 2003. A parti de 2005 é observado uma função crescente, com o pico em 2019, com 37 artigos publicados. Já na base de dados Scopus, o primeiro artigo identificado foi publicado em 1999, sendo observado um aumento significativo a cada ano a partir de 2008, sendo que em 2020 foram publicados 36 artigos.

Em relação ao idioma de publicação, na base de dados Scopus foram publicados 120 artigos em inglês, 87 em português, 7 em espanhol e 5 em francês. De fato, essas publicações estão concentradas

principalmente nos periódicos dos seguintes países: Brasil (165), Estados Unidos da América (20), França (7), Alemanha (6), Portugal (6), Espanha (5), Noruega (3), Colômbia (2), Holanda (2), Reino Unido (2), e demais países (13). Já na base de dados Scielo foram publicados 194 artigos em Português, 81 em inglês e apenas um em espanhol. Sendo que a grande maioria dos artigos publicados, como esperado, foi em periódicos nacionais. A Figura 2 ilustra o número de artigos publicados, ao longo dos anos, nas bases de dados Scielo e Scopus.

Figura 2. Prevalência das publicações dos artigos nas bases de dados da Scielo e Scopus ao longo dos anos.



PUBLICAÇÕES POR ÁREAS DE ESTUDO

Em relação às áreas de publicação, observa-se que na base de dados Scopus, que 72% das publicações estão concentradas nas áreas de Ciências Sociais (40%), Ciências da Saúde (19%) e Ciências Humanas (13%). Já na base de dados Scielo, as 3 áreas com maior concentração das publicações representam 89% de todos os artigos, com as seguintes distribuições: Ciências Humanas (44%), Ciências da Saúde (32%) e Ciências Sociais Aplicadas (13%). Dessa forma, observa-se que os principais temas dos artigos publicados estão concentrados

nas mesmas áreas temáticas. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos artigos publicados nas duas bases de dados em função das principais áreas de classificação.

Tabela 1. Distribuição da ocorrência de artigos por tipo de área nas bases de dados Scielo e Scopus. O total de ocorrências é maior do que o número de artigos identificados, uma vez que um mesmo artigo pode ser classificado em duas bases distintas.

Áreas Scopus	Total (%)	Áreas Scielo	Total (%)
Medicine	58 (19%)	Ciências da Saúde	84 (32%)
Humanities	42 (13%)	Ciências Humanas	117 (44%)
Social Sciences	127 (40%)	Ciências Sociais Aplicadas	33 (12%)
Biological Sciences	30 (10%)	Ciências Biológicas	13 (5%)
Environmental Science	20 (6%)	Ciências Agrárias	7 (2,6%)
Multidisciplinary	4 (1%)	Multidisciplinar	5 (2%)
Environmental Science	26 (8%)	Linguística, Letras e Artes	3 (1,7%)
Business and Management	6 (2%)	Engenharias	1 (0,3%)

Vale destacar que os trabalhos publicados nas áreas de “Ciências Sociais” abordam temas como: justiça social, cidadania, direitos humanos, direitos étnicos, mobilização social, conflitos, religiosidade, políticas públicas, identidade cultural, racismo, direito à terra, trabalho e sobrevivência. A fim de entender melhor o padrão de produção de conhecimento dessas áreas, os artigos foram analisados e classificados em termos de estudos teóricos ou empíricos. Assim, análise dos artigos publicados na Scielo revelou porcentagem de estudos teóricos (55%) superior aos artigos empíricos (45%). Tais achados revelam a existência de uma tendência dos estudos nessa área não privilegiarem o contato direto com as comunidades, mas um foco maior em trabalhos que se baseiam em documentos históricos ou reflexões sociológicas.

Já os principais temas relacionados com as “Ciências da Saúde” são: desnutrição, amamentação, infância, reprodução, sexualidade, expectativa de vida, qualidade de vida, funcionalidade, doenças

crônicas, saúde (hipertensão, diabetes, dor lombar entre outras), saúde mental, odontologia, atividade física, obesidade, hábitos alimentares, padrão de uso de medicamentos, alcoolismo, condições de vida, epidemiologia, marcadores genéticos, qualidade de vida, acesso a serviços de saúde, dentre outros temas. Nessa temática, a análise dos artigos publicados na Scielo revelou porcentagem de estudos teóricos (8%) foi significativamente inferior aos dos artigos empíricos (92%). Tais achados revelam a existência clara da área de conduzir estudos com os participantes das comunidades quilombolas, muitas vezes avaliando as condições de saúde e propondo práticas interventivas para melhora das condições de vida.

Por fim, os estudos relacionados com a área de “Ciências Humanas” abordam temas como: tolerância, preconceito, musicalidade, danças, brincadeiras, festas, expressões artísticas, questões de raça e gênero, padrão de consumo, identidade, mitos, educação, escolarização, memória social, os saberes quilombolas, militância política, territorialidade, gestão, práticas alimentares, religiosidade, envelhecimento, dentre outras. Nessa temática, a análise dos artigos publicados na Scielo revelou porcentagem de estudos teóricos (37%) foi inferior aos dos artigos empíricos (63%). Tais achados revelam a existência clara da área de conduzir estudos com os participantes das comunidades quilombolas, muitas vezes avaliando as condições de vida, trabalho e práticas culturais relacionadas com as comunidades.

Além da análise das publicações por área temática, uma análise dos descritores (i.e., palavras chaves) usados nos artigos pode auxiliar na compreensão de como o tema está sendo abordado na comunidade científica. Dessa forma, foram identificadas todas as palavras-chave dos artigos publicados na Scopus a fim de se realizar uma análise da frequência de ocorrência dessas palavras. A Figura 3 apresenta a nuvem de palavras com os 60 termos mais usados para descrever os assuntos dos artigos, sendo que o número total de descritores foi de 159. É possível perceber que as palavras-chave com maior número de ocorrências no Scopus foram: Brazil, Human, Quilombola, Article, Female, Male e Quilombo.

PUBLICAÇÕES POR TIPOS DE PERIÓDICOS

Os artigos com a temática quilombola foram publicados em 160 periódicos diferentes na base de dados Scopus e em 94 periódicos na base Scielo, perfazendo um total de 254 periódicos distintos. Dessa forma, há uma maior dispersão dos artigos em diferentes periódicos na Scopus, em comparação com a Scielo, sendo que apenas 8 periódicos publicaram três ou mais artigos nessa temática: *Cadernos de Saúde Pública* (8), *Revista de Antropologia* (8), *American Journal of Human Biology* (5), *African and Black Diaspora* (5), *Bulletin of Latin American Research* (4). *Horizontes Antropológicos* (3), *Revista Brasileira de Políticas Públicas* (3) e *Vibrant Virtual Brazilian Anthropology* (3). Por outro lado, as publicações na Scielo podem ser encontradas de forma mais frequente em um mesmo periódico, sendo os que mais apresentaram artigos na temática foram: *Ciência & Saúde Coletiva* (18), *Interações (Campo Grande)* (10), *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas* (9), *Cadernos de Saúde Pública* (9), *Horizontes Antropológicos* (8), *Saúde e Sociedade* (7), *Psicologia: Ciência e Profissão* (6), e *Revista Brasileira de Enfermagem* (6). As Figuras 4 e 5 apresentam os principais periódicos com maiores números de artigos publicados nas bases Scopus e Scielo, respectivamente.

Figura 4. Nome dos principais periódicos na base de dados Scopus que publicaram artigos com a temática quilombola. O eixo “x” indica o número de artigos identificados no periódico.

