

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**



**PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIA: PROGRAMA DE FORMAÇÃO
PARA PROFESSORES KAINGANG NA TERRA INDÍGENA IVAÍ-
PARANÁ**

**Ê TÝ ÊG VÊNHMÝ NĨNH KE JO VÊNH KI RĨR KE: GA TÝ IVAI KI
PROFESSOR AG MRÉ TO VENH KE – PARANÁ**

LÚCIA GOUVÊA BURATTO

**SÃO CARLOS
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**



**PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIA: PROGRAMA DE FORMAÇÃO
PARA PROFESSORES KAINGANG NA TERRA INDÍGENA IVAÍ-
PARANÁ**

**Ê TỸ ÊG VÊNHMỸ NĨNH KE JO VÊNH KI RĨR KE: GA TỸ IVAI KI
PROFESSOR AG MRÉ TO VENH KE – PARANÁ**

LÚCIA GOUVÊA BURATTO

**Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Educação Especial da Universidade Federal de São
Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do
título de Doutora em Educação Especial, sob
orientação da Prof.^a Dra. Maria da Piedade Resende
da Costa**

**SÃO CARLOS
2010**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

B945pd

Buratto, Lúcia Gouvêa.

Prevenção de deficiência : programa de formação para professores Kaingang na terra indígena Ivaí-Paraná / Lúcia Gouvêa Buratto. -- São Carlos : UFSCar, 2010.
198 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2010.

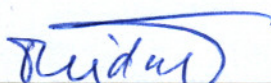
1. Educação especial. 2. Educação indígena. 3. Prevenção de deficiências. 4. Índios Kaingang. I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)



Banca Examinadora da Tese de **Lúcia Gouvêa Buratto**

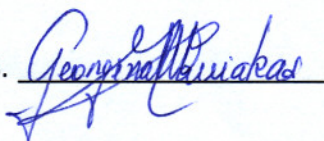
Profa. Dra. Maria da Piedade Resende da Costa
Orientadora
(UFSCar)

Ass. 


Profa. Dra. Fátima Elisabeth Denari
(UFSCar)

Ass. 

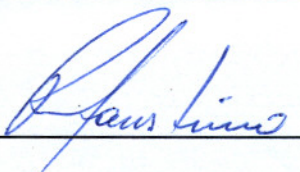
Profa. Dra. Georgina Carolina de O. F. Maniakas
(UFSCar)

Ass. 

Profa. Dra. Nerli Nonato Ribeiro Mori
(UEM)

Ass. 

Profa. Dra. Rosângela Célia Faustino
(UEM)

Ass. 

Dedico este estudo...

A Todos os povos indígenas do Brasil, especialmente aos Kaingang Xokleng, Guarani e Xetás, que habitam o Estado do Paraná e o Sul do Brasil e, sobretudo, aos indígenas que estão em situação de deficiência.

Aos professores Kaingang que participaram do programa de capacitação, que aceitaram enfrentar comigo este desafio, abdicando do lazer e dedicando horas do tão precioso tempo livre para estudar, refletir e elaborar material. Obrigada pelo compromisso e amizade.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus visto, percebido, sentido e cultuado de infindáveis maneiras pelos mais diferentes povos, fonte de inspiração, sabedoria, criatividade, enfim incontáveis formas que a humanidade encontrou para expressar.

Em especial à professora orientadora, Maria da Piedade Resende da Costa, pelos indescritíveis exemplos de sabedoria e por compartilhar comigo a ousadia de iniciar o diálogo em dupla, sem poder aprofundar, pelo fato de não encontrar no cenário nacional e internacional interlocução sobre a prevenção de deficiência entre indígenas, minha eterna gratidão pela orientação, confiança e pelo muito que aprendi durante nossa convivência.

A minha família: meu pai Ramiro e minha mãe Angelina (in memoriam) e a meus irmãos Leví (in memoriam), Lairton, Antonio, Donizete, Alfredo e João Batista e as cunhadas e sobrinhas e sobrinhas que, de forma direta ou não, fizeram parte desta construção.

A meus filhos, William e Luan, e ao esposo Luiz Alfonso, mercê de cujo apoio incondicional cheguei até aqui e por quem seguirei em frente. Desculpem-me pela ausência e obrigada pela compreensão.

Aos colegas, Adriana Custódia Moreira, Célia Maria Venciguerra Romagnolo, Conceição Acordi Valeriano, Bruno Baquetti, Ivone Volpe, Isabel Cristina Rodrigues, Lister Ricardo dos Santos, Luzia Gallo, Rosa M^a Cavalheiro, Tereza Schactae, Terezinha Amélia Dirksen, minha eterna gratidão pelo inestimável apoio e colaboração.

Às colegas que trabalham na Educação Especial: Antonia de B. Casagrande, Elizabete Ejima de Brito, Maria de Fátima C. Storer, Marinez T. de Barcellos e Rosani Goedert Brancalhão, pelo incentivo, companheirismo e troca de idéias.

A todos os colegas de trabalho do Núcleo Regional de Educação de Ivaiporã, na impossibilidade de citar todos, agradeço a Onélia Pessuti Pesucki pelo incentivo e compreensão.

Às Irmãs de São Carlos de Lion, sobretudo, as que atuam ou já atuaram no Colégio Mater Consolatrix pelos preciosos anos de convívio.

À Irmã Edna, um agradecimento especial pela tradução do resumo para o Francês.

À Josi Batistela, por sua generosidade e amizade.

Ao professor Luiz Tavares da Silva pela revisão ortográfica, mas principalmente pelos anos de amizade.

Às professoras Fátima Denari, Nerli Nonato Ribeiro Mori e Rosângela Célia Faustino pelas preciosas contribuições. Muito obrigada!

SUMÁRIO

LISTA DOS QUADROS	8
LISTA DAS FIGURAS	10
LISTA DOS APÊNDICES	11
LISTA DE FOTOS	11
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS	12
APRESENTAÇÃO	13
RESUMO	17
ABSTRACT	18
RÉSUMÉ	19
TO JYKFRÉN	20
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 A EDUCAÇÃO ESCOLAR INDÍGENA E AS MUDANÇAS OCORRIDAS NA DÉCADA DE 1990	24
SEÇÃO I	29
2 OS INDÍGENAS QUE VIVEM NO ESTADO DO PARANÁ	29
2.1 OS KAINGANG	32
2.2 O KAINGANG E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS E A DEFICIÊNCIA	40
2.3 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE OS KAINGANG	44
SEÇÃO II	46
3 A LEGISLAÇÃO E O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	46
SEÇÃO III	54
4 ALCOOLISMO E DEFICIÊNCIAS: O CASO DOS INDÍGENAS	54
4.1 O ALCOOLISMO ENTRE INDÍGENAS	56
SEÇÃO IV	60
5 A ATUAÇÃO DOS PROFESSORES INDÍGENAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA MENTALIDADE PREVENTIVA COMO AGENTES DE INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS	60
SEÇÃO V	65
6 MÉTODO E CAMPO DA PESQUISA	65
6.1 PARTICIPANTES	67
6.1.1 Descrição dos participantes do Programa de Formação	67
6.2 LOCAL	68
6.3 INSTRUMENTOS	69

6.4 EQUIPAMENTOS	70
6.5 MATERIAIS DE APOIO	70
6.6 PROCEDIMENTOS	70
6.6.1 Aspectos Éticos	70
6.6.2 Coleta de Dados	70
6.6.3 Para Análise dos Dados	72
6.6.4 Para Tratamento Estatístico	72
SEÇÃO VI	73
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
7.1 PRIMEIRA FASE: LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE A INCIDÊNCIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS	73
7.1.1 Terra Indígena Marrecas	74
7.1.2 Terra Indígena Ivaí	76
7.1.3 Terra Indígena Faxinal	80
7.2 SEGUNDA FASE – APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ANTES DO INÍCIO DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO	82
7.3 TERCEIRA FASE - APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO	92
7.3.1 Área da Deficiência Visual	93
7.3.1.1 Materiais utilizados e disponibilizados para estudo do tema	94
7.3.2 Área da Deficiência Auditiva	103
7.3.3 Área da Deficiência Intelectual	108
7.3.4 Área da Deficiência Física	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS	141
FONTES ELETRÔNICAS - SITES DA INTERNET	148

LISTA DOS QUADROS

QUADRO 1. Terra Indígena Guarani no Estado do Paraná	32
QUADRO 2. Terra Indígena Kaingang no Estado do Paraná	34
QUADRO 3. Caracterização dos participantes.....	67
QUADRO 4. Número de pessoas com deficiências na Terra Indígena Marrecas	76
QUADRO 5. Número de pessoas com deficiência na Terra Indígena Ivaí	79
QUADRO 6. Pessoas com deficiências na Terra Indígena Faxinal	81
QUADRO 7. Dados referentes à Questão 1.....	83
QUADRO 8. Dados referentes à Questão 2.....	84
QUADRO 9. Dados referentes à Questão 3.....	85
QUADRO 10. Dados referentes à questão 4	86
QUADRO 11. Dados referentes à Questão 6.....	87
QUADRO 12. Dados referentes à Questão 7.....	88
QUADRO 13. Dados referente à questão 8.....	89
QUADRO 14. Dados referentes à Questão 9.....	90
QUADRO 15. Dados referentes à Questão 10.....	91
QUADRO 16. Encontros realizados na aplicação do Programa de Prevenção	93
QUADRO 17. Dados referentes à Questão 1.....	118
QUADRO 18. Dados referentes à Questão 2.....	119
QUADRO 19. Dados referentes à Questão 3.....	120
QUADRO 20. Dados referentes à Questão 4.....	122
QUADRO 21. Dados referentes à Questão 5.....	124
QUADRO 22. Dados referentes à Questão 6.....	127
QUADRO 23. Dados referente à Questão 7	127
QUADRO 24. Dados referente à questão 8	128

QUADRO 25. Dados referentes à Questão 9.....	129
QUADRO 26. Dados referentes à Questão 10.....	130

LISTA DAS FIGURAS

FIGURA 1. Mapa das Terras Indígenas no Paraná.....	29
FIGURA 2. Mapa das Terras indígenas Kaingang.....	33
FIGURA 3. Terras Indígenas participantes da pesquisa.....	74
FIGURA 4. Risco nutricional em crianças da Terra Indígena Ivaí na faixa etária de 0 a 6 meses.....	79
FIGURA 5. Gráfico referente à Questão 1.....	83
FIGURA 6. Gráfico referente à Questão 2.....	84
FIGURA 7. Gráfico referente à Questão 3.....	85
FIGURA 8. Gráfico referente à Questão 4.....	86
FIGURA 9. Gráfico referente à Questão 6.....	88
FIGURA 10. Gráfico referente à Questão 7.....	89
FIGURA 11. Gráfico referente à Questão 8.....	90
FIGURA 12. Gráfico referente à Questão 9.....	91
FIGURA 13. Gráfico referente à Questão 10.....	92
FIGURA 14. Gráfico referente à Questão 2 – pós-aplicação do Programa de Prevenção ..	120
FIGURA 15. Gráfico referente à Questão 3.....	121
FIGURA 16. Gráfico referente à Questão 4.....	123
FIGURA 17. Gráfico referente à Questão 5.....	126
FIGURA 18. Gráfico referente à Questão 7.....	128
FIGURA 19. Gráfico referente à Questão 8.....	129
FIGURA 20. Gráfico referente à Questão 9.....	130
FIGURA 21. Gráfico referente à Questão 10.....	131

LISTA DOS APÊNDICES

APÊNDICE – A Levantamento pré e pós intervenção	149
APÊNDICE – B Cadastro dos indígenas que apresentam deficiências nas Terras Indígenas na Bacia Hidrográfica do Ivaí	150
APÊNDICE – C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	154
APÊNDICE – D Deficiência Visual: Conhecer para prevenir e intervir	155
APÊNDICE – E Deficiência Auditiva: Conhecer para prevenir e intervir.....	170
APÊNDICE – F Deficiência Intelectual: Conhecer para prevenir e intervir	179
APÊNDICE – G Deficiência Visual: Conhecer para prevenir e intervir.....	187

LISTA DE FOTOS

FOTO 1. Casas construídas nas Terras Indígenas pela Companhia de Habitação do Estado do Paraná	38
FOTO 2. Índio Kaingang dormindo ao lado do fogo	39
FOTO 3. Mina Santa – Terra Indígena Ivaí.....	43
FOTO 4. Vista da entrada da sede da Terra Indígena Marrecas. Foto cedida: Rosa Maria Cavalheiro (2009).....	74
FOTO 5. Vista aérea da sede da Terra Indígena Ivaí, feita em 2000, cedida pela prefeitura municipal.....	77
FOTO 6. Vista aérea da comunidade indígena Faxinal. Foto cedida pelo chefe do Posto, Dário Moura	80
FOTO 7. “ Gancho” usado na acuidade visual.....	98
DESENHO 1. Desenho de 1774 – moradia Kaingang nos campos de Guarapuava.	37
Fonte: Mota (2002, p. 99).....	37
PINTURA 1. Casa tradicional Kaingang – óleo sobre tela – Dra Mara Glacénir Lemes de Medeiros	37
ANEXO A - Ofício/ProPq nº 079/2009 – Aprovação do Projeto de Pesquisa	198

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ABEAD	Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CID	Código Internacional de Doenças
CEB	Câmara de Educação Básica
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPI	Comissão Nacional de Professores Indígenas
COHAPAR	Companhia Habitação do Estado do Paraná
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
NRE	Núcleo Regional de Educação
PEE	Plano Estadual de Educação
PNE	Plano Nacional de Educação
RCNEI	Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas
SEED	Secretaria de Estado da Educação
SUED	Superintendência da Educação
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

APRESENTAÇÃO

Foi na escola que aprendi como outras crianças, desde a infância, a ver o índio como uma figura genérica, parada no tempo, vivendo isolado, um ser folclorizado que andava nu, com o corpo pintado e enfeitado com penas. Foi na escola que muitos conceitos e preconceitos foram sendo formados sobre estes povos que até então, acreditava eu, eram todos absolutamente iguais. Outras vezes, ouvia histórias de índios bravos que atacavam pessoas que cruzassem os seus territórios.

Somente na adolescência quando pude retornar à escola para terminar o Ensino Fundamental é que conheci índios de verdade: famílias inteiras perambulando e mendigando pela cidade e, à noite, dormindo ao relento, no sereno, na chuva. Esta situação me causava comoção, indignação, despertando o interesse pela história de vida desta população.

Após terminar a graduação de História e lecionar por cinco anos, fui convidada para coordenar a disciplina de História e também a área de Educação Escolar Indígena no Núcleo Regional de Educação de Ivaiporã. Então, pela primeira vez, visitei as comunidades indígenas que habitam as Terras Indígenas Ivaí e Faxinal, situadas nos municípios de Manoel Ribas e Cândido de Abreu e pude presenciar a situação real em que viviam os Kaingang e algumas famílias de Guarani residentes nessas duas Terras.

Verifiquei que a grande maioria das crianças que ingressava na escola não terminava a 4ª série. Essas crianças monolíngues em sua língua materna, o Kaingang, só entravam em contato com a segunda língua ao ingressarem na escola, quando se deparavam com professores não índios que desconheciam o Kaingang e os alfabetizavam em Português.

Os índices de evasão e repetência eram alarmantes e foram analisados na monografia, intitulada “A evasão escolar e repetência entre índios Kaingang das reservas Ivaí e Faxinal no Paraná”, orientada pela Professora Dra Maria da Piedade Resende da Costa, a qual foi apresentada na conclusão do Curso de Pós-Graduação em nível de Especialização no ano de 1997, na Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Jandaia do Sul - PR.

Os poucos alunos indígenas que iam para a cidade terminar o Ensino Fundamental desistiam. Quando questionados sobre os motivos que os levavam a desistir de frequentar a escola dos “brancos”, apresentam justificativas que me lembravam momentos pelos quais havia passado.

Certa vez, quando era aluna do curso de magistério ouvi de uma colega a seguinte constatação:

— Achei que você não tivesse chegado, disse ela.

Respondi que não havia entendido, pois todos os dias eu sempre estava lá, quinze minutos antes do início das aulas.

— Eu sei, disse ela. É que hoje o corredor estava limpinho, não tinha as marcas de barro deixadas pelos seus sapatos.

Realmente, depois de caminhar por mais de cinco quilômetros por estrada de terra ainda molhada pelo orvalho ou pela chuva, era impossível evitar que o calçado sujasse o caminho por onde eu passava, da mesma forma que era inevitável que este fato passasse despercebido aos olhares e comentários dos colegas que viviam na zona urbana.

Situações parecidas eram relatadas pelos estudantes indígenas, porém questões muito mais complexas enfrentadas por eles causavam-me indignação. Diferente de mim que, ao nascer, já estava em contato com a língua portuguesa, os alunos indígenas quando chegavam à escola da cidade eram proibidos de comunicarem-se entre os seus pares em kaingang, sua língua materna. Além da dificuldade de compreender os conteúdos veiculados em língua portuguesa, eram obrigados a usar livros didáticos com os mais diversos tipos de preconceitos e, ainda, de ter que ingerir uma alimentação cujo paladar não lhes era familiar.

Desmotivados para concluir os estudos, abandonavam a escola, embora acreditassem e concordassem com suas lideranças que frequentar a escola e dominar os conhecimentos do não índio, era a única forma de ser respeitado e não ser enganado.

Continuar os estudos dentro da Terra Indígena seria a alternativa viável para diminuir a evasão destes indígenas. Dessa forma, foi autorizado, em 2002, o funcionamento da 5ª série, com implantação gradativa das séries seguintes do Ensino Fundamental. O Ensino Médio foi implantado em 2006.

Em 2005, concluí o Mestrado em Educação da Universidade Estadual de Maringá, com a orientação do Professor Dr. Lúcio Tadeu Mota. Dissertei sobre as políticas oficiais, tanto do Governo Federal como do Estado do Paraná, para a Educação Escolar Indígena no período de 1988 até 2002. Se, por um lado, a Constituição de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei 9394/96 de 1996, conseguiram avanços legais, por outro, o poder de gerenciamento dessas políticas foi assumido pelos estados e municípios que, em sua maioria, desenvolveram políticas anti-indígenas.

Somadas a isso, houve a implementação de projetos e ações pensadas a partir das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação que, na maioria das vezes, estavam interessadas somente na captação de recursos financeiros de agências externas e subordinavam suas políticas aos interesses das agências que financiaram os programas e reformas educacionais do governo federal e governos estaduais, desde que fosse seguida a

direção fundamental do não aumento e da racionalização dos investimentos públicos e da busca de fontes alternativas “não públicas” para o suporte financeiro das escolas e dos sistemas de ensino de forma geral.

Dessa forma, a Educação Escolar Indígena continuou desassistida e ignorada pelas autoridades, desconhecida pela sociedade e educadores responsáveis pela educação nas esferas administrativas federal, estadual e municipal. Embora a origem da educação escolar seja externa aos universos culturais desses povos, esta educação não é mais uma imposição e sim, reivindicação por parte dos indígenas. Porém, esta educação, ocorria em um contexto de conflitos entre políticas públicas que eram implementadas e contrariavam as políticas internas dessas comunidades.

Se o acesso à educação significou para os indígenas o enfrentamento de um enorme desafio, podemos imaginar o atendimento para as crianças indígenas com deficiência. Como estivesse envolvida no tema, observava e tentava buscar uma resposta. Como garantir a estes excluídos atendimento educacional?

Atuando, ao mesmo tempo, na Educação Especial e na Educação Escolar Indígena, no Núcleo Regional de Educação de Ivaiporã observava que, contraditoriamente, o acesso de TODOS à educação escolar, embora garantido pela legislação não era viabilizado na prática aos indígenas, sobretudo àqueles com deficiência visual, auditiva e física neuromotora. Os indígenas com deficiência intelectual contavam com o atendimento nas Escolas de Educação Especial - APAES.

Como, então, oportunizar aos indígenas com deficiências os mesmos direitos à educação com atendimento as suas especificidades?

A outra questão era o grande número de deficientes entre os povos indígenas, revelado pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), publicado em 2005 (p. 53), indicando que o número de deficientes entre os indígenas do Brasil era maior que a média nacional verificada nas populações não índias, chegando a 21% na região sudeste do Brasil.

Foi neste contexto que, em 2006, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, apresentando o Projeto de Doutorado intitulado “Prevenção de deficiências: programa de formação de professores Kaingang na Terra Indígena Ivaí - PR”. Tentava investigar esta questão, pois, embora a inclusão incondicional dos deficientes e a prevenção de deficiências sejam assuntos amplamente discutidos principalmente nas últimas duas décadas, em âmbito nacional e

internacional, em relação aos indígenas, os estudos sobre inclusão são incipientes e sobre prevenção de deficiências nada foi encontrado na literatura.

A complexidade e a dificuldade de abordar este assunto, levaram-me à escolha do referido Programa e sob a orientação da Professora Dra Maria da Piedade Resende da Costa, que aceitou o desafio. Iniciamos um trabalho modesto, mas que poderá ser ampliado por pesquisadores e educadores envolvidos com estas questões. Acreditamos que a prevenção se dá principalmente através da informação e que os professores indígenas poderão ampliar seus conhecimentos e multiplicá-los, além de encorajar nas comunidades ações de enfrentamento dos agentes causadores das deficiências, e poderão desenvolver, nos estudantes, habilidades para reconhecer e evitar os riscos que podem causar deficiências, bem como, propor e orientar ações para o convívio e a inclusão dos deficientes indígenas na escola, na comunidade e na sociedade.

RESUMO

Muitos problemas de saúde dos índios Kaingang e deficiências que, em muitos casos, são sequelas de doenças, resultam do processo de ocupação de suas terras, onde foram obrigados a se aglomerarem em aldeias, sem as mínimas condições sanitárias, colocando-os em situação de vulnerabilidade a doenças parasitárias bacterianas e virais. O contato também favoreceu a introdução de bebidas alcoólicas, as doenças sexualmente transmissíveis e outras patologias também passíveis de provocar deficiências. Além disso, os indígenas começam ter filhos na adolescência, sendo que as drogas, como o cigarro e principalmente o álcool, são consumidos por grande parte dos jovens e adultos. Verificam-se, ainda, casos de suicídio entre jovens e adultos e crianças com os mais diversos tipos de deficiências tais como: intelectual, física, auditiva, visuais e múltiplas. Assim, o presente estudo teve como objetivo a formação de professores Kaingang para atuação na prevenção de deficiências. Participaram do estudo 10 professores da etnia Kaingang que atenderam os critérios estabelecidos. Foram utilizados 2 instrumentos: a) questionário para levantamento da incidência de casos de deficiências. b) questionários pré e pós-aplicação do programa de prevenção. Foram produzidos materiais bilíngues (Português e Kaingang). Os dados foram organizados e apresentados em quadros e gráficos. Quanto aos resultados de levantamento da incidência de casos com deficiências, constataram-se na Terra Indígena Marrecas, 27 casos, Ivaí, 23 e Faxinal 11. No que se refere aos dados comparativos do pré e pós-questionário, ficou evidenciada a eficácia da aplicação do programa de prevenção. As informações obtidas no pós-questionário apontam para dados relevantes quanto à aquisição dos conteúdos e vivências proporcionadas pelo referido programa. Outro ponto relevante foi a contribuição do material bilíngue facilitando a acessibilidade à informação sobre a prevenção de deficiências. Pode-se considerar que o presente estudo apresenta resultados que poderão ser levados em consideração na formulação de políticas públicas para os povos indígenas e, também poderão gerar procedimentos e ações mais eficazes e adequadas à organização sócio- cultural dos Kaingang.

Palavras-Chave: Educação Especial. Educação Indígena. Prevenção de Deficiência. Índios Kaingang.

ABSTRACT

Many health problems and deficiencies of Kaingang indigenous that in many cases are illness sequels, that are the results of occupation process of their lands, where they were obligated to agglomerate themselves in villages without minimum sanitarium conditions putting them in vulnerability situation for many parasitic diseases, bacterial and viral. The contact propitiated the introduction of alcohol drinks and sexually transmissible diseases and other contagious pathologies that cause diseases too. Besides the indigenous begin to have children in their adolescence, the drugs as cigarette and mainly alcohol are consumed for the most of adolescents. There are still suicide cases among teenagers, adults and children with many types of deficiency such as: mental, physical, auditory, visual and multiple. The present study aims at training Kaingang teachers to act in the deficiencies prevention. Ten teachers attended the Kaingang ethnicity that obeyed the established criteria. It was used two valuation ways: a) a questionnaire to know the number of the incidence of deficiency cases; b) pre and post questionnaires application of the prevention program. Bilingual materials were produced (Portuguese and Kaingang). The informations were organized and showed in figure and graph. According to the results of the incidence of deficiency cases were found that Indigenous Land Marrecas – 27 cases, Ivaí – 23 and Faxinal – 11. Referring to the information comparison among pre and post questionnaires, it was obvious the efficacy of the application of prevention program. The informations achieved in the post questionnaire show relevant results referring to the subjects acquisition and experiences provided by this program. Other relevant point was the contribution of the bilingual material which facilitated the accessibility to the information about deficiencies prevention. It may be considered that this present study show results which will take in account in the formulation of public policy for indigenous people and they can generate more effective and appropriate procedures and actions to Sociocultural organization of Kaingang.

Key-words: Special Education. Indigenous Education. Deficiency Prevention. Kaingang Indigenous.

RÉSUMÉ

Beaucoup de problèmes de santé des Indiens Kaingang et beaucoup de « handicaps », dans de nombreux cas, ce sont des séquelles de maladies; ils résultent du processus d'occupation de leurs terres, où ils ont été obligés de s'agglomérer dans des villages sans les conditions sanitaires minimum en les plaçant dans des situations de vulnérabilité à cause de microbes apportant des maladies parasitaires, bactériennes et virales. Le contact avec les gens de la ville a aussi favorisé l'introduction de boissons alcooliques et les maladies sexuellement transmissibles et autres pathologies susceptibles de provoquer un handicap. De plus les indigènes commencent à avoir des jeunes adolescents en âge de procréer qui consomment les drogues comme la cigarette et principalement l'alcool. Il y a encore des cas de suicide parmi les jeunes, les adultes et les enfants avec types les plus divers de handicaps : intellectuel, physique, auditif, visuel et multiples. La présente étude a comme objectif la formation d'enseignants Kaingang pour agir dans la prévention des handicaps. Dix enseignants de l'ethnie Kaingang qui se sont penchés sur les critères établis ont participé à la formation. Ils ont utilisés deux instruments: a) questionnaire pour l'enquête de l'existence de cas des handicaps. b) questionnaires de pré application et de suivi du programme de prévention. Ils ont inventé des matériels bilingues (Portugais et Kaingang). Les résultats ont été organisés et présentés sur des tableaux et des graphiques. Quant aux résultats d'enquête de l'existence de cas des handicaps ils ont été constaté dans la Terre Indigène Marrecas, 27 cas, Ivaí, 23 et Faxinal 11. Pour ce qui concerne les données comparatives de pré et de suivi du questionnaire il a été prouvé l'efficacité de l'application du programme de prévention. Les informations obtenues dans la suite du questionnaire indiquent pour plusieurs cas l'importance des contenus et expériences proposés par ledit programme. Un autre point important a été la contribution du matériel bilingue en facilitant l'accessibilité aux informations sur la prévention des handicaps. On peut considérer que la présente étude donne des résultats qui pourront être pris en considération pour la formulation de politiques publiques pour les peuples indigènes et, ainsi ils pourront produire des procédures et des actions plus efficaces et ajustées à l'organisation partenaire culturelle du Kaingang.

Mots - Clés: Education spécial, Education Indigène, Prévention de handicap, Indiens kaingang.

TO JYKFRÉN

Kanhgág ag Kâki ag há nãtĩnh ke tóg jagy tĩ, vënh kaga tug nĩn ag kã ù tóg vënh mÿ nĩ e tĩ, ag ga kãmĩ kejën ù ag tÿ nãtĩ e jã tag hÿnÿ, kejën ag tóg ag mÿ jagnë mré nãtĩ kãn he jan nĩgtĩ, vënh kaga to jykrén já tũ ag tóg nĩgtĩ hã kÿ ùri vënh kaga tóg e tĩgtĩ. Hã kÿ ag tóg goj- fa ki kanhrãn já nĩgtĩ gé, kar kÿ vënh kaga tÿ jagnë mÿ nĩn ke já nĩgtĩ gé, hã kÿ ùrĩ ãg kã ù tóg vënh mÿ nĩ e tĩ. Hã kÿ ag krë kyrũ ag tóg nén ù kórég vóg mũ há, vãjy kar goj-fa. Hã tug nĩn kyrũ, kófa, kar gĩr ag tóg jagnë vóg kónãn tĩ há, kÿ ùn vënh mÿ tóg e nãtĩ: krĩ vënh mÿ, kar ãg hã tóg vënh mÿ nĩ, kutu, kyvó kar ùn e. Kanhgág ag jamã tÿ góg mág to Ivai he tĩ rã hã nãtĩ tóg tag to vënh kanhrãn nãtĩ ha- Estado do Paraná kãki Kanhgág ag ga tâgtũ Estado kãkã nĩ tg vë: Ivai, Faxinal kar kÿ Marrecas ki tag ag kãki 2.500 vë, hã vÿ tÿ kanhgág vĩ pë nĩ – kÿ tag to Kanhgág tÿ ag vënh forma he nãtĩ, Ivai ki ke ag vë, município de Manoel Ribas - Estado do Paraná kãki, kÿ ãg tóg nén ù vënh mÿ jo vënh kanhrãn nãtĩ, vënh kaga kr gé, jo eg tóg kejën vënh mÿ kar nãtĩnh ke mũ, ãg tóg jo nén ù há han ke mũ, kar kÿ venh vĩ régre ki kanhró ke ge, kÿ ãgtóg ãg tÿ vënh vĩ régre ki kanhró nĩ kÿ ãg tóg to kãmég ke mũ sir, ãg tÿ ùn vënh mÿ ve kÿ ãg tóg ãg tÿ nén ki kanrán mũ ti to jé, hãra ãg tóg ãg cultura hã to jÿykrén kÿ vënh rãnrãj tag ke mũ Kanhgág ag mÿ.

Vënhn há-vënhvĩ há: Un kaga vënhmÿ ag to vënhrá. Kanhgág ag vënhrá. Vënh kaga vënhmÿ jo vënh Kirir. Kanhgág ag.

Tradução: Professor Kaingang Leôncio Nokrig Generoso

1 INTRODUÇÃO

Os indígenas que habitam atualmente o Estado do Paraná¹ têm uma história de lutas e resistências. Se, no passado, lutaram contra a expropriação de suas terras, e outras imposições garantidas em leis que mudaram radicalmente os seus modos de vida, hoje buscam alternativas de auto-sustentação, melhores condições de saúde, educação de qualidade que leve em consideração seus costumes crenças e tradições e atendimento adequado para os que apresentam deficiências.