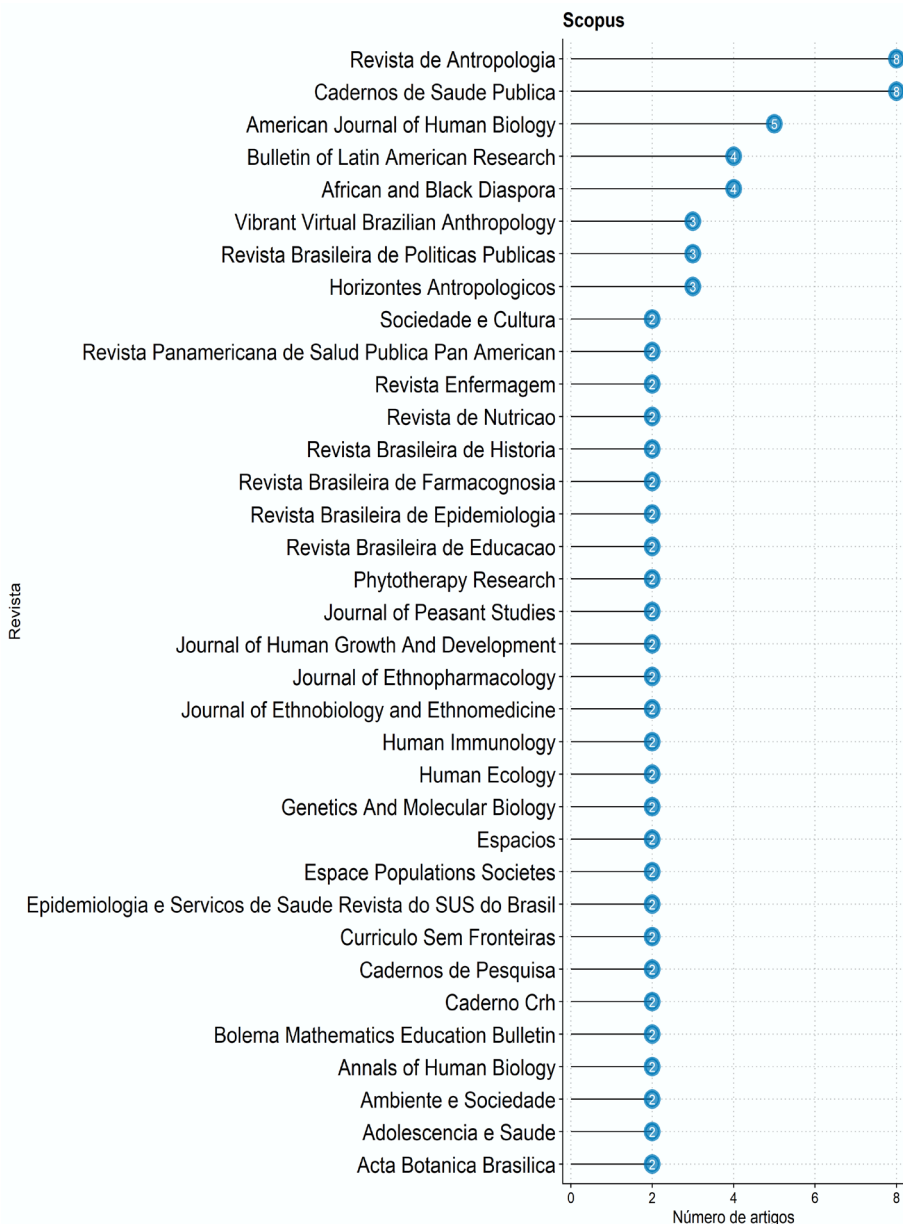
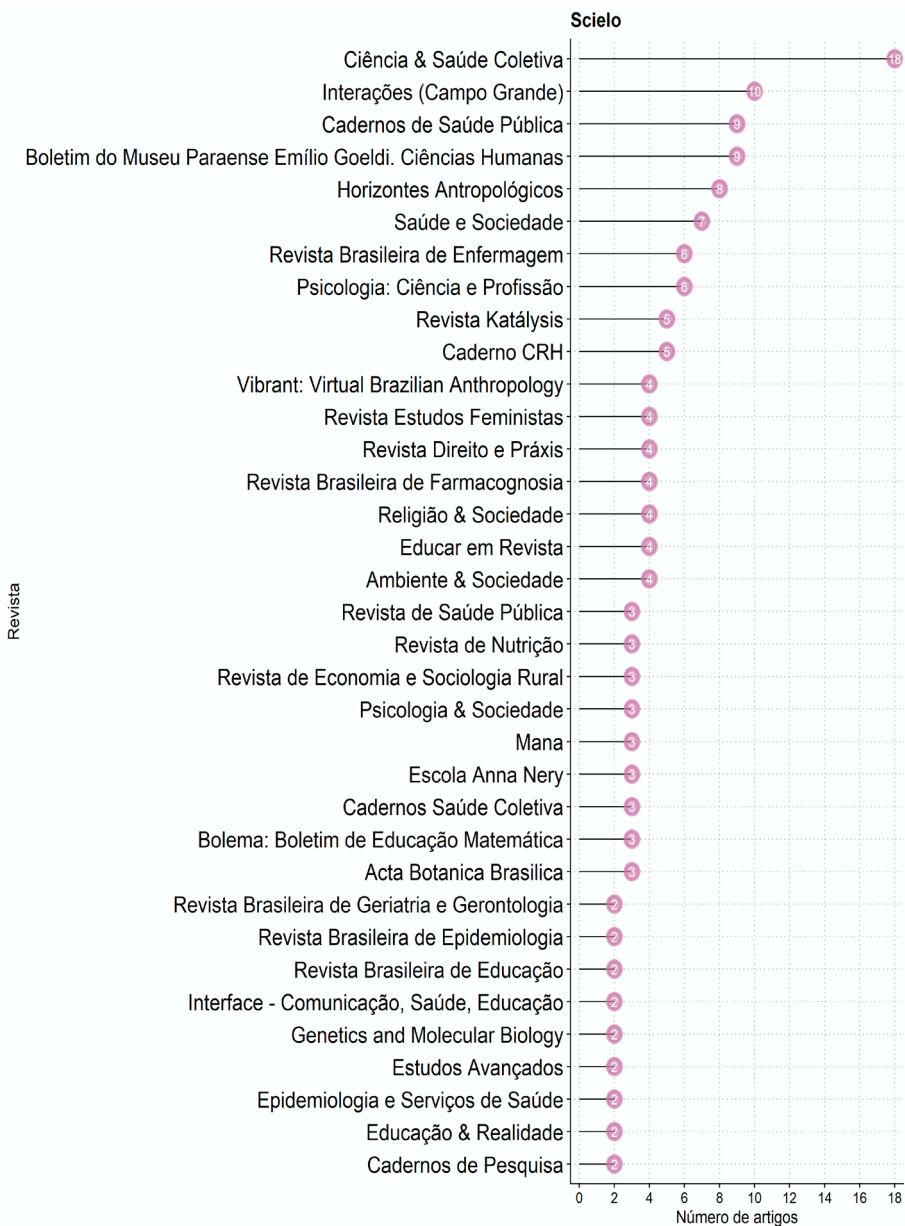


Figura 5. Nome dos principais periódicos na base de dados Scielo que publicaram artigos com a temática quilombola. O eixo “x” indica o número de artigos identificados no periódico.



CONCLUSÃO

No presente capítulo, buscou-se, mediante uma revisão das publicações científicas nas bases de dados Scopus e Scielo, identificar e analisar estudos cuja temática principal fosse relacionada com os quilombos e as comunidades quilombolas. O levantamento mostrou que, nas duas bases de dados, há uma concentração de artigos publicados nas seguintes áreas: Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde e Ciências Humanas. Além disso, há um predomínio de estudos empíricos nas áreas da saúde e de ciências humanas. Assim, foram identificados, ao todo 436 artigos publicados, sendo que o número de publicações vem aumentando ao longo dos anos, principalmente, nos últimos 8 anos.

Em relação aos periódicos em que os artigos foram publicados, observa-se uma clara pulverização das publicações em 254 periódicos distintos, sendo que alguns deles com alto fator de impacto na comunidade científica. De fato, as publicações podem ser identificadas em periódicos das diferentes áreas de conhecimento como: antropologia, educação, saúde, cultura etc. Tais padrões de publicações indicam a existência de diferentes olhares metodológicos no estudo das comunidades quilombolas. Ainda que esses diferentes olhares estejam contribuindo de forma significativa para a produção de conhecimento científico aplicado no estabelecimento de políticas públicas, há a necessidade de ações políticas concretas para reparar danos históricos a essas comunidades.

Por fim, vale destacar a necessidade de aprofundamento de estudos dessa natureza, uma vez que o presente estudo teve por finalidade, apenas, descrever como as comunidades quilombolas estão sendo estudadas pela comunidade científica. Assim, estudos que avaliem a qualidade metodológica dos trabalhos de pesquisa são fundamentais, não sendo realizado no presente capítulo, por não ser esse o escopo. Além do mais, a busca com diferentes descritores pode retornar outros estudos que não foram identificados no presente levantamento. Considerando que o número de publicações vem

aumentando exponencialmente, é esperado que nos próximos anos o número de publicações dobre, possibilitando uma maior compreensão do tema. Além do mais, sugere-se, também, que a realização de estudos com outras comunidades rurais se faz necessária à compreensão da problemática vivida pelas comunidades quilombolas.

Referências

BATISTA, E C; ROCHA, K B. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Interações* (Campo Grande) [online]. 2020, v. 21, n. 1 [Acessado 6 Julho 2021], pp. 35-50. Disponível em: <<https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>>. Epub 27 Feb 2020. ISSN 1984-042X. <https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>.

BRASIL. Decreto no 4.887/2003, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Diário oficial da União, 21 de novembro 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Temático Saúde da População Negra/Ministério da Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Comunidades Quilombolas. 2015. Disponível Em: <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidades-tradicionais/comunidades-quilombolas>.

CARVALHO R M A, LIMA G F C. COMUNIDADES QUILOMBOLAS, TERRITORIALIDADE E A LEGISLAÇÃO NO BRASIL: uma análise histórica. *Revista de Ciências Sociais*, [periódico online] n. 39, outubro de 2013, pp. 329-346. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/12745/9962>.

FREITAS, D. A. et al Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 13, n. 5, p. 937-43, set./out. 2011.

HAESBAERT R. Dos múltiplos territórios à multiterritorialidade. Porto Alegre, 2004b. Disponível em: http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/CONFERENCE_Rogério_HAESBAERT.pdf.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de Informações Geográficas e Estatísticas sobre os indígenas e quilombolas para enfrentamento à Covid-19. Notas Técnicas [Recurso digital]. Rio de Janeiro.2020. Disponível em: <https://dadosgeociencias.ibge.gov.br/portal/sharing/rest/content/items/9556f8bfb3834b86a8cbe907a3cd0d2d/data>.

LITTLE P E. Os conflitos socioambientais: um campo de estudo e ação política. In: BURSZTYN, Marcel (org.) A difícil sustentabilidade: política energética e conflitos ambientais. Rio de Janeiro: Garamond, 2001. LITTLE, Paul Elliot. Territórios Sociais e Povos Tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade. Série antropologia, Brasília, n. 322, p. 251-290, 2002.

VAREJÃO, V. A. et al Fortalecimento da identidade e da autonomia da comunidade: um enfoque na saúde. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, 6. 2006. Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 119-26.

CAPÍTULO 7

SOCIEDADE, CULTURA E MUSICALIDADE QUILOMBOLA NO SUDESTE E NORDESTE BRASILEIRO

Cláudio Jorge Gomes de Morais
Janne Eyre Araújo de Melo Sarmento
Elisa Macedo Dekaney

No presente capítulo, pretendemos contribuir com as discussões sobre os quilombolas do Nordeste e Sudeste brasileiro, mais especificamente, uma contextualização da formação histórica quilombola entre o sudeste e o nordeste brasileiro na perspectiva cultural. No entanto, durante séculos, na historiografia brasileira, o olhar sobre as manifestações culturais, musicais, políticas e sociais dos quilombolas foram ignorados na tessitura das linhas do tempo histórico.

A História era entendida como uma crônica. A neutralidade era o ponto fundamental que toda pesquisa deveria alcançar; por neutralidade entende-se a perspectiva do homem branco, colonizador, de civilizações do Oeste Europeu. Quanto mais imparcial e distante do fazer historiográfico o objeto ficasse, maior seria o potencial de verdade atribuído aos estudos históricos. Segundo Burke (1) para os historiadores franceses, a escola dos Annales apontou uma nova perspectiva na historiografia que, ao mesmo tempo, alterou o olhar das pesquisas de uma grande parte dos estudos dos historiadores numa escala internacional. Essa perspectiva fez não só a historiografia refletir a condição do método histórico como, também, divulgou, por diversas localidades, a sua nova abordagem historiográfica retirando dos escombros o grito dos silenciados. Essa abordagem promoveu um novo olhar sobre a história que levava em consideração as narrativas de povos excluídos, de herança cultural não europeia. Os historiadores dos Annales compreenderam a necessidade de instituir uma interpretação distinta daquela que, durante o século XIX, estava demasiadamente determinada pelo positivismo, pelo eurocentrismo e pelo evolucionismo. A proposta era examinar a história social através das lentes de práticas culturais. Assim, afirma Ortiz (2): “Dentre elas, três tiveram um impacto real junto a intelligentsia brasileira: e de uma certa forma delinearão os limites no interior dos quais toda a produção teórica da época se constitui: o positivismo de Comte, o darwinismo social, o evolucionismo de Spencer. Elaboradas na Europa em meados do século XIX, essas teorias, distintas entre si, podem ser consideradas sob um aspecto único: o da evolução histórica dos povos”.

O que chama a atenção, diante dessa afirmação, é a existência de uma influência sobre os estudos históricos, tanto da história como da historiografia é a noção evolucionista, a qual Spencer defendeu, que irá determinar uma produção historiográfica do século XIX: Dessa forma, comenta, Ferreira (3): “As ideias de “evolução” e “progresso” para pensar a história da humanidade foram elaboradas enquanto um estudo científico no século XIX. Em 1870, o jurista norte-americano Lewis Morgan publicou o livro “A sociedade primitiva”, classificando os grupos humanos a partir de três categorias: selvagens, bárbaros e civilizados. Eram classificações para explicar o “desenvolvimento” ou o “progresso” dos povos”. Essa perspectiva caracterizava os povos não-europeus, particularmente indígenas e africanos, como bárbaros e selvagens, cujas narrativas e percepções dos fatos históricos e culturais eram ignorados e excluídos da narrativa dominante. Essa abordagem também influenciou o entendimento, por parte dos colonizadores, da importância e complexidade das comunidades quilombolas existentes no Brasil.

Moura (4) define o quilombo como: “habitações de resistência que abrigavam mais de cinco negros fugidos localizadas em partes despovoadas, ainda que não tenha ranchos levantados nem se achem pilões nele”. Assim, difere da perspectiva apresentada por Gilberto Freyre. O processo de resistência dos negros escravizados foi bastante intenso diante das punições, açoites e mutilações. Ainda instituíram uma consciente organização coletiva de sociabilidade e de defesa para garantir a sobrevivência do quilombo que mostra uma versão diametralmente oposta da perspectiva de Gilberto Freyre em Casa-Grande e Senzala que descreveu um encontro fraterno na esfera da miscigenação durante o processo de formação social brasileira como afirma, Zaidan (5): “A obra de Gilberto Freyre é, assim, uma unanimidade sob suspeita: nos fornece uma razão (ou modo) de ser, no confronto com as demais culturas, mas à custa de uma naturalização problemática de traços, princípios e atitudes sociopolíticos conservadores do ponto de vista da produção de uma sociedade republicana e democrática no Brasil”.

A narrativa sobre os quilombos é proveniente de uma historiografia oficial produzida pelos ideólogos. É no contexto do século XIX, que o império da narrativa conservadora encontra o terreno propício para sedimentar uma perspectiva histórica diferente. A concepção freyriana da formação cultural brasileira que negou o contraditório e o processo da diversidade cultural. Assim, comenta Zaidan (5): “Essa astuta operação produziu curioso resultado: a fabricação e a difusão de uma das mais bem-sucedidas identidades culturais (a chamada brasilidade nordestina), festejada nacional e internacionalmente como marca da originalidade brasileira; e, ao mesmo tempo o reforço, a justificativa (para não dizer, a racionalização) de aspectos conservadores, oligárquicos e tradicionalistas de nossa sociedade”. Não existe, portanto, uma historiografia neutra, ou mesmo, imparcial como já havia sido mencionado; o que se entende por imparcialidade é a perspectiva eurocêntrica que exclui o olhar dos indivíduos que não participam do grupo dominante. Nesse contexto, a narrativa histórica deixou de fora a perspectiva indígena e afro-brasileira. Por isso, ao ser transplantada para o Brasil, a cultura negra sofreu uma resignificação dos seus símbolos, ritos e signos.

1. FORMAÇÃO HISTÓRICA E SOCIAL QUILOMBOLA

A formação histórica e social dos quilombolas é proveniente do processo de colonização portuguesa na fase do mercantil do Novo Mundo. Não é uma história linear centrada na relação Metrópole e Colônia numa perspectiva civilizatória eurocêntrica que tanto minimizou o passado dos negros escravizados. Como bem observa o historiador Moura (4): “Os quilombos, quando cresciam por uma série de circunstância favoráveis, como, por exemplo, isolamento maior, melhor fertilidade do solo, possibilidade de recrutar novos membros para o grupo entre a população escrava, etc., tinham de se organizar forma sistemática, criando uma estrutura para a comunidade. Não eram conglomerados de negros ‘bárbaros’,

conforme alguns compêndios ainda teimam em repetir hoje em dia”. A partir da compreensão do pesquisador Moura (4) é possível compreender a formação social quilombola: “Esses quilombos tinham vários tamanhos e se estruturavam de acordo com o seu número de habitantes. Os pequenos quilombos possuíam uma estrutura muito simples: eram grupos armados. As lideranças, por isso, surgiram no próprio ato da fuga e da sua organização. Os grandes, porém, já eram muito mais complexos. O de Palmares chegou a ter cerca de vinte mil habitantes e o de Campo Grande, em Minas Gerais, cerca de dez mil ou mais”.

Quilombos podem ser definidos como comunidades formadas a partir da fuga e resistência de escravos afro-brasileiros. O mais famoso e significativo foi o de Palmares, liderado por Zumbi. Estabelecido no século XVII e localizado no estado de Alagoas, a população desse assentamento resistiu por décadas até que foi destruído em 20 de novembro de 1695. Não há documentos históricos escritos pela perspectiva dos escravos fugitivos que habitavam Palmares, mas os soldados portugueses deixaram informações escritas pertinentes à organização social e geográfica do local Dekaney e Dekaney (6).

De acordo com Fausto (7), o Quilombo dos Palmares foi “uma comunidade socialmente diversificada que recebia não somente escravos fugitivos, mas também pessoas brancas que eram procuradas por infrações várias, incluindo religiosas” (p. 19). Palmares não era uma comunidade homogênea, mas uma sociedade complexa que era uma combinação de sete assentamentos fortificados com trincheiras e outras armadilhas para combater o inimigo. Fryer (8), assinalou que, por volta de 1650, Palmares tinha uma população de aproximadamente 11 mil moradores que eram negros, pardos, indígenas e alguns brancos. Os moradores ocupavam aproximadamente 1500 casas no assentamento do Macaco e 800 casas em Subupira. De certa forma, argumentou Fryer (8), Palmares “representou uma adaptação das práticas africanas políticas e sociais ao contexto colonial brasileiro”.

Essa capacidade de transplantar as práticas africanas para o contexto colonial brasileiro é um aspecto de relevância ímpar, mas precisamos considerar ainda um outro aspecto importante diante da própria complexidade do quilombo, a sua estrutura e organização. Assim, entendemos que Palmares – que como já foi explicado pelo historiador Moura (4), foi o maior quilombo e “era uma confederação de quilombos, sendo os principais os seguintes, de acordo com documento da época de que se serviu Edison Carneiro e do qual nos aproveitamos: dezesseis léguas de Porto Calvo ficava o mocambo do Zumbi; a cinco léguas mais ao norte localizava-se o de Acotirene; a leste destes dois mocambos chamados das tabocas; quatorze léguas a noroeste destes dois localizava-se o de Dambrabanga; ao norte deste, a cerca de Subupirá”, onde se localizava o quartel- general da república; seis léguas mais ao norte, a cerca real do Macaco, capital da república; cinco léguas a oeste o mocambo de Osenga; a seis de Serinharém, para noroeste, localizava-se acerca do Amaro; a 25 léguas de Alagoas ficava o de Andalaquituche, irmão de Zumbi, a 25 léguas a noroeste de Porto Calvo ficava o quilombo de Alquatune, mãe de Zumbi, além de outros menores”.

1.1 CULTURA, FESTAS E MUSICALIDADE QUILOMBOLA

O conhecimento diante do cotidiano dos quilombolas é bastante limitado, a partir das fontes que foram dizimadas por preconceito ou indiferença. Gomes (9) pontuou a tendência de se entender o quilombo como uma “mini” África formada de forma intacta no Brasil. No entanto, ele argumentou que contrariamente, “as evidências disponíveis apontam para a cultura quilombola como algo adaptado nas Américas, no caso do Brasil. Mesmo considerando a origem inicial de um quilombo como fruto de uma fuga coletiva de cativos africanos, ainda assim ele reunia pessoas de várias origens étnicas. Juntos, tinham de adaptar práticas e costumes a partir de uma perspectiva comum. Assim, a cultura nos quilombos podia ser formada tanto de influências africanas como de reinvenções na diáspora”.

As manifestações culturais africanas utilizam a música e a dança como elementos centrais. De forma equivocada, muitos defendem a música como linguagem universal. Na verdade, música não é uma linguagem universal, mas o engajamento com atividades musicais várias é um fenômeno universal verificado em comunidades globais, particularmente nas crianças como assinalam Campbell e Wiggins (10). Esse aspecto universal da música facilitou em muito a aceitação e proliferação de manifestações musicais africanas em solo brasileiro. Há muito, pesquisadores tentam entender a importância e a relação da música e da fala não só para adultos, mas principalmente para infantes. Desse modo, Nawrot (11) concluiu que “para o bebê, a música parece ser um meio de comunicação afetiva mais poderoso do que a fala”. Povos africanos de várias etnias e línguas utilizaram com eficácia a música e a dança como forma de comunicação após sua chegada ao Brasil. Entende-se, assim que a música é uma prática social que nasce das experiências, ações, conhecimentos, e valores musicais compartilhados em comunidade por pessoas que os aplicam a produtos musicais, situações sociomusicais, sempre em contextos culturais específicos como explicaram Silverman, Davis e Elliott (12).