Além da exclusão resultante de séculos de políticas equivocadas, as questões políticas e sociais às quais foram submetidos, a falta de perspectivas, a desinformação e as mudanças ocorridas e influenciadas pelos contatos com a sociedade não indígena podem ter colaborado na promoção da situação de vulnerabilidade à qual são expostos e, somadas a outros fatores, podem ter contribuído para o aumento de pessoas com deficiências, nas comunidades indígenas do Estado e do Brasil.

Devido à constante presença da pesquisadora entre os indígenas da etnia Kaingang da Terra Indígena Ivaí, surgiram as seguintes questões:

- Será que há um grande número de indígenas Kaingang com deficiência?
- Será que a implementação de um programa para professores Kaingang da Terra Indígena Ivaí sobre prevenção de deficiências poderia diminuir a incidência destas?
- Será que a produção de um material instrucional bilíngue poderia auxiliar os professores Kaingang no encaminhamento do trabalho com seus alunos?

Esta população marginalizada e discriminada por ser indígena e ter deficiência, nos coloca diante de um grande desafio. As deficiências entre os indígenas é uma realidade que tem como principal característica a invisibilidade.

Um ano após a promulgação da Constituição de 1988, a Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, prevê, no Artigo 17, a obrigatoriedade da inclusão das pessoas com deficiências nos censos nacionais com o objetivo de obter dados atualizados sobre estas pessoas. No último censo, realizado em 2000, foi feito o levantamento sobre índios com

¹ Dados do IBGE 2005, revelam que existem hoje no Estado do Paraná, 12 mil índios Kaingang, 3 mil Guarani, algumas famílias de Xoclog e alguns remanescentes de Xetás. O censo revelou ainda a existência de mais de vinte mil índios vivendo nas periferias das cidades do Estado do Paraná (116).

deficiências, e os dados revelaram índices surpreendentes, mostrando que o número de pessoas com deficiência entre os indígenas é maior do que na população em geral. “O contingente de auto-declarados indígenas identificados como portadores de deficiência atingiu 125.255 pessoas em 2000, o equivalente a 17, 1% dos indígenas. Para população em geral, 14, 5% declaram portadores de deficiências” (IBGE, 2005, p. 53).

Nos Estados Unidos da América, cuja população indígena é estimada em 4, 4 milhões de índios incluindo os nativos do Alaska e os miscigenados com outras etnias, localizadas principalmente na Califórnia, Oklahoma, Arizona e Alaska, apresentam deficiências similares às encontradas na população em geral. “Os nativos americanos falam mais de 250 línguas, e existem 561 governos tribais reconhecidos pelo governo federal dos Estados Unidos. Alguns vivem em reservas rurais ou remotas, em aldeias e povoados ou em estâncias e terras de reserva tribal”. (CLAY e GREYMORNING, 2006, p. 15).

A taxa de deficiência entre os indígenas, em intensidade maior que a população em geral, não é exclusividade da nação brasileira. Entre as populações nativas dos Estados Unidos da América, o índice de deficiência é consideravelmente elevado. Clay e Greymorning (2006, p. 15) afirmam que:

Algumas deficiências, como as relacionadas com o diabete e com o abuso de drogas e de álcool, são mais comuns entre os nativos americanos e, portanto, a porcentagem geral de deficiência é mais elevada nesses grupos. Entre os nativos americanos em idade de trabalho (16-64 anos), a porcentagem de deficiência é de 27%, em contraposição aos 18% da população em geral; entre os de 65 anos ou mais, é de 57, 6%, ante 41%.

Existe nos Estados Unidos o Centro de Assistência Técnica ao Índio Americano com Deficiência (AIDTAC) do Instituto Rural da Universidade de Montana – EUA, cujo principal financiador é o Departamento de Educação. De acordo com Julie Clay, membro da tribo Omaha, que ocupa o cargo de diretora e Gail Greymorning que está na função de assistente executiva da referida instituição: “embora muitos indígenas americanos tenham assimilado a cultura dominante, muitos deles ainda se agarram aos velhos hábitos e tradições. Essa “vida em dois mundos” é bastante problemática; enfrentar uma deficiência acrescenta um “terceiro mundo” de dificuldades” (CLAY e GREYMORNING, 2006, p. 15).

As populações indígenas do Brasil encontram-se em situação de fragilidade social e a falta de diagnóstico quanto à situação em que vivem os indígenas com deficiências, inviabiliza toda e qualquer atuação no que se refere ao atendimento educacional terapêutico e psicológico das pessoas que compõem esta população, e que, há séculos sofrem pela

marginalização política, abusos, exploração e exclusão econômica e social. Rodrigues (2006, p. 10) explica que:

(...) a exclusão é devida provavelmente a fatores culturais, que nos conduzem a pensar que a diferença é perigosa. Demanda-se cuidado com as pessoas diferentes – seja na identidade sexual, socioeconômica, de deficiência, de etnia etc. As “idéias feitas” da sociedade associam ao “diferente” uma situação de ameaça, e desenvolvem estratégias de identificação, circunscrição, banimento ou subordinação de numerosos grupos sociais.

Tal situação agrava-se quando os indígenas apresentam algum tipo de deficiência, seja sensorial, física ou intelectual, ocorridas por falta de prevenção ou cuidados pré, peri, ou pós-natal, por condições sócio-econômicas desfavoráveis, fatores orgânicos, hereditários ou genéticos, ou ainda adquiridas, muitas vezes por acidentes onde não foram levados em consideração os riscos físicos e ambientais. Essas pessoas, na maioria das vezes, não recebem atendimento clínico e pedagógico adequados.

Um estudo pioneiro realizado por Venere (2005), analisou a aplicação das políticas públicas voltadas para pessoas com deficiências em Rondônia e concluiu que existem vários fatores que são preponderantes para a incidência de deficiências entre as populações indígenas do Estado. O autor explica que:

De maneira geral, podem estar aí inclusos itens como: a desnutrição materna, doenças infecciosas (AIDS, sífilis, rubéola, toxoplasmose), o alcoolismo, o consumo de drogas, os efeitos colaterais de medicamentos, o tabagismo, a poluição ambiental, além de fatores genéticos, tais como: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais) como a Síndrome de Down, dentre outras. Nesse sentido pode-se afirmar que há precariedade no atendimento às populações indígenas já a partir das mães gestantes que não recebem a devida atenção nos períodos pré-natal (acompanhamento cuidadoso durante a gestação), peri-natal (trauma e má assistência no parto), e pós-natal (assistência contínua ao bebê). (VENERE, 2005, pp. 122-123)

Neste estudo, observou-se ainda a pouca articulação, entre as três esferas de atuação do poder público, verificando-se instabilidade e falta de continuidade das políticas públicas direcionadas para o atendimento desta população. Para Venere, (2005, p. 123), “Ao estudar a problemática da saúde indígena, a partir do ângulo das necessidades especiais, ficou visível a carência de articulação entre os aspectos individuais e coletivos do campo e atuação da saúde com a educação”. E ainda de acordo com o autor:

O apelo é aproximar as ações das escolas indígenas e da própria formação do professor indígena em um contexto de formação de projeto político-pedagógico que contemplem ações de saúde e saneamento, e que, ao valorizar a sua identidade cultural, seja possível em um diálogo intercultural, a consciência crítica (VENERE, 2005 p. 123).

Do Relatório das Nações Unidas para a Infância *Garantindo os Direitos de Crianças Indígenas*, lançado em 25 de fevereiro de 2004, consta que, “na maioria dos países, as crianças indígenas são grupos marginalizados e discriminados, as comunidades indígenas sofrem com altas taxas de mortalidade infantil, falta de cuidados médicos, pouca oferta de escolas e ensino de péssima qualidade”. Disponível em www.unicef.org.br (Acesso em 23/11/08).

De acordo com a legislação existente, a educação é um direito de todos e a Educação Especial deve se consolidar sobre o paradigma da inclusão. Apesar da legislação nacional e internacional garantir atendimento a todos os cidadãos, na prática, são muitas as dificuldades para a implantação desses direitos. Durante a estadia no Brasil entre os dias 09 e 13 de maio de 2007, o Papa Bento XVI recebeu, das mãos do cardeal Dom Paulo Evaristo Arns, uma carta da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (APIB). O parágrafo a seguir ilustra a situação em que vivem atualmente milhares de indígenas brasileiros:

Apesar de todas as conquistas, nossas comunidades ainda sofrem muito com a falta de terra para viver; com as múltiplas formas de violência que se abatem sobre elas por parte dos invasores; com tristes e frequentes casos de suicídio de adultos, de jovens até crianças; com mortalidade infantil por doenças e desnutrição com a dificuldade em serem escutadas e terem seus direitos respeitados pelo Estado Nacional e pela sociedade envolvente. Disponível em www.adital.com.br/site/noticia.asp (Acesso em 11/05/07).

A atual Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, dedicou, aos povos indígenas, um capítulo específico, com direitos e garantias fundamentais e, assim, refere-se, no capítulo VII – dos índios no artigo 231 “São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, cabendo à União demarcá-las, proteger e respeitar todos os seus bens”. Entretanto, passadas mais duas décadas da promulgação da Carta Magna, grande parte das terras não foram demarcadas e as populações indígenas encontram-se em situação de subordinação, exploração econômica e as mais diversas formas de exclusão.

Há séculos, as terras indígenas têm sido palco de confrontos e represálias envolvendo índios, madeireiros e outros grupos como imigrantes, tropeiros, bugreiros, garimpeiros, grileiros, entre outros. Nestes confrontos, os atos praticados pelos indígenas, na maioria das vezes, são formas de reagir contra a invasão de suas terras e a violência praticada contra eles. A invasão, depredação e redução das terras indígenas, resultaram em um processo acelerado de empobrecimentos de grande parte das populações indígenas do Brasil e conseqüentemente um quadro de fome.

Esta fome não está associada somente à ausência de demarcação de seus territórios, mas também, à omissão do Estado em relação à saúde, educação deprecação ambiental e projetos que estimulem os diferentes povos a desenvolverem alternativas econômicas auto-sustentáveis” (PIETRICOVSKY, 1995, p. 5).

Estudos realizados nos anos de 1994 e 1995, organizados por Ricardo Verdum e que foram publicados com os títulos: *Mapa da Fome Entre os Povos Indígenas do Brasil I e II*, mostraram que populações indígenas são as que mais sofrem com a miséria e a fome. De acordo com o organizador do Projeto acima citado, o primeiro levantamento que cobriu um total de 128 terras indígenas e uma população de 129.858 e concluiu que:

(...) pelo menos 28, 27% da população indígena no Brasil estava com dificuldade para garantir com segurança um bom padrão alimentar e de saúde. As situações mais críticas foram encontradas entre os povos da Região Nordeste e da Centro Sul (MT, MS, PR, SC e RS). No caso da Região Nordeste, de uma população de 47.824 indígenas cobertos pelo levantamento, aproximadamente 84% foram incluídos na faixa da população que estaria encontrando sérias dificuldades de sustentação alimentar. (VERDUM, 1995, p. 8)

Ainda neste estudo, o levantamento realizado na Região Centro-Sul, revela uma situação dramática vivida pelos indígenas de várias etnias que habitam esta região. Outra pesquisa realizada por Leite (1995, p. 40), evidencia que:

Os dados sobre a fome e a carência alimentar para o Sul e Sudeste do país são alarmantes: em todas as terras levantadas foram indicados quadro de carência alimentar ou de fome, obteve-se informações específicas sobre a população de 63 terras das regiões, cobrindo cerca de 80% da população indígena na região e informações indiretas de quase toda população restante, o que nos permite generalizar o problema a praticamente todas as terras da região. Estes dados indicam-nos que nas duas mais ricas do país as populações indígenas estão em situação de saúde e de sustentação só comparável ao nordeste brasileiro. Mas há aí no caso um contraste sem igual: junto a alta produtividade dos colonos e das empresas agrícolas do Sul, convive uma população indígena com taxa de mortalidade infantil e índice dos países mais pobres do mundo e inúmeras doenças causadas pela carência alimentar.

Somados ao problema da fome entre os indígenas, temos a educação escolar que pouco tem contribuído para a autonomia desses povos. Essa educação esteve presente em diversas sociedades indígenas, desde a chegada dos europeus há mais de 500 anos, cujos objetivos da introdução da escola eram: catequizar, civilizar e integrar os indígenas à sociedade dominante.

Somente nas últimas décadas, seguindo uma política internacional, o Brasil passou a reconhecer que é um país constituído por rica diversidade de grupos étnicos e a legislação concedeu a esses povos o direito à manutenção de suas especificidades culturais, históricas e linguísticas, promovendo mudanças também na política governamental em relação à educação escolar indígena.

A Constituição Brasileira de 1988 garantiu, além do direito de permanecerem índios, manterem sua identidade cultural, possibilitando que a escola indígena possa tornar-se um instrumento de valorização das línguas, dos saberes e das tradições indígenas.

1.1 A EDUCAÇÃO ESCOLAR INDÍGENA E AS MUDANÇAS OCORRIDAS NA DÉCADA DE 1990

A partir da Constituição de 1988, a responsabilidade sobre a oferta da educação escolar indígena foi alterada com os novos instrumentos jurídicos. O Decreto Presidencial nº 26, de 1991, atribuiu ao MEC a incumbência de integrar a educação escolar indígena aos sistemas de ensino regular, bem como coordenar as ações referentes a estas escolas em todos os níveis de ensino. Essa tarefa foi, nas três décadas anteriores, atribuída ao órgão tutor, a Fundação Nacional do Índio – FUNAI.

Por meio da Portaria Interministerial nº 559/91, ficou definido como o Ministério da Educação – MEC deveria assumir as novas funções. Para ter subsídios e apoio técnico referente à educação escolar indígena, esta portaria prevê a criação de um comitê de Educação Escolar Indígena nos Estados. Desde então, foram criados os Núcleos de Educação Indígena, definidos como o espaço de trabalho e reflexão de pessoas e entidades que, respeitando e considerando processos culturais próprios das populações indígenas, estabeleceriam as diretrizes para a garantia de educação diferenciada nas instituições educativas das Terras Indígenas e fora dela, propiciando condições físicas e pedagógicas adequadas aos estudantes.

O MEC criou a Coordenação Geral de Apoio às Escolas Indígenas e, para assessorar essa instância, instituiu o Comitê de Educação Escolar Indígena, composto por indígenas, antropólogos, linguistas e técnicos de diversos órgãos do governo. Esse Comitê, com o intuito de oferecer subsídios a elaboração dos planos operacionais dos Estados e Municípios, elaborou, em 1992, *as Diretrizes para a Política Nacional de Educação Escolar Indígena*.² Sobre este documento, FAUSTINO (2006, p. 153), esclarece:

Como um primeiro documento específico sobre educação escolar indígena esta Diretriz é a - histórica. Menciona, mas não discute a questão indígena na sociedade brasileira. Omite que a relação da sociedade dominante com os povos indígenas foi construída e permanece sob a exploração, violência, dominação e extermínio e que estes elementos são definidores da situação de pobreza, doença e abandono em que vivem os indígenas na atualidade. Sem analisar esta situação, anuncia o desejo de

² Para maiores detalhes sobre a Política Nacional de Educação Escolar Indígena, conferir FAUSTINO, Rosângela C. Política educacional nos anos de 1990: o multiculturalismo e a interculturalidade na educação escolar indígena. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

construir uma “relação positiva” com as sociedades indígenas afirmando que a escola tem um papel fundamental neste projeto. (grifo da autora)

Para estabelecer os novos rumos e os fundamentos da Educação Brasileira, foi aprovada, pelo Congresso Nacional, em 17 de dezembro de 1996, e promulgada no dia 20 de dezembro do mesmo ano, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Lei nº 9394/96, também conhecida como LDBEN ou Lei Darcy Ribeiro, substituiu a Lei nº 5.692 de 1971 que, em momento algum, referia-se à educação escolar indígena, revogou, também, o dispositivo da Lei nº 4.024, de 1961, que tratava da Educação.

Com relação à educação escolar para os povos indígenas, a LDBEN (Lei nº 9394/96) faz menção a ela em dois momentos. No Artigo 32, reproduz o direito estabelecido no Capítulo 210, da Constituição Federal e assim se refere: “O ensino fundamental regular será ministrado em língua portuguesa, assegurada às comunidades indígenas a utilização de suas línguas maternas e processos próprios de aprendizagem”.

Com o objetivo de oferecer subsídios para a elaboração de programas de educação escolar indígena, bem como, orientações para a construção do currículo, dos materiais didáticos e para a formação dos professores, em 1998, o MEC publicou o Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas – RCNEI. De acordo com este documento, as escolas devem ter as seguintes características: Comunitária, Intercultural, Bilingue/multilíngue, Específica e diferenciada (BRASIL/MEC, 1988).

Em 14 de setembro de 1999, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Escolar Indígena, pelo Parecer nº 14/99 do CEB/CNE. O Parecer, dividido em dois capítulos, instituiu as diretrizes da categoria escola indígena, definindo as competências para a oferta da educação escolar indígena, a formação do professor indígena, o currículo da escola e sua flexibilização, determinando a estrutura e o funcionamento da escola indígena e propondo ações em defesa da educação escolar indígena. (BRASIL, CEB/CNE, 1999).

Esse Parecer foi normatizado pela resolução nº 3/99³ do CNE/CEB, de 10 de novembro de 1999, e fixou as Diretrizes Nacionais para o Funcionamento das Escolas Indígenas, regulamentando direitos, como: a criação da categoria escola indígena, com normas e ordenamentos próprios; garantia de formação específica para professores indígenas, com a possibilidade de escolarização simultânea a sua atuação em sala de aula, definindo, ainda, a alçada pela oferta da educação escolar indígena em regime de colaboração entre a União, os Estados e os Municípios

O reconhecimento da diversidade cultural dos povos indígenas e a reafirmação dos direitos já contidos nas legislações anteriores estão garantidos no Plano Nacional de Educação, promulgado em nove de janeiro de 2001 em cumprimento ao artigo nº 214 que determina a obrigatoriedade de a nação brasileira construir seu Plano Nacional de Educação com duração plurianual (BRASIL, MEC/PNE, 2001).

Além da Constituição Federal do Brasil de 1988, a LDBEN, lei nº 9394 de 1996 que instituiu, no Artigo 87, a Década da Educação, também determina que a União deveria encaminhar ao Congresso Nacional um Plano Nacional de Educação, com diretrizes e metas para os próximos dez anos.

Com vistas a cumprir o dispositivo legal previsto na Constituição Federal de 1988, atentos aos compromissos estabelecidos na LDBEN, e cumprindo a determinação da Lei nº 10.172, de nove de janeiro de 2001 que estabelece, em seu art. 2º, que os Estados, o Distrito Federal e Municípios elaborem, em consonância com o nacional, seus planos estaduais e municipais correspondentes, é que, no Estado do Paraná, a Superintendência de Educação – (SUED), por meio de sua Assessoria de Políticas Educacionais, estabeleceu o início da atividade de implementação do Plano Estadual de educação, de forma coletiva e descentralizada buscando atender às exigências colocadas pelo processo democrático de discussão permanente dos rumos da educação, com transparência e responsabilidade.

Os Núcleos Regionais de Educação escolheram o tema, de acordo com a sugestão de temas elencados pela SUED, e convidaram os diversos setores da administração pública e da sociedade civil organizada para sua discussão e elaboração. Os NREs de Ivaiporã, Pato Branco e Laranjeiras do Sul escolheram, no primeiro momento, o tema Educação Escolar Indígena, por terem escolas que ofertam esta modalidade de ensino. Todos os temas foram posteriormente discutidos em audiências públicas, organizadas pela Secretaria de Estado da Educação do Paraná, e aguardam aprovação da Assembléia Legislativa do Estado.

Embora amparada por farta legislação, a educação escolar indígena, almejada por muitos povos indígenas que vêem, na educação, um instrumento de luta e valorização de sua cultura, ainda não venceu os desafios de superar o descompasso e as lacunas existentes entre a legislação e as políticas implementadas, principalmente no que se refere ao atendimento especial para as comunidades indígenas. Percebe-se uma grande dificuldade de reconhecer e valorizar a diversidade, implementar e efetivar políticas de educação e prevenção que atendam o conjunto de necessidades destes povos.

Os indígenas com deficiência, na maioria das terras indígenas, não contam com atendimento especializado. Embora haja esforços no sentido de atender as diferenças e de se manter um diálogo inter-étnico, quando se trata de deficiências entre os indígenas, muitas justificativas são usadas em nome da diferença para legitimar a exclusão e se manter o “*status quo*”.

Apesar da legislação nacional e internacional garantir atendimento a todos os cidadãos, na prática, são muitas as dificuldades para a implantação desses direitos. As populações indígenas encontram-se em situação de subordinação e exploração econômica e as mais diversas formas de exclusão, agravando-se quando os indígenas apresentam algum tipo de deficiência, sendo, dessa forma, duplamente excluídos, continuam desassistidos e ignorados pelo poder público, e por uma grande parcela da sociedade.

A formação para prevenção de deficiências poderá gerar conhecimentos relevantes, por meio de uma prática intercultural, isto é, um processo de interação e intercâmbio entre culturas diferentes, abarcando conhecimentos tradicionais e científicos, resultará na compreensão dos problemas relacionados à deficiência e nos caminhos possíveis para a superação, pois a dificuldade pode ser reduzida de forma significativa quando se proporciona e possibilita ao indivíduo os meios necessários para minimizá-la.

Este estudo para além do trabalho de formação de professores para difundir informação e garantir a prevenção de deficiências, pretende, também, subsidiar os professores indígenas para que possam conhecer, refletir e reivindicar os direitos garantidos pela legislação vigente, bem como, apontar indicadores que poderão ser levados em consideração na formulação de políticas públicas e articulação de ações visando o adequado atendimento aos indígenas em situação de deficiências e promover a inclusão almejada.

Portanto, o presente estudo tem como objetivo geral a formação de professores Kaingang para a prevenção de deficiências na Terra Indígena Ivaí.

Como objetivos específicos:

- realizar um levantamento dos indígenas que apresentam deficiências nas terras indígenas situadas na Bacia Hidrográfica do Rio Ivaí – Estado do Paraná, onde residem aproximadamente dois mil e quinhentos (2.500) indígenas, sendo a grande maioria pertencente ao povo Kaingang e, algumas famílias Guarani e Xetá;
- elaborar um programa de formação de professores para a prevenção de deficiências;
- aplicar o programa na Terra Indígena Ivaí;

- analisar o programa;
- mediar a produção de material específico e bilíngue sobre o tema, através de uma metodologia participativa.

Na próxima seção, com o intuito de uma melhor compreensão histórica, serão apresentadas algumas abordagens sobre as relações estabelecidas entre os indígenas e as frentes de expansão que ocuparam o atual Estado do Paraná e promoveram a desterritorialização dos povos indígenas, que através da violência praticada contra estes povos levou a quase extinção dos Xetá; porém, alguns grupos conseguiram através de lutas e resistência, garantir as atuais demarcações de seus territórios e manter seus modos próprios de vida ressignificando sua cultura.

SEÇÃO I

2 OS INDÍGENAS QUE VIVEM NO ESTADO DO PARANÁ

Estudos antropológicos revelam que a Região Sul do Brasil é habitada há séculos pelos índios Kaingang, Guarani, Xokleng e Xetá. No Estado do Paraná as áreas indígenas estão localizadas no litoral e nas seis bacias hidrográficas dos rios: Ivaí, Paraná, Cinzas/Laranjinha, Tibagi, Piquiri e Iguaçu.

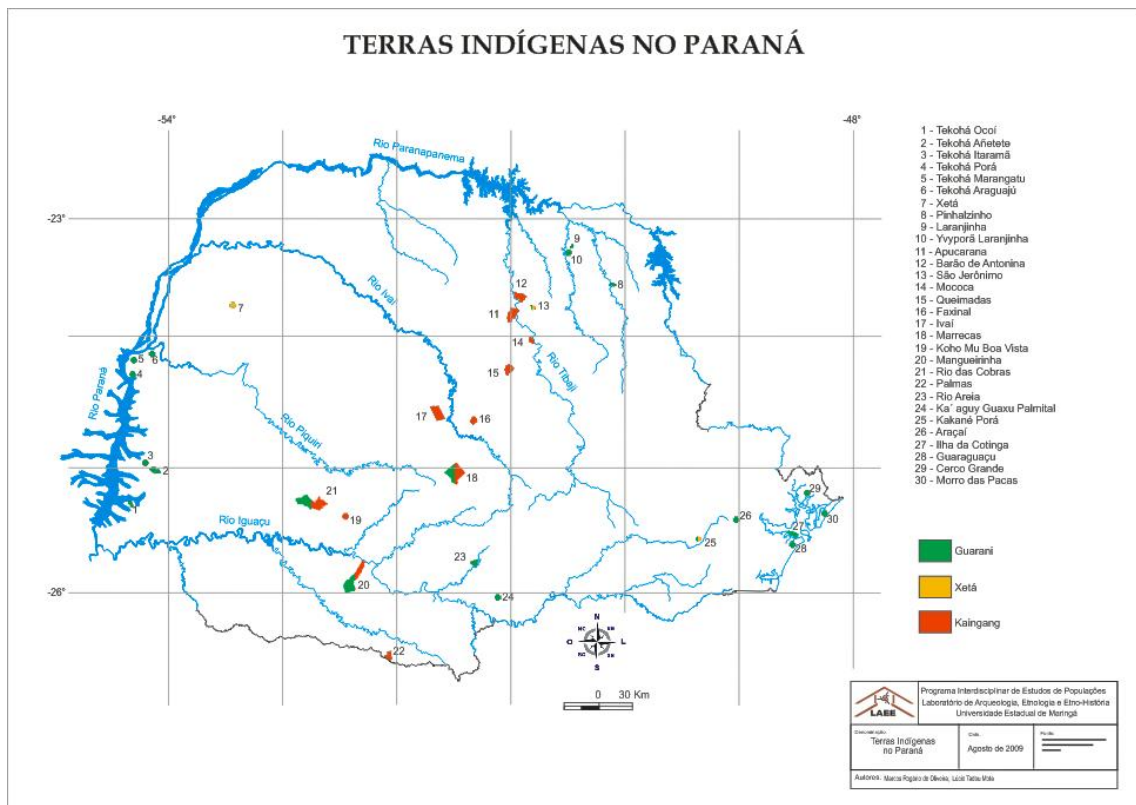


FIGURA 1. Mapa das Terras Indígenas no Paraná.

Fonte: Programa Interdisciplinar de Estudos e Populações laboratório de Arqueologia, Etnologia e Etno – História – UEM.

Pesquisadores como Mota (1994), Ribeiro (1996), relatam a dramática história de luta e resistência dos indígenas destes grupos que vêm sofrendo,

há décadas, a interferência da sociedade majoritária que subjugou, combateu, explorou, dizimou e exterminou - os quase por completo, como é o caso dos Xetá.³

Além das fazendas de café que se instalaram em terras tradicionalmente ocupadas pelos Kaingang, ferrovias foram construídas, aumentando consideravelmente o fluxo de pessoas que transitavam em terras indígenas. A resistência dos indígenas ocasionava conflitos com os criadores de gado, cafeicultores e com os construtores das estradas. Mota (1994, p. 15) evidencia esta ocupação quando explica que:

O espaço da sociedade industrial caminha em outra direção: é o espaço onde se retalha a terra, etiquetando-a em valores, transformando-a em mercadoria pelo potencial produtivo que carrega. É o espaço onde as árvores e animais também têm seu preço, também são mercadorias. Por isso mesmo ele é diferente do espaço das comunidades Kaingang Guarani, Xocleng e Xetá que aí viviam e cujas terras foram divididas, cercadas e vendidas. Cria-se o vazio demográfico a ser ocupado pela colonização pioneira. Vazio criado pela expulsão ou eliminação das populações indígenas que, desse modo, são colocadas à margem da história.

De acordo com Ribeiro (1996 p. 124) “as maiores batidas realizadas em 1908, 1909 e 1910 foram financiadas principalmente pela Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, utilizando trabalhadores da construção por ela armados e municados e entregues à orientação dos referidos especialistas.” Ainda conforme Ribeiro (1996, p. 124),

Nesse ambiente de terror, surgiram chefetes especializados em chacinar índios. Organizavam publicamente os bandos de bugreiros e planejavam seus ataques, depois de aliciar os carabineiros e percorrer as fazendas vizinhas e o comércio angariando donativos em dinheiro, mantimentos e munições. Tinham o cuidado de organizar as batidas sempre nos meses de chuva, porque nessa época os índios raramente se afastavam da aldeia para caçadas e pescarias coletivas, permitindo assim, um extermínio completo.

O Programa Globo Rural da Rede Globo exibido em 27/ 08/06, mostrou como se dava o confronto entre índios e tropeiros, como era realizado o extermínio de famílias indígenas, mostrou ainda a supremacia do armamento dos bugreiros, que para vingar a morte de um tropeiro e seis mulas, atocaiaram e mataram mais de 30 índios em dois dormitórios, entre eles mulheres e crianças. De acordo com a mencionada reportagem:

³ Para o estudo sobre o povo Xetá ver : SILVA, Carmem Lúcia da. Sobreviventes do extermínio: Uma etnografia das narrativas e lembranças da sociedade Xetá. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1998.

SILVA, Carmen Lúcia da. Em busca da sociedade perdida: O trabalho da memória Xetá. Tese de Doutorado em Antropologia Social. Brasília: PPGAS/UnB, 2003.

Em 1904, o jornal Blumenau Tzaitung, editado em alemão, denunciava um massacre de 230 índios - a maioria mulheres e crianças. A manchete dizia: “carnificina nos bugres” - “como se civiliza no século XX”. “Os inimigos não pouparam vida nenhuma depois de terem iniciado sua obra com balas, a finalizaram com facas. Nem se comoveram com os gemidos e gritos das crianças que estavam agarradas aos corpos das mães! Tudo massacrado”. Disponível em: <http://globo.ruraltv.globo.com/TVGlobo/jornalismo> (Acesso em 03/09/08).

Entretanto, a presença destes grupos embora conhecida, foi ocultada e ignorada pela História oficial, criando a idéia de que estas terras eram desabitadas. “Ao lado dessa falácia, a classe dominante apaga um dos sujeitos da história: os povos indígenas. A ocupação da região é tida como pacífica, sem lutas ou resistências, uma vez que, segundo a versão oficial, os povos indígenas simplesmente não existiam” (MOTA, 1994, p. 4)

Estas diferentes fontes mostram que esta população foi atacada e atacou as frentes de expansão que empurravam suas fronteiras, limitavam seus territórios e ameaçavam a sobrevivência de suas comunidades, no entanto, foram acusados de por em risco a integridade física de tropeiros e colonizadores e tiveram seu extermínio planejado e financiado pelo poder público.

Estes povos, tradicionalmente caçadores e coletores, que habitavam o território do atual Estado do Paraná, tinham fartura e liberdade. Ao serem conquistados e dominados, tiveram que mudar de forma radical o seu modo de viver. Submetidos ao sistema capitalista, seus territórios foram retalhados, e os pequenos espaços a eles destinados são administrados pelo órgão federal, a Fundação Nacional do Índio – FUNAI.