A música como prática social na sociedade pode acontecer de várias formas. Pode ser individual ou em grupo, em contexto público ou privado, para entretenimento de uma audiência ou prazer individual. Pode ser ainda com abrangência global ou local, musicalmente sofisticada ou simples, formal ou informal, aprendida de forma oral ou escrita e em estabelecimentos acadêmicos ou comunitários. Em termos de conteúdo, a música pode ser sacra ou secular, popular ou folclórica e interpretada de forma vocal ou instrumental. De uma certa forma, a multiplicidade de ambientes e de formas pelas quais a experiência musical acontece, exemplifica que o olhar, que usamos para tentar entender um evento musical, depende muito do seu contexto. Na questão das comunidades quilombolas e outras comunidades ao redor do mundo, a música é um veículo de expressão cultural ao redor da qual a comunidade funciona. Através da música, crianças aprendem com os anciãos eventos históricos, heranças culturais e religiosas, lutas, batalhas

e resiliência. Como argumenta Silverman (13), a esperança está centrada na comunidade e no pertencimento social, porque as comunidades sustentam a vida. Conclui-se ainda que processo de desenvolvimento de identidade social, através da música influencia não somente o conceito pessoal de auto identidade, mas também a significância emocional derivada do pertencimento ao grupo como defendido por Parker (14).

No campo da cultura e expansão dos quilombolas, foi possível compreender que o movimento, ou melhor a diáspora, instituiu formas de conceber perspectiva multiétnica que incide na formação cultural. Como afirmou Beniste (15), “O escravo negro soube dançar, cantar, criar novas instituições e relações religiosas, enganar seu senhor, às vezes envenená-lo, em represália pelos maus-tratos. Além disso, soube também defender sua família, sabotar a produção, fingir-se de doente, fugir do engenho, lutar quando possível e acomodar-se quando lhe convinha. No dizer do professor João J. Reis da Universidade Federal da Bahia, foi esse malabarismo histórico que resultou na construção de uma cultura negro-brasileira, caracterizada pelo otimismo, coragem, musicalidade, ousadia estética e política” (p.109).

O historiador Lopez (16) concluiu que “A musicalidade negra transplantada para o Brasil sobressaiu diante dos hábitos culturais dos portugueses. Este por exemplo, não conseguiu deixar música assinalada por ritmo vibrante, nunca indo além de sua modinha dolente e queixosa. Em consequência, o negro conseguiu universalizar a sua música, o batuque” (p. 21). Essa herança musical africana é elemento central na manutenção e conservação da cultura africana nos quilombos e uma forma de resistir aos esforços dos portugueses de alienar essa herança.

1.2 QUILOMBO DO SITIO MUQUÉM

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Brasil ,(17) estima-se que no Brasil existiam cerca de 5.972 localidades quilombolas. Em Alagoas existem, segundo a Fundação Cultural Palmares (18), 69 Comunidades Quilombolas certificadas, entre elas está

a Comunidade Muquém, certificada pela Fundação Cultural Palmares no ano de 2005. Mais precisamente em 19 de abril de 2005 (19) “O estado de Alagoas se tornou o berço da resistência negra no Brasil com a implementação do Quilombo dos Palmares, no século XVI. Localizado na Serra da Barriga, atualmente no município de União dos Palmares, esse foi o maior quilombo do período colonial brasileiro e resistiu por quase um século. O alagoano Zumbi dos Palmares foi um dos líderes desse quilombo e representa, na história do Brasil, um ícone da luta e resistência ao sistema escravocrata então vigente” (20).

De acordo com Silva (21), Muquém foi um líder negro do exército de Zumbi, que lutou contra um sistema escravista na época colonial. Como era da confiança de Zumbi foi designado para chefiar um agrupamento de negros rebelados nessa região que é hoje conhecida como sitio Muquém. Como também o nome “MUQUÉM” segundo os moradores mais velhos, tem sua origem associada à prática de se amuquinhar. A comunidade surgiu com um casal de negros, sobrevivente da batalha que derrubou o Quilombo Palmares em 1694-1695. Os dois esconderam-se (amuquinharam-se) na região (22). Ribeiro (24) estima que Muquém tenha por volta de 200 anos de existência; por mais ou menos durante 150 anos, a propriedade tinha por volta de 189 hectares. Desde a sua formação ele sofreu muita redução do seu território.

O povoado quilombola do sitio Muquém possui cerca de 120 famílias (19,26) abrigoando assim 750 pessoas. Parte da população na Comunidade Muquém vive do artesanato; outra parte vive da agricultura familiar economia de subsistência. Localizado a 5 Km do município de União dos Palmares. Mello (25) descreve o papel fundamental da cultura no quilombo de Muquém: “O Registro do Patrimônio Vivo é o reconhecimento da importância do saber tradicional e popular que os mestres e mestras transmitem de geração em geração. Contribui como um estímulo à preservação da cultura do Estado nas áreas de danças, folguedos, literatura oral e/ou escrita, gastronomia, música, teatro, artesanato, dentre outras”. Percebemos o quanto é importante para os quilombolas uma apropriação identitária de sua cultura material e imaterial mediadas por sua ancestralidade e territorialidade. Assim a

produção do artesanato, por exemplo, de acordo com Lima e Silva (24) “tornou-se um símbolo, ou porque não afirmar, um geossímbolo da reterritorialização. Ele representa um potencial positivo na construção da territorialidade da população do Muquém, possibilitando a (re) construção de uma vida mais justa e igualitária”.

A valorização da tradição cultural, oral ou escrita, transmitida de geração em geração nos quilombos é uma manifestação da capacidade dos povos afro-brasileiros de inserirem seus olhares e suas perspectivas na narrativa histórica brasileira. No caso da Comunidade Muquém, o reconhecimento da cultura afro-brasileira em Alagoas. Essa perspectiva auxilia na representação e inclusão da cultura afro-brasileira de forma a ressaltar o brilho dessa cultura ao invés de seus déficits construídos e transmitidos pela cultura dominante.

1.3 QUILOMBO DO CAMPINHO DA INDEPENDÊNCIA

O Quilombo do Campinho da Independência, ou simplesmente, Quilombo do Campinho, coloca a música e a dança como elementos centrais na disseminação da herança cultural e social africana de acordo com Dekaney e Dekaney (6). Localizado a 20 quilômetros da cidade de Paraty no Rio de Janeiro, o Quilombo do Campinho ocupa uma área de 287 hectares. Foi oficialmente instalado no dia 21 de março de 1999 quando se celebra o Dia Internacional da Consciência Negra. Nesse dia, os moradores do Quilombo do Campinho receberam o título da propriedade onde habitavam, tomando assim posse de uma terra que era sua por direito e que havia pertencido a seus ancestrais. A partir desse marco histórico, os moradores da comunidade e seus líderes têm trabalhado intencionalmente para preservar suas raízes africanas, para retomar os valores e costumes de seus ancestrais, e elevar as tradições afro-brasileiras.

No Quilombo do Campinho vivem aproximadamente 550 pessoas pertencentes a 150 famílias, que são organizadas em 13 grupos familiares. A família célula principal é a casa com o casal mais ancião,

que é rodeada por casas habitadas por seus filhos e netos. Não há cercas separando as casas e cada um dos 13 grupos familiares tem sua própria horta, galinhas e porcos, e até mesmo seu moinho de farinha. O turismo educacional é uma forma de renda sustentável, onde moradores da comunidade podem trabalhar. Os moradores do Quilombo do Campinho gerenciam um restaurante com comidas tipicamente da herança afro-brasileira preparadas em forno à lenha e servidos em folhas de bananeira. Na parte central do Quilombo, há uma loja de artesanatos onde se vende o material produzido pelas pessoas da comunidade que incluem bijuterias, artigos religiosos, e até utensílios para casa e cozinha. Dekaney e Dekaney (6) descrevem que ainda no centro do Quilombo do Campinho está localizada uma escola onde o currículo reflete e inclui como elemento central a herança cultural afro-brasileira incluindo-se o respeito pelos anciões, crenças religiosas, e aspectos culturais. É num auditório aberto no centro do quilombo que comunidade se reúne regularmente para celebrar a cultura africana lembrando e contando histórias, participando de eventos culturais, e dançando e cantando músicas de tradições como a capoeira e o jongo. No Quilombo do Campinho, a música e a dança são veículos importantes na formação da identidade quilombola, na transmissão da história e valores culturais, e na construção do senso comunitário.

Essa descrição das práticas culturais observadas no Quilombo do Campinho exemplificam uma nova forma de abordar a história utilizando-se as lentes dos grupos historicamente excluídos dos registros e documentos que pontuam unicamente a contribuição da cultura dominante. Nessa nova abordagem, a comunidade tem controle sobre os valores socioculturais que são ensinados, celebrados, e passados de geração em geração. Observa-se que no Quilombo do Campinho, a música e a dança são veículos principais pelos quais se compartilha a herança afro-brasileira, corroborando-se assim a fala de Silverman, Davis e Elliott (12) que postulam que a música é uma prática social que nasce das experiências, ações, conhecimentos, e valores musicais compartilhados em comunidade por pessoas que os aplicam a produtos musicais, situações sociomusicais, sempre em contextos culturais

específicos. Sendo assim, verificamos que os quilombos, sustentam a vida como argumenta Silverman (13) porque promovem a esperança e o pertencimento social, que são elementos centrais da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se, dessa forma, que cada comunidade quilombola tem suas especificidades de acordo com o contexto ao qual está inserida. Quer seja pela dança, pela música, pelo artesanato de barro, palha ou mesmo a agricultura e pecuária local. O importante é compreendermos cada uma dessas comunidades dentro de um contexto social e humano. Cada uma das 5.972 localidades quilombolas no Brasil deve ser respeitada e entendida como comunidade individual, única, com características próprias. A Comunidade Muquém e o Quilombo do Campinho, apesar de serem categorizados como quilombos, uma no Nordeste e a outra no Sudeste, são exemplos distintos da manifestação cultural afro-brasileira e não podem ser consideradas simplesmente sociedades homogêneas. Compreendendo que seja em qualquer local do Brasil suas especificidades aparecem, precisamos lembrar que os Quilombos do Brasil fazem parte de nossa história e formação social e humana. E que eles têm muito o que nos ensinar a partir dessa descoberta da ancestralidade brasileira.