Atualmente, os produtos cultivados nas terras a eles destinadas não são suficientes para o sustento de todos. O artesanato também está comprometido, visto que os terrenos onde cresciam as taquaras (*bambusa vulgaris*), matéria prima do artesanato, hoje são usados para cultivo de outras lavouras de subsistência; além disso, são obrigados a realizar atividades complementares como trabalhadores temporários e, para sobreviverem, dependem dos programas assistenciais dos órgãos oficiais.

As populações indígenas no atual Estado do Paraná vêm apresentando altos índices de crescimento demográfico. Este crescimento também pode ser observado nas populações indígenas em todo o território nacional.

Comparando os Censos Demográficos 1991 e 2000, observa-se que houve um expressivo aumento no número de pessoas que se auto-declararam indígenas, de 294.131 para 734.131, o que equivale a uma taxa média geométrica de crescimento anual no período de 10, 8%. Trata-se de taxa muito elevada, uma vez que o total do país apresentou, no mesmo período, um ritmo de crescimento anual de 1, 6% (IBGE, 2005, p. 21).

Atualmente, vivem no Estado do Paraná, cerca de 12.000 índios, sendo algumas famílias de Xokleng, alguns indivíduos remanescentes da etnia Xetá, 3.000 pertencentes a etnia Guarani (subgrupos Mbyá, Kaiowá Nhandéwa); o maior grupo pertence a etnia Kaingang com cerca de 9000 índios no Estado.

Remanescente histórico das reduções jesuíticas, o povo Guarani vive em territórios que compreendem o leste do Paraguai, norte da Argentina, sul da Bolívia e no Brasil as regiões Sul, Sudeste e Estado do Mato Grosso do Sul - MS. No Estado do Paraná, o povo Guarani vive em 6 Terras Indígenas demarcadas conforme quadro abaixo:

Terra indígena	Município
Laranjinha	Santa Amélia
Pinhalzinho	Tomazina
Rio Dárcia	Inácio Martins
Ilha da Cotonga	Paranaguá
Ocoí	São Miguel do Iguaçu
Tekohá-Añetete	Diamante do Oeste

QUADRO 1. Terra Indígena Guarani no Estado do Paraná

Fonte: PARELLADA *et al*, 2006, p. 62

A falta de terra demarcada e homologada constitui o principal problema vivido por muitas famílias Guarani. As terras demarcadas para este grupo são insuficientes, obrigando-os a viverem como estrangeiros em terras que ainda não foram demarcadas, ou ainda, em terras pertencentes aos Kaingang.

A seguir, serão apresentados alguns aspectos da vida do povo Kaingang que, além de estar entre um dos maiores grupos indígenas do Brasil, também se constitui no maior grupo indígena que habita o Estado do Paraná.

2.1 OS KAIKANG

Apesar da redução drástica de seu número, os Kaingang ocupam hoje frações de terras localizadas em quase todas as antigas áreas tribais, estendendo-se do centro de Bauru (São Paulo), ao norte do Rio Grande do Sul, no alto Uruguai.

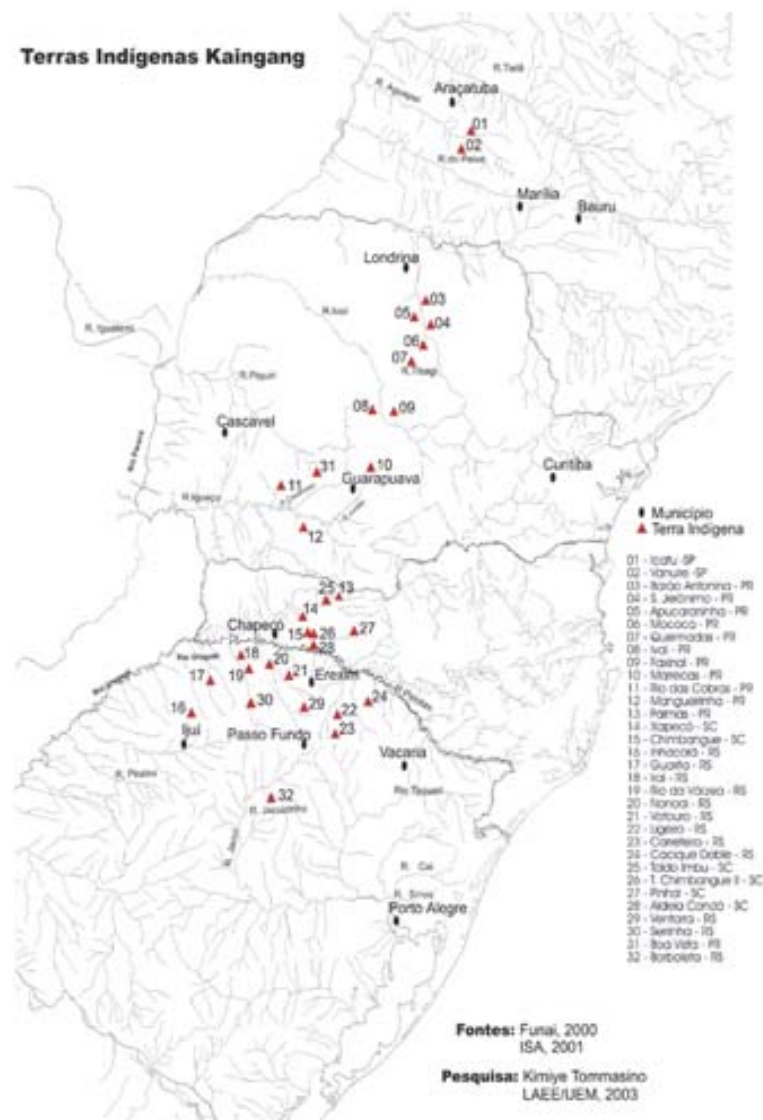


FIGURA 2. Mapa das Terras indígenas Kaingang

Fonte: http://img.socioambiental.org/org/d/279024-1/kaingang_mapa_val.jpg Acesso em: (23/11/08)

O Povo Kaingang, conhecido na bibliografia arqueológica como Tradição Casa de Pedra, forma um dos grupos mais populosos do Brasil com aproximadamente 25.000 indivíduos que falam a língua do tronco linguístico Jê. “A denominação Kaingang define genericamente e ao mesmo tempo a população e a língua por eles falada” (MOTA, 2008, p. 30).

Na atualidade, habitam terras indígenas localizadas nos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. “Embora exista uma volumosa bibliografia e inumeráveis conjuntos de documentos publicados sobre os Kaingang, ainda se conhece pouco sobre seus antecedentes pré-históricos” (MOTA, 2008, p. 28)

Os Kaingang formam a maior população indígena do Estado do Paraná, aproximadamente 9.000 indivíduos, vivem em 11 Terras Indígenas demarcadas. Algumas delas estão situadas em dois municípios. Seus territórios são denominados (*Gá; Angá*).

Terra Indígena	Município (s)
Barão de Antonina	São Jerônimo da Serra
Mococa	Ortigueira
Queimadas	Ortigueira
Ivaí	Manoel Ribas/Pitanga
Faxinal	Cândido de Abreu
Marrecas	Turvo/Guarapuava
Palmas	Palmas
Apucarantina	Tamarana
São Jerônimo	São Jerônimo da Serra
Mangueirinha	Mangueirinha/chopinzinho/Coronel Vivida
Rio das Cobras	Nova Laranjeira/ Espigão Alto do Iguaçu

QUADRO 2. Terra Indígena Kaingang no Estado do Paraná

Fonte: PARELLADA *et al*, 2006, p. 62.

Os Kaingang reagiram bravamente contra fazendeiros brancos que invadiram territórios ocupados ancestralmente por este povo. Grande parte do século XIX foi marcado por ações bélicas. Menos equipados em armamentos do que os invasores, os Kaingang sofreram grandes baixas no seu contingente populacional.

Para garantir suas terras, defender seus costumes e tradições, esses povos lutaram contra todo tipo de invasão em seus territórios; essas lutas os conduziram a migrações forçadas. Colonizadores e tropeiros contavam com o apoio do Príncipe Regente, que em 1808, declarou guerra aos indígenas. De acordo com Mota (2004, p. 128).

O Império toma uma resolução: os índios devem ser combatidos, catequizados, “civilizados”, e seus territórios devem ceder lugar as fazendas de gado. (...) O ano de 1810 é marcado pela chegada aos campos de Guarapuava de uma enorme expedição com mais de trezentas pessoas, das quais cerca de 200 eram soldados. O objetivo da expedição era ocupar estes campos abrindo espaços para as fazendas de criação. No dia dois de julho, acampam no lugar denominado Atalaia. No dia 29 de agosto, os Kaingang fazem um ataque em massa ao acampamento. (...) Na batalha, são mortos e feridos muitos índios, ocorrendo na força militar apenas ferimentos leves. Os Kaingang sofrem forte derrota e dispersam-se pelos campos ao sul e a oeste da fortificação.

O ataque dos Kaingang teria tido como estopim a recusa dos soldados em aceitar as mulheres Kaingang oferecidas aos homens da expedição como presente. Este

episódio é explicado por historiadores e antropólogos de diferentes maneiras. Marcondes (1998, p. 39) revela que:

Como os esquimós, os caingangues tinham o costume de oferecer suas mulheres aos seus visitantes, como uma cortesia. Assim, quando os homens da expedição chegaram a Guarapuava, os camés ofereceram, a cada um deles, uma das suas mulheres. No terceiro dia, voltaram muito alegres para a festa, mas retornaram cheios de ódio, quando souberam que seu brinde não fora aceito, pois o Padre Chagas havia ameaçado de excomunhão quem dormisse com as índias.

Além do hábito de oferecer suas esposas, a poligamia era praticada entre os Kaingang. Possuir várias mulheres significava ter prestígio e esta prática, que era vista como recompensa aos mais valentes, foi violentamente combatida pelo Padre Francisco de Chagas Lima, que conviveu no início do século XIX, entre os Kaingang de Guarapuava. “A poligamia foi a grande dificuldade da catequese, pois os caingangues possuíam de 4 a 6 mulheres” (MARCONDES, 1998, p. 39).

No início do século XX, grandes extensões de terras, antes habitadas pelos índios, foram rapidamente sendo invadidas e ocupadas por plantações de café, impulsionadas pelas vendas desse produto ao exterior. Esta lavoura, que inicialmente ocupava áreas próximas ao Rio de Janeiro, foi ampliada e, no início do século XX, alcançou as matas do vale do Tietê e Paranapanema e a região onde localiza hoje o Estado do Paraná. Ribeiro, (1996, p. 121), relata que

Nelas habitavam índios conhecidos como coroados que, segundo parece, não despertaram o interesse pelos bandeirantes como mão de obra escrava; talvez por serem mais aguerridos e pouco numerosos em relação aos grandes estoques humanos mais dóceis que existiam no oeste ou talvez porque, como gente de língua travada e que só conhecia uma agricultura muito primitiva, não dessem escravos de qualidade.

Os Kaingang, apesar de todas as políticas etnocidas que lhes foram impostas, continuam preservando-se como sociedades diferenciadas no modo de viver, ser e organizarem-se. Vivem em terras degradadas, mas continuam fazendo roças coletivas e familiares, que não produzem o suficiente para atender suas necessidades básicas de sobrevivência. Para complementar a renda familiar, os Kaingang trabalham em serviços temporários, como bóias-frias, e dependem das políticas assistenciais dos órgãos públicos, municipal, estadual e federal. Verificam-se, nas comunidades, altas taxas de subnutrição, mortalidade infantil e alcoolismo. Conforme Tommasino (2004, p. 190)

Os Kaingang detêm hoje apenas 10% das terras que o governo imperial lhes tinha delimitado (foram expropriadas em 90% de suas terras entre 1945 – decreto lei que expropriou as áreas indígenas de São Jerônimo da Serra – e de 1949 que expropriou as terras indígenas de Apucarana e Queimadas), a situação hoje enfrentada é de escassez para sua reprodução social.

Os Kaingang possuem muitas especificidades, desconhecidas da população em geral. Atualmente conhecidos Kanhgág (Kaingang), denominação atribuída a Telêmaco Borba que afirma ser o primeiro a nominá-los de Kaingang em 1882. Esta afirmação contida em vasta literatura acadêmica é contestada por (Mota, 2004) que, após revisar a literatura histórica e antropológica, mostra que esta expressão já era usada desde o início do século XIX. São conhecidos também como Botocudos, Guaianás, Bugres, Gualachos e Chiquis. Devido ao corte de cabelo em forma de coroa, ficaram conhecidos por Coroados, assim nominados por religiosos e agentes da sociedade com os quais tinham contato.

Em relação a religião ancestral dos Kaingang, pode-se dizer que esta foi ressignificada. O *Kiki* (culto aos mortos) era a principal manifestação religiosa desta etnia. Tommasino (2000), registrou através de áudio e fotografia o ritual dos mortos realizado pelos Kaingang na cidade de Xapecó, Estado de Santa Catarina. No Estado do Paraná, não praticam mais o tradicional ritual religioso: Faustino, (2006, p. 168), afirma que:

São vários os fatores relacionados ao contato que levaram os grupos Kaingang do Paraná a abandonarem seu tradicional ritual religioso – momento em que as metades Kamé e Kairu faziam as pinturas corporais que os identificava –, os principais entre eles foi o processo de aldeamento que desestruturou as tradicionais formas de vida. Houve também a perseguição aos rezadores por parte dos diretores dos aldeamentos. Porém o ki ki resistiu até os anos de 1950 quando a entrada nas áreas de missões religiosas contribuiu para seu abandono.

Os Kaingang possuíam casas coletivas, medindo aproximadamente cinco metros de altura por cinco de largura e vinte de comprimento onde residiam até oitenta pessoas. Telêmaco Borba, que viveu entre os Kaingang no século XIX, relatou as seguintes observações sobre a habitação deste povo.

Não tem habitação permanente; geralmente se mudam todos os annos, à proporção que vão rareando os meios naturaes de sua subsistência. Quando encontram local abundante em caça e mel, constroem grandes ranchos, de 25 a 30 metros de extensão, cobertos e cercados com folhas de palmeira, sem nenhuma divisão interna, com uma pequena abertura em cada extremidade, servindo de porta por onde só pode passar abaixada uma pessoa; no centro desses ranchos accendem os fogos para cada família; dormem sobre cascas de árvores extendidas no solo, com os pés para o lado do fogo indistinctamente homens, mulheres e creanças. Nunca varrem seus ranchos; quando ficam muito sujos e cheios de pulga, os queimam e constroem outros. (BORBA, 1908, pp. 8-9)



DESENHO 1. Desenho de 1774 – moradia Kaingang nos campos de Guarapuava.
Fonte: Mota (2002, p. 99)

Os Kaingang, após anos de contato e subordinados aos órgãos oficiais, mudaram suas moradias (*in*), feitas de lascas de árvores cobertas de sapé com espaço para abrigar de 8 a 10 pessoas aproximadamente.



PINTURA 1. Casa tradicional Kaingang – óleo sobre tela – Dra Mara Glacenir Lemes de Medeiros

As vilas projetadas pelos órgãos oficiais, com casa de alvenaria e chão de cimento, não levaram em consideração os costumes tradicionais. Os índios Kaingang, principalmente os adultos, conservam hábitos centenários como aquecer-se em volta do fogo.

Atualmente, como moram em casas de alvenaria, o fogo no chão é incompatível com o tipo de construção, pois a fumaça fica acumulada dentro da casa, tornando o ar irrespirável. Por isso, é comum encontrar-se, nas comunidades indígenas Kaingang, ao lado da casa de alvenaria, fogo aceso em um fogão improvisado usado para tingir a taquara do artesanato e aquecer a água do chimarrão. Os indígenas permanecem grande parte do tempo ao seu redor.



FOTO 1. Casas construídas nas Terras Indígenas pela Companhia de Habitação do Estado do Paraná
Foto: Lúcia Gouvêa Buratto – maio/2009

Muitos Kaingang que não possuem o rancho próximo a sua casa fazem o fogo sobre o chão de cimento, mantendo o hábito de dormir sobre esteiras com os pés voltados para o fogo.



FOTO 2. Índio Kaingang dormindo ao lado do fogo
Foto: Lúcia Gouvêa Buratto – maio de 2009

Marcondes (1998) relata que, quando os índios Kaingang viajavam ou saíam para guerrear, alguém ficava para conservar o fogo aceso. A lenda descrita, a seguir, relata a importância que o fogo tem para o povo Kaingang

No início só havia o calor e a luz do sol e da lua. Porém, um dia, o índio Minarân conseguiu o fogo do raio e encarregou sua filha de conservá-lo aceso, egoisticamente guardando o segredo só para si. Mas o índio fiietó transformou-se numa gralha branca e se jogou nas águas do rio Gôio-Xopim, onde se banhava a filha de Miranân. Essa apanhou-o e o levou para junto do fogo para secar. Fiietó, disfarçado de gralha branca, roubou uma brasa quase apagada e levou-a no bico. No alto do pinheiro, com um galho de sapé, reacendeu o fogo da brasa e, voando com o galho aceso no bico, provocou um incêndio nas florestas que se transformaram nos campos de Palmas, Guarapuava e Ponta Grossa. Os índios de todas as partes levaram tições e jamais deixaram apagar o fogo (MARCONDES, 1998, p. 42)

O fogo continua sendo muito importante para os Kaingang, principalmente no inverno rigoroso de algumas regiões do Estado do Paraná, onde estão situadas diversas terras indígenas. As famílias que não têm o rancho do lado da casa, acendem o fogo no chão ao relento e ao seu redor conversam, tomam chimarrão, tingem as taquaras, tecem as cestarias e assam os pinhões. Esta pode ser uma das formas de conservar o hábito tradicional de ficarem ao redor do fogo que, nas suas antigas moradias, permanecia aceso dia e noite. Levi - Strauss (1996, p. 144) relata que:

De sua experiência efêmera de civilização, os indígenas só conservaram as roupas brasileiras, o machado, a faca e a agulha de costura. Quanto ao resto foi um fracasso. Haviam lhes construído casas e eles viviam do lado de fora. Esforçaram-se para fixá-los nas aldeias e eles permaneceram nômades. As camas, quebraram-nas para fazer lenha e dormiam diretamente no chão.

Para o povo Kaingang, existe uma íntima relação entre o homem e a natureza que pode ser verificada, desde o mito de sua origem que explica que os Kaingang saíram da terra após uma explosão que aconteceu muito antes do dilúvio inundar a terra. “A explicação mítica sobre a origem dos Kaingang permeia toda a cultura desse povo e constitui-se como o princípio estruturante de todas as esferas de vida em sociedade” (TOMMASINO, 2004, p. 152).

A luta e a resistência são características marcantes deste povo que, desde o século XIII, tem enfrentado todas as formas de adversidades impostas pelos colonizadores. As guerras etnocidas contra os Kaingang e os conflitos foram constantes, mas não conseguiram destruir sua cultura, sua língua e diversos costumes que permanecem vivos, diferenciados da cultura nacional e podem ser verificados nos dias atuais.

2.2 O KAINGANG E SUA RELAÇÃO COM AS DOENÇAS E A DEFICIÊNCIA

Tradicionalmente, guerreiros Kaingang, hábito que é conservado até os dias atuais, de acordo com o relato abaixo, sacrificavam idosos e crianças deficientes que poderiam por em risco suas expedições de guerra. Marcondes cita o relato do Padre Francisco das Chagas Lima, que afirma: “se algum velho ou velha chegasse a ser decrépito, que os estorve nas suas digressões, elles os matam, com pretexto de compaixão, e por motivos análogos fazem igualmente às crianças que nascem defeituosas” (MARCONDES, 1998, p. 42).

Baseando-se na pesquisa de Mabilde, (1983), Tomasino revela que existem informações sobre costumes hoje abandonados como a eutanásia praticada com adultos e velhos do sexo masculino. “Quando percebiam que o doente não tinha mais condições de sarar, era praticada a eutanásia quebrando a parte superior do crânio do doente. As mulheres, nas mesmas condições, não sofriam eutanásia” (TOMMASINO, 2004, p. 154).

Com as mudanças nas formas tradicionais de vida, essas atitudes foram sendo modificadas. Em nossas observações, os “*Kuiãs*⁴ *rezadores e benzedores*” por conhecimentos ancestrais são respeitados. Entretanto, com o contato e com a introdução das unidades de saúde nas Terras Indígenas, o atendimento pela medicina ocidental tem prevalecido. Faustino, esclarece que:

Nas pesquisas realizadas por professores bilíngues em suas comunidades, a maior parte dos atuais *Kuiã* (religioso, rezador e curador Kaingang) afirma que seu trabalho de rezas e curas tem sido prejudicado principalmente pela presença das igrejas e dos remédios dos brancos, e também pelo desmatamento que destruiu as florestas, as ervas medicinais e poluiu os rios. (FAUSTINO, 2006, p. 168)

Em relação aos deficientes, mesmo com o precário atendimento de saúde e educação, continuam sobrevivendo juntamente com seus familiares. Exemplo disso pode ser verificado na Terra Indígena Ivaí, a presença de uma pessoa cega desde a infância, com quase meio século de vida que, embora nunca tenha recebido atendimento educacional, conta com os cuidados de seus pais. Observa-se também nesta Terra Indígena que as pessoas com deficiência, pelas condições adversas que enfrentam juntamente com seus familiares, ficam mais vulneráveis às doenças e conseqüentemente à morte.

As doenças entre os Kaingang deficientes ou não, são atribuídas ao contato interétnico, e também ao fato de ficarem aglomerados “em vilas” e, principalmente pela mudança forçada nos hábitos alimentares dos indígenas. O problema da alimentação consumida atualmente ficou evidenciado, na fala de uma índia Kaingang, entrevistada pelos professores participantes da pesquisa em questão, que fez a seguinte declaração: *Fico triste em ver os jovens e crianças e até os adultos indígenas, deixando de lado nossas comidas retiradas do mato, para comer comida produzida com veneno, que faz nossas crianças nascerem fracas e doentes.* (tradução participante 8)

Rocha (2005, p. 87) realizou um estudo etnográfico com os Kaingang da Terra Indígena Kondá, no Estado de Santa Catarina, e investigou o processo de adoecer e curar entre os Kaingang. A autora afirma que:

⁴ “Os *Kuiã* são aqueles que se dedicam ao seu *Yangré*⁴ e, com a ajuda deste, tornam-se “curador” que fazem as curas espirituais” (TOMMASINO, 2004, p. 155).

para os Kaingang, mesmo havendo consenso de que algumas doenças já existiam no *wāxi* (tempo passado), as doenças que mais lhes causam estranhamento (câncer e AIDS) são relativamente recentes e consequência do contato com a sociedade envolvente. Apesar das categorias ‘dor’ e ‘doença’ serem expressão do mesmo termo – *kaga* os Kaingang sabem identificar se a pessoa está “realmente doente” ou simplesmente com dor. Tal diferença semântica se expressa na sintaxe da frase, pois para explicitar a sensação de dor, os Kaingang indicam o lugar que dói, por exemplo, *krî kaga* – dor de cabeça e *nug kaga* – dor de barriga.

Para os Kaingang, a doença também pode ser provocada por feitiço (*kanê mág*), realizado para se obter o que se deseja ou para vingar-se de alguém. Em todos os casos, somente o Kuiã, com a ajuda do seu *Yangré*⁵, pode livrar a pessoa de doenças ocasionadas pelo feitiço. “A categoria *kanê mág*, sendo uma expressão da idéia de feitiço, demonstra que, assim como a harmonia é essencial para o desenrolar da vida social, também os conflitos e a ruptura de vínculos fazem parte das dinâmicas da sociabilidade Kaingang” (ROCHA, 2005, p. 106).

Outro elemento que pode influenciar na vida do Kaingang é o nome recebido. Os indígenas costumam dar um nome em Português seguido de um nome em Kaingang. “Quando um bebê nasce muito fraco, e, ao reconhecer que ele não vai sobreviver, o *Kuiã*, xamã, curador, poderá recomendar a mudança de seu nome para que se fortaleça” (TOMMASINO, 2004, p. 153).

Funcionários da FUNAI, em uma das Terras Indígenas pesquisadas revelaram que tentam convencer os Kaingang que, uma vez registrada, a criança não pode ter seu nome trocado. Essa regra aplicada aos Kaingang gera uma série de descontentamento nas famílias indígenas.

Para evitar e curar doenças, os Kaingang usam a água de uma “mina santa”. Assim como o fogo, a água é um elemento fundamental na vida dos Kaingang. Na Terra Indígena Ivaí, existem duas minas consideradas santas. De acordo com Dona Maria (entrevistada pelos participantes da pesquisa), as minas foram visitadas pelo monge João Maria que bebeu de sua água e ela tornou-se sagrada. Na versão de Dona Maria, o monge cuidava dos doentes com ervas medicinais e principalmente com a água da fonte. A água da fonte continua sendo usada e recomendada mesmo depois de pesquisas científicas ter mostrado seu alto grau de contaminação (MOTA, 2003).

⁵ Yangré é o espírito de um animal selvagem que todos os humanos têm como guia (...) Um caçador, por exemplo, jamais vai caçar o seu Yangré ou ingerir sua carne porque este é seu parente. Nessa concepção, a pessoa Kaingang adquire as qualidades do Yangré. Há Yangré “bons” e ruins, “pacíficos” e “agressivos”, “bravos” e “mansos”. Isto quer dizer que o Yangré é constitutivo da pessoa, pois esta adquire suas qualidades.

A entrevista concedida pela Kuiã da Terra Indígena Faxinal no município de Cândido de Abreu, confirma a crença nos poderes da água proveniente da “mina santa” localizada dentro dessa terra indígena. De acordo com Senhorinha Pinheiro, (este é o nome da Kuiã) “ *João de Maria fez muita oração lá, falou com Deus e ele atendeu e aquela água ficou como remédio que alivia as dores de todo o corpo, levam até os animais doentes pra se banhar na água da fonte. Aquela água é benta não pode ser usada para cozinhar. Na quarta e na sexta feira são os dias que mais vão lá, acreditamos que nesses dias o poder curativo da água é maior. Banham os nenês para que não adoeçam e durmam bem. Na quaresma, os capelões vão a fonte fazer suas orações. Durante o tempo do surto da gripe suína, muitos iam a fonte banhar-se e tomar da água para evitar o contágio. Muitos indígenas tiveram gripe muito forte mas nenhum caso de gripe suína. O barro da fonte também é usado para passar nas dores nos músculos e juntas*”.



FOTO 3. Mina Santa – Terra Indígena Ivaí.
Foto Luiz Alfonso Buratto

Nossa observação, nas Terras Indígenas da Bacia Hidrográfica do Ivaí, evidencia que os Kaingang buscam a cura através da medicina alopática, cujo tratamento é considerado “*mais rápido para curar algumas enfermidades*”, porém, aliam os conhecimentos médicos com os conhecimentos dos Kuiãs e, ainda buscam a cura para seus males usando várias plantas consideradas ervas medicinais.

2.3 A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE OS KAINGANG

Estudiosos das mais diversas áreas de atuação, têm se dedicado ao estudo desta população e, atualmente, pode-se contar com uma vasta produção acadêmica sobre História, Etnologia, Linguística, e Arqueologia, Políticas Públicas produzidas sobre o povo Kaingang. Francisco Noeli Silva e colaboradores reuniram em edição publicada pela EDUEL em 1988, uma coletânea com 1126 (mil cento e vinte seis) obras referentes ao povo Kaingang. Após a publicação da edição acima citada, outras pesquisas sobre o povo Kaingang, tais como: diagnósticos, monografias, dissertações e teses foram publicadas nas duas últimas décadas.

No que se refere à doença e deficiência entre os Kaingang, as pesquisas ainda são incipientes. Pode-se destacar, na área da Educação Especial, a Dissertação de Mestrado em educação de Marisa Fátima Padilha Giroletti, intitulada: *Cultura surda e educação escolar Kaingang*, realizada na Universidade Federal de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis no de 2008. A pesquisa foi realizada na Escola Indígena de Educação Básica Caciue Vanhkre, situada na Aldeia Sede, município de Ipuçu, oeste de Santa Catarina e teve como objetivo principal o registro baseado nos sinais Kaingang desenvolvidos na comunicação dos surdos na escola, em casa e na comunidade.

Em relação à doença entre os Kaingang, a Dissertação de Mestrado da pesquisadora Cinthia Creatini da Rocha, intitulada: *Adoecer e Curar: processos da sociabilidade Kaingang*, realizada no Departamento de Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, apresenta um estudo etnográfico realizado na Terra Indígena Aldeia Kondá no Estado de Santa Catarina. De acordo com a pesquisadora:

a doença deve ser vista como uma experiência, não apenas física, mas também psicológica, social e cultural. Algumas das principais doenças mencionadas pelos Kaingang fazem referência a ruptura de vínculos sociais, que além de afligirem o corpo, também afligem o espírito. É por isso que, para o grupo, a cura do corpo e do espírito está intimamente relacionada com os vínculos sociais. Aqui, a doença é entendida como algo relacional, isto é, como algo que acontece diante de um contexto de alteridade, normalmente associado ao contato, à feitiçaria, à infração de comportamentos socialmente desejáveis e à ruptura de vínculos sociais. Seguindo tal lógica, o ato de curar implica em restabelecer as desordens que causaram o mal-estar: retomar um comportamento social considerado ideal ou reatar vínculos sociais que são importantes para o grupo (ROCHA, 2005, p. 120)

Em relação ao alcoolismo, Oliveira (2004), realizou pesquisa entre os Kaingang da Terra Indígena Apucarana, município de Tamarana, e publicou o trabalho:

*Alcoolismo entre os Kaingang: do sagrado ao lúdico à dependência*⁶, destaca a mudança no perfil sócio-cultural e epidemiológico e o impacto do consumo da bebida alcoólica na saúde e na sociedade indígenas. A autora destaca que:

Ações preventivas se fazem necessárias para o controle e a cura do alcoolismo, com o envolvimento de profissionais de diversas áreas, na tentativa de buscar uma saída para este problema, mediante uma metodologia capaz de obter resultados significativos. A educação neste caso é fundamental, pois é através de uma escola com ações preventivas que poderemos evitar que crianças se tornem alcoolistas. (OLIVEIRA, 2004, p. 348)

A Terra Indígena Ivaí onde foi realizado o trabalho de formação de professores para prevenção de deficiências, e a Terra Indígena Faxinal, ambas jurisdicionadas ao Núcleo Regional de Educação de Ivaiporã – PR, foram alvo de intervenções pedagógicas, em Educação para a Saúde, em decorrência dos resultados de pesquisas na área de saúde e meio ambiente, realizadas nos anos de 2004 a 2007, por pesquisadores do Programa Interdisciplinar de Estudos de Populações, Laboratório de Arqueologia, Etnologia e Etno-História da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Além da divulgação de informações provenientes dos diagnósticos, elaboração de material didático, desenvolveram-se, também, ações coletivas para o controle de doenças parasitárias existentes entre estas populações, visando à melhoria das condições ambientais e de saúde das áreas.

A seguir, na segunda seção, será apresentada uma breve retrospectiva sobre a legislação e o atendimento dispensado às pessoas em situação de deficiência, bem como, as mudanças na legislação que vêm ocorrendo nas últimas décadas referentes a alguns aspectos relacionados aos povos indígenas.

⁶ O referido trabalho está publicado no livro *Novas contribuições aos estudos interdisciplinares entre os Kaingang*, organizado pelos pesquisadores Kimiye Tommasino, Lúcio Tadeu Mota e Francisco Silva Noeli, Publicado pela EDUEL. 2004

SEÇÃO II

3 A LEGISLAÇÃO E O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Percorrendo a trajetória dos deficientes na história da humanidade, percebe-se que a vida destas pessoas foi marcada pela exclusão, pois viveram à margem do convívio social, foram segregados, silenciados e, muitas vezes, não tinham sequer o direito a própria vida. É possível inferir que, na maioria dos contextos, as pessoas não abandonavam ou matavam os deficientes porque eram más ou perversas e sim pelas condições de vida que não permitiam que as pessoas fossem dependentes física e intelectualmente do outro.

A permissão para matar é encontrada inclusive nos textos considerados sagrados por muitos povos. A Lei das Doze Tábuas, 450 a.C., na Quarta Tábua, permitia ao pai matar o filho que nascesse disforme. A deficiência, conforme explicitado em Levíticos (21: 21-24), também era vista como castigo divino, o que impedia que os deformados tivessem acesso à direção dos serviços religiosos.

Homem algum da linhagem de Aarão, o sacerdote, que for deformado, oferecerá os sacrifícios consumidos pelo fogo, Sendo vítima de uma deformidade, não poderá apresentar-se para oferecer o pão de seu Deus (...). Não se aproximará, porém, do véu nem do altar, porque é deformado. Não profanará meus santuários, porque eu sou o senhor que os santifico. Tais foram as palavras de Moisés a Aarão e a seus filhos, bem como a todos os israelitas. (BÍBLIA, 1999, p. 165).

Somente no século IX, o infanticídio foi definitivamente condenado e as mulheres, mães de crianças com deficiência, foram encorajadas a poupar a vida desses pequeninos e deixá-los nas portas das igrejas. Dessa forma, as pessoas com deficiências, que antes eram mortas, passaram a ser abandonadas (CNBB, 2006, p. 28).

Um longo caminho foi percorrido sem que as pessoas com deficiência tivessem o direito a uma vida digna e à igualdade de oportunidade fosse um direito garantido na legislação.

Blanck (2006, pp. 1861-1865), afirma que, “nos Estados Unidos, a primeira definição legal de “deficiência” foi decorrente do grande número de soldados que voltaram feridos da Guerra Civil”. Neste sentido, foram concedidas pensões especiais para os mutilados pela guerra. Entretanto, somente um século depois, um grupo maior de pessoas, entre eles, pobres e deficientes, passaram a receber apoio da Previdência Social. Conforme o autor:

Somente poucos anos depois, na década de 70, os portadores de deficiência começaram a ser vistos como uma minoria na sociedade – um grupo cujos direitos civis deveriam ser protegidos da mesma maneira que os de outras minorias que pediam condições de igualdade. Esse modelo de direitos propiciou uma nova base teórica para considerar uma estrutura fundamentada na inclusão, capacitação e independência econômica das pessoas com deficiência. Os idealizadores dessa nova visão logo perceberam que deveria haver leis que tratassem dos direitos e preocupações desse grupo. Esse novo modelo promoveu a aprovação de leis que garantiram o acesso ao voto, a viagens aéreas e à independência na educação e na habitação, culminando com a Lei dos Americanos Portadores de Deficiência (ADA). A ADA foi um reflexo das mudanças de atitude e, ao mesmo tempo, ajudou a promovê-las, na medida em que se tornou referência legal nas discussões de assuntos e casos relacionados (BLANCK, 2006, p. 5)

A História da Educação no Brasil revela a dificuldade de se implementar e efetivar políticas de Educação Especial, que atendam ao conjunto de necessidades dos cidadãos e que reconheçam e valorizem a diversidade. “A educação das crianças deficientes surgiu institucionalmente, mas de maneira tímida, no conjunto das concretizações possíveis das idéias liberais que tiveram divulgação no Brasil, fim do século XVIII e começo do XIX” (JANNUZZI, 2004, p. 6).

A educação para as classes populares e para as pessoas com necessidades especiais, não foi um presente dado pela elite dominante, foi o resultado da organização e luta da sociedade e só concedida na medida em que favorecia esta própria elite. Jannuzzi (2004, p. 53) relata que:

A defesa da educação dos anormais foi feita em função da economia dos cofres públicos e dos bolsos dos particulares, pois assim se evitariam manicômios, asilos e penitenciárias, tendo em vista que essas pessoas seriam incorporadas ao trabalho. Também isso se redundaria em benefício dos normais, já que o desenvolvimento de métodos e processos com os menos favorecidos agilizaria a educação daqueles cuja natureza não se tratava de corrigir, mas de encaminhar .

O atendimento ao deficiente, que no princípio dependia somente daqueles que queriam ajudar seus semelhantes, aos poucos, foi sendo assumida pelo poder público no final do século XIX. No início do século XX, recebeu forte influência da medicina e, posteriormente, da psicologia. Nos meados do século XX, para atender essa população, surge a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE onde atuam simultaneamente profissionais da saúde e educação.

Com as organizações da sociedade civil, observam-se grandes avanços nas últimas décadas principalmente no que se refere à legislação, nacional e internacional. A Declaração Universal dos Direitos Humanos aprovada pela ONU, em 1948, garante que “todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos” (artigo 1º) Afirma também que “toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e segurança pessoal” (artigo 3º) declara

também que “Todos são iguais perante a lei e, sem distinção, têm direito a igual protecção da lei. Todos têm direito à protecção igual contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação”. (artigo 7º). Disponível em www.unhcr.ch/udhr/lang/por.htm. (Acesso em 26 /11/ 2008).

Atualmente a Educação Especial brasileira tem à sua disposição uma ampla legislação sistematizada em documentos nacionais e internacionais que repudiam toda e qualquer forma de exclusão da pessoa com necessidade especial, independente de gênero, idade, classe social e etnia. Machado, (1996, pp. 58-59) evidencia que:

Todo mundo deve ter direitos iguais, as pessoas devem ser iguais *perante a lei*. Mas isso em momento algum deve significar que elas tenham de *ser iguais*. Porque, simplesmente, não são e não serão nunca. A igualdade tem que se dar na esfera do convívio social. No mundo do direito, na legislação que garanta justiça em todos os níveis [...] Toda vez que a igualdade não respeita a diversidade, se torna injusta e tirânica. Inimiga da democracia.

A Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) garante no artigo 203, para os deficientes e idosos que não possuem meios para a própria manutenção um salário mínimo. Além da Constituição de 1988, temos Declaração de Salamanca de 1994, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, 1996, Convenção da Guatemala, de 1999, Plano Nacional de Educação, de 2001 e muitas outras Leis, Decretos, Portarias, Resoluções, Pareceres que dispõem sobre o apoio, saúde, trabalho, educação e inclusão das pessoas com deficiência. De acordo com a Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” Disponível em www.bengalalegal.com/convenção (Acesso em 05/02/09).

O Brasil tem como maior característica a diversidade cultural e as políticas públicas para populações indígenas devem ser repensadas, pois toda legislação existente não garantiu na prática o reconhecimento da diversidade étnica e a aceitação das diferenças individuais. Bianchetti (2004, p. 117) explica que:

Somos um país portador de necessidades especiais. Fomos colônia de diversos impérios e em muitos aspectos continuamos a ser. Essa herança secular continua presente e operacional, manifestando-se nas relações entre o Brasil e outros países e blocos, bem como nas relações intra, isto é nas relações entre pessoas e grupos no interior do próprio país.

A maioria da população, inclusive muitos dos responsáveis pela educação, desconhece que o Brasil tem mais de duzentas etnias indígenas, e seus territórios estão

localizados por todo o país, e são muito diferentes na maneira de pensar, de viver e de organizar-se social, econômica e politicamente.

A partir de 19 de abril de 2004, com Decreto nº 5051 a Convenção 169, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre Povos Indígenas, deve ser inteiramente executada e cumprida no Brasil. De acordo com o artigo 8º.

Esses povos deverão ter o direito de conservar seus costumes e instituições próprias, desde que eles não sejam incompatíveis com os direitos fundamentais definidos pelo sistema jurídico nacional nem com os direitos humanos internacionalmente reconhecidos. Sempre que for necessário, deverão ser estabelecidos procedimentos para se solucionar os conflitos que possam surgir na aplicação deste princípio. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> (Acesso em 14/09/08)

A população brasileira em geral fica surpresa ao encontrar o índio tão diferente daquele “folclorizado” apresentado nos livros didáticos ou em saber por exemplo que no Sul do Brasil existem várias Terras Indígenas.

Dependendo do lugar de onde fala o interlocutor, podemos observar diferentes olhares sobre a multiplicidade de características existentes entre as populações indígenas. Ora percebemos preconceito no que se refere às diferentes maneiras de ser, viver e organizar dos indígenas, ora estereótipos que foram construídos, devido ao desconhecimento sobre estas populações.

Uma análise mais detalhada sobre o que grande parte da sociedade brasileira pensa em relação às populações indígenas vai revelar muitos preconceitos e evidenciar uma série de conceitos equivocados, muitos deles aprendidos na escola através dos livros didáticos que, com raras exceções, mostram os indígenas exclusivamente no passado.

O vídeo de autoria do Ministério da Educação, intitulado *Índios no Brasil – Quem são Eles?* disponível para download www.dominiopublico.gov.br, mostra o que o brasileiro pensa e sabe sobre os índios no Brasil e, revela os mais diversos tipos de preconceito em relação aos povos indígenas, tais como: “o índio é preguiçoso” “o índio está em processo de extinção”, “o índio deixou de ser índio”. Idéias, como estas, que povoam o imaginário de muitos brasileiros, preocupam estudiosos que têm discutido esta questão, fazendo um contraponto com estes conceitos.⁷

O livro didático, de forma geral, ao apresentar basicamente as informações eurocêntricas descritas por cronistas missionários viajantes, nos primeiros séculos da colonização, aliado à forte influência exercida pelos meios de comunicação, contribui de maneira excessiva para perpetuar imagens estereotipadas sobre os indígenas, na atualidade.

⁷ Para saber mais sobre este assunto, ver : MOTA, Lúcio Tadeu. Populações indígenas no Brasil: histórias, culturas e relações interculturais/ Lúcio Tadeu Mota/ Valéria Soares de Assis. Maringá: . EDUEM, 2008.

Muitas de nossas crianças e adolescentes não têm oportunidade de aprofundar os conhecimentos adquiridos e as informações recebidas na escola por meio do livro didático e estas permanecem como verdade. O desconhecimento da história e das especificidades das populações indígenas deve-se em parte ao fato destas sociedades serem ignoradas pela história oficial e também por não serem tratadas com a devida importância nas escolas brasileiras.

No contexto do reconhecimento da diversidade, foi aprovada a Lei nº 11.645, de 10 de março de 2008 alterando a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que já havia sido modificada pela Lei nº 10.639, de 9 de janeiro de 2003, na qual foi incluído no currículo oficial da rede de ensino a obrigatoriedade da temática História e Cultura Afro-Brasileira.

Com a alteração realizada pela Lei 11.645/08. a atual LDBEN (Lei nº 9394/96), no artigo 26 torna obrigatório, também, o estudo da História e Cultura dos Povos Indígenas. Entretanto, sabemos que não basta somente cumprir a Lei, faz-se necessário criar disciplinas nas graduações e ofertar cursos sobre as questões indígenas para que os professores formados possam oferecer às crianças jovens e adultos, conteúdos atualizados, contextualizados e principalmente, mais respeitosos em relação às diferenças culturais.

Os indígenas são cidadãos brasileiros, desde a Constituição de 1988, portanto, estão amparados também pela legislação geral como o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei federal nº 8.069 de 1990, que garante em seu artigo 3º

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 1990, p. 08)

Contudo, estes direitos são negligenciados em relação aos povos indígenas e o Estatuto da Criança e do Adolescente é mais uma lei entre muitas que precisa de ações e articulações para se efetivar na prática. “Se a lei não pode ser confundida com uma descrição da realidade, a realidade, por seu lado, não pode eludir a existência da lei, que a inflete. Mas lei é, em si mesma, uma forma de realidade: a maneira como parcelas de uma classe dominante representam-se a si mesma a ordem social” (CUNHA, 1992, p. 2).

O Decreto 5296 de 02 de dezembro de 2004 publicado no Diário Oficial da União no dia 03/12/04, capítulo II, garante no artigo 5º, atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, em todos os órgãos da administração

pública direta, indireta e nas empresas prestadoras de serviços públicos e nas instituições financeiras.

A Resolução nº 4 de 02 de outubro de 2009, publicada no Diário Oficial da União em 05 de outubro de 2009, instituiu as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial.

Art. 1º Para a implementação do Decreto Nº 6.571/2008, os sistemas de ensino devem matricular os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas classes comuns do ensino regular e no Atendimento Educacional Especializado (AEE), ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de Atendimento Educacional Especializado da rede pública ou de instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos. Disponível em: www.portal.mec.gov.br Acesso em 28/12/2009.

O público-alvo do Atendimento Educacional Especializado está definido no artigo 4º da Diretriz que assim refere-se:

I - Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial.

II - Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

III - Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade. Disponível em: www.portal.mec.gov.br Acesso em 28/12/2009

Acredita-se que a garantia destes direitos passa pela formação continuada de educadores e profissionais capazes de disponibilizar informações e conhecimentos para que toda a sociedade possa agir, mobilizar, reivindicar e lutar para garantir sua aplicação.

Além da legislação nacional, os povos indígenas contam, também, com vários instrumentos internacionais referentes aos seus direitos. A Convenção 107, ou Convenção sobre a Proteção e Integração das populações Aborígenes e outras Populações Tribais e Semi-Tribais nos Países Independentes, adotada em 1957, pela Organização Internacional do Trabalho, foi o primeiro instrumento internacional a reconhecer os direitos dos povos indígenas. Acatada no Brasil, em 1966, sugeria uma educação escolar indígena semelhante à educação nacional.

Com as mudanças na política internacional sobre o tratamento da diversidade cultural, esta convenção, por seu viés integracionista e por entender que as decisões referentes ao “desenvolvimento” dos povos indígenas pertenciam aos governantes e não às comunidades indígenas, foi revisada no final dos anos 80, dando origem à Convenção nº. 169, proclamada

em 1989, com o nome *Convenção sobre os Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes*.

Essa nova Convenção adotou os seguintes posicionamentos: reconhece que cabe aos povos indígenas decidir quais são suas prioridades em matéria de desenvolvimento, concedendo-lhes o direito de participarem dos planos e programas de governo que lhes dizem respeito. Com relação à educação, prevê a participação das comunidades indígenas na formulação e na execução de programas educacionais, bem como a criação de suas próprias instituições e meios de educação e o direito de alfabetizar suas crianças na língua materna e na língua oficial do país a que pertencem.

Dessa forma, os dirigentes e gestores de programas governamentais devem estabelecer e manter diálogos constantes com os Povos Indígenas e seus representantes, assumindo o compromisso sobre a formulação, implantação, desenvolvimento e avaliação das políticas públicas junto às comunidades indígenas.

O documento, Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, aprovado em abril de 2008, elaborado por especialistas brasileiros em Educação Especial, nomeados pela Portaria Ministerial nº 555 de 5 de junho de 2007, vem ao encontro da política nacional e internacional de inclusão para todos independente da etnia a que pertence:

A interface da educação especial na educação indígena, do campo e quilombola deve assegurar que os recursos, serviços e atendimento educacional especializado estejam presentes nos projetos pedagógicos construídos com base nas diferenças socioculturais desses grupos. (BRASIL, 2008, p. 160).

De acordo com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência adotada pela ONU em 13 de dezembro de 2006, “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” Disponível em: www.bengalalegal.com/convenção (Acesso 05/02/09).

Esta Convenção foi ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro em 09/07/2008 pelo decreto legislativo nº 186/2008 que determina que, a partir desta, data todos os seus artigos devem ser cumpridos imediatamente. O texto da Convenção salienta também sua preocupação com as pessoas que para além da deficiência “estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade,

nascimento, idade ou outra condição” Disponível em: www.bengalalegal.com/convenção (Acesso em 05/02/09)

Desde a Constituição Brasileira de 1988, (BRASIL, 1988) a Educação Especial não deve mais substituir o Ensino comum, mas é legítimo, como complemento e deve perpassar todos os níveis de ensino, isto é, desde a Educação Infantil até o Ensino Superior. Neste sentido, em 2004, foi publicado pela Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, o referencial intitulado: *O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede Regular*. O documento em questão afirma que:

o acesso à educação, em qualquer nível, é um direito humano inquestionável. Assim, todas as pessoas com deficiências têm direito de frequentar a educação escolar em qualquer um dos seus níveis. Mas é importante destacar que o ensino fundamental é a única etapa obrigatória pela Constituição Federal e, por isso, não pode ser jamais substituído. (BRASIL, 2004, p. 13)

No que se refere à educação da população indígena com deficiências, tema muito pouco discutido no Brasil, a escola pode ser a principal precursora para que esta parcela da população possa ser atendida nessa especificidade. A deficiência é uma característica inerente aos seres humanos que, para se desenvolverem, dependem das experiências, possibilidades e oportunidades educacionais que lhes são disponibilizadas.

A educação para todos, preconizada pela legislação, continua sendo um grande desafio, não consegue diminuir a distância entre o que está garantido na legislação e as ações efetivamente postas em prática. Políticas públicas devem ser efetivadas no sentido de não excluir os deficientes pertencentes a essas sociedades que, há mais de 5 séculos, vêm sofrendo toda forma de exclusão.

Na próxima seção, será abordada a questão do alcoolismo, que passou a categoria de doença a partir da 8ª Conferência Mundial de Saúde em 1967, quando foi incorporado pela Organização Mundial da Saúde - OMS à Classificação Internacional das Doenças (CID-8). O alcoolismo, além de causar deficiências, é considerado o principal problema de saúde entre as populações indígenas.

SEÇÃO III

4 ALCOOLISMO E DEFICIÊNCIAS: O CASO DOS INDÍGENAS

A produção e a ingestão de bebidas alcoólicas faz parte da realidade social dos mais diferentes povos, aparecendo inclusive na Bíblia, livro considerado sagrado por grande parte da população mundial. No livro da Gênese, capítulo 9 versículo 20, encontramos o seguinte relato “Noé, que era agricultor, plantou uma vinha, tendo bebido vinho embriagou-se e apareceu nu no meio de sua tenda” (BÍBLIA, 1999, p. 56).

Embora o uso do álcool determine comportamentos considerados inadequados e seja a causa de inúmeras doenças, em alguns casos conhecidas pelos usuários, sempre foi consumido em diversos contextos, inclusive religioso, em diferentes sociedades.

As bebidas alcoólicas têm como principal componente o etanol, podendo ter uma porcentagem maior ou menor da substância dependendo do produto, da origem da bebida, da forma pela qual foi produzida e das misturas que foram efetuadas. A sua reação no organismo e o estado de embriaguez vai depender de uma série de fatores como idade do indivíduo, peso e a tolerância para a substância. Para Masur, (1988, pp. 16-17)

O álcool é oxidado, ou seja, metabolizado no organismo numa velocidade em torno de 0, 2 g por quilo de peso por hora. Isto implica que o álcool contido em uma garrafa grande de cerveja (cerca de 20 g) vai levar perto de 90 minutos para ser metabolizado por uma pessoa de 70 quilos; a embriaguez ocorre quando a quantidade de álcool ingerida é consideravelmente maior que a velocidade da sua metabolização. Consequentemente, a fala fica pastosa, a coordenação motora começa a diminuir, as reações ficam retardadas, a visão e a audição sofrem um prejuízo progressivo de forma a interferir no desempenho da crítica, com consequente diminuição das inibições comportamentais.

Outros estudos revelam que entre as drogas que têm efeito no sistema nervoso central o álcool, a droga mais consumida, atingindo aproximadamente 90% da população, trazendo diversas consequências aos seus consumidores. De acordo com as Estatísticas da ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas) citada por Souza (2001, p. 32) “o alcoolismo é responsável por 75% dos acidentes de trânsito com mortes; 39% das ocorrências policiais, e constitui-se na 3ª causa de absenteísmo, respondendo por 40% das consultas psiquiátricas no Brasil”.

Com relação ao número de gestantes que consomem álcool, não existem dados oficiais, mas estima-se que seja um número elevado, sendo maior entre as grávidas de menor nível socioeconômico. Conforme Fontes (1994, p. 17) “em casos de alcoolismo

crônico incidente durante a prenhez, ocorre de 25% a 30% dos casos estudados, a Síndrome Alcoólica Fetal”.

Os malefícios que a ingestão de álcool provoca no ser humano em formação são conhecidos, desde a antiguidade como demonstra esta citação bíblica no livro dos Juízes 13:7 “Vós deveis conceber e parir filhos; e agora não bebei nenhum vinho ou bebida forte” (BÍBLIA, 1999, p. 291).

Atualmente é cada vez mais crescente o número de mulheres em idade fértil que passam a ser consumidoras de bebidas alcoólicas. As consequências deste consumo podem ser observadas nos altos índices de crianças que nascem com Síndrome Alcoólica Fetal - SAF. Lima (2007, p. 33) considera que:

O aspecto epidemiológico da SAF não tem sido alvo do destaque que merece na perspectiva da Saúde Pública. De acordo com vários autores, a incidência da SAF, seria bem maior do que a da Síndrome de Down (mongolismo 1 em cada 3500 nascidos vivos) e que a da paralisia cerebral (encefalopatia crônica da infância) de origem pré-natal (um a cada 1600 nascidos vivos).

O álcool é uma substância tóxica que atravessa a placenta e atinge o feto, via cordão umbilical. O feto recebe o álcool ingerido pela mãe diretamente pelo sangue, representando risco efetivo para o ser em formação. Conforme Fontes (1994, p. 17) “ingestão inadequada alimentar costuma acompanhar o quadro, sendo também comprometedor, responsável por danos cerebrais fetais”.

Segundo Lima (2007, p. 1) a Síndrome Alcoólica Fetal - SAF, pode variar conforme o período, a quantidade e a frequência da ingestão da bebida alcoólica pela gestante. Para o autor “pode se observar desde abortamento, morte fetal perinatal, retardamento mental grave, déficit cognitivo de atenção (com ou sem hiperatividade), distúrbios comportamentais, até dismorfias craniofaciais e malformações cardíacas, renal e de outros órgãos”.

Dependendo da quantidade e da frequência do consumo de bebidas alcoólicas pela grávida, podem acarretar malformações orgânicas diversas, como dismorfias faciais, microcefalia, atraso no desenvolvimento orgânico, baixa estatura e baixo peso ao nascer, deficiência mental, déficit de atenção, distúrbios de comportamento, entre outras. Fontes (1994, p. 17) explica que “os recém-nascidos filhos de mães alcoólatras, são suscetíveis a apresentar “hiperglicemia, síndrome das membranas hialinas e processos pneumônicos aspirativos; ademais poderão exibir, nos primeiros dias de vida, a síndrome de abstinência à referida droga”.

Deve-se observar que a Síndrome Alcoólica Fetal é uma condição clínica de incidência elevada e alta prevalência, porém subestimada. Segundo Calabrich (apud Fontes, 1994, p. 17) “doses pequenas de álcool, diárias, sob forma de Whisky (duas porções por dia) aumentam em até 15 vezes mais o aparecimento de deslocamento prematuro de placenta, fator de elevadíssimo risco neurológico conceptual”.

Dessa forma, faz-se necessário e urgente a realização de campanhas esclarecedoras, alertando para o perigo da ingestão de álcool durante a gravidez, destinadas ao público, principalmente ao feminino em idade fértil que deverá ser o alvo principal dessas informações. A outra forma com resultados mais efetivos seria educar para a prevenção. Para Lima (2007 p. 51):

os problemas relacionados ao uso e abuso do álcool, para além do alcoolismo crônico comum, não são alvos da atenção acadêmica convencional, apesar da OMS identificar o álcool como a terceira maior causa de morbidade e mortalidade geral na atualidade na grande maioria dos países, incluindo o Brasil.

4.1 O ALCOOLISMO ENTRE INDÍGENAS

O Brasil é um país pluriétnico, característica que pode ser observada em todas as regiões brasileiras. Esta heterogeneidade cultural também pode ser observada entre os mais de 200 povos indígenas que habitam o país nos quais verifica-se diferentes visões de mundo e situações diversas, inclusive em relação à bebida. “Cada grupo indígena tem sua forma de entendimento e de organização diante do mundo, que pode ser observado através dos diferentes modelos de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território” (GUIMARÃES e GRUBTIS, 2007, p. 45).

O consumo de bebidas alcoólicas entre diversos grupos indígenas é um hábito ancestral. Usado em ocasiões especiais, os efeitos embriagantes e as sensações produzidos pela ingestão do etanol eram considerados sagrados por diversos povos. Em relação aos Kaingang, a preparação da bebida fermentada e descrita por Borba (1908 pp. 14-15) que assim se refere:

Preparam duas qualidades de bebidas fermentadas, cujo fundo principal é o milho (nhára): a que é feita só de milho e agora chamam-na goiofá; a que é feita só de milho agora chamam - goiofá - quando a esta adicionam o mel de abelha chamam -na quiqy. Para preparar o goiofá, soccam o milho, depositam-o em grande quantidade de agoa morna, em grandes coches de madeira, collocados perto do fogo e todos os dias mexem-no; quando cessa a fermentação, está prompto e principiam a beber-o cantando e dançando a noite e de dia, até cahirem de bêbados e o goiofá acabar-se. Nestas ocasiões convidam seus visinhos que sempre

pressurosamente acorrem. O goiofá é de gosto azedo, amargo e desagradável ao paladar. O quiqy, como atrás dissemos, é o goiofá com adição de mel de abelhas silvestres, é menos desagradável porém mais embriagante.

Porém, após o contato com os colonizadores, intensificou entre os indígenas o consumo de outras bebidas e o hábito de ingerir bebida destilada ficou praticamente incontrolável, causando danos irreparáveis, tanto para o indivíduo, bem como a seus familiares e seu grupo social. Oliveira, (2004, p. 319) esclarece que:

Esses danos praticamente irreversíveis, tem alterado o perfil social cultural e epidemiológico de muitos grupos indígenas. A situação de miserabilidade apresentada dentro das aldeias tem colocado em risco a integridade física, social, cultural e moral dos grupos indígenas e conseqüentemente, pela ausência de uma política que assegure seus direitos à terra, o desenvolvimento sustentável e o acesso aos serviços de saúde, etc., vemos cada vez mais situações que outrora não existiam entre eles.

A ingestão de álcool por mulheres em idade fértil tem elevado consideravelmente o risco de crianças nascerem com a Síndrome Alcoólica Fetal. No estudo sobre Álcool e gravidez – SAF, Lima, (2007, p. 13) esclarece que: “considerando os grupos populacionais com maior grau de vulnerabilidade estão às populações indígenas e a de negros, as taxas de SAF são bem mais elevadas que na população branca, cerca de 10 a 20 vezes superiores”.

Após o contato com os não índios, os indígenas passaram a consumir a bebida destilada, pela introdução dos alambiques nas comunidades indígenas, pela proximidade com o povoado o convívio e incentivo dos não índios, pois esta foi, e em muitos casos continua sendo, uma das formas mais eficientes para a desorganização de determinados povos.

Oliveira (2004) em “*Alcoolismo entre os Kaingang: do sagrado e lúdico à dependência*”, mostra o significado das bebidas fermentadas no contexto ritualístico em festas sagradas e profanas e também coloca a iniciativa oficial de instalação de alambiques dentro das áreas indígenas, como um dos fatores determinantes na forma do atual consumo de bebidas e ainda como um desagregador social entre os Kaingang.

De acordo com Estatuto do Índio, Lei Federal nº 6.001, de 19 dezembro de 1973, Artigo 58 - Constituem crimes contra os índios e a cultura indígena: III – “propiciar, por qualquer meio, a aquisição, o uso e a disseminação de bebidas alcoólicas, nos grupos tribais ou entre índios não integrados. Pena - detenção de seis meses a dois anos.”

No entanto, esta proibição, além de não diminuir o uso indiscriminado de bebidas alcoólicas tem estimulado sobremaneira, o comércio clandestino da bebida, vendida disfarçada em garrafas de refrigerantes.

Kohatsu (2001, p. 193), relata que existe uma dificuldade na separação entre o significado do beber ritualístico e a atual forma de beber. Além disso, somente a pinga é considerada bebida alcoólica, uma vez que bebidas como o vinho ou a cerveja não são classificadas pelos índios como tal, o que dificulta a abordagem do problema junto aos indígenas e à comunidade.

O abuso no consumo do álcool, pelos indígenas, tem provocado prejuízos irreparáveis para os familiares e comunidade, causando ainda doenças e até a morte dos usuários. De acordo com Mariano (1999, pp. 22-23), “o problema que se identifica no uso das bebidas alcoólicas está associado ao abuso no consumo, seja crônico, seja agudo, produzindo, por sua vez, danos nas diversas áreas, tanto individual quanto socialmente”.

Coloma (2001, p. 146) coloca que a alcoolização pode ser uma expressão dos sinais de um processo de deterioração da pessoa e da sociedade. Para o autor, “este não é um processo isolado onde a pessoa tenta sublimar a realidade mediante a consumação de álcool, ele se encontra num contexto de problemas onde não se pode obter uma solução satisfatória aos estados de sofrimento”.

O consumo do álcool é intensivamente incentivado pela mídia, através de campanhas publicitárias, que relacionam o uso do álcool ao prazer, amizade, beleza, bem-estar, felicidade. Lima (2007, p. 11) informa que “o Brasil é um maiores produtores mundiais de bebidas alcoólicas: cerveja, 10 bilhões de litros / ano; destilados / cachaça, 1, 5 bilhão de litros / ano; vinho, 400 milhões de litros / ano, o que nos coloca entre os países que mais consomem bebidas alcoólicas no mundo”.