Referências

ALAGOAS. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas/Alagoas. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. – Maceió: SEPLAG, 2015. 44p. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/gpaf/assessoria-tecnica-dos-nucleos-quilombolas-e-indigenas-astnqi/comunidades-quilombolas-dalagoas/documentos/estudocomunidadesquilombolas.pdf>.

BENISTE J. História dos candomblés do Rio de Janeiro: o encontro africano com o Rio e os personagens que construíram sua história religiosa. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2020.

BRASIL. Agência IBGE, Notícias. Contra Covid-19, IBGE antecipa dados sobre indígenas e quilombolas. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27487-contra-covid-19-ibge-antecipa-dados-sobre-indigenas-equilombolas>.

BURKE P A revolução Francesa da historiografia: a Escola dos Annales. São Paulo: Universidade Estadual Paulista;1991.

CAMPBELL P S, WIGGINS T. The Oxford handbook of children's musical cultures. New York, NY: Oxford University Press; 2013.

DEKANEY E M, DEKANEY JA. Music at the intersection of Brazilian culture: an introduction to music, race and food. New York: Routledge. 2021.

FAUSTO BA. concise history of Brazil. New York, NY: Cambridge University Press; 1999.

FERREIRA G G. Educação formal para os índios: as escolas do serviço de proteção aos índios (spi) nos postos indígenas em alagoas (1940-1967). [Recurso digital] / Gilberto Geraldo Ferreira. – Maceió, AL: Editora Olyver, 2020.

FRYER P. Rhythms of resistance: African musical heritage in Brazil. Middletown, CT Wesleyan University Press; 2000.

GOMES FS. Mocambos e quilombos: uma história do campesinato negro no Brasil. 1.ed. São Paulo: Claro Enigma; 2015.

Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas. Comunidades Quilombolas Certificadas – ALAGOAS. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/gpaf/assessoria-tecnica-dos-nucleos-quilombolas-e-indigenas-astnqi/comunidades-quilombolas-de-alagoas/comunidades-quilombolas-de-alagoas/>.

LIMA R A B L, SILVA T R. A construção da territorialidade pela população quilombola do Muquém. RIF, Ponta Grossa/ PR [periódico online] 2020 Volume 18, Número 40, p.14-31. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/folkcom/article/view/2489/563563760>.

- LOPEZ LR. História do Brasil colonial. 7. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto; 1993.
- MELLO JC de. Mestres das artes. Mestres do patrimônio. Por uma economia da cultura em Alagoas a partir do artesão em barro. In: Anais do Simpósio Nacional de História. O conhecimento histórico e diálogo social. Natal – RN. 22ª 26 de julho, 2013: Natal: 2013.
- MOURA C. Os quilombos e a rebelião negra. 3. ed. São Paulo: Brasiliense; 1983.
- NAWROT E. The perceptions of emotional expression in music: Evidence from infants, children and adults. *Psychology of Music* [periódico online] 2003;31, 75-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0305735603031001325>.
- ORTIZ R. Cultura brasileira e identidade nacional. São Paulo: Brasiliense; 2006.
- PARKER E. C. The process of social identity development in adolescent high school choral singers: A grounded theory. *Journal of Research in Music Education* [periódico online] 2014.62 (1), 18-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022429413520009>.
- RIBEIRO L F. Território e memória: uma etnografia na comunidade remanescente quilombola do Muquém em União dos Palmares – Alagoas. [dissertação]. Maceió: Instituto de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Alagoas; 2018. 126 f.
- Secretaria da Mulher e dos Direitos Humanos do Estado de Alagoas. Quilombolas contam História de luta e pertencimento [internet].2017. Disponível em: <http://www.mulherdireitoshumanos.al.gov.br/noticia/item/1896-quilombolas-contam-historias-de-luta-e-pertencimento>.
- SILVA L M S. A cerâmica utilitária do povoado histórico Muquém: A etnomatemática dos remanescentes do Quilombo Palmares [dissertação]. São Paulo: Mestrado Profissional em Ensino de Matemática, Pontifícia Universidade Católica; 2005.121 p.

SILVERMAN M, DAVIS S, ELLIOTT D. Praxial music education: A critical analysis of critical commentaries. *International Journal of Music Education* [periódico online] 2014: 32 (1), 53-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0255761413488709>.

SILVERMAN, M. Sites of social justice: Community music in New York City. *Research Studies in Music Education* [periódico online] 2009.31 (2), 178-192. Disponível em: doi: 10.1177/1321103X09344384.

Fundação Cultural Palmares. Certificação Quilombola. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-al-20072020.pdf>.

ZAIDAN F M. O fim do Nordeste & outros mitos. São Paulo: Cortez; 2001.

CAPÍTULO 8

SOCIABILIDADE E PERTENCIMENTO QUILOMBOLA NO NORDESTE BRASILEIRO

Cláudio Jorge Gomes de Moraes
Janne Eyre Araújo de Melo Sarmiento
Evanisa Helena Maio de Brum

Foi devido às comunidades quilombolas de Santa Luzia do Norte e de Muquém de Alagoas serem próximas do Centro Universitário Cesmac que viabilizou efetivamente o nosso processo de pesquisa e estudos. Assim, foi possível uma inserção nas comunidades enquanto uma mediação na reflexão sobre sociabilidade e pertencimento quilombola no Nordeste brasileiro. Ao mesmo tempo, contamos com uma longa experiência, que se foi forjando durante o período em que realizamos projetos comunitários nas comunidades do litoral alagoano com o propósito educativo, que permitiu o amadurecimento em torno de um trabalho voltado para a sociabilidade, a partir de questões de pertencimento.

O cotidiano dos quilombolas de Santa Luzia do Norte e Muquém do Estado de Alagoas está numa relação concreta de sociabilidade e pertencimento humano e social. Nesse contexto, pretende-se agregar informações da cotidianidade dos quilombolas a respeito das relações de consciência, identidade, pertencimento e sociabilidade dos grupos. O presente relato teve por objetivo observar os quilombolas como sujeitos históricos a partir do sistema de relações de sociabilidade e pertencimento comunitário.

Observa-se, a partir de Barroco (1), que a constitutiva da gênese do ser social, a sociabilidade é um traço essencial do indivíduo inteiro e penetra em todas as formas de sua atividade vital. Com efeito, a sociabilidade é inerente a todas as atividades humanas, expressando-se no fato ontológico de que o homem só pode constituir-se como tal em relação com os outros homens e em consequência dessa relação; ela significa reciprocidade social, reconhecimento mútuo de seres de uma mesma espécie que partilham uma mesma atividade e dependem uns outros para viver.

Percebe-se, nas comunidades quilombolas de Santa Luzia do Norte e Muquém do Estado de Alagoas, que a sociabilidade é um dos fundamentos concretos do cotidiano dos quilombolas. Uma vida que está determinada por relações comunitárias fundamentadas na consciência e nas ações concretas dos sujeitos comunitários na formação do ser social.

Para que haja o entendimento sobre a sociabilidade, faz-se necessário entender sobre identidade. Para tanto buscou-se a perspectiva de Hall (2), o sujeito assume identidades em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um ‘eu’ coerente. Dentro de nós há identidades contraditórias, empurrando em diferentes direções, de tal modo que nossas identificações estão sendo continuamente deslocadas.

Desta forma, Hall (2) faz uma reflexão sobre a identidade que passa, diretamente, por uma concepção de mundo, formada a partir da interferência do grupo sobre o indivíduo, ou seja, a existência do “eu” consiste numa mediação do “nós”.

Os vetores da modernidade, que entram em crise para uma determinada perspectiva cultural, incidem diretamente sobre a nossa forma de perceber o mundo. Assim, a identidade constitui um dos elementos chaves para o entendimento da representação da identidade desses sujeitos.

Assim, para estudarmos as comunidades, os autores desse capítulo basearam-se nos estudos da pesquisadora Sawaia (3), que afirma que a comunidade tem presença intermitente na história das ideias. Ela aparece e desaparece das reflexões sobre o homem e sociedade em consonância às especificidades do contexto histórico e esse movimento explicita a dimensão política do conceito, objetivando no confronto entre valores coletivistas e valores individualistas. Nessa perspectiva, a comunidade torna-se um conceito ligado ao modelo de sociabilidade instituído na formação social quilombola. É no processo comunitário que ocorre o movimento real dos sujeitos históricos e comunitários.

Entendendo que cada comunidade apresenta suas especificações de acordo com seu contexto.

1. AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Na história brasileira, os quilombolas sempre foram silenciados no processo historiográfico. A narrativa oficial apenas destacou

um modelo eurocêntrico e positivista de narrar os acontecimentos da realidade do Brasil. Evitou-se de apresentar às contradições do sistema escravocrata. Uma história produzida por uma escrita parcial distante do mundo vivido pelos escravizados. Assim, afirma Moura (4): “Procurou-se, sempre, o enfoque chamado erudito, esquecem-se de que a apresentação de um esquema interpretativo sem a projeção das contradições estruturais da realidade significa cair-se em uma visão organicista em que tudo se ajusta porque essas contradições, nos seus diversos níveis, são descartadas para estabelecer-se a harmonia do modelo metodológico. Desta forma, os movimentos de rebeldia dos escravos, a violência usada por eles contra o sistema escravista é subestimada constantemente”.

No atual olhar sobre comunidades quilombolas, encontramos algumas definições. Comunidades quilombolas são aquelas comunidades representadas por “grupos com identidade cultural própria e se formaram por meio de um processo histórico que começou nos tempos da escravidão no Brasil. Elas simbolizam a resistência a diferentes formas de dominação. Essas comunidades mantêm forte ligação com sua história e trajetória, preservando costumes e cultura trazidos por seus antepassados” Brasil (5).

Afonso, Corrêa e Silva (6) definem as comunidades quilombolas como “núcleos populacionais com características específicas, identificadas por critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria ancorada em determinado território, com presunção de ancestralidade africana e relacionadas com a resistência à opressão sofrida em razão da escravidão brasileira”.

De acordo com a Fundação Cultural Palmares (7) as comunidades quilombolas “são comunidades oriundas daquelas que resistiram à brutalidade do regime escravocrata e se rebelaram frente a quem acreditava serem eles sua propriedade”.

O processo histórico de colonização produziu o racismo estrutural e as desigualdades na formação social brasileira. Esse formato ainda hoje produz um efeito nefasto na sociabilidade e pertencimento

quilombola nas suas relações de trabalho e de geopolítica. Dentro desse conjunto de discrepâncias entre sociabilidade e pertencimento, os quilombolas foram confinados a uma invisibilidade nas zonas rurais. “Assim a maioria das comunidades quilombolas encontra-se em zona rural, porém existem quilombos também em zonas periurbanas e urbanas Fundação Cultural Palmares” (7).

Segundo Santos (8) o termo “quilombo” advém do sentido etimológico quimbundo, significando “união” ou “reunião de acampamento”. No Brasil, o termo ainda é usado com o significado da era colonial, onde os quilombos eram tidos como redutos de escravos fugidos”.

De acordo com o art. 2º do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, “consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (9).

Brasil (9) afirma ainda que para que essas comunidades sejam configuradas como comunidades quilombolas se faz necessário que elas sejam certificadas pela Fundação Palmares de acordo com o § 4º do art. 3º do Decreto nº 4.887, de 20/11/2003. Desta forma, as certificações, em nível de Brasil, são regularizadas mensalmente pela Fundação Palmares, porém até o momento da escrita deste capítulo, a atualização da certificação do percentual de comunidades certificadas por região teve sua última atualização no mês de abril de 2021: Região Norte (11%) cerca de 369 comunidades reconhecidas; região Nordeste (61%) representando cerca de 2.195 comunidades; região Centro-Oeste (5%) 169; região Sudeste (16%) 544 e região Sul (7%) num total de 193 comunidades de acordo com a Fundação Cultural Palmares (10).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (11) em 2019, estimava-se existir no Brasil cerca de 5.972 localidades quilombolas. Espera-se, no entanto, que, com o censo de 2021, esses dados possam ser mais concretos.

Dessa forma, as localizações dessas comunidades quilombolas contemplam quase todos os estados do Brasil, segundo a Fundação Pró-Índio de São Paulo (12) “existem comunidades quilombolas em pelo menos 24 estados do Brasil: Amazonas, Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe e Tocantins.

É interessante observar que, em algumas regiões do Brasil, as comunidades quilombolas, mesmo àquelas que já são certificadas, são conhecidas e se auto definem de outras maneiras tais como: comunidade negra rural, terras de preto, terras de santo ou pelo nome da própria comunidade como afirma a Fundação Cultural Palmares (7).

Em Alagoas, existem, segundo a Fundação Cultural Palmares, (10) 69 Comunidades Quilombolas certificadas, entre elas estão a Comunidade de Santa Luiza do Norte e a Comunidade de Muquém, ambas certificadas pela Fundação Cultural Palmares no ano de 2005.

Leitão (13) afirma que a história do surgimento dos quilombos em Alagoas data do século XVI, com a formação de quilombos no sul da capitania de Pernambuco, atual Alagoas. Através da fuga de escravos de um engenho para o Quilombo de Palmares.

1.1. COMUNIDADE QUILOMBOLA DE SANTA LUZIA DO NORTE

O município de Santa Luzia do Norte, de acordo com o CPRM, (14) abriga o Quilombo de Santa Luzia do Norte. A cidade está localizada na região leste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Satuba e Maceió, a sul com Marechal Deodoro e Coqueiro Seco, a leste com Maceió e Coqueiro Seco e a oeste com Satuba. A área municipal ocupa 28,54 km² (0,10% de AL), inserida na mesorregião do Leste Alagoano e na microrregião de Maceió. A sede do município tem uma altitude de aproximadamente 32 m e coordenadas geográficas de 9°36'12,0" de latitude sul e 35°49'21,0" de longitude oeste.

O acesso a partir de Maceió é feito através da rodovia pavimentada BR-316 e AL-401, com percurso em torno de 27km.

O município foi criado em 1962, desmembrado de Satuba de acordo com Brasil (5). Segundo o censo 2015 do IBGE, a população total residente é de 7.325 habitantes, dos quais 3.161 do sexo masculino (49,50%) e 3.227 do sexo feminino (50,50%). São 5.446 os habitantes da zona urbana (85,30%) e 942 os da zona rural (14,70%). A densidade demográfica é de 223,82 hab./km² segundo Santos (8).

A Fundação Cultural Palmares (10) certificou o Quilombo de Santa Luzia do Norte em 19 de abril de 2005, data da portaria no Diário Oficial da União (DOU).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (16) essa comunidade conta com uma população de aproximadamente 350 famílias, das quais 56 famílias estão inscritas no Cadastro Único (CADÚNICO) dos programas sociais do Governo Federal. As principais atividades econômicas praticadas pela comunidade são agricultura de subsistência, fabricação de artesanato, alguns moradores trabalham na cidade, e outras fontes de renda são as aposentadorias e os programas de transmissão de renda como o Bolsa família. Um levantamento mostra que 60,71 % das famílias estão em pobreza extrema, 17,85% em pobreza, 58,92% recebem Programa de Bolsa Família (PBF).

Santos (8) afirma, ainda, que “a comunidade apresenta infraestrutura básica de serviços de energia elétrica, telefonia celular, abastecimento de água, posto de saúde, educação (Escola municipal até o quinto ano fundamental), além de igrejas evangélica e católica e associação dos moradores do quilombo”.

1.2. COMUNIDADE QUILOMBOLA DE MUQUÉM

Segundo o IBGE, (16) a comunidade quilombola Muquém é um povoado de remanescentes do Quilombo dos Palmares, localizado na zona da mata do Estado de Alagoas, na mesorregião imediata de União

dos Palmares–AL. Esse povoado está a 5km do município palmarino, nas margens da bacia hidrográfica do Rio Mundaú, sendo uma das 70 Comunidades reconhecidas de remanescentes quilombolas do Estado de Alagoas afirmam Silva e Barbosa (17).

Muquém surgiu dos sobreviventes do massacre de Palmares, em 6 de fevereiro de 1694. Afirmam os moradores mais velhos da comunidade e que a comunidade tem o nome Muquém nome originado do povo bantu que significa se esconder ou escondido. A comunidade foi fundada por um casal, Maria Camila da Conceição Nunes e Leopodino Bezerra da Silva, os primeiros negros quilombolas, foram eles que povoaram todo o Muquém. Desde seus ancestrais até hoje, o povoado trabalha com o artesanato da cerâmica, tendo como matéria prima o barro e a argila. Os quilombolas sobrevivem do artesanato, da agricultura de subsistência, dos programas do governo federal (Bolsa Família e aposentadoria) e do turismo afirmam Silva e Barbosa (17) em sua pesquisa com uma comunidade quilombola. Teve sua certificação em 19 de abril de 2005, data da portaria no Diário Oficial da União (DOU) segundo a Fundação Cultural Palmares (10).

2. REFLEXÃO TEÓRICA ENTRE SOCIABILIDADE, IDENTIDADE E COMUNIDADE

O conceito de sociabilidade está ligado a uma necessidade social concreta para compreender o fazer das comunidades quilombolas diante das suas determinações históricas no processo de humanização. A padronização social da vida, muitas vezes, impossibilita o entendimento das comunidades quilombolas na sua totalidade que são constituídas de relações comunitárias fundadas no trabalho. Quando os homens transformam um dado elemento da natureza, por exemplo, um pedaço de madeira, criando o fogo ou um instrumento de trabalho, passam a instituir alternativas antes inexistentes. Os instrumentos de trabalho não modificam apenas a atividade humana; transformam toda a vida dos homens, instituindo novas possibilidades. No caso do

fogo, alteram-se todos os sentidos – pois com o alimento cozido, por exemplo, o paladar, o tato, o olfato etc. são modificados; atendem-se necessidades, pois é possível aquecer-se com o fogo; criam-se hábitos culturais, desencadeando novos sentimentos e comportamentos [...] Barroco (1).

Dessa forma, entendemos que o conceito acima se entrelaça também com o de comunidade, quando percebemos que os quilombolas se constituem a partir das relações comunitárias mediadas de sociabilidade. Assim, o conceito de comunidade ficou, durante muito tempo, ausente na própria história das ideias na esfera da psicologia.

Sawaia (3), comenta: “Aparece como referencial analítico apenas nos anos 70, quando um ramo da psicologia social se autoqualificou de comunitária. Assim, fazendo, definiu intencionalidades e destinatários para apresentar-se como ciência comprometida com a realidade estudada, especialmente com os excluídos da cidadania”.

Nesse contexto, podemos perceber que o conceito de comunidade é um fundamento necessário na compreensão das mediações dos quilombolas, indo para além do racionalismo utilitário e do individualismo de uma sociedade baseada no intenso consumismo, atrelado ao discurso da globalização que leva ao desmonte das fronteiras tradicionais numa intensa crise da modernidade.

Nesse caso, podemos reafirmar Hall (2): que a partir do processo de globalização houve uma mudança nos panoramas social, político, econômico e cultural e não serão compreendidos de um único prisma ou referencial, ainda mais, quando pensamos na ruptura como um processo constante na sociedade moderna e não como um acontecimento. Assim, o que entendíamos como um processo de identificação, deixando-nos criteriosamente próximos, o bastante, para nos identificarmos, tornou-se provisório ou mesmo transitório.

Na esfera de uma compreensão do conceito de sociabilidade, por parte das teorias sociais, um aspecto é determinante, segundo Simmel (18), que apresenta a seguinte interpretação: “As pessoas são dotadas de interesses e necessidades individuais, permeados pela subjetividade e

que influenciam os vínculos em um meio social, sendo a cidade o palco do dinamismo das relações sociais contemporâneas.

De forma autônoma, ou seja, de modo livre, as pessoas se agrupam estabelecendo conexões e mesmo compartilhando espaços semelhantes, constroem realidades distintas a partir das relações estabelecidas com as demais pessoas e lugares. A sociabilidade pode ser entendida como uma forma de viver e relacionar-se, construída ativamente pelas pessoas e de modo processual. Os indivíduos usam a comunicação para compartilharem a compreensão de ocorrências históricas” Simmel (18).

Todo o processo de relações de uma comunidade quilombola passa pelo entendimento das relações de sociabilidade comunitária. Essas relações possuem uma ligação com a visão de mundo dos sujeitos comunitários e, por conseguinte, reorganizam a forma pela qual as determinações sociais são compreendidas e, principalmente, a sua importância no contexto da liberdade.