Estes dados apontam para a urgente necessidade de ações para o enfrentamento desta situação pelos órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada para lançar mão de estratégias e promover uma efetiva conscientização sobre os problemas relacionados ao uso, abuso e dependência do álcool, atingindo todas as faixas etárias e classes sociais. Sendo imprescindível abranger as mulheres e jovens em idade fértil sobre os malefícios do uso de bebidas alcoólicas durante a gravidez. Souza (2001, p. 37) destaca que:

É consenso que a intervenção, quando a dependência e suas consequências já estão instaladas, traz poucos resultados. O alcoolismo é reconhecido como uma condição que interfere em todo o organismo, na conduta pessoal e também afeta o relacionamento social. Um dos fatos mais conhecidos é que o alcoolista perde sua capacidade de decidir sobre si mesmo, sobre suas atividades, permanecendo apenas a decisão de continuar ingerindo bebidas alcoólicas. A experiência internacional tem revelado que os programas preventivos apresentam melhores resultados, havendo uma percepção de que a prevenção deve ser permanente.

Para atuar na perspectiva da educação preventiva do álcool e outras drogas, o principal elemento é o fornecimento de informações, bem como orientar sobre os efeitos maléficos do álcool, suas consequências e riscos do consumo. Para além do trabalho de prevenção, é importante combinar outras estratégias de sensibilização e conscientização para a busca de ajuda e suporte necessário para minimizar as consequências do abuso no consumo do álcool pelos usuários.

Na quarta seção, será mostrada a importância do papel dos professores diante de uma nova possibilidade: educar para prevenção de deficiências e ser um agente mobilizador na sua comunidade para que todos, deficientes ou não, tenham direito à educação.

SEÇÃO IV

5 A ATUAÇÃO DOS PROFESSORES INDÍGENAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA MENTALIDADE PREVENTIVA COMO AGENTES DE INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

No cenário brasileiro, diversos projetos de formação de professores indígenas, para atuação como professores e gestores das escolas indígenas, buscam vencer o desafio de assegurar uma educação escolar centrada no respeito à diversidade étnica, linguística e cultural, representada por mais de 200 povos distintos localizados em todo território nacional falando mais de 180 línguas, com diferentes histórias de luta e resistências. Estes professores poderão ser protagonistas de um novo modelo educacional orientado pelos princípios da diferença, da especificidade, do bilinguismo e da interculturalidade.

A formação de professores indígenas, no que se refere à prevenção de deficiências e inclusão dos indígenas em situação de deficiências, pode ser mais uma alternativa visando melhorar as condições de adaptabilidade dos deficientes nas Terras Indígenas, bem como, a inclusão destas pessoas na escola, na comunidade e na sociedade. Nesse sentido, Batista *et al* (1996, pp. 3-4) afirma que:

É interessante pensar na prevenção de deficiências em termos de um contínuo que abrange desde ações relacionadas à promoção da saúde ou proteção da integridade do organismo, em termos orgânicos e psicossociais, até as ações de habilitação, educação e reabilitação, uma vez constatado o dano. Ações de prevenção em geral principalmente a primária, podem produzir dois importantes efeitos: 1) redução de gastos com programas de recuperação; 2) redução de sofrimento para o indivíduo bem como para as pessoas que o cercam.

Para atuar neste processo, o papel do professor indígena é primordial. Conseqüentemente, para garantir os objetivos da educação para a prevenção, faz-se necessária a transmissão dos saberes de forma bilíngue, articulando conhecimentos étnicos com conhecimentos científicos. No diálogo intercultural⁸, receberão subsídios para orientar seus alunos quanto a prevenção de deficiência. Conforme Jesus (2008, p. 77)

⁸ Este termo foi discutido amplamente por FAUSTINO, Rosângela C. **Política educacional nos anos de 1990: o multiculturalismo e a interculturalidade na educação escolar indígena**. Tese (Doutorado em Educação) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

Para que a diversidade humana possa se fazer presente na escola, ganham relevância os docentes, porque são eles que, no meio de suas contradições, dúvidas, avanços, medos, disponibilidades, ansiedades, acolhimentos e possibilidades, assumem os alunos em suas salas de aula. São as práticas pedagógicas aí desenvolvidas que poderão contribuir, ou não na aquisição de conhecimento por todas as crianças e jovens.

Portanto, o professor deve ser instrumentalizado para tratar das questões que vão além de ensinar a disciplina curricular. O professor precisa conhecer as causas das deficiências, bem como, as formas de prevenção, para reconhecer e remover os riscos mais comuns em sua comunidade, uma vez que podem afetar os seus alunos e familiares.

Cada etnia tem um modo próprio singular de ver e relacionar-se com a situação de deficiência. Para Clay e Greymorning (2006, p. 15), “O conceito de deficiência adquire novo significado quando se considera que na maioria das línguas tribais não existem termos nem para a incapacidade nem para deficiência. Deficiência é uma idéia familiar à cultura ocidental sem paralelo direto na cultura do índio americano”.

Conhecedor das visões particulares do seu grupo étnico sobre a doença que pode levar a deficiências, o professor indígena poderá ter condições efetivas de articular conhecimentos científicos adquiridos nas oficinas de formação, com conhecimentos ancestrais sobre prevenção adquiridos com os mais “velhos”, kuiãs, rezadores, de sua etnia. Em relação ao povo Kaingang:

Convém sublinhar que o processo terapêutico não retrata a busca individual do doente, mas o envolvimento de diversas pessoas, principalmente de seu grupo doméstico, que procuram, a partir de uma sequência de decisões e negociações, interpretar e identificar a doença apontando as distintas terapias adequadas ao caso. Conseqüentemente, sendo um processo de constante negociação e articulação de interpretações, a doença entre os Kaingang deve ser entendida como um evento que é tanto social quanto político. (ROCHA, 2005 p. 121)

Muitas crianças indígenas deficientes tiveram suas vidas prejudicadas pela falta de programas preventivos e ações que levassem em consideração a realidade indígena. Situações, que levam à deficiência e que poderiam ser prevenidas, são desconhecidas pelos próprios membros das comunidades que ainda hoje convivem com o desrespeito, insegurança e desigualdade.

Conforme consta no documento Referencial Curricular para as Escolas Indígenas, publicado pelo MEC, “os povos indígenas necessitam de novos métodos para prevenção de doenças e para cuidado de saúde. Muitos problemas de saúde trazidos junto com a invasão de suas terras e mostraram que podem levar comunidades inteiras a doenças e à morte” (BRASIL, 1998, p. 106).

Cada etnia tem maneiras peculiares de entender as deficiências. Para os Baniwa, por exemplo, “mulheres menstruadas não podem ir ao mato nem ao rio, pois estão vulneráveis ao ataque dos espíritos ‘maus’ de plantão – elas podem ser encantadas ou acometidas de várias doenças, entre elas, a loucura, ou terem filhos deficientes (filhos encantados)” (LUCIANO, 2006, p. 175).

O trabalho de prevenção é contínuo e o professor indígena instrumentalizado poderá ser um agente multiplicador de práticas preventivas e inclusivas para que todos na sua comunidade possam exercer seus direitos e deveres de cidadãos. Dados oficiais demonstram que “cerca de 40% dos casos graves de deficiência mental e 60% dos casos de deficiência visual poderiam ser evitados (...) através de medidas preventivas e de programas de informação e esclarecimento da população...” (ENUMO, 1996, p. 17).

Os Programas de Prevenção estão explicitados na legislação nacional. No artigo nº 227 da Constituição Brasileira, parágrafo II do inciso 1º está garantida:

II – criação de programas de **prevenção** e atendimento especializado para portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos. . (BRASIL, 1988, p. 148)

O Decreto 5296 de 02 de dezembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.098 de 19/12/2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida no capítulo VII, intitulado “Das ajudas Técnicas”, evidencia no Art. 62 que.

Os programas e as linhas de pesquisa a serem desenvolvidos com o apoio de organismos públicos de auxílio à pesquisa e de agências de financiamento deverão contemplar temas voltados para ajudas técnicas, cura, tratamento e prevenção de deficiências ou que contribuam para impedir ou minimizar o seu agravamento. Disponível em: www.planalto.gov.br (Acesso em 12/02/09).

Medidas preventivas aplicadas em diferentes momentos podem impedir que crianças nasçam ou adquiram deficiências. A prevenção deve se iniciar antes da gravidez e se estender durante todo o período gestacional com a imunização através de vacinas, alimentação adequada, sexo seguro, evitando a ingestão de remédios sem orientação médica e o uso de drogas lícitas e ilícitas. Batista (1996, p. 3) explica que:

É interessante pensar na prevenção em termos de contínuo que abrange desde as ações relacionadas à promoção da saúde ou proteção da integridade do organismo em termos orgânicos e psicossociais, até as ações de habilitação, educação e reabilitação, uma vez constatado um dano. Ações de prevenção em geral, mas principalmente a primária, podem produzir dois importantes efeitos: 1) redução de gastos com programas de recuperação; 2) redução de sofrimento para o indivíduo bem como para as pessoas que o cercam.

Quando se fala de prevenção, é importante lembrar que ela começa muito antes da gravidez. Dessa forma, a educação para prevenção em todas as faixas etárias constitui-se potencialmente na melhor forma de evitar deficiências. Fontes (1994, p. 5), explica sobre a importância da assistência pré-concepcional e não pré-nupcial, embora estimule “uma avaliação sistemática dos futuros pais antes do casamento, constante de consulta médica e orientação correta e adequada sobre gestação, sexualidade, planejamento familiar, cuidados com o recém-nascido, importância do aleitamento materno etc”.

Muitas doenças podem ser evitadas, com medidas simples de prevenção que reduziriam uma série de sequelas que aumenta consideravelmente o número de pessoas com deficiências, principalmente entre as pessoas pertencentes às camadas mais pobres da população, onde existem outros agravantes como por exemplo: maior índice de gravidez não programada. “Prenhez não programada e/ ou não desejada constituem, riscos consideráveis para o futuro ser: nascimentos prematuros, baixo peso ao nascer, maiores números de anomalias congênitas, inclusive cerebrais, problemas partais, menores índices de bebês aleitados ao seio etc” (FONTES, 1994, p. 5).

Para evitar as deficiências e todas as consequências que delas advêm, faz-se necessário primeiramente conhecer as suas causas para desenvolver um comportamento preventivo a fim de evitá-las. A deficiência não é uma doença, mas pode ser seqüela desta. A prevenção deve iniciar antes de o casal decidir ter filhos. O acompanhamento médico é imprescindível e as condições de saúde do casal deverão ser analisadas. Diversos exames para verificar a probabilidade de riscos devem anteceder à gravidez, pois a melhor forma de prevenção é a informação.

Entre as populações indígenas, o acesso à informação é limitado por diversos fatores, mas principalmente pela baixa escolarização e pela falta de acesso a materiais explicativos como folders, revistas, jornais etc.

Os professores indígenas que têm sob sua responsabilidade a educação escolar de crianças jovens e adultos, poderão atuar como agentes disseminadores de práticas preventivas de deficiências, através de informações escritas e orais de forma bilíngue ou monolíngues em Kaingang, fazendo relação do tema com outros conteúdos, organizando

textos de apoio sobre o assunto, criando estratégias para a elaboração e sistematização do conhecimento de acordo com as crenças e as práticas culturais de sua etnia.

Para além do trabalho de prevenção de deficiências, os professores indígenas poderão, através da capacitação, receber as orientações básicas para o atendimento educacional especial, bem como, conhecer os apoios e recursos necessários para que estes alunos tenham acesso ao currículo, proporcionando um ambiente apropriado ao ensino e à aprendizagem de todos os alunos; e, dessa forma, contribuir para o acesso e a permanência dos indígenas cegos ou com baixa visão, surdos e deficientes auditivos, deficientes físicos e intelectuais, à educação básica, como os demais alunos da comunidade.

SEÇÃO V

6 MÉTODO E CAMPO DA PESQUISA

Esse trabalho pautou-se pela abordagem qualitativa, com caráter exploratório e desentivo, tendo como fonte direta de observação e coleta de dados, o ambiente natural (VILELAS, 2009, p. 76).

Segundo Selltiz *et al*, (1967) os estudos exploratórios são realizados quando o tema em questão é pouco explorado nas pesquisas. Por vezes, estas constituem o ponto de partida para a elaboração de outras pesquisas, a partir de outros resultados obtidos. Da mesma forma, os estudos desentivos “procuram conhecer as características de determinada população/fenômeno” (VILELAS, 2009, p. 79).

Nossa pretensão é que os professores possam articular os etnoconhecimentos com os conhecimentos científicos adquiridos nas oficinas de formação, implicando a apropriação, construção, e socialização dos conhecimentos, através de uma metodologia participante. Demo, (1989, p. 239) ao referir-se sobre esta metodologia, observa que: “Esta é a garantia mais efetiva da união entre a teoria e a prática. É também o lugar do espaço educativo, em sentido político tanto do educador, quanto da comunidade. No âmago está o processo de autopromoção, para a qual deve servir o conhecimento formal”.

Nessa perspectiva justifica-se a opção por metodologias que se complementam. Tezani (2008, p. 26) esclarece que:

A prática da pesquisa qualitativa envolve o estudo e a coleta de vários materiais empíricos que possibilitam descrever os momentos e os significados dos problemas cotidianos da vida, e assim entender melhor o assunto em estudo. A diversidade de práticas metodológicas permite assegurar a compreensão e a profundidade do fenômeno na tentativa de garantir sua validação.

O trabalho foi realizado nas seguintes etapas:

- 1) Reunião com os professores e direção da escola para a discussão, esclarecimentos de dúvidas, organização e encaminhamentos das atividades a serem desenvolvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- 2) Aplicação de um questionário nas três Terras Indígenas pertencentes à Bacia Hidrográfica do Rio Ivaí – PR (Terra Indígena Ivaí, município de Manoel Ribas, Terra Indígena Faxinal, município de Cândido de Abreu e

Terra Indígena Marrecas, município de Turvo) para verificar a incidência de casos de deficiências que mais ocorrem entre os indígenas Kaingang;

- 3) Aplicação do questionário antes do início da formação, contendo questões abertas e fechadas para verificar o conhecimento prévio dos professores Kaingang sobre as causas, prevenção e inclusão de deficiências;
- 4) Realização de oficinas de instrumentalização com temáticas relacionadas às áreas da deficiência, prevenção e inclusão de pessoas com deficiência e produção de textos bilíngues com carga horária total de 32 horas divididas em 8 horas para cada área da deficiência;
- 5) Aplicação do questionário ao final do trabalho de formação, contendo as mesmas questões abertas e fechadas, para verificar o conhecimento adquirido pelos professores Kaingang sobre as causas, prevenção e inclusão de deficiências.

A capacitação dos participantes foi realizada primeiramente, através de exposição dialogada sobre cada área de deficiência, e estudo dos textos elaborado pela pesquisadora, sobre cada área da deficiência, entendendo suas formas de manifestação, sua prevenção e como oferecer atendimento educacional aos indígenas que já possuem deficiência.

Atendendo á produção bilíngue foram elaborados jogos nas duas línguas faladas pela comunidade que serão usados como material didático. Os professores escreveram histórias bilíngues sobre cada tema abordado. Os textos elaborados pela pesquisadora sobre cada área da deficiência encontram-se nos apêndices: D, E, F e G.

Diante da ampla variedade de deficiências, o enfoque deste trabalho restringiu-se às principais e mais frequentes deficiências presentes no contexto das comunidades pesquisadas. No trabalho desenvolvido com os professores Kaingang, além da prevenção, objeto deste estudo, os textos elaborados pela pesquisadora, também focalizaram outros itens que, na opinião dos Kaingang, são relevantes no contexto educacional, ou seja: o conceito, as formas de identificação e as estratégias mediadoras para o atendimento educacional para a inclusão do aluno com deficiência.

6.1 PARTICIPANTES

Participaram do presente estudo 10 professores que lecionam no Colégio Estadual Indígena Cacique Gregório Kaekchot Ensino Infantil, Fundamental e Ensino Médio, localizado dentro da Terra Indígena Ivaí. O critério para a escolha do participante foi ser professor e pertencer à etnia Kaingang e residir dentro da Terra Indígena Ivaí.

No Quadro 3, encontra-se indicada uma síntese das características dos participantes. Por motivos éticos, os participantes foram identificados pela palavra professor abreviado seguido da numeração 1, 2, 3... , assim exemplificada: Prof. 1, prof. 2, prof. 3, ... prof. 10.

Professor	Idade	Escolaridade	Tempo de atuação	Série (s) que atua ou disciplina que leciona	Gênero
Prof. 01	22 anos	Ensino Médio	1 ano e 6 meses	Arte	Masculino
Prof. 02	44 anos	Ensino Médio	22 anos	1º ano	Masculino
Prof.03	19 anos	Ensino Médio	1 ano e 6 meses	Pré Escolar	Masculino
Prof. 04	18 anos	Ensino Médio	1 ano	Pré Escolar	Feminino
Prof. 05	21 anos	Ensino Médio		Educação Física	Masculino
Prof. 06	42 anos	Ensino Médio	21 anos	2º ano	Masculino
Prof. 07	26 anos	Ensino Médio	3 anos e 6 meses	Língua Kaingang	Masculino
Prof. 08	28 anos	Ensino Médio	6 meses		Feminino
Prof. 09	24 anos	Ensino Médio	2 anos e meio	1º ano	Masculino
Prof. 10	35 anos	Ensino Médio	6 meses	Auxiliar de Regência	Masculino

QUADRO 3. Caracterização dos participantes

6.1.1 Descrição dos participantes do Programa de Formação

Prof. 1 - casado, pai de uma filha, concluiu o Ensino Médio na 1ª turma em 2007 formada na própria comunidade, está cursando o último ano do Magistério Kaingang (aproveitamento de estudos).

Prof. 2 - o mais antigo na profissão, com 22 anos de trabalho e 44 anos de idade, concluiu o Ensino Médio em 2008, foi aluno do seu filho (Prof.7) que já foi seu aluno no primário. É casado e pai de 7 filhos.

Prof. 3 - casado, Ensino Médio concluído em 2008. Leciona na Pré – Escola.

Prof. 4 - casada, não possui filhos; Ensino Médio concluído em 2008.

Prof. 5 - casado, pai de uma filha; Ensino Médio concluído em 2008

Prof. 6 - casado, com 42 anos de idade, tem 21 anos de trabalho tem o curso de Magistério e concluiu em 2008 o Curso Normal Kaingang específico para esta etnia. Possui 5 filhos.

Prof. 7 – casado, tem 26 anos, concluiu o Ensino Médio em 2006 na Cidade de Manoel Ribas, foi aprovado em Medicina (2007) pelo sistema de cotas, na Universidade Federal do Paraná, não adaptou e voltou para continuar lecionando na comunidade.

Prof. 8 - casada, mãe de dois filhos, concluiu o Ensino Médio em 2007, cursando Pedagogia na UNICENTRO, na cidade de Pitanga.

Prof. 9 - Solteiro, Ensino Médio completo

Prof. 10 – casado, pai de 5 filhos sendo um deles Deficiente Intelectual, possui Ensino Médio completo concluído em 2008.

6.2 LOCAL

Colégio Estadual Indígena Cacique Gregório Kaekchot Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio. Terra Indígena, Município de Manoel Ribas – PR. O colégio atendeu no ano de 2009 um total de 455 alunos assim distribuídos:

- Pré – escolar e Ensino Fundamental de 1ª a 4ª séries – 252 alunos
- Ensino Fundamental de 5ª a 8ª séries – 141 alunos
- Ensino Médio – 62 alunos

Até ano de 2004, existia na Terra Indígena somente a Escola Municipal Indígena Cacique Salvador Venhy Ensino Pré Escolar e Ensino Fundamental 1ª a 4ª Série.

O Ensino Fundamental (5ª. A 8ª. Série) foi criado e autorizado a funcionar pela Resolução nº 994/04 de 08/04/02, com implantação gradativa. O Ensino Fundamental foi reconhecido pela Resolução nº. 2475/04 de 13 de julho de 2004. Esta Resolução também reconhece este estabelecimento de ensino pelo prazo de cinco anos a partir da data de reconhecimento, sendo necessário solicitar a SEED/PR a sua renovação conforme estabelecido no art. 41 da Deliberação n. 04/99, alterado pela Deliberação n 04/03, ambas do Conselho Estadual de Educação.

No ano de 2006, foi ampliada a oferta educacional na Terra Indígena Ivaí com a implantação do Ensino Médio, de forma simultânea, através da Resolução nº 1866/2006 de

28/04/2006 e encontra-se em processo de reconhecimento tramitando no Conselho Estadual de Educação.

Até o ano de 2008, havia na Terra Indígena Ivaí, duas escolas, sendo uma municipal e outra Estadual. As escolas indígenas paranaenses foram estadualizadas em 2008 e a Escola Municipal Indígena Cacique Salvador Venhy Ensino Pré Escolar e 1ª a 4ª Série foi incorporada pelo atual Colégio Estadual Indígena Cacique Gregório Kaekchot Educação Infantil, Ensino Fundamental e Médio.

O corpo docente e os funcionários da escola são constituídos de profissionais indígenas e não indígenas sendo estes a maioria. Além dos professores estatutários, também são admitidos professores contratados pelo processo de seleção simplificado (PSS). Todos os professores e funcionários indígenas são contratados dessa forma. Todos os funcionários para serem contratados têm que obter a anuência do cacique, que é a autoridade máxima na Terra Indígena.

6.3 INSTRUMENTOS

- a) Questionário para ser aplicado antes e depois do programa de formação, contendo questões abertas e fechadas para verificar o conhecimento prévio dos professores Kaingang sobre as causas, prevenção e inclusão de deficiências. O mesmo questionário foi aplicado ao final do processo participativo para fazer uma análise comparativa desses dois momentos, pré e pós formação. (Apêndice A)
- b) Questionário para aplicação nas três Terras Indígenas pertencentes à Bacia Hidrográfica do Rio Ivaí – PR (Terra Indígena Ivaí, município de Manoel Ribas, Terra Indígena Faxinal, município de Cândido de Abreu e Terra Indígena Marrecas, município de Turvo) para verificar a incidência de casos de deficiências que mais ocorrem entre os indígenas Kaingang. (Apêndice B).
- c) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual os professores foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa. (Apêndice C).

6.4 EQUIPAMENTOS

Foram utilizados os seguintes equipamentos: Computadores (Paraná Digital), Pen drive, TV pen drive, aparelho de DVD, filmadora, máquina fotográfica, DVD, etc.

6.5 MATERIAIS DE APOIO

Foram utilizados, textos, livros, filmes, além da confecção de material didático bilíngue, tais como: histórias, jogos para crianças, confecção de cartazes, folders e painéis, destinados às atividades programadas pelos professores com os quais realizaram com seus alunos a leitura e apropriação de conhecimentos com o apoio desses materiais.

6.6 PROCEDIMENTOS

6.6.1 Aspectos Éticos

Este Projeto foi submetido primeiramente ao Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, CAAE 0384.0.000.135-08; posteriormente, foi encaminhado e aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa – Brasília - DF.

6.6.2 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de:

- consulta a documentos;
- entrevistas com *cuiãs* das terras indígenas Ivaí e Faxinal;
- levantamento por meio de questionário das pessoas com deficiências nas terras indígenas: Ivaí, Faxinal e Marrecas;

- aplicação de um questionário aos 10 professores da terra indígena Ivaí, antes e após o trabalho de formação. O questionário foi submetido a três “juízes” para verificar a compreensão semântica.

A partir da aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da UFSCar e pelo CONEP, foi realizado um levantamento sobre a situação em que se encontram os indígenas com deficiências, nas três terras indígenas localizadas na bacia hidrográfica do Rio Ivaí, Estado do Paraná, para verificar as deficiências que ocorrem com mais frequência, as formas de atendimento educacional dessas pessoas.

Os participantes assinaram o TCLE, no qual ficou assegurada que suas identidades seriam mantidas em sigilo. Os professores responderam a um questionário antes do trabalho de formação, para avaliação do conhecimento prévio sobre prevenção de deficiências e inclusão das pessoas com deficiência na escola da Terra Indígena Ivaí

Os professores da Terra Indígena Ivaí foram informados que existia o risco do Programa de capacitação não corresponder às suas expectativas, podendo também não obter os resultados previstos no projeto. Foram informados ainda que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento.

Foi explicado que o projeto pretendia trazer benefícios para a comunidade colaborando na atualização dos professores indígenas, para a atuação na prevenção de deficiências, bem como, produzir material específico e bilíngue sobre o tema.

Foi explicado, ainda, que o projeto pretendia desenvolver e gerar procedimentos e ações eficazes no combate ao preconceito e orientar quanto aos direitos dos indígenas com deficiências, para que possam desenvolver suas potencialidades, visando o exercício pleno da cidadania.

O procedimento foi baseado em:

Intercâmbio de experiências: momento em que foram relatadas, pelo grupo, as experiências de situações relacionadas às deficiências vivenciadas na comunidade. O papel de mediadora foi desempenhado pela pesquisadora desse estudo. Neste intercâmbio, foram discutidos, entre outros, os seguintes questionamentos:

- Como está a situação dos deficientes indígenas que pertencem a esta comunidade? Quais os elementos que provocam deficiências entre os indígenas?
- O que poderia ser feito para eliminar ou reduzir as causas das deficiências?
- Qual o papel dos professores no enfrentamento do problema?

- De que maneira poderiam colaborar neste processo?

Linhas de ação: implicou em iniciativas e buscas de soluções acessíveis e culturalmente adequadas para o enfrentamento dos problemas identificados e possíveis de serem prevenidos, com a conscientização de crianças e adolescentes, através de material bilíngue, elaborado especificamente para esta etnia, em consonância com os componentes curriculares da escola onde professores e equipe pedagógica terão o compromisso de incentivarem a leitura e o uso desses materiais.

6.6.3 Para Análise dos Dados

- Os encontros foram fotografados e parcialmente filmados para servir de apoio à análise dos dados;
- Os dados provenientes do levantamento realizado nas três Terras Indígenas foram organizados e apresentados em quadros;
- Os dados provenientes das aplicações dos instrumentos (Questionários) foram categorizados e agrupados em tabelas;
- Os dados obtidos proporcionaram dados quantitativos e foram também analisados sob o aspecto qualitativo.

A análise dos dados teve como base qualitativa que se baseia na “incapacidade de medir quantitativamente alguns fenômenos”(VILELAS, 2009, p. 331). Recai sobre a dinâmica social, individual e holística. “tentando compreender os significados que as pessoas atribuem aos fenômenos em análise” (VILELAS, 2009, p. 331).

6.6.4 Para Tratamento Estatístico

A análise quantitativa foi descritiva dos dados usando técnicas gráficas e números índices para descrevê-las. Portanto, não foi pertinente a aplicação de inferência estatística (intervalos de confiança, testes de hipóteses, entre outros) devido ao tipo de pesquisa realizada.

SEÇÃO VI

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente seção consta de cinco fases, a saber:

- a) **Primeira fase** – Levantamento de dados feito através da aplicação do questionário às famílias de pessoas com deficiências nas três Terras Indígenas pertencentes a Bacia Hidrográfica do Rio Ivaí – PR, para verificar incidência de casos de deficiências que mais ocorrem entre os indígenas Kaingang;
- b) **Segunda fase** – Dados do questionário aplicado a 10 professores antes de iniciar o programa de formação, para verificar o conhecimento prévio dos professores Kaingang sobre as causas, prevenção e inclusão de deficiências;
- c) **Terceira fase** - Aplicação do programa de formação para prevenção de deficiências para 10 professores da Terra Indígena Ivaí;
- d) **Quarta fase** - Dados sobre o resultado da aplicação do programa de formação para professores Kaingang;
- e) **Quinta fase** - Análise entre os dados levantados pré e pós-aplicação do Programa de Capacitação dos professores.

A seguir, estão descritos os dados obtidos na primeira fase;

7.1 PRIMEIRA FASE: LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE A INCIDÊNCIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

No que se refere à aplicação do questionário, foram obtidos os dados relatados a seguir:

Inicialmente foi aplicado o Questionário para cadastro dos indígenas em situação de deficiência nas Três Terras Indígenas em destaque no mapa, situadas na Bacia Hidrográfica do Rio Ivaí: (5) Terra Indígena Marrecas (6) Terra Indígena Ivaí, (7) Terra Indígena Faxinal.



Fonte: SEMA-PR/Assistência para Assuntos Indígenas - 2006

FIGURA 3. Terras Indígenas participantes da pesquisa
Disponível em: www.diaadiaeducacao.pr.gov.br (Acesso em 11/02/2009)

7.1.1 Terra Indígena Marrecas



FOTO 4. Vista da entrada da sede da Terra Indígena Marrecas. Foto cedida: Rosa Maria Cavalheiro (2009)

A Terra Indígena Marrecas está localizada a 21 quilômetros da rodovia PR 466. O território com 16.383 hectares localizado nos municípios de Turvo e Guarapuava. A população é de aproximadamente 380 pessoas, sendo a maioria Kaingang.

Dentro da Terra Indígena, habitam 12 famílias do Povo Guarani M' bya. De acordo com Mota (2008, p. 8) “a Terra indígena Marrecas é composta por duas lideranças distintas. Na aldeia sede existe a liderança Kaingang, que é composta pelo cacique e pelo vice-cacique, coadjuvados por 40 lideranças com mais de 18 anos”.

A Terra Indígena Marrecas conta com a Escola Estadual Indígena Cacique Trajano Mrêj Tar, tem cerca de 115 alunos, distribuídos em 6 turmas, Ed. Infantil - funcionando em processo de implantação - 1ª, 2ª e 3ª séries e 3º e 4º anos. Trabalham na Escola três professores não indígenas que têm convênio com o município e quatro professores Kaingang (um com magistério indígena concluído e 3 em curso). Atuam também uma diretora não indígena, um pedagogo Kaingang, dois agentes educacionais indígenas, sendo um Kaingang e um Xokleng. Como serviços gerais, atuam duas pessoas da etnia Kaingang.

A primeira escola nesta Terra Indígena foi denominada de Escola Rural Municipal Dr. José Maria de Paula, criada no dia 05 de julho de 1956. O nome foi escolhido pelas lideranças indígenas em homenagem a um advogado e primeiro chefe do Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Através da resolução nº 900/99 de 25 de fevereiro de 1999, a escola que era mantida pela Fundação Nacional do Índio- FUNAI, passa para a manutenção da Prefeitura Municipal de Turvo – PR.

Em 2008, após reunião, as lideranças decidiram substituir o nome da Escola passando a ser denominada, Escola Estadual Indígena Cacique Trajano Mrêj Tar – Ensino Infantil e Fundamental. Pela resolução n.º 2075/2008 de 23/05/2008 que dispõe sobre a organização e o funcionamento das Escolas Indígenas no Sistema de Ensino do Estado do Paraná, passou a ser mantida pelo Governo do Estado do Paraná.

A Escola Estadual Indígena Cacique Trajano Mrêj – Ensino Infantil e Fundamental funciona no prédio construído pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI, possuindo 4 salas de aula, uma secretaria onde funcionam a biblioteca e a direção, pátio, cozinha, dois banheiros internos e dois externos.

As 12 famílias da aldeia Guarani Ko e Ju porá que habitam a Terra Indígena Marrecas há mais de 12 anos, são liderados por apenas um cacique e também contam com a Escola Estadual Indígena Arandu Pyahu - tem duas professoras indígenas e um contratado

para os serviços gerais. Como funciona com um número reduzido, um total de 15 alunos, a turma é multisseriada.

Nessa Terra Indígena, de acordo com Mota (2008, p. 9), “são cultivados cerca de 12 hectares de roças coletivas, e as roças familiares variam de 2 a 3 quartos de alqueire por família. As sementes vêm geralmente do governo do Estado, mas há os que guardam sementes para o plantio”. Conforme o autor “Ali também é fabricado o artesanato com taquara, sendo utilizado também o Buriti para fazer chapéu. Como nas outras TIs, o artesanato é comercializado nas cidades da região para complementar a renda das famílias”.

Os dados obtidos sobre o levantamento realizado na Terra Indígena Marrecas quanto ao número de pessoas com deficiências encontram-se indicados no Quadro 4.

ÁREAS DA DEFICIÊNCIA				
INTELECTUAL	VISUAL	AUDITIVA	FÍSICA	MÚLTIPLA
06		04	05	01
	BAIXA VISÃO			
	11			

QUADRO 4. Número de pessoas com deficiências na Terra Indígena Marrecas

Os dados revelam que há na Terra Indígena Marrecas, 27 pessoas em situação de deficiências. Sendo seis com deficiência intelectual, onze com baixa visão, quatro com deficiência auditiva, cinco com deficiência física e um com deficiência múltipla. De maneira geral, as famílias encontram muitas dificuldades. O fato de residirem a 25 km distante da sede do município de Guarapuava e possuírem poucos recursos financeiros e materiais restringe o acesso das famílias às informações e ao direito das pessoas com deficiências receberem atendimento educacional especializado.

7.1.2 Terra Indígena Ivaí

A sede da comunidade indígena Ivaí está localizada no Município de Manoel Ribas, sendo 6 km distante do centro da cidade. Na comunidade Ivaí, vivem cerca de 1200 habitantes, sendo 287 famílias de Kaingang e algumas famílias de Guarani. Os adultos e os jovens são bilíngues Kaingang e Português. A área que já foi de 36.000 hectares, aproximadamente, cuja posse e usufruto o artigo 216 da Constituição Federal de 1946

assegurava, foi reduzida, pelo o acordo datado de 12 de maio de 1949, para 7.200 hectares aproximadamente, localizados nos municípios de Manoel Ribas e Pitanga.



FOTO 5. Vista aérea da sede da Terra Indígena Ivaí, feita em 2000, cedida pela prefeitura municipal.

A população dessa comunidade, até os meados do século XX, vivia em cinco toldos distintos, (Passo Liso, Marrequinha, Balsa Velha, Serrinha e Salto da Onça) foi se transferindo e concentrando-se gradativamente na aldeia sede. No final da década de 1990, praticamente todas as famílias já estavam estabelecidas na sede atual. Na Terra Indígena Ivaí aglomeração, ao mesmo tempo em que facilita o acesso das famílias à saúde e educação, traz inúmeros problemas ambientais pelo acúmulo de lixo, animais que circulam dentro da comunidade, além de desentendimentos provocados pela disputa de emprego, liderança e pelo consumo excessivo do álcool, conforme registros da FUNASA.

O consumo do álcool entre os Kaingang é um hábito praticado historicamente. O uso de bebidas fermentadas em rituais religiosos como o *kikikoi*,⁹ ocasião em que era consumido o *kiki*, bebida fermentada feita a base de milho e mel.

⁹ Para maiores detalhes sobre esse ritual ver: TOMMASINO, K. KIKIKOI: ritual dos Kaingang na área indígena Xapecó/SC: registro áudio fotográfico do ritual dos mortos/ Kimiye Tommasino, Jorgisnei Ferreira de Resende- Londrina: Midiograf, 2000, 36 p.

Este ritual ancestral foi sendo gradativamente abandonado, devido à forte influência exercida pelos diversos grupos religiosos que insistem em catequizar os indígenas. Atualmente, não fabricam mais o *kiki*, mas consomem diversos tipos de bebidas como, cerveja e vinho; entre os Kaingang, somente a cachaça, (*goiofá*) é considerada bebida alcoólica.

A atividade econômica basea-se na agricultura, no artesanato à base de taquara (*bambusa Vulgaris*), que é vendido ou trocado por alimentos nas cidades vizinhas. Existe ainda a renda dos indígenas que atuam na saúde e na educação; contam também com a renda da aposentadoria dos idosos e do programa bolsa família.

Na comunidade, existem 105 casos da Síndrome de Dependência do álcool ou alcoolismo crônico confirmados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Dois casos em menores de 20 anos, 44 casos entre 20 a 30 anos, 28 casos entre 31 a 40 anos, 19 casos entre 41 a 50 anos e 12 casos nos maiores de 50 anos. Vários incidentes vêm ocorrendo devido à ingestão de álcool. Pode-se citar como casos graves: o enforcamento de um pai pelos dois filhos alcoolizados, esfaqueamento, estupros, afogamentos, atropelamento e coma alcoólico. Em 2009, foram dois casos de morte em decorrência do uso e abuso do álcool. Uma das vítimas era professor e a outra era filho de um professor.

O projeto desenvolvido nesta Terra Indígena pelo Programa Interdisciplinar de Estudos de Populações; Laboratório de Arqueologia; Etnologia e Etno-História, da Universidade Estadual de Maringá, pelos pesquisadores do Laboratório de Arqueologia envolvendo pesquisadores da área de parasitologia; gerenciamento de resíduos sólidos; planejamento ambiental; antropologia; história e educação; concluiu que nesta Terra Indígena:

a grande maioria (cerca de 70%) é composta por jovens e crianças mais vulneráveis à contaminação por doenças parasitárias. Esta vulnerabilidade tem relação com as condições sanitárias, hábitos de higiene, situação de carência em que vivem os indígenas e a falta de alimentação adequada, fatores que contribuem para o aumento dos níveis de morbidade (doenças). (FAUSTINO, *et. al*, 2007, p. 435)

Atualmente, habitam nesta Terra Indígena 296 crianças de 0 a 60 meses ou seja 0 a 5 anos. Muitas delas apresentam estado crítico de saúde, graves infestações parasitárias que, embora tratadas, as condições ambientais são favoráveis a sua propagação e reincidência, problemas dermatológicos e conseqüentemente baixo peso.

Dessas 296 crianças, 38 apresentam peso muito baixo, totalizando 12, 84%; outras 56 crianças apresentam baixo peso, perfazendo um total de 18, 92%; 01 criança, 0,

34%, apresenta risco de sobrepeso e a maior parcela, 46, 62% das crianças, um total de 138 crianças apresentam risco nutricional. Somente 63 crianças ou seja 21, 28 % das crianças apresentam estado nutricional adequado. Estas condições estão expostas na Figura 4.

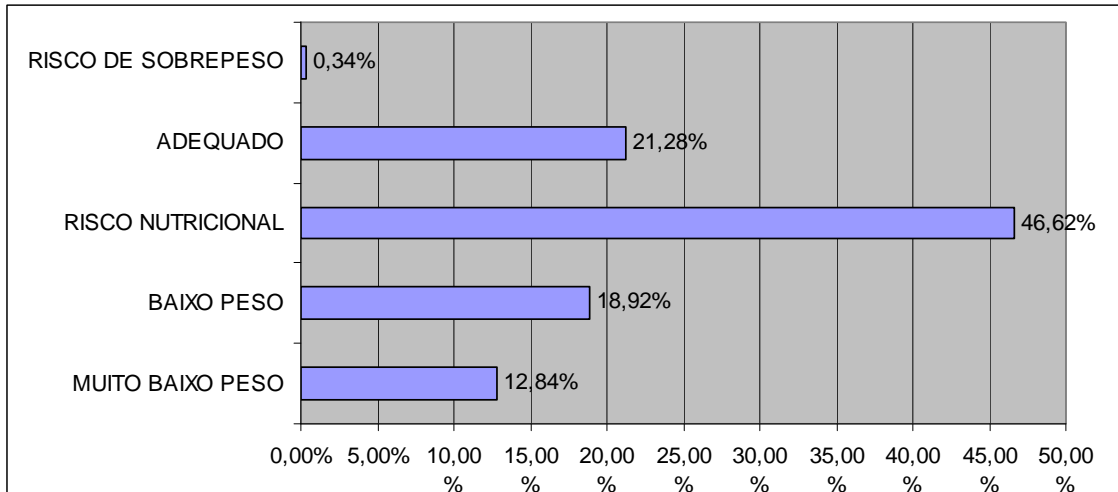


FIGURA 4. Risco nutricional em crianças da Terra Indígena Ivaí na faixa etária de 0 a 6 meses.
Fonte: Unidade de Saúde da Terra Indígena Ivaí - 2009

Após o levantamento realizado para verificar os casos de pessoas com deficiências na Terra Indígena Ivaí, os dados foram categorizados e estão apresentados no Quadro 5.

ÁREAS DA DEFICIÊNCIA					
INTELLECTUAL 10	VISUAL		AUDITIVA 03	FÍSICA 01	MÚLTIPLA 02
	CEGO 01	BAIXA VISÃO 07			

QUADRO 5. Número de pessoas com deficiência na Terra Indígena Ivaí

Na Terra Indígena Ivaí, foram registrados 23 casos de pessoas em situação de deficiências. Das 10 crianças e adolescentes com deficiência intelectual, seis estudam na Escola de Educação Especial Rotariana Criança Feliz, município de Manoel Ribas, e quatro estudam na Escola da comunidade e frequentam a Sala de Recursos no período contrário do Ensino Regular.

A pessoa com deficiência visual nasceu nesta Terra Indígena há 34 anos, ficou cega aos dois anos e nunca recebeu atendimento educacional. Fala somente a Língua

Kaingang, porém sem entender nenhuma palavra; canta diversas músicas em português que ouve no rádio e demonstra uma enorme vontade em aprender a ler e escrever.

Entre as pessoas com visão subnormal, estão cinco albinos: um deles professor participante do Programa de Capacitação para Prevenção em Deficiências.

Os surdos são três: uma menina que frequenta o 1º ano do Ensino Fundamental – séries iniciais, uma adolescente nascida em 1992, que frequentou o Centro de Atendimento Especializado na cidade de Manoel Ribas, mas desistiu de estudar por não ter um intérprete na Escola da Terra Indígena, e jovem que perdeu a audição nos últimos anos frequenta o 3º ano do Ensino Médio e enfrenta muita dificuldade de acompanhar os conteúdos e quer aprender LIBRAS para continuar estudando.

A pessoa com deficiência Física neuromotora (Paralisia Cerebral) nasceu em 1986, frequenta a Escola Especial Rotariana Criança Feliz, necessita de atendimento fonoaudiológico e fisioterápico e seu maior desejo é estudar na Escola da Aldeia. Também estuda nesta Escola Especial uma criança nascida em 2006, com Deficiência Múltipla, visão subnormal e deficiência Física.

7.1.3 Terra Indígena Faxinal



FOTO 6. Vista aérea da comunidade indígena Faxinal. Foto cedida pelo chefe do Posto, Dário Moura (2002)

Vivem hoje nesta comunidade, localizada às margens da rodovia estadual 487, aproximadamente 500 pessoas com alguns de seus membros itinerantes, mas a grande maioria é fixa. Sobrevivem da produção e venda de artesanatos (cestas, balaios, chapéus, peneiras e adornos). Na agricultura, fazem lavouras comunitárias em regime de mutirão, cultivando arroz, milho e algodão. Na pecuária, possuem algumas cabeças de bovinos, para venda e abate. Quando vendidos, o dinheiro é revertido em algum bem para a comunidade.

Os índios Kaingang que vivem hoje na Terra Indígena Faxinal, conhecida primeiramente como Posto Indígena Carlos Cavalcanti, têm um passado de resistência quanto à passagem e permanência de brancos em seu território.

Com o Decreto Estadual nº 8 de 09/09/1901, o Posto Indígena Faxinal recebeu uma área aproximada de 21.000 hectares, porém o acordo datado de 12 de maio de 1949 expropriou 19.000 hectares de terras dos índios Kaingang, cuja posse e usufruto o art. 216 da Constituição assegura, restando somente os atuais 2.100 hectares de terra, na localidade denominada Faxinal de Catanduvás, anteriormente conhecida como Morska Wola. O Posto Indígena foi instalado em 1932. O primeiro encarregado foi o Sr. Joaquim Correia dos Santos. Inicialmente, pertencia ao Serviço de Proteção ao Índio - SPI, passando em 1967 aos cuidados da FUNAI. No Quadro 6, encontram-se descritos os dados do levantamento realizado sobre as pessoas com deficiências na Terra Indígena Faxinal.

ÁREAS DA DEFICIÊNCIA				
INTELECTUAL	VISUAL	AUDITIVA	FÍSICA	MÚLTIPLA
04		01	01	01
	BAIXA VISÃO			
	04			

QUADRO 6. Pessoas com deficiências na Terra Indígena Faxinal

Os registros mostram que, na Terra Indígena Faxinal, há 11 pessoas em situação de deficiências, sendo quatro com deficiência intelectual, quatro com baixa visão, um com deficiência auditiva, um com deficiência física e um apresenta deficiência múltipla.

As cinco crianças e adolescentes com deficiência intelectual estudam na Escola de Educação Especial Santa Clara de Assis, distante 10 km da sede da aldeia. Todos os indígenas com deficiência intelectual recebem o benefício de prestação continuada.

A criança com Síndrome de Down nasceu em agosto 2006, tem 3 anos de idade e é a quarta filha do casal. Os outros já estão na adolescência, nasceram nos de 1997,

1986 e 1982 , moram com o pai e a mãe. Somente um mora com a mãe adotiva, pois foi abandonado pelos pais.

As quatro pessoas com visão subnormal são albinas, nunca receberam nenhum atendimento especial e estudam ou já estudaram na Escola da Terra Indígena. O mais novo nasceu em 2004, está estudando na Pré-Escola; o outro está estudando na 5ª série. Os outros dois são adultos nascidos em 1984 e 1989 e estão cursando o Magistério Kaingang, mantido pela Secretaria de Estado da Educação.

O adolescente de 14 anos, que também estuda na APAE, nasceu em 1994 sem nenhuma deficiência; vítima do abandono que foi submetido pelos pais alcoolizados, hoje possui deficiência múltipla, estuda na Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, e recebe os cuidados de uma mãe adotiva. A pessoa que apresenta surdez já é adulto casado e também tinha um irmão surdo já falecido.

7.2 SEGUNDA FASE – APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ANTES DO INÍCIO DA APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO

O questionário foi aplicado aos 10 professores da Terra Indígena Ivaí, participantes do programa de formação para prevenção de deficiências que responderam os questionamentos individualmente. O tempo estipulado para responder o questionário foi de 2 horas.

Os dados coletados encontram-se descritos a seguir.

Quanto à questão 1, foi perguntado – *Você conhece pessoas com deficiências em sua comunidade? Quais deficiências apresentam?* Os dados obtidos encontram-se descritos no Quadro 7.

Participantes	Respostas
Prof. 1	Sim - deficiência auditiva
Prof. 2	Sim - deficiência auditiva
Prof. 3	Sim – deficiência visual
Prof. 4	Sim – deficiência física
Prof. 5	Sim - deficiência física
Prof. 6	Sim - deficiência visual
Prof. 7	Sim - deficiência auditiva
Prof. 8	Sim – deficiência física, auditiva e visual

Prof. 9	Sim - deficiência visual
Prof. 10	Sim – deficiências física, intelectual e auditiva

QUADRO 7. Dados referentes à Questão 1

Os dados apontaram que todos os participantes já conheciam pessoas com deficiência: cinco professores (1, 2, 7, 8 e 10) responderam que conheciam uma pessoa com deficiência auditiva. Quatro professores (3, 6, e 9) responderam que conheciam uma pessoa com deficiência visual. A participante Prof. 8 relatou que conhecia um rapaz com deficiência física e outro com deficiência auditiva e que conhecia um garoto de 2 anos cego que estudava na APAE”. Somente o Prof. 10 respondeu que conhecia um deficiente intelectual e relatou “ meu filho é deficiente intelectual e estuda na APAE”. Para melhor visualização dos dados, foi construído o gráfico indicado na Figura 5.

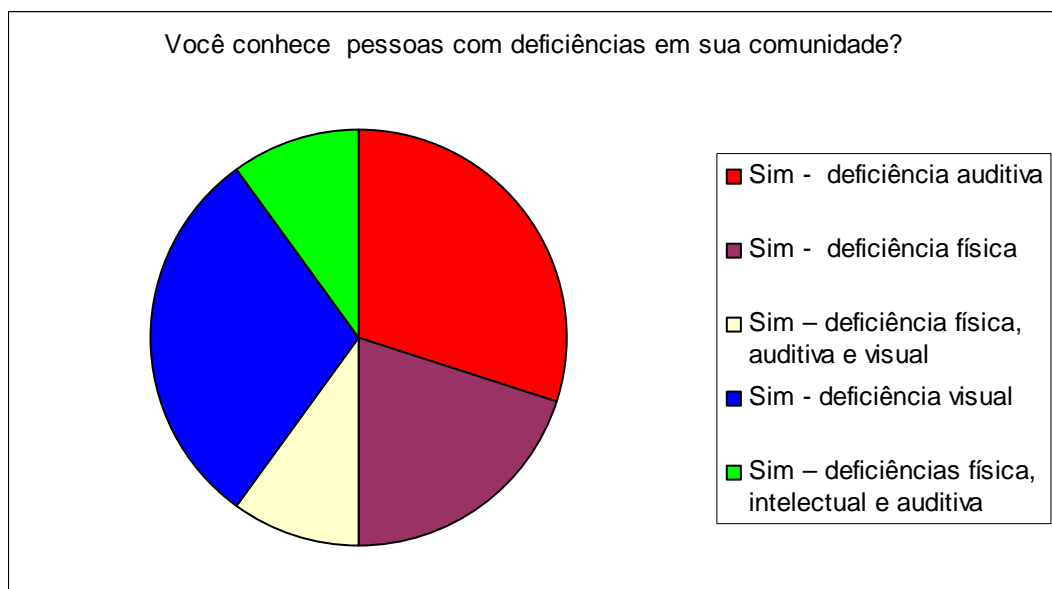


FIGURA 5. Gráfico referente à Questão 1

No que se refere a Questão 2 - *Você já conviveu com pessoas com deficiências?* Os dados obtidos encontram-se indicados no Quadro 8.

Participante	Resposta
Prof. 1	Não
Prof. 2	Sim – tenho um amigo com deficiência
Prof. 3	Não
Prof. 4	Sim – tenho um amigo com deficiência
Prof. 5	Não
Prof. 6	Sim – tenho deficiente na família

Prof. 7	Não
Prof. 8	Sim – tenho um amigo com deficiência
Prof. 9	Não
Prof. 10	Sim – tenho deficiente na família

QUADRO 8. Dados referentes à Questão 2

Os dados mostraram que 5 participantes, Prof.1, Prof. 3, Prof. 5, Prof. 7 e Prof. 9, isto é, metade dos professores indígenas admitem que nunca conviveram com alguém com deficiência. Três participantes, os Prof. 2, Prof. 4 e Prof. 8 responderam que têm um amigo com deficiência e 2 professores, (6 e 10) mencionaram que têm deficiente na família. Na figura 6, encontra-se o gráfico sobre os dados obtidos na aplicação da Questão 2.

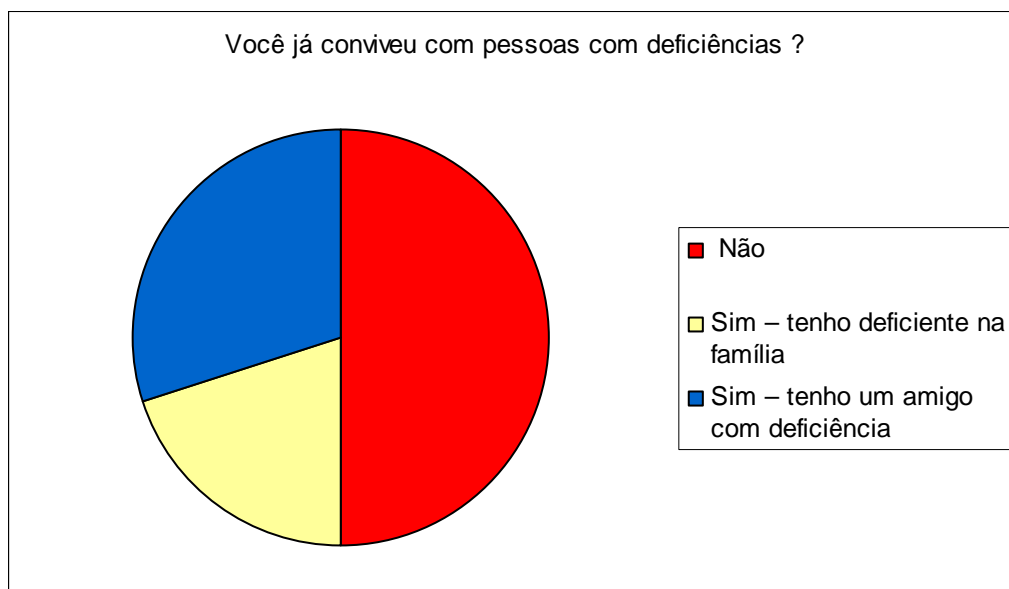


FIGURA 6. Gráfico referente à Questão 2

Em relação à Questão 3 - *As pessoas com deficiências participam das atividades esportivas e religiosas da comunidade? Quais atividades?* Os dados resultantes da aplicação do questionário encontram-se relatados no Quadro 9.

Participante	Resposta
Prof. 1	Não
Prof. 2	Sim, o surdo joga futebol
Prof. 3	Sim, o surdo joga futebol
Prof. 4	Não
Prof. 5	Não
Prof. 6	Não
Prof. 7	Não
Prof. 8	Não
Prof. 9	Não
Prof. 10	Sim, o surdo joga de futebol

QUADRO 9. Dados referentes à Questão 3

Os dados revelaram que sete participantes no período pré-capacitação responderam que as pessoas com deficiência de sua comunidade não participavam das atividades religiosas e esportivas. Somente 3 professores, (2, 3 e 10) responderam que conheciam um surdo que jogava futebol. O Prof. 2 disse “o rapaz com deficiência auditiva que é meu amigo, ficou surdo na adolescência mas continua jogando bola no campo de futebol da comunidade”. A síntese dos dados obtidos encontra-se mostradas no gráfico da figura 7.

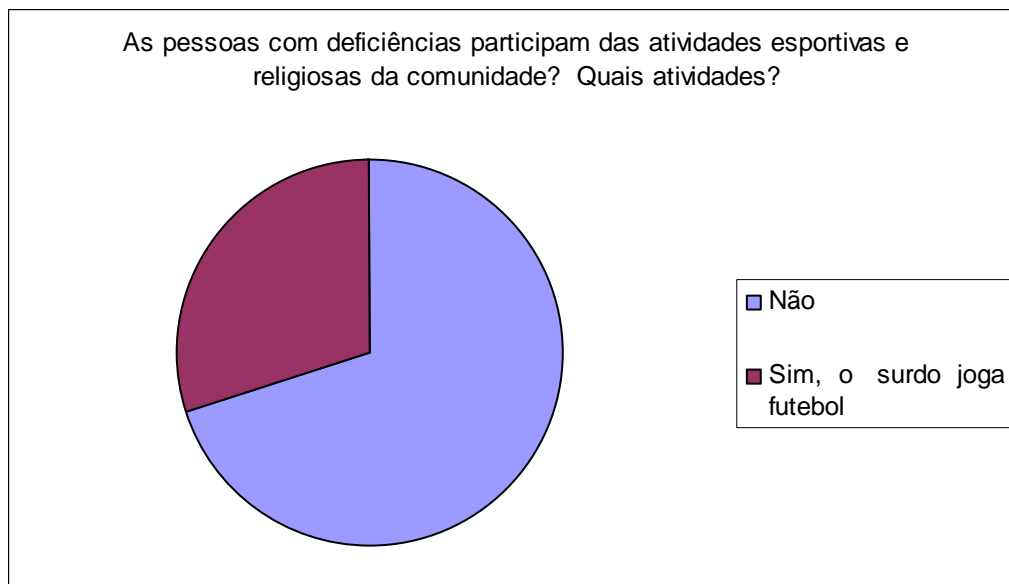


FIGURA 7. Gráfico referente à Questão 3

No que se refere à Questão 4 - *Você conhece algumas das causas que levam à deficiência: física, intelectual, auditiva e visual?* Os dados obtidos encontram-se indicados no Quadro 10.

Participante	Resposta
Prof. 1	Não
Prof. 2	A sífilis pode causar a deficiência visual
Prof. 3	Não
Prof. 4	Não
Prof. 5	Não
Prof. 6	Não
Prof. 7	Não
Prof. 8	Não
Prof. 9	Não
Prof. 10	Infecção no ouvido leva a def. auditiva

QUADRO 10. Dados referentes à questão 4

Os dados mostraram que oito dos dez participantes não conhecem as causas que levam às deficiências. Somente dois participantes Prof. 2 respondeu que casamentos consanguíneos pode levar deficiência visual e o Prof. 10 respondeu que a infecção no ouvido pode provocar a deficiência auditiva. Na figura 8, encontra-se o gráfico sobre os dados obtidos na aplicação da Questão 4.

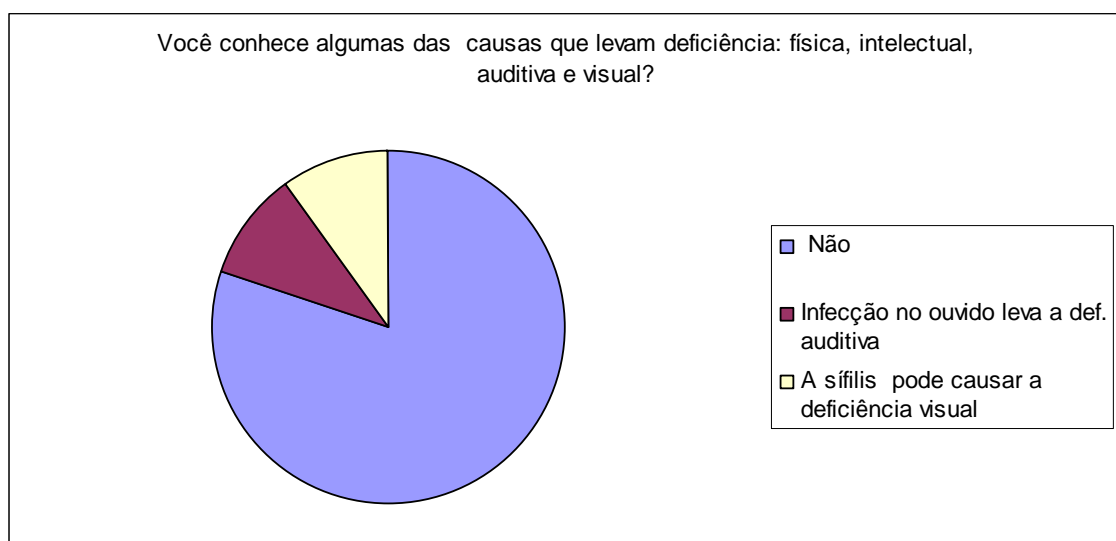


FIGURA 8. Gráfico referente à Questão 4

Dados referentes à Questão 5 – *Você conhece formas de evitar a deficiência: física, intelectual, auditiva e visual?*

Antes da aplicação do programa, todos os 10 professores participantes responderam que não conheciam formas de evitar deficiências.

Em relação à Questão 6 – *Em sua opinião, quem deve ser responsável pelo trabalho de prevenção de deficiência e inclusão dos deficientes de sua comunidade?* Os dados obtidos podem ser observados no Quadro 11.

Participante	Resposta
Prof. 1	A família do deficiente
Prof. 2	Toda a comunidade
Prof. 3	Toda a comunidade
Prof. 4	A família do deficiente
Prof. 5	A família do deficiente
Prof. 6	A família do deficiente
Prof. 7	A família do deficiente
Prof. 8	A família do deficiente
Prof. 9	A família do deficiente
Prof. 10	Toda a comunidade

QUADRO 11. Dados referentes à Questão 6.

Os dados indicam que somente três participantes, professores (2, 3 e 10,) atribuem a toda a comunidade o trabalho de Prevenção de deficiência e inclusão dos deficientes de sua comunidade. Na opinião de sete participantes, professores (1, 4, 5, 6, 7, 8 e 9) as famílias dos deficientes é que são responsáveis por este trabalho. A síntese dos dados obtidos com a aplicação da Questão 6 pode ser observada na Figura 9.

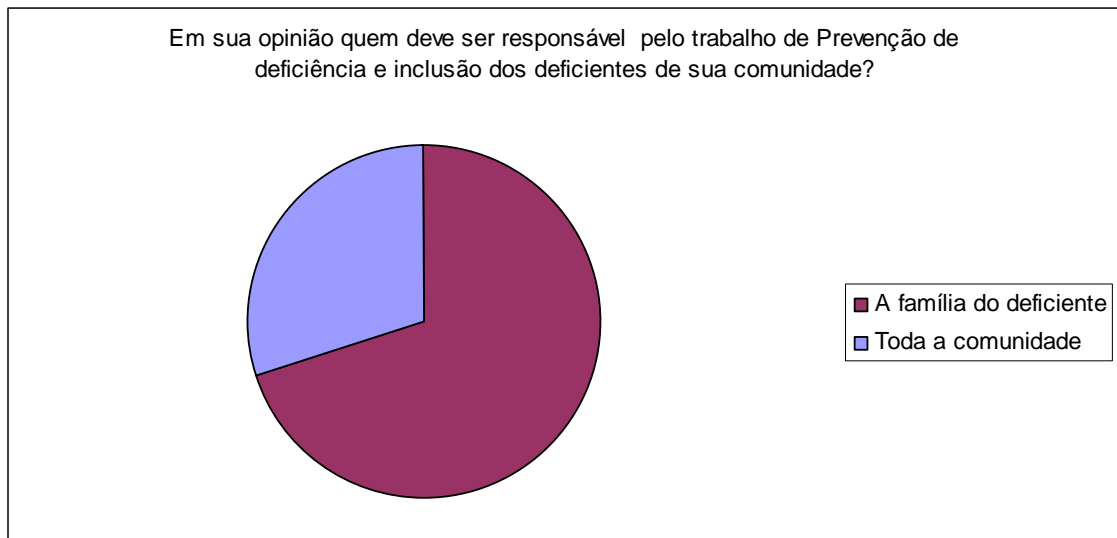


FIGURA 9. Gráfico referente à Questão 6.

Quanto à Questão 7 - *As pessoas com deficiências que você conhece estudam?*

Onde? Os dados obtidos encontram-se indicados no Quadro 12.