Essas determinações levam Simmel (18) a relatar: “Não existe um objetivo em si mesmo a ser atingido por meio da sociabilidade. Ela decorre da simples vontade que as pessoas alimentam em se manter sociadas. A manutenção dos laços sociais ocorre unicamente pelo desejo de manutenção dessas relações em um grupo.

Justamente por isso, cada indivíduo regula sua relação com os demais, usando seu próprio quadro de significação. Cabe ressaltar que o interesse mencionado pelo autor não possui relação como a intenção utilitarista contemporânea. O interesse evocado se aproxima da noção de tendência, estado emocional e psíquico” Simmel (18).

Importante ressaltar aqui uma compreensão sobre o conceito de sociabilidade que rompe com as determinações do mundo mediado pela lógica utilitária. As comunidades quilombolas dotadas de sociabilidade comunitárias afastam o arquétipo de uma sociedade centrada no consumo massificado. E apresentam um processo de solidariedade como uma das formas de pertencimento social.

Nessa perspectiva, é importante compreender o grau de importância sobre *relações* no tocante ao relato de experiência. Dessa

forma, Guareschi (19) analisa da seguinte forma: “Outra coisa bem diferente, é entender uma sociedade a partir de suas relações. Quando investigo uma sociedade a partir das relações, vejo como uma sociedade é nesse momento e, junto com isso, por que ela chegou a ser o que é, sua história. Isso por que é da tensão existente nas relações que surgem as instituições e os diferentes regimes políticos”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No desenvolvimento deste relato, os autores citam alguns pensadores para refletir no contexto de uma vivência: como o entendimento do conceito de sociabilidade que é determinante para o desenvolvimento da pesquisa. Ainda delimitamos, os primeiros momentos do relato de experiência, a partir dos conceitos de identidade e comunidade.

O olhar que tentamos aqui apontar é de que não há possibilidade de compreender uma comunidade quilombola sem o entendimento efetivo do conceito de sociabilidade. O que supera o fenômeno contraditório das pesquisas laboratoriais distantes de uma realidade concreta.

Observou-se durante a observação deste relato de experiência que os conceitos se entregavam ao espaço vivido a partir da constatação das relações de consciência, de identidade e de sociabilidade na esfera de comunicação dos quilombolas de Muquém e de Santa Luzia do Norte. É na relação de sociabilidade diária que a vida é compreendida nas determinações históricas e comunitárias dos povos mediados de territorialidade e ancestralidade.

Referências

AFONSO L F C, CORRÊA N A F, SILVA H P. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. *Segur. Aliment. Nutr.* [Periódico online] 2020 Campinas, v. 27, p.

1-13. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8652861/21655>.

BARROCO M L S. Ética: fundamentos sócio históricos. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Decreto no 4.887/2003, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Diário oficial da União. 21 nov 2003.

BRASIL. Agência IBGE, Notícias. Contra Covid-19, IBGE antecipa dados sobre indígenas e quilombolas. 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27487-contracovid-19-ibge-antecipa-dados-sobre-indigenas-e-quilombolas>.

BRASIL. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas/Alagoas. Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. – Maceió: SEPLAG, 2015. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/gpaf/assessoria-tecnica-dos-nucleos-quilombolas-e-indigenas-astnqi/comunidades-quilombolas-de-alagoas/documentos/estudocomunidadesquilombolas.pdf>.

BRASIL. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Comunidades Quilombolas. 2015. Disponível Em: <http://mds.gov.br/assuntos/seguranca-alimentar/direito-a-alimentacao/povos-e-comunidades-tradicionais/comunidades-quilombolas>.

CPRM - Serviço Geológico do Brasil. Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Santa Luzia do Norte, estado de Alagoas/ Organizado [por] João de Castro Mascarenhas, Breno Augusto Beltrão, Luiz Carlos de Souza Junior. Recife: CPRM/PRODEEM, 2005. Disponível em: https://rigeo.cprm.gov.br/jspui/bitstream/doc/15339/1/rel_cadastros_santa_luzia_norte.pdf

Fundação Cultural Palmares. Certificação Quilombola. Comunidade certificadas. CERTIDÕES EXPEDIDAS ÀS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS (CRQs)

PUBLICADA NO DOU DE 22/04/2021. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-al-22042021.pdf>.

Fundação Cultural Palmares. Informações Quilombolas. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=52126.

Fundação Pró-Índio de São Paulo. QUILOMBOLAS NO BRASIL. Disponível em: <https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/observatorio-terras-quilombolas/quilombolas-brasil/>.

GUARESCHI P. Psicologia social crítica: como prática e libertação. 4. Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

HALL S. A identidade Cultural na pós-modernidade. 3.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

IBGE- Instituto brasileiro de geografia e estatística. União dos Palmares/AL 2010.

LEITÃO C. Coleção atlas do estudante afrodescendente. Didática Paulista: São Paulo, 2006.

MOURA C. Os Quilombolas e a rebelião negra. 3 ed. Brasiliense, São Paulo, 1983.

SANTOS E N A. Qualidade de Vida, Condições Socioambientais e de Saúde de Mulheres de uma Comunidade Quilombola ee Alagoas. [dissertação]. Maceió: Mestrado em Análises de Sistemas Ambientais, Programa de Pós-Graduação em Análise de Sistemas Ambientais- Centro Universitário Cesmac; 2020. 97 p.

SAWAIA B B. Comunidade: A apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: Campos, H F (org.). Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia. 13. Ed. Petrópolis: Vozes, 2007. p 35-53.

SILVA T P P, BARBOSA M O. POR UMA EDUCAÇÃO QUILOMBOLA: um olhar geográfico à comunidade remanescente Muquém. Periferia, [Periódico online] 2021. v. 13, n. 1, p. 156-176, jan./abr. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/periferia/article/view/55960/37969>. DOI: 10.12957/periferia.2021.55960.

SIMMEL G A. Sociabilidade (Exemplo de sociologia pura ou formal).
In: SIMMEL, Georg. Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e
sociedade. Tradução de Pedro Caldas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

SOBRE OS AUTORES COLABORADORES

Alessandra Nascimento Pontes

Doutora em Distúrbio do desenvolvimento. Mestre em Modelagem Computacional de Conhecimento. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia –UFAL. Pós-graduada em Urgência e emergência – UNCISAL. Pós-graduada em Docência do Ensino Superior – FIOCRUZ. Pós - graduada em Docência do Ensino Superior – CESMAC. Pós-graduada em Programa de Residências Multidisciplinar. no SUS - Hospital Sírio Libanês. Docente dos cursos de Graduação em Enfermagem e Medicina. Líder Coaching de Alta Performance – BrasCoaching. Consultora de Tecnologia, Empreendedorismo e Startup. Especialista em PITCH. Membro do programa The Woman Science - Reino Unido. Palestrante e Mentora do Sebraelab. Membro do Núcleo de Robótica do Centro Universitário-CESMAC. Membro do Projeto Coletivo que atende o grupo de Startups – SEBRAE. Membro da Comunidade de Tecnologia e Inovação Sururu. Valley do Estado de Alagoas

Aloisio Oliveira Ramos

Especializações em História (Faveni) e Metodologia do Ensino Superior com Ênfase em Novas Tecnologias pela FBB. Bacharel em Arquivologia pela UFBA. Gestor do Arquivo Central e Presidente da Comissão de Avaliação de Documentos do Ministério Público do Estado da Bahia.

Ana Grasielle Dionísio Corrêa

Engenheira de Computação, Doutora em Engenharia Elétrica pela USP, Docente dos cursos de Ciência da Computação e Sistemas de Informação da Faculdade de Computação e Informática da Universidade Presbiteriana Mackenzie e Colaboradora do Programa de Pós graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Ana Paula dos Santos

Pedagoga pela UNESP - Universidade Estadual Paulista. Mestre e doutoranda no Programa em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Assessora Educacional e Administrativa da Secretaria de Educação de Embu das Artes

Balbino Rivail Ventura Nepomuceno Júnior

Doutorando em Processos Interativos de órgãos e sistemas pela UFBA, Mestre em medicina e saúde pela UFBA, Especialista em Terapia Intensiva pela ASSOBRAFIR/COFFITO, Especialista em Pneumo-Funcional pelo Residência da SESAB/ ISG/ EESP; Pesquisador Bolsista da FAPESB; Membro da Câmara técnica de Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória do CREFITO-7; Responsável Técnico pela Reative Fisioterapia Especializada; Coordenador da Fisioterapia da UTI do Hospital Agnus Dei; Supervisor da Fisioterapia do Hospital PROHOPE.

Bruno Gustavo Lins de Barros

Psicólogo (Centro Universitário Cesmac), mestre em Pesquisa em Saúde (Centro Universitário Cesmac) e doutor em Distúrbios do Desenvolvimento (Universidade Presbiteriana Mackenzie). Especialista em Gestão do Comportamento Humano e Psicologia das Organizações pelo Centro Universitário Cesmac. Tem formação em Avaliação Psicológica, Gestão do Comportamento e Consultoria Organizacional.

Professor no Curso de Psicologia e Psicólogo Organizacional no Setor de Gestão com Pessoas no Centro Universitário Cesmac.

Cláudio Jorge Gomes de Moraes

Possui graduação em Licenciatura em História pela Universidade Federal de Pernambuco (1998) e Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (2002). Doutor (DINTER CESMAC/MACKENZIE) em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Professor do Centro Universitário CESMAC.

Decio Brunoni

Médico Geneticista com Mestrado, Doutorado e Livre Docência em Genética Humana e Médica. Professor Titular do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Elisa Macedo Dekaney

Ocupa a cadeira Laura L & J. Douglas Meredith Professora para Excelência no Ensino na Syracuse University, New York, a onde leciona na graduação e pós-graduação em música. Doutora em educação musical pela Florida State University e mestre em música de performance em regência coral pelo Conservatory of Music da University of Missouri-Kansas City. Pró-reitora para pesquisa, pós-graduação e internacionalização do College of Visual and Performing Arts. Pesquisadora com várias publicações em revistas e livros acadêmicos. Requisitada regente de festivais de música coral nos Estados Unidos, Brasil e outros países.