Participante	Resposta
Prof. 1	Sim – surdo estuda na escola da aldeia
Prof. 2	Sim – surdo estuda na escola da aldeia
Prof. 3	Sim – surdo estuda na escola da aldeia
Prof. 4	Não
Prof. 5	Não
Prof. 6	Sim - APAE
Prof. 7	Não
Prof. 8	Sim - APAE
Prof. 9	Não
Prof. 10	Sim - na APAE o surdo no Colégio da Aldeia

QUADRO 12. Dados referentes à Questão 7

Os dados mostraram que quatro participantes (1, 2, 3 e 10) conhecem o surdo que estuda na aldeia e está cursando o Ensino Médio, quatro responderam que não conhecem ninguém e dois professores conhecem alunos que estudam na APAE e o prof. 10 respondeu que conhece o surdo que estuda na aldeia e as crianças que estudam na APAE e relatou que é pai de um deles. Os dados obtidos com aplicação da Questão 7 encontram-se sintetizados no Gráfico da Figura 10.

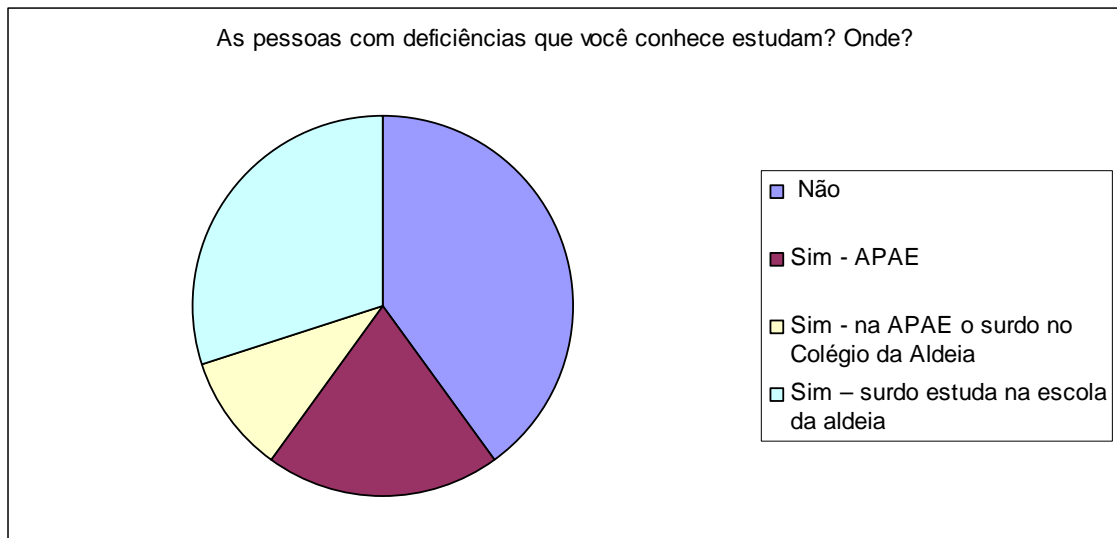


FIGURA 10. Gráfico referente à Questão 7

Em relação à Questão 8 - *Em sua opinião, onde os indígenas com deficiências devem estudar?* Os dados encontram-se relatados no Quadro 13.

Participante	Resposta
Prof. 1	Em escolas especializadas
Prof. 2	Em escolas especializadas
Prof. 3	Junto com outros alunos deficientes, em sala separada.
Prof. 4	Em escolas especializadas
Prof. 5	Todos juntos com os não deficientes na escola da comunidade
Prof. 6	Junto com outros alunos deficientes, em sala separada.
Prof. 7	Em escolas especializadas
Prof. 8	Em escolas especializadas
Prof. 9	Em escolas especializadas
Prof. 10	Em escolas especializadas

QUADRO 13. Dados referente à questão 8

Em relação à questão oito, os participantes, (1, 2, 4, 7, 8, 9 e 10) responderam que os alunos com deficiência devem estudar em Escolas Especializadas; os participantes Prof. 3 e Prof. 6 responderam que os alunos devem estudar junto com outros deficientes em salas separadas. Somente um, o participante 5, respondeu que todos os deficientes devem estudar juntos com os não deficientes na escola da comunidade. Os dados referentes à Questão 8 encontram-se sintetizados no gráfico da Figura 11.



FIGURA 11. Gráfico referente à Questão 8

No que diz respeito à Questão 9 - *Você já presenciou situação de preconceito/discriminação contra deficientes indígenas?* Os dados encontram-se indicados no Quadro 14.

Participante	Resposta
Prof. 1	Não
Prof. 2	Não
Prof. 3	Não
Prof. 4	Sim
Prof. 5	Não
Prof. 6	Não
Prof. 7	Sim
Prof. 8	Sim
Prof. 9	Não
Prof. 10	Sim

QUADRO 14. Dados referentes à Questão 9

Em relação ao preconceito, os participantes 4, 7, 8 e 10 admitiram ter presenciado alguma situação, porém os outros seis responderam que não presenciaram tal situação. Na Figura 12 encontra-se o gráfico com os dados obtidos na aplicação da Questão 9.

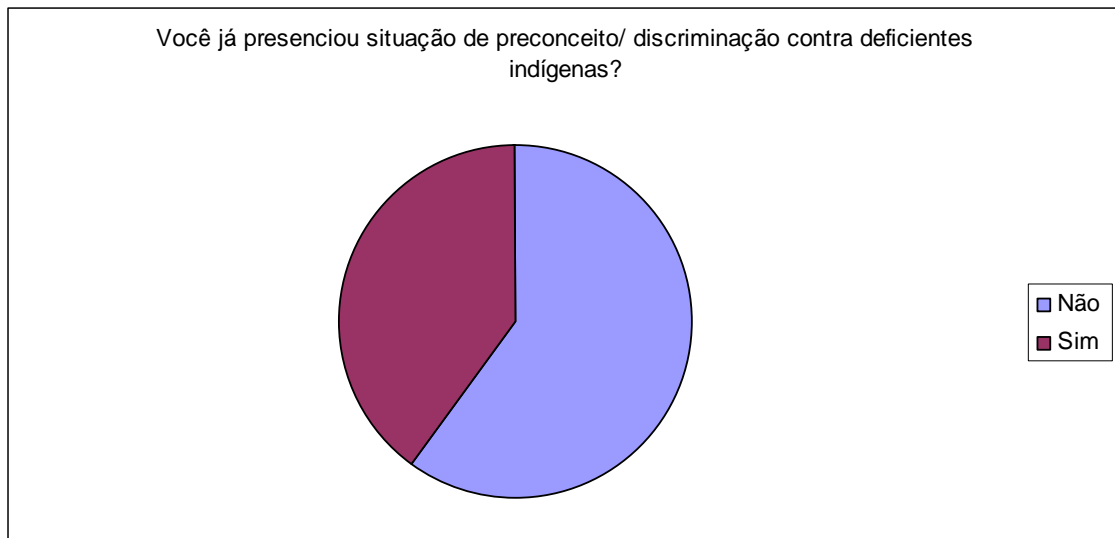


FIGURA 12. Gráfico referente à Questão 9

Em relação à Questão 10 - *Você conhece os direitos das pessoas com deficiências? Cite os direitos que você conhece.* No Quadro 15, encontram-se os dados relacionados à Questão 10.

Participante	Resposta
Prof. 1	Não conhece
Prof. 2	Sim – o direito de ter escola ou sala de aula especial
Prof. 3	Não conhece
Prof. 4	Não conhece
Prof. 5	Não conhece
Prof. 6	Não conhece
Prof. 7	Não conhece
Prof. 8	Sim direito a estudar, direito de ir e vir
Prof. 9	Não conhece
Prof. 10	Sim – o direito de ter Escola adequada a cada deficiência, amparo de saúde, alimentação e aposentadoria.

QUADRO 15. Dados referentes à Questão 10

Os dados referentes à última questão mostram que sete dos 10 participantes, responderam antes da aplicação do programa que não conhecem nenhum direito dos deficientes. O Prof. 2, respondeu que os deficientes têm direito a frequentar escola ou sala de aula especial, o Prof. 8, sabe do direito ao estudo e o direito de ir e vir e o Prof. 10, respondeu que o deficiente tem direito a uma escola adequada para cada deficiência, amparo

de saúde e alimentação e aposentadoria. A síntese dos dados encontra-se mostrada no Gráfico da Figura 13.

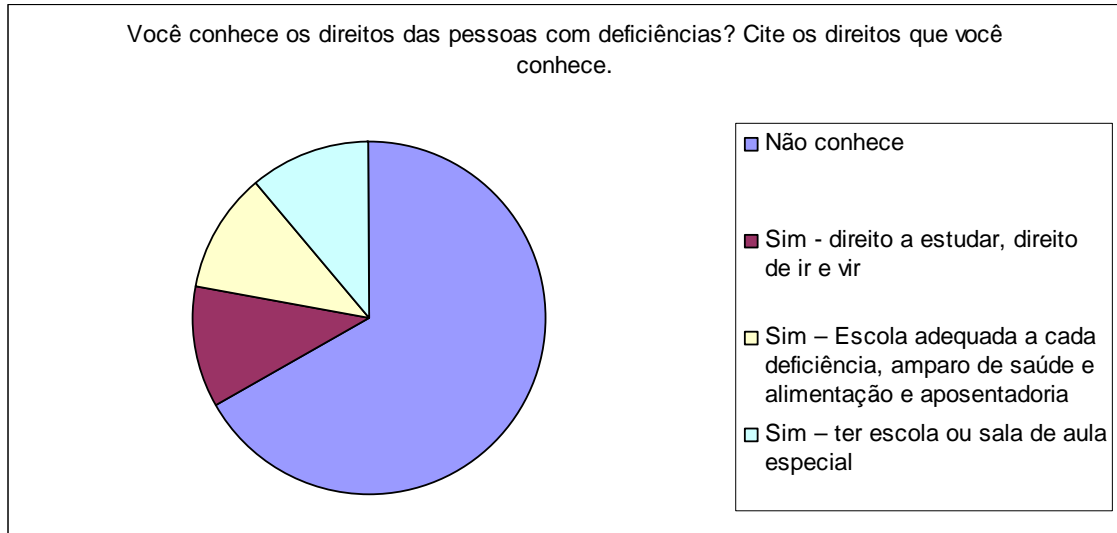


FIGURA 13. Gráfico referente à Questão 10

Nota-se que, neste momento, a maioria dos professores indígenas desconhece os direitos relativos às pessoas com deficiências. Isso nos leva a crer que este assunto não fazia parte da pauta de discussão no ambiente escolar.

7.3 TERCEIRA FASE - APLICAÇÃO DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO

A Terceira fase diz respeito à aplicação do Programa de Prevenção. Foram realizados 8 encontros de 4 horas distribuídos conforme indicam os dados contidos no quadro 16.

Encontros	Áreas das Deficiências	Carga Horária	Total de horas por área da deficiência
1º	Visual	4 horas	8 horas
2º		4 horas	
3º	Auditiva	4 horas	8 horas
4º		4 horas	
5º	Intelectual	4 horas	8 horas
6º		4 horas	
7º	Física	4 horas	8 horas
8º		4 horas	

Total geral da carga horária	32 horas
------------------------------	----------

QUADRO 16. Encontros realizados na aplicação do Programa de Prevenção

Foi acordado entre pesquisadora e participantes que, após a leitura de cada um dos quatro textos elaborado pela pesquisadora, seria construído um jogo educativo sobre prevenção de deficiência, cujos comandos (perguntas) seriam escolhidos pelos participantes a partir da leitura do texto e, posteriormente, os jogos poderiam ser impressos.

Ao final do trabalho com cada tema também, seria produzido material bilíngue para ser usado como ponto de partida para o trabalho a ser realizado com os alunos da escola indígena sobre prevenção. A opção escolhida pelos participantes foi a elaboração de histórias relacionadas aos temas.

Cada um dos 10 participantes elaborou uma história para cada tema abordado: deficiência visual, deficiência auditiva, deficiência física e deficiência intelectual. Para cada área da deficiência, foi escolhida uma história ilustrada, traduzida para o Kaingang e transcrita em Braille. Todo o material produzido pela equipe de professores participantes da pesquisa faz parte de um Kit denominado *arca da prevenção*.

7.3.1 Área da Deficiência Visual

O trabalho de aplicação do programa iniciou-se pela área visual, por escolha dos participantes, ao constatarem que os dados do IBGE revelam que é nesta área que está o maior índice de deficientes sendo que, 12, 1% dos indígenas brasileiros possui alguma ou grande dificuldade de enxergar.

Dessa forma, o principal objetivo foi que os professores indígenas, além de realizar junto aos alunos e sua comunidade uma conscientização sobre as formas de prevenção da deficiência visual, identificassem e dessem atendimento pedagógico aos alunos da sua comunidade que apresentam cegueira, baixa visão ou alguma dificuldade de enxergar.

Ao concluir o estudo sobre a área visual, esperava-se que os professores indígenas estivessem aptos para:

- Orientar alunos, familiares e comunidade sobre a importância de identificar as causas que levam à deficiência visual, bem como, conhecer formas de prevenir a deficiência visual;

- Identificar os alunos com alguma dificuldade de enxergar, através da aplicação do teste de acuidade visual (Escala de Snellen);
- Encaminhar os alunos que apresentaram dificuldade no teste para um exame oftalmológico;
- Enfrentar os desafios e propor estratégias de ação para atender pedagogicamente as especificidades, em relação às dificuldades visuais de seus alunos;
- Desenvolver ações voltadas para o acolhimento e o desenvolvimento de interações sociais no contexto da sala de aula e da comunidade indígena.

7.3.1.1 Materiais utilizados e disponibilizados para estudo do tema

- **Texto elaborado pela pesquisadora:** Deficiência visual: conhecer para prevenir e intervir (Apêndice IV)
 - **Escala de Snellen.**
 - **Vídeo: caminhando juntos para a independência. MEC- SEESP e Laramara**
- **Livros disponibilizados para o trabalho com as crianças do Ensino Fundamental:**
 - **Nós, os cegos enxergamos longe/ HUANING, Franz-Joseph.** ilustrações: Verena Balhaus; tradução e adaptação de Sâmia Rios. – São Paulo: 31 p. Scipione, 2005. (Literatura infanto-juvenil)
 - **Visão/ SUHR, Mandy.** ilustração Mike Gordon; tradução Lila Spinelli – São Paulo, 31pp. Scipione, 1998
 - **Um amigo especial.** Pederiva Cristiane. 1ª edição. . 31pp. Editora Melhoramentos. 2006. (Cocoricó: diferenças e costumes).
- **Vídeos disponibilizados:**
 - **Cocoricó.** Clássico 1. Episódio: Diferenças. 2008. TV Cultura.
 - **Líder de tribo tenta curar índio cego.** Disponível em: www.g1.com/ fantástico. Reportagem exibida em 19/04/09.
 - **Entenda como funciona o cérebro de um cego:** Disponível em: www.g1.com/ fantástico. Reportagem exibida em 04/01/09.
 - **Determinação.** O estudante Paulo Santos Ramos, com deficiência múltipla, ganhou a medalha de ouro na Olimpíada da Matemática, em 2005. Disponível em: www.g1.com/globocomunidade. Reportagem exibida em 06/07/08.

1º ENCONTRO - 4 horas de duração

O encontro iniciou-se pela apresentação do material previamente preparado para estudo sobre a deficiência visual. A pesquisadora apresentou aos professores participantes os materiais de uso dos cegos como: Reglete, punção, máquina perkins, soroban e bengala.

1- Sensibilização:

Para reproduzir as limitações impostas pela deficiência visual, os professores tiveram seus olhos vendados por uma faixa dupla de tecido preto, previamente esterilizado, para ouvirem a reportagem apresentada pelo programa da Rede Globo Fantástico “**Entenda como funciona o cérebro de um cego**”, exibida em 04/01/09.

A pesquisadora informou que no município vizinho, Cândido de Abreu, existe um garoto cego que frequenta a 5ª série do Ensino Fundamental na Escola Ary Borba Carneiro, que não usa bengala, circula pelo pátio, encontra sua sala de aula, refeitório e demais dependências, além de encontrar o ônibus que o transporta até a sua residência sem ajuda de ninguém.

Em seguida, alguns participantes relataram suas impressões para a pesquisadora e para o grupo na língua portuguesa.

O participante 1 relatou que, como não podia ver as imagens, prestou mais atenção no áudio para poder entender a reportagem;

O participante 3 disse que estava curioso para saber mais sobre como os cegos conseguem aprender sem ter a visão.

Naquele momento, a participante 8 relatou que, além de várias pessoas que tinham visão subnormal e um garoto com deficiências múltiplas que não enxergava e era atendido pela APAE, existia na Terra Indígena uma pessoa cega que vivia praticamente isolada da comunidade.

O grupo conversou por alguns minutos na língua materna e quando questionado pela pesquisadora se conheciam a pessoa cega, alguns nada responderam, outros disseram que não a conheciam.

A participante 8 relatou, ainda, que, como já trabalhou na área da Saúde, visitava as casas das famílias indígenas, por isso conhecia a pessoa cega.

2- Intervalo: 15 minutos

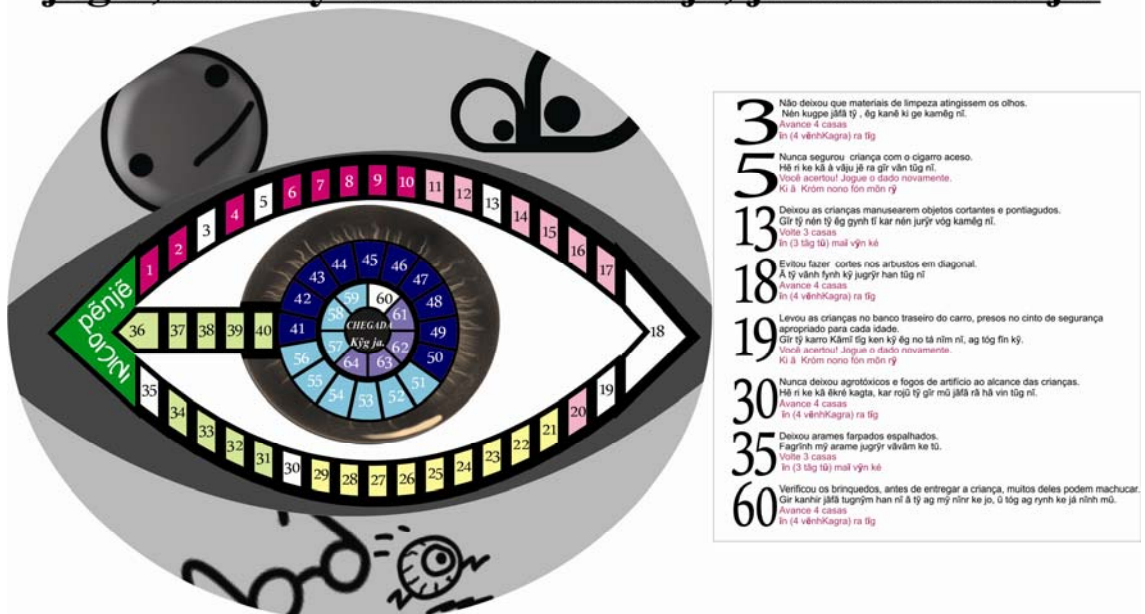
3- Leitura do texto elaborado pela pesquisadora:

Deficiência visual: conhecer para prevenir e intervir

Os professores identificaram, discutiram e apresentaram aos demais colegas e a pesquisadora, os aspectos encontrados no texto que, na opinião do grupo, eram relevantes e deveriam aparecer no jogo da prevenção à deficiência visual, elaborado pelos participantes, com a mediação da pesquisadora.

O jogo da prevenção à deficiência visual foi elaborado com a finalidade de levar informações aos alunos de forma lúdica sobre os cuidados que devemos tomar para prevenir acidentes que podem causar deficiência visual.

Jogo da Prevenção à Deficiência visual. jogo „Kaně tỹ Krórh ke tũ nĩ jé, jo vėnh ki rĩr je.



JOGO 1. Jogo da prevenção à deficiência visual

Muito dos comentários feitos pelos participantes na oficina ocorreram na língua materna o Kaingang. Os poucos comentários feitos na Língua Portuguesa foram registrados e descritos a seguir:

Participante 3: *“achei bastante interessante saber que a possibilidade de escrever em Braille e calcular com o Soroban”.*

Participante 8: *“gostaria de aprender a escrever em Braille e a calcular com o Soroban para poder ensinar às duas pessoas cegas da comunidade” Existe alguém para me ensinar, professora?*

Participante 2: *gostaria de saber mais sobre o DOSVOX (os jogos e as histórias).*

Participante 6: *“achei interessante saber que coisas simples podem evitar problemas nos olhos”.*

Questionados pela pesquisadora, os professores elencaram os procedimentos didáticos que devem ser usados em sala de aula com alunos de baixa visão:

- ✓ *sentar o aluno na frente perto do quadro de giz;*
- ✓ *usar caderno ou folhas com pauta mais escura,*
- ✓ *usar lápis com grafite para desenho;*
- ✓ *se necessário ampliar o material didático;*
- ✓ *usar lupas.*

2º ENCONTRO – 4 horas de duração

1- Dinâmica: 60 minutos

Os professores foram orientados para a realização de uma simulação em que metade do grupo assumiu a posição de uma pessoa cega por 30 minutos e a outra metade conduziu o grupo para dar uma volta no ambiente externo da aldeia com os olhos vendados e retornar ao local do curso. No segundo momento, inverteram-se as posições: os professores, que anteriormente guiaram, assumiram a posição de uma pessoa cega e foram guiados pelos colegas.

A participante 8 revelou que, depois da vivência, percebeu que algumas mudanças devem ser feitas para que a pessoa cega possa transitar sem o risco de se machucar. Por exemplo, o telefone público e, principalmente, os varais feitos com arame farpado não poderiam ficar no caminho da pessoa cega principalmente no trajeto de sua casa até a escola.

2- Vídeo: sobre orientação e mobilidade – 35 minutos - Caminhando juntos para a independência. Elaborado pelo MEC- SEESP e Laramara.

Após o primeiro encontro, foi feito contato com a família da pessoa cega e devido o grande interesse da pessoa em ir até a escola, ficou acordado que a mesma viria até o local da capacitação no 2º encontro após o intervalo.

3- Intervalo: 15 minutos

Os professores participantes ouviram o relato da pessoa cega que declarou em sua língua materna que, por mais de 40 anos, sentiu vontade de estudar e nunca lhe foi dada oportunidade. Era a primeira vez que teve a oportunidade de entrar na escola. A pessoa cega disse ainda que ficou cega quando ainda era criança e não sabe ao certo a causa.

Em seguida, foi feita uma apresentação do sistema DOSVOX para os professores e para a pessoa cega. A pesquisadora mostrou os vários recursos que os cegos podem utilizar neste sistema: Os participantes pediram para ouvir algumas histórias do arquivo DOSVOX e jogaram o jogo da força.

4- Passando da conscientização para a ação

Aplicação do teste de acuidade visual. Cada professor recebeu uma escala com os “ganchos” confeccionados previamente com papel cartão.

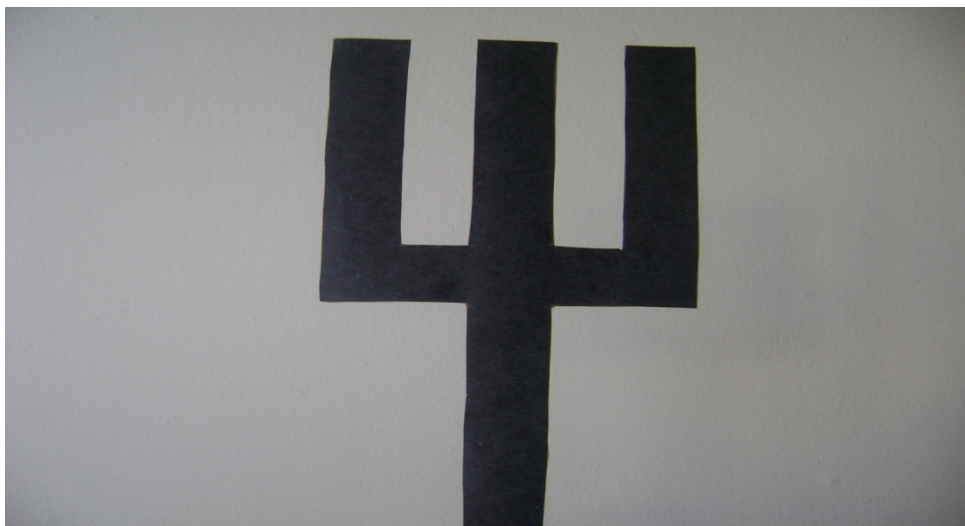


FOTO 7. “ Gancho” usado na acuidade visual

A Escala de Snellen é recomendada somente para triagem dos alunos que posteriormente deverão ser encaminhados ao médico oftalmologista caso apresentem algum sinal de problema visual. Cada professor realizou a acuidade visual nos seus

alunos usando este diagrama, também conhecido como optóptico de Snellen ou escala optométrica de Snellen.

Os Professores foram orientados para colocar a tabela a uma distância de 6 metros para que o aluno pudesse ver até em que linha conseguiria distinguir bem as letras. Será considerada visão normal a boa distinção até à 8ª linha. Sinal de alerta se o aluno não for além da 4ª linha, procurar os cuidados de um oftalmologista para uma avaliação mais rigorosa.

Para a aplicação do teste de acuidade visual, os professores receberam as orientações necessárias e, junto com a pesquisadora, providenciaram os seguintes materiais:

- Escala optométrica de Snellen;
- Ponteira, fita métrica;
- Giz, cadeira;
- “Gancho” confeccionado em papel cartão preto;
- Cartão para cobrir um olho enquanto o outro está sendo testado;
- Lista com o nome dos alunos do Ensino Fundamental;

Em seguida, organizaram a sala para a aplicação do teste que contava com boa iluminação natural e artificial, sem barulho e sem estímulos que desviassem a atenção dos alunos. A Escala de Snellen foi fixada a 5 metros de distância do risco, onde estava a cadeira em que o aluno sentou-se para realizar o teste. A tabela foi colocada de forma que a linha que corresponde à acuidade 1,0 ficasse na altura dos olhos da criança sentada.

Foi explicado detalhadamente para os alunos como eles deveriam utilizar os ganchos que deviam ser manuseados de forma correspondente ao que o professor apontava na Escala. Foi explicado, ainda, para a criança que ela devia cobrir o olho com o cartão colocado obliquamente sobre o nariz, sem pressionar o olho que deve permanecer aberto.

5- Cuidados fundamentais que foram observados durante a aplicação do teste

- em todas as crianças primeiramente foi testado o olho direito (O.D.) e posteriormente o olho esquerdo (O.E.);
- o sinal a ser lido foi indicado com um filete de taquara
- o teste iniciava sempre de cima para baixo, indicando dois ou três sinais de cada linha;
- foi mostrado maior número de sinais nas linhas 0,9 e 1,0;

- quando a criança ficava indecisa, eram indicados mais sinais da mesma linha para certificar se não se tratava de apenas distração;
- o resultado do teste foi anotado na folha registro na frente do nome do aluno com o valor decimal, correspondente à última linha que o aluno não encontrou dificuldade;
- foram registrados, na coluna de observações, todos os sinais e sintomas identificados durante a aplicação.
- os alunos com resultado igual ou inferior a 0,8 repetiram o mesmo procedimento antes de fazer o encaminhamento para o médico que atende no Posto de Saúde da Terra Indígena para que ele fizesse o encaminhamento para o oftalmologista.

6- Resultados

Realizaram o teste de acuidade visual com a escala de Snellen 108 alunos matriculados de 1ª a 4ª série nos períodos matutino e vespertino. Destes, nove foram encaminhados para exame oftalmológico mais detalhado. De 5ª a 8ª série, 53 alunos compareceram para a realização do teste e três foram encaminhados para o médico oftalmologista.

7- História elaborada pelo professor participante nº 6, na oficina sobre deficiência visual

As crianças cegas da Floresta

Nën kāmī gĩr kyvó ag

Era uma vez uma família muito grande.

Vāsỹ ũ ag tóg e já nātĩgtĩ

Como os filhos eram muitos, na hora das refeições, sempre faltava comida para os pais.

Fag krē e nātĩgtĩ! āgag jeān kỹ hog tóg ājag jóg ājag nỹ fag jěnvóg e tĩ.

O pai resolveu então sair com os filhos Joãozinho, Joaninha e Mariazinha para procurar alimento na floresta. As três crianças eram cegas.

Kỹ fag jóg tóg ti krē to jykrén kỹ hog mré tĩg ke mũ ; joãozinho, joaninha kar kỹ marĩazinha fag mré hag jěn ke kanē jé, nën kāmī.

O pai falou ao filho e às duas filhas: Vamos à procura de mel na floresta?

Kỹ fag jóg tóg vī mū ti krē mý , kýt ūn régre fag tóg mūnýt he mū nēn kāmī mýt kamē jé he mū

As três crianças eram cegas. O pai pegou uma corda e uma buzina feita de porongo.

Gír gōgtū tag hag tóg kyvó nātī. Ag jóg tóg corda vāg mū karky kýt buzina, týt tóg runja týt há nā.

Segure os três na corda, disse o pai. Eu vou à frente buzinando. Fon, Fon, Fon. – Sigam –me.

Ājag tōgtū jé corda kāgmī he mýt hag jóg ti. Kýt sóg ājag inh buzina kyn tīnh ke mū: Hūn, hūn – kýt hā mī mūg nī.

Chegando à mata o pai, ordenou aos filhos.

Nēn to jun kýt hag jóg tóg ti krē mýt genh ke mū he jo nī.

Fiquem aqui. Eu vou até a montanha à procura de mel e quando encontrar tocarei a buzina.

Tag ki nātīn nī. inh sóg pānónh ra tīg ke mū , mýt kanē jé, sýt ve kýt sóg inh buzina kyn . Ke mū.

Ao ouvir a buzina, vocês deverão vir ao meu encontro.

Ajag týt buzina he mē kýt ĩnh kato mūg nī

O Joãozinho deve ir à frente puxando a corda; a Joanelha e a Marianelha deverá acompanhar você, segurando a corda.

Joãozinho tóg ājag jāmī tīnh ke mū, corda nýtun ke mū kýt joanelha kar kýt marianelha fag tóg ā nón corda kāgmī kýt mūnh ke mū.

Os três irmãos ficaram ouvindo o canto dos pássaros.

Jagnē mré ke tāgtū hag tóg sēsī ag Kygkyr mēg nātīg tī

Finalmente a buzina do papai começou a tocar: fon; fon; fon.

Hāra ke jēn hag jóg buzina tóg kyr; hūn. hūn. hūn, ke mū

Oba! O papai encontrou o mel. Vamos ao encontro dele. Foram caminhando, caminhando.

há mē ! eg jóg ti mýt ve já nī . Mū nýt ti kato. Kýt hag tóg mūt tī sir.

Resolveram parar e ficaram ouvindo a buzina feita de porongo e perceberam que a buzina tocava atrás deles.