Elizeu Coutinho de Macedo

Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Experimental (Universidade de São Paulo). Professor Adjunto do Programa de

Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Bolsista de Produtividade em Pesquisa 2 – CNPq. Pesquisador do Laboratório de Neurociência Cognitiva e Social da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Membro da Academia Paulista de Psicologia.

Evanisa Helena Maio de Brum

Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1997), formação em Psicoterapia Psicanalítica pelo Instituto de Terapias Integradas de Porto Alegre (2000), Especialização em Saúde Coletiva - Epidemiologia pela Universidade Luterana do Brasil (2002) e Mestrado em Saúde Mental Coletiva pela mesma Universidade (2004); Aperfeiçoamento em Psicopatologia do Bebê pelo Instituto Leo Kanner e Universidade Paris Nord (2005), Doutorado (2010) e Pós- Doutorado (2015) em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Atualmente é professora Titular do Cescmac atuando como Coordenadora da graduação em Psicologia e no Doutorado Interinstitucional sobre Distúrbios do Desenvolvimento em parceria com a Mackenzie.

Fabiana Cavalcante Viana Barros Sales

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Tiradentes (2002). Especializações em Reabilitação Neurofuncional pela Universidade Regional da Bahia (2004), Gestão em Saúde pela FioCruz (2015) e Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pelo Sírio Libanês (2016) e formação básica em Conceito Neuroevolutivo - BOBATH pela ABRADIME (2006). Mestranda em Ciências da Saúde pela Wisdom of Christ University.

Hugo Souza Bittencourt

Fisioterapeuta e Educador Físico. Mestre em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Doutorando em Distúrbios do

Desenvolvimento na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Atua na área da pesquisa em Reabilitação Cardíaca e Síndrome de Down. Docente do curso de Enfermagem da Faculdade Cesmac do Sertão, Palmeira dos Índios, AL.

Isis Nunes Veiga

Mestra e Doutoranda pelo PPGFSC (BA), Docente do Centro Universitário Dom Pedro II e Unime, Docente dos cursos de Pós-Graduação da FSC, Atualiza, Interfísio e Inspirar, Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Pediatria da DPII.

Janne Eyre Araujo de Melo Sarmiento

Psicóloga com Especialização em Neuropsicologia Clínica, Psicologia Jurídica e Perícia Psicológica Criminal e Formação para Docência do Ensino Superior. Mestrado Profissional em Saúde pelo Centro Universitário - Cesmac e Doutora (DINTER CESMAC/MACKENZIE) em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Professora de Graduação em Psicologia e Pós-graduação (lato-sensu) do Centro Universitário Cesmac.

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Psicólogo, Especialista em Neurobiologia (Universidade Federal Fluminense), Mestre e Doutor em Ciências – Fisiologia Humana (Universidade de São Paulo). Professor Adjunto do curso de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana. Editor associado da Revista “Psicologia: Teoria e Prática”. Bolsista de Produtividade em Pesquisa 1D – CNPq.

Marcos Vinícius de Araújo

Psicólogo pelo Mackenzie (1998), Mestre (2001) e Doutor (2012) em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Representante do Centro de Ciências Biológicas e da

Saúde - CCBS no CONSU - Conselho Universitário da Universidade Presbiteriana Mackenzie (2011-2012). Membro do CEPE - Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão, membro do Núcleo Docente Estruturante do CCBS do Mackenzie (2014-2015). Coordenador de Pesquisa e Extensão (COPEX) do CCBS do Mackenzie (abril 2015 a julho 2016). Coordenador de TCC e Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie (de agosto 2016 até junho de 2018). Coordenador do curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie (de junho 2018 a junho 2020), sendo Professor Assistente Doutor I, ministrando aulas na graduação em Psicologia e nos cursos de pós-graduação latu-sensu em Psicopedagogia e Psicologia Organizacional e do Trabalho.

Maria Eloisa Famá D'Antino

Pedagoga pela Universidade Mackenzie (1975), mestre em Educação pela Universidade de São Paulo (1996) e doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (2001). Pós-doutorado na Faculdade de Filosofia da Universidade de Santiago de Compostela/Espanha, em 2007. Possui especialização e Terapia de casal, pelo Instituto J.L. Moreno, em 2019. Professora Titular do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Tem experiência na área da educação e psicologia, atuando principalmente nos seguintes temas: educação especial, inclusão escolar e social, políticas públicas, Transtornos do Espectro Autista, orientação familiar.

Miriam Segin

Pedagoga (2007) e Psicopedagoga (2009) pelo Centro Universitário Salesiano, de São Paulo. Mestrado (2010) e Doutorado (2015) em Distúrbios do Desenvolvimento na Universidade Presbiteriana Mackenzie. Docente do curso de Pedagogia da Faculdade Sumaré, nas áreas de Alfabetização, Educação Infantil e Educação Inclusiva. Docente no Centro Universitário Salesiano de São Paulo, no curso de

Pós graduação em Neurociências e Educação, na disciplina: Atraso no Desenvolvimento neuropsicomotor: como estimular.

Noemi Mello Loureiro Lima

Pedagoga; Educadora Física; Especialista em Liderança e Dinâmica de Grupos; Mestre em Artes da Cena-Dança; Bailarina; Docente do Curso de Licenciatura em Dança da Universidade Federal de Alagoas-UFAL e Doutora pelo DINTER em Distúrbios do Desenvolvimento - CESMAC/ MACKENZIE.

Paulo Guirro Laurence

Possui licenciatura (2015) e bacharelado (2016) em Ciências Biológicas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). É mestre (2018) e doutorando em Distúrbios do Desenvolvimento, na mesma universidade. Atualmente, também é professor convidado do lato-sensu em Neurociência Aplicada à Educação e Aprendizagem na UPM. Tem interesse nos seguintes temas: Psicologia e Neurociência cognitiva, Movimentos oculares, Estratégias cognitivo-visuais, Raciocínio fluido, Desempenho e Educação.

Renata Sampaio Rodrigues Soutinho

Fisioterapeuta, Mestre em Pesquisa em Saúde pelo Centro Universitário Cesmac. Doutora em Distúrbios do Desenvolvimento na Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM). Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário Cesmac. Tem especialização na área de Saúde da Mulher e Gestão em Saúde, atuando nos temas e pesquisas na área de: disfunções miccionais e coloproctológicas.

Silvana Maria Blascovi-Assis

Fisioterapeuta, Doutora em Educação Física pela UNICAMP, Docente do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana

Mackenzie. Tem interesse em pesquisas com ênfase nos seguintes temas: Desenvolvimento Motor: avaliação e intervenção, Inclusão Social, Pessoas com Deficiência, Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Destreza Motora e Realidade Virtual.

Thyia Maria Cerqueira de Farias

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Cesmac (2010); Doutora pelo programa de Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie (2019); Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Alagoas (2013), Especialista em Saúde Pública (2012). Coordena o cursos de Graduação em enfermagem do Centro Universitario Cesmac e a Especialização Saúde Publica com Ênfase em Saúde da Família. Possui sete anos de experiência profissional acadêmica como professora no ensino superior. Também possui experiência (sete anos) em docência nos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu desde 2012 até os dias atuais.

ÍNDICE REMISSIVO

Aplicativos	71, 72
Aprendizagem	14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 27,33, 40, 44, 67, 78, 79, 144
Atendimento multiprofissional.....	48
Avaliação.....	14, 16, 21, 54, 87, 88, 138, 139, 145
Cif classificação internacional de funcionalidade.....	80, 87
Comunidades quilombolas	93, 94, 96, 97, 101, 106, 107, 111, 115, 116, 120, 121, 125, 126, 127, 128,129, 131, 133, 134, 135
Controle esfinteriano	63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 73
Cultura	15, 17, 18, 27, 37, 38, 97, 106, 109, 112, 114, 116, 117, 118, 119, 122, 127,
Deficiência.....	13, 18, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 40, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 53, 68, 69, 70, 78, 145
Desenvolvimento.....	7, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 27, 28, 29, 32, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 87, 89, 93, 107, 111, 116, 134, 135, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145
Desfralde.....	62, 64, 68, 72
Diagnóstico	16, 23, 29, 35, 39,40,48, 49, 50, 53, 54, 55, 57, 135
Diagnóstico precoce.....	48, 49, 53, 57
Direitos	24, 28, 32, 38, 43, 48, 56, 58, 100, 122 ,136,
Educação especial.....	18, 23, 24, 28, 31, 34, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 143
Ensino	12, 17, 18, 20, 21, 27, 31, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 44, 69, 122, 138, 140, 142, 143, 145
Inclusão.....	8, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 43, 44, 45, 46, 49, 57, 69, 77, 118, 143, 145

Inclusão escolar.....	12, 20, 26, 28, 33, 37, 43, 45, 57, 143
Infecções respiratórias	81, 87,
Intervenção.....	16, 22, 41, 42, 49, 55, 56, 57, 59, 76, 78, 80, 86, 87, 145
Intervenção precoce.....	41, 49, 55, 59, 78, 80,
Musicalidade	101, 109, 114, 116,
Neuropsicologia.....	11, 12, 15, 16, 17, 19, 22, 24, 142
Pertencimento.....	116, 120, 122, 124, 125, 127, 128, 133,
Práticas escolares inclusivas	27
Propostas pedagógicas.....	18, 27,
Psicologia educacional.....	13
Psicologia escolar.....	11, 12, 13, 15, 19, 22, 24, 143,
Quilombola	93, 95, 97, 98, 101, 103, 104, 105, 109, 110, 112, 113, 114, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 133, 134, 135, 136
Sinais de prontidão.....	65, 66, 67, 68, 70, 71, 72
Síndrome de Down	62, 70, 76, 77, 78, 81, 87, 88, 89, 90, 91, 142, 145
Sociabilidade.....	111, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 132, 133, 134, 137
TEA	29, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59
Transtorno do Déficit de Atenção.....	50, 53
Transtorno do Espectro Autista.....	48, 50, 51, 52, 58
Tecnologia	42, 71, 138
Transtornos do neurodesenvolvimento.....	14, 40, 50
Tratamento fisioterapêutico	80, 81,
Treinamento esfinteriano	63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 74
Treinamento muscular respiratório	81, 83, 85, 86, 90
Vulnerabilidade social.....	11, 12, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 97

DINTER em Distúrbios do Desenvolvimento

CESMAC



Mackenzie