Kýt hag tóg krýt he kýt nātī nī, buzina týt rgja týt hā mē mán mū ra bizina tóg hag mā tá kyr.

Vamos voltar? disse Joãozinho.

Kỹ nỹ vỹnvỹn ke ha? he tóg joãozinho tĩ.

Pararam debaixo de uma árvore muito grande e ouviram: fon; fon; fon.

Kã mág krêg hag tóg krỹg he mũ: hũn; hũn; hũn. Ke mêg hag tóg mũ.

Perceberam então que o som da buzina vinha de cima da árvore e era o vento que estava soprando a buzina.

Hãra hag tý mẽ há han mũ ra, buzina tóg kã ên to sa já nĩgtĩ Hã kỹ kãka tóg buzina ên ti kyn e já nĩgtĩ.

— Vamos embora, disse Joazinha, o papai nos abandonou.

Mũ nỹ ha, he fi tóg joaninha fi, êg jóg tóg êg vãm já nĩ ha, he fi tóg mũ.

Seguiram pela mata e chegaram em uma estrada deserta.

Kỹ hag tóg nẽn kãmĩ mũg tĩ, kar kỹ hag tóg êpry si ù ki kãpa mũ.

Joãozinho perguntou:

Joãozinho tóg jẽmêg mũ

Vamos para o lado direito ou para o esquerdo?

Êg mỹ êg pegja kã tá mũnh, võ mỹ êg jakãnh kã tá mũnh?

Vamos para o lado direito respondeu Mariazinha.

Kỹ Mariazinha fi tóg êg pẽgja kã tá nỹ mũjêg he mũ.

Caminhando sempre do lado direito da estrada, ouviram uma música. Então perceberam que estavam chegando a uma casa.

Kỹ hag tóg êpry mĩ êg pẽgja kã tá mũ mũ, hag mũ ra hag tog vãkyr mêg mũ, kỹ hog tog ãn ù ki êg tóg junjun mũ há he mũ.

Chegaram mais perto e gritaram. Ô Ô Ô de casa!

Kỹ hag tóg ãn ên to grẽn ke mũ. Á, Á, Á, he mũ

A porta se abriu e apareceu uma velhinha.

Kỹ jãnkã tóg nor he mũ kófa fi tóg jẽ nĩ.

— Entrem e sentem meus filhos!

Inh krẽ káge jêg rỹ he fi tóg!

Os três entraram e falaram: Nós somos cegos, fomos abandonados, estamos fracos e com muita fome.

Ûn tâgtu hag tóg rã kỹ vĩ mũ; kyvõ êg nãtĩ he mũ, tý êg vẽn h võ nãtĩ kỹ êg tóg krój-pẽ nã kar êg tóg kókĩr-pẽ nãtĩ gé.

Eu vou alimentar vocês, disse a senhora. Ela trouxe uma bacia enorme de bolinhos.

Inh nỹ tóg ãjog jẽn ke mũ; he fi tóg kófa fi. Kỹ fi tóg pẽnky mág fãn kỹ ma kãtĩ mú, émĩ-kónhgrĩ tý

Depois de alimentar as crianças, a velhinha levou os três para um quarto.

Hag jĕn kar kŷ kófa fi tóg gĭr há tatĭn, ĩn vāfynyn ũ ra

Na manhã seguinte, depois do café da manhã, a senhora ligou o som e convidou os três irmãos para dançar e cantar.

Vay kŷ kusā ki kyfe he kar kŷ, kófa fĭ tóg fi vākyr-kyn, kŷ fi tóg ún tāgtŭ é n hag jé ke mŭ, hag tŷ grigré jé, kar kŷ jānhān jé.

Nós somos cegos, disseram eles, não sabemos dançar nem cantar.

Hāra ég tóg kyvó he hag tóg, kŷ ég tóg grigré ki kagtĭg nāfĭ kar kŷ jānjān ki ke gé

Eu também já fui cega, exclamou a senhora. Se vocês tiverem vontade, aprenderão.

Inh sóg kyvó já nĭgtĭ gē, he fi tóg kófa fi. Ājag kanhrān sór kŷ ājag tóg kanhrān ke mŭ gé.

Algum tempo depois, Joãozinho tornou-se um cantor e suas irmãs dançarinas.

Kejĕn joāozinho tóg tŷ jān-tĭ-pē nĭ sir, kŷ ti ve fag tóg tŷ grigré tĭ-pē nāfĭ gé sir

Formaram um grupo musical que encanta os povos que vivem na mata.

Kŷ hag tóg tŷ nĕn kāmĭ vākyn-tĭ-pē nāfĭ ha.

Além de contar, as crianças cegas ensinam aos habitantes da mata pequenos cuidados para entrar a deficiência visual.

Vā hā gir Kyvó ag tóg jān jān kŷ nĕn kānnĭ ke ag kanhrĕn tĭ ājag kanĕ kirĭr há han ag tóg tĭ gé.

7.3.2 Área da Deficiência Auditiva

Ao término do estudo sobre a deficiência auditiva, os professores Kaingang deveriam estar preparados para:

- Orientar seus alunos, familiares e comunidade em relação às causas da deficiência auditiva, bem como, às formas de prevenção ;
- Identificar os alunos que apresentam problemas de audição e encaminhar para os cuidados médicos necessários;
- Colaborar para que as crianças e jovens surdos ou com deficiência auditiva, sejam inseridos na escola, na comunidade e na sociedade.

3º ENCONTRO – 4 horas de duração

Para entender as limitações impostas pela deficiência auditiva e compreender como as “pistas visuais” são fundamentais para o indivíduo surdo, os professores assistiram a um vídeo em que, no primeiro momento, foi retirado completamente o som.

Reportagem Teste da Orelhinha, exibida no dia 08/10/2008, pela Rede Globo – Programa Bom Dia Brasil Disponível em: <http://g1.globo.com/noticias/brasil/>

1- Relato das impressões para a pesquisadora e o grupo

Participante 10: *“Eu nunca tinha ouvido falar deste teste, devia ser obrigatório em todo o país”*.

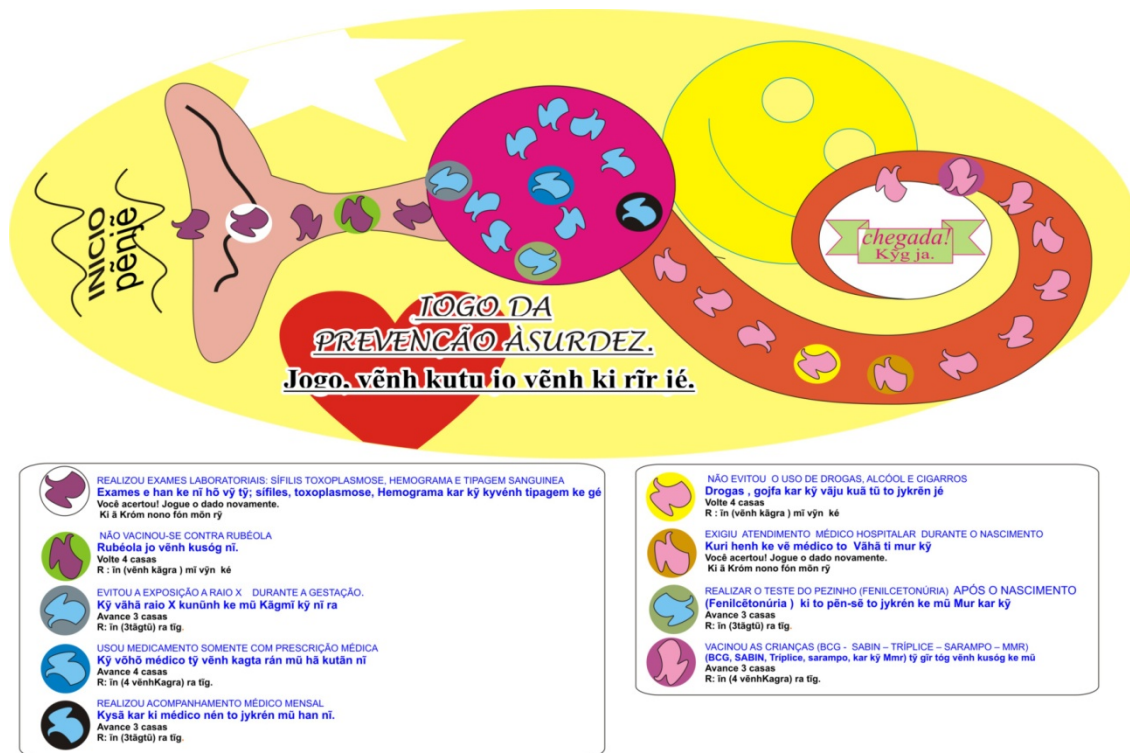
Participante 8: *“Achei muito interessante o teste da orelhinha, pois é rápido, não é necessário picar a criança”*.

2- Leitura do texto elaborado pela pesquisadora:

Deficiência Auditiva: conhecer para prevenir e intervir - 60 minutos (Apêndice V)

3- Intervalo: 15 minutos

Os professores identificaram, apresentaram e discutiram com a pesquisadora e os demais colegas do grupo, os aspectos encontrados no texto considerados relevantes e que, na opinião dos professores, no trabalho de prevenção deveriam fazer parte dos comandos do jogo da prevenção elaborado pelos participantes, com a mediação da pesquisadora.



JOGO 2. Jogo da prevenção à deficiência auditiva

Relato das impressões feitas em Português, segunda língua para os Kaingang

Obs. A maioria dos comentários foram feitos pelo grupo, na língua materna: o Kaingang.

Participante 2: “*existem na escola várias crianças indígenas que reclamam de dor no ouvido*”.

Participante 7: “*agora ficou mais fácil identificar alunos com problemas auditivos na sala de aula*”.

Participante 8: “*os surdos da aldeia precisam aprender a Libras para continuar os estudos. O (P. A), gostaria de fazer faculdade mas quase não escuta. A (J. T.) está em casa sem estudar e a (M.M.) vem à escola, mas não aprende nada*”.

4º ENCONTRO – 4 horas de duração

1- Leitura do texto:

O fim do isolamento dos índios surdos.

(Revista Nova Escola. Edição 208 – Dezembro de 2007)

Livro e vídeo Infantil: Honora, Márcia. **O canto de Bento**, São Paulo: Ciranda cultural, 2008. (Ciranda das Diferenças).

Livro: SURH, Mandy. **Audição**. Ilustração Mike Gordon: Tradução Lila Spinelli. São Paulo: Scipione, 1988. 31 p.

2- História elaborada pelo participante nº 1 na oficina sobre prevenção à deficiência auditiva.

TADEU E TOTI

TADEU MRÉ TOTI

Certa vez, no final da primavera, no meio da floresta de Araucárias, nasceu uma ninhada de cães selvagens. Um deles era diferente.

Kejën ka fenh fég kã, fág ag krēm, kasor ũ fi tóg krēg já nĩgtĩ, hara ũn pir tóg ag ve kỹ tỹ ũ jē vñh mỹ.

Este cão não brincava com seus irmãos nem atendia o chamado da mãe.

Kasor sĩ ãn tóg ã ti rēg re ag mré kanhgir vñh jē, kar tóg ã ti mỹ nh fi ã ti jé prēr mē vñh je.

Esta atitude de isolamento fez com que a família percebesse que o cãozinho era surdo e aos poucos o cãozinho que se chamava Tadeu foi sendo excluído de tudo, das brincadeiras, da alimentação e do carinho da mãe.

Ti tỹ ge jēn fy ti ny togti tỹ kutu je ãn ki kanhrãn mũ ti jiji hã vỹ Tadeu he mũ, ti ty ge jēn kỹ ag tóg ti fi ĩvñh mñ tu nĩ vñh kanhgir mũ ra, ag jēg mũ ra kigé, kar fỹ vñhã ti nỹ tóg ti tỹ ũn sór mũ.

Mas Topê colocou um cãozinho no meio da família, chamado Toti que era o único cãozinho que via o sofrimento. Com isso, Toti sentia culpado por não fazer um pouco mais do que já fazia.

Hara Topē Tóg ti rég ré ũ tỹ ti ki rĩr han já nĩ ti jiji hã vỹ Toti he mũ, ksor sĩ ũ vège, ti mré mur já ũ vē ti hã tóg ti jagtar tĩ ěn vэг e tĩ, ti reg ré tag ti Toti ti, ti tỹ ti ve ky nēn ũ han há tóg tĩ e tĩ.

Certa manhã, quando a mãe e os outros filhotes acordaram, não encontraram mais Tadeu e Toti, porém não se incomodaram nem um pouquinho.

Kejēn kusā pē ki kasorkāsir ag nỹ fi tóg ā fi rir mũ ra ũn rég re ěn ag ve mǎn tũ nĩ Tadeu ũn kutu, kar Toti ti rég re, hara ag tóg ag kanē sór tũ nĩ.

Na beira de um rio, ambos sentaram para descansar. De repente, Toti começou chorar.

Goj fyr ki ag tóg nĩgĩ mũ ag ājag vēnh kánká je. Hara kejēn Toti tóg fỹ mũ.

Tadeu ficou muito comovido e lambuzava os seus lábios ao ver seu amigo dizer chorando através de gestos.

Tadeu mỹ tóg jagy tĩ, kỹ tóg ā ti rég re nĩje to jónjón he mũ, kǎgran kỹ tóg fỹ ta vĩ han mũ.

— Se você pelo menos escutasse um pouquinho, poderíamos conseguir um aparelho para amplificar o som, mas como você não ouve nada, preciso descobrir uma outra alternativa.

— Ā tỹ kutu sĩ nĩ ra sóg ā mỹ nigrég kǎ nĩvĩ ěn kanēnh ke mũ vē, ky ā tóg mē sĩ han nũ vē, hara ā tóg kutu pē nĩ, kỹ sóg nēn ũ to jykrén ke mũ.

Volte para a casa e eu te prometo, custe o que custar voltarei para te ajudar.

In ra vỹn kem nĩ há, ā to mh vỹn ke tũ nĩnh ke tũ nĩ, ỹ ā juna hen jé.

Toti saiu pelo mundo a fora em busca de uma solução. Certo dia, descobriu que existia um curso sobre língua de sinais caninas.

Kỹ Toti tóg sir kuvar hã ra tĩ mũ ā tĩ mũ ā ti rég re to jykrén kỹ. Hara tóg curso tĩ ũ ki Kanhrǎn mũ ũn kutu ag my.

Depois de algum tempo, Toti concluiu o curso e voltou imediatamente para contar a novidade a Tadeu.

Kejēn sir Toti tóg curso ěn kǎn mũ, kỹ tóg vǎhǎ vỹn ke mũ ā ti tỹ ag mỹ tón jé Tadeu my.

Quando chegou, ficou surpreso, nenhuma mudança havia acontecido. Ficou sabendo que Tadeu à medida que crescia foi sendo ainda mais excluído.

Ti jun mũ ra tóg hã ri ke ti. Tadeu tỹ mog han rǎ kỹ ag tỹ ti Ki rĩr mǎm tũ han ěnē ki tóg sir kanhrǎn mũ.

Começou a ensinar tudo que havia aprendido sobre a língua de sinais e Tadeu rapidamente começou a comunicar e podia participar de todas as atividades caninas com a ajuda do seu amigo intérprete.

Ā ti t̄y n̄n ki kanhr̄n jā ěn kar t̄y tóg ti m̄y to k̄y k̄gryngran m̄ũ, ki Tadeu tóg k̄anhmara K̄gryngran há j̄ẽ, k̄y tog v̄hã kasor ag t̄y n̄n han tí ěn̄ ti hynhan m̄ũ ki ā ti kanhr̄n m̄ũ tug n̄n.

Certo dia, Tadeu convidou Toti.

Kurã ũ kã Tadeu tóg Toti Jé ke m̄ũ.

Vamos sair pelo mundo, outros cãozinhos surdos poderão ter vida normal, com a nossa colaboração.

M̄ũȳ ěmã m̄i m̄ũ j̄ẽ, Kasor k̄asir kutu ũ ag tóg ũ ag ri ke n̄t̄inh ke m̄ũ, ěg t̄y ag juna hen k̄y.

Instrutor e intérprete saíram pela floresta identificando outros cães na mesma situação de Tadeu, ensinando os cães surdos e suas famílias a língua de sinais caninos.

K̄y ag tóg sir m̄ũ m̄ũ já n̄ẽ mré, f̄y ag tóg ũn kutu ũ ag vigvég m̄ũ Tadeu ri ke ũ ag k̄y ag tóg to ag n̄y ag kanhr̄nr̄m m̄ũ, kar k̄y v̄hã ũn kutu ěn ag v̄i k̄i k̄gryngran ěn to.

7.3.3 Área da Deficiência Intelectual

O objetivo do estudo sobre a deficiência intelectual foi oferecer aos professores Kaingang condições de diferenciar deficiência intelectual de doença mental, conhecer formas de prevenção e discutir estratégias pedagógicas para o atendimento educacional de alunos com deficiência intelectual.

Ao concluir o estudo sobre a Deficiência Intelectual, os professores indígenas deveriam estar aptos para:

- Orientar alunos, familiares e comunidade sobre a importância de identificar as causas que levam à deficiência Intelectual, bem como, conhecer formas de prevenir a deficiência intelectual;
- Propor estratégias de ação para atender pedagogicamente as especificidades, em relação as dificuldades intelectuais de seus alunos;
- Desenvolver ações voltadas para o acolhimento e o desenvolvimento de interações sociais no contexto da sala de aula e da comunidade indígena.

5º ENCONTRO - 4 horas de duração

1- Leitura do texto elaborado pela pesquisadora:

Deficiência Intelectual: conhecer para prevenir e intervir (Apêndice VI)

Os professores, identificaram, discutiram e apresentaram para a pesquisadora e demais colegas, os aspectos encontrados no texto, que na opinião de grupo são relevantes para o trabalho de prevenção. As questões levantadas foram contempladas no jogo da prevenção elaborado pelos participantes com a mediação da pesquisadora.



JOGO 3. Jogo da Prevenção à Deficiência Intelectual

2- Relato das impressões feitas em Português, segunda língua para os Kaingang:

Obs. A maioria dos comentários foram feitos pelo grupo na língua materna: o Kaingang.

Participante 1: *“Já ouvi alguém dizendo que o aluno com esta deficiência é mais difícil de trabalhar na sala de aula”*

Participante 8: *“ acho importante os alunos deficientes estudarem juntos. A (...) com síndrome de Down vai estudar na APAE, mas gosta muito de frequentar a escola da aldeia”.*

Participante 10: *“As pessoas com está deficiência parece que aprende o que você ensinou, mas no dia seguinte você percebe que ele não sabe mais”.*

3- Intervalo: 15 minutos

Entrevista com a Senhora Maria, convidada pela participante 8 para falar sobre as formas de prevenção de doenças e deficiências entre os Kaingang. A entrevista foi filmada e a maior parte do diálogo transcorreu em Kaingang. Entre os comentários feitos por dona Maria, traduzidos principalmente pela participante 8, destaca-se o fato que antigamente eram raros os casos de deficiências entre os Kaingang devido:

- à alimentação tradicional que antigamente eram preparadas e ingeridas e que sobretudo não tinha “ temperos”;
- ao contato mais intenso com a natureza;
- aos remédios utilizados eram retirados da natureza e usados como chás;
- às formas tradicionais de cuidar do bebê e alimentá-los principalmente com leite materno (a criança é que decidia quando não queria mais o leite materno);
- ao consumo de água principalmente das minas santas que eram pura sem contaminação por veneno, lixo de todas as espécies.

Existem, na Terra Indígena Ivaí, duas minas santas (sagradas pelo fato do Monge João Maria ter saciado sua sede com a água destas minas): uma está localizada na “vila” onde residem as famílias indígenas e outra “menos contaminada”, em um local denominado Laranjal. Com o surto de gripe H1N1, de acordo com o participante 7, houve

uma corrida às minas, “com o aparecimento de caso de gripe na comunidade, os indígenas passaram a não levar em consideração a análise da água, que apontou que a água da mina localizada próxima à igreja estava imprópria para uso”.

Os indígenas que contraíram o vírus H1N1 foram devidamente tratados com a medicação Tamiflu e não houve nem um caso de morte por este motivo, conforme dados da unidade de saúde da FUNASA na Terra Indígena que conta com um médico, um dentista, três enfermeiras e três agentes indígenas de saúde.

6º ENCONTRO – 4 horas de duração

1- Leitura dos livros disponibilizados para o trabalho com as crianças do Ensino Fundamental séries iniciais:

- Meu Amigo Down na Escola /Cláudia Werrnek. Ilustração Ana Paula – Rio de Janeiro: WVA, 1994. 24p. (coleção Meu Amigo Down, 3);
- Minha Irmã é Diferente/ Betty Ren Wright. Ilustração de Helen Cogancherry. Tradução e adaptação de Fernanda Lopes de Almeida. Editora Ática, 2008.

2- Elaboração de uma história relacionada ao tema:

História elaborada pela professora participante nº 4 na oficina sobre prevenção à deficiência intelectual

O Mico

Kajer

Os Micos-Leões-Dourados que habitam a mata atlântica estavam preocupados com a escassez de alimentos provocada pela destruição da floresta.

Kajēr ag kar kŷ mīg nun gānh mág ag tóg nēn kāmī ki kanhró nātī tī.

Por isso, ficou decidido que cada fêmea só podia engravidar uma vez.

Ūn tŷtá hag tóg krên pir han tī.

O novo casal esperava com expectativa o nascimento de seus filhotes.

Jagnē mré nīn tåg fag tóg ā jan kósin jāvānh há nātī

Depois de quatro meses, nasceram dois filhotes e, para a surpresa dos pais, um deles foi vítima de uma alteração cromossômica e seria deficiente intelectual.

Kejēn kysā régre tēn ky fag krē tóg vēnh ve, hā ra ag jóg tóg ũ tén já nī

A primeira reação do casal foi esconder o filhote diferente. A mãe se recusava amamentar o filhote e, por isso, o pequeno adoeceu.

Kỹ fag tỹ jagnē mré vī jagy han kỹ fag tóg fag kósín péju. Ag nỹ fe tóg ā mỹ kaga ra ā kósín tí péfān tī.

O macaco mais velho do grupo descobriu o que estava acontecendo e aconselhou aos pais que o filhote não poderia ser excluído de nenhuma atividade por causa de sua diferença e determinou com sua sabedoria:

Kỹ kajēr kófa. tóg ki kanhrān mū kỹ tóg tí nỹ fi kar tí jóg jyvēn mū ā jag kósín tóg ā jag rike tú jē he mū hāro tóg kanhró jē he mū.

— Os dois irmãos que acabaram de nascer devem ter as mesmas oportunidades.

Jagnē régre ag tóg ā jag vēnh ven mu kā jagnē hāri ke jē.

O grupo de micos-leões-dourados entenderam que acolher e respeitar as diferenças do pequeno mico-leão-dourado era dever de todos.

Kajēr ag, mīg nunh gānh mág ag tóg pāi respeitar henh ke ki kanhró nātī tī.

Assim, convivendo com todos do grupo, o mico-leãozinho foi superando as dificuldades, para a felicidade dos pais, que passaram acreditar na capacidade do filhote.

Kỹ kajēr ag kar mig nunh gānh mág ag tóg nén ũ jagy mī mūn tī hāra ag tóg jagnē to há ta vī nātī tī.

Não muito distante daquele lugar, um outro casal de mico-leão-dourado, sentiu-se desamparado quando percebeu que um dos seus filhos que acabava de nascer, também era deficiente intelectual.

Kāra ag tó ā jag jamā tovānh ketū nātī , kajēr mīg nunh gānh mág ag kósín ũ tóg vēnh mỹ vēnh vem já nigťī.

Resolveram pedir ajuda para o casal que tinha passado pela mesma situação.

Kỹ ag tóg ěg juna he rỹ he já nigťī un tỹ vēnh jykre tag mī tē e já mỹ.

As famílias organizaram-se em uma associação para lutar pelos direitos de seus filhos e investigar o que estava acontecendo.

Kỹ ag tóg associação ham já nī ag tỹ vēnh jykre tag to rānhrāj jé.

Descobriram a existência de diversas causas que podem levar a deficiências e a melhor descoberta foi que muitas das causas podem ser prevenidas e tomaram uma importante decisão.

Kỹ ag tóg ki kãhrãn já nĩ ãn vãnh mỹ ag tog vãnh jykre ti.

Passaram a orientar os casais que ainda não tinham filhos sobre os cuidados que devem ser tomados antes, durante e depois do nascimento do filhote para evitar deficiências.

Kỹ ag tóg ãn kósin jãtũ fag jyvẽn tĩ fag tỹ vãnh kirĩr hã han jé ã jag kósin tỹ vãnh mỹ tũ nĩnh ke jo.

Os associados acreditam que a informação é a principal forma de prevenção.

Associação ki ge kỹ nãtĩ ag tóg to jykre kri fi pẽ han tỹ.

7.3.4 Área da Deficiência Física

Ao concluir o estudo sobre deficiência física, os professores indígenas deveriam estar aptos para:

- Orientar alunos, familiares e comunidade sobre a importância de identificar as causas que levam à deficiência física, bem como, conhecer formas de prevenção;
- Enfrentar os desafios e propor estratégias de ação para atender pedagogicamente as especificidades em relação às dificuldades físicas de seus alunos;
- Desenvolver ações voltadas para o acolhimento e o desenvolvimento de interações sociais no contexto da sala de aula e da comunidade indígena.

7º ENCONTRO – 4 horas de duração

1- Sensibilização: 45 minutos

Para reproduzir as limitações impostas pela deficiência física, os professores tiveram parte de seus corpos imobilizadas por ataduras e realizaram algumas atividades, tais como, fazer uma ligação do telefone que está fixado fora do muro da escola;

2- Relatar suas impressões para a pesquisadora e o grupo: 15 minutos

3- Leitura do texto elaborado pela pesquisadora:

Deficiência Física: conhecer para prevenir e intervir - 60 minutos (Apêndice VII)

4- Intervalo: 15 minutos

Os professores identificaram, apresentaram e discutiram com a pesquisadora e com os demais colegas do grupo os aspectos encontrados no texto que, na sua opinião, são relevantes. As questões levantadas pelo grupo foram contempladas no jogo da prevenção, elaborado pelos participantes com a mediação da pesquisadora.



JOGO 4. Jogo da prevenção à deficiência física

Relato das impressões feitas em Português, 2ª língua para os Kaingang

Obs. A maioria dos comentários foram feitos pelo grupo, na língua materna o Kaingang.

Participante 8: “Os nossos dois indígenas que têm deficiência física são bastante inteligentes. O (...) me disse que o maior sonho dele é estudar na escola da aldeia”.

Participante 2: “Eles não só têm deficiência Física. O (...) além de não andar ele também não enxerga. Sei que é bastante comprometido”.

Participante 10: “*Se eles vier estudar na aldeia e não tiver um professor especializado, não adianta que eles não conseguem estudar*”.

Participante 7: “*Se a escola da aldeia for adaptada como a professora disse que vai ser, e se tiver professor que sabe ensinar a língua do cego e entender o que o (...) fala. Daí tudo bem.*”

5- Filme:

O corcunda de Notre Dame II O Segredo do sino

Tempo: 65 Minutos

8 ° ENCONTRO – 4 horas

Leitura de livros infantis para serem trabalhados com os alunos e disponibilizados para o trabalho com as crianças do Ensino Fundamental:

- O corcunda de Notre Dame/ Vitor Hugo: Adaptado por Michael Ford; ilustrado por Penko Gelev: traduzido por Santiago Nazarian – São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2008;
- Pedrão, o Campeão/ Milaré Denise, Silvia Maria Calipo: Ilustrações Marcelo Martins – São Paulo: Scipione, 1996. 16p;
- Querer é Poder/ Adriana Gunz: ilustrações Edenan Luiz de Mello: Diagramação Moises Peres Granada: Impressão Gráfica Wunderlich – Paraná: 2006. 20p;
- Rodas, pra que te quero! Ângela Carneiro, Marcela Cálamo; ilustrações Laurent Cardon- São Paulo: Ática, 2006. 56 p.

1- Intervalo: 15 minutos

Redação de uma História real ou Fictícia sobre deficiência Física.

2- História elaborada por dois professores, participantes 2 e 7 na oficina sobre prevenção à deficiência física

A Gralha Azul Diferente

Sāgsó tásá tỹ ũ fi

Certa vez, no alto de uma araucária, a gralha – azul fez seu ninho de gravetos em forma de taça.

Kurā ũ kã fág nĩno tá sāgsó tánh sá fĩ tóg fi jagfe han mũ, kã kāsir tỹ.

Depois de aproximadamente dezoito dias, nasceram quatro filhotes que eram alimentados pelos pais e parentes.

Kurā tỹ dezoito tũg mũ ra fi krē vėnh kagra tóg tygty mũ, ag panh kar ag kanhkã ag tóg ag jėn tĩ.

Quando os filhotes se preparavam para voar, veio uma forte tempestade o galho da araucária quebrou e o ninho se desmanchou no ar .

Ag tęg tẽ hánh ke ra, kóho tóg kãtĩ mũ kỹ fág pẽ tóg mráy mũ, kỹ ag jagfe tóg kymỹ kórég kãn mũ.

Três filhotes voaram, porém um deles ficou no chão. Sua asa estava quebrada e era impossível voar.

Ag tęg tẽ hánh ke ra, kóho tóg kãtĩ mũ kỹ fág pẽ tóg mráy mũ, kỹ ag jagfe tóg kymỹ kórég kãn mũ.

Quando os três filhotes estavam distantes perceberam que algo havia acontecido, pois estava faltando um dos irmãos. Então resolveram voltar para ajudá-lo.

Ag tỹ kivar há tá mũ ra ag tóg ag kagká ũ tũ nĩ. vėg mũ kỹ ag tóg vỹn ke mũ, ag tỹ tĩjy nĩgõn jé.

Depois de voarem alguns minutos, chegaram ao local onde o ninho havia desmanchado, porém não encontraram o quarto irmão e resolveram partir sem ele.

Ag mũg móg han kar ag tóg tá jun jun mũ ag jagfe kórég já tá , há ra ag tóg ag mré ke tĩ vėg tũ nĩ, kỹ ag tog nũ nãn.

O filhote sozinho teve que batalhar muito para sobreviver, mas sua maior luta foi contra os predadores.

Sėsi krē ěn tóg, jagtar mag mũ, tĩ tỹ rĩr tĩ jé nén jũ tỹ ti ko tũ nĩ jé.

Depois de algum tempo, após caminhar por vários dias, conseguiu subir na parte mais alta da montanha, observou o relevo e percebeu que a vista de cima era exuberante.

Kurã tỹ hên ri ke ki tóg êprã tí nĩ, kỹ tóg krê nĩno tá jun mũ, kỹ tóg kymỹ jég kỹ êvãnh mũ kỹ tóg ti mỹ sĩnv~i já tí.

Então resolveu ficar lá por algum tempo para refletir sobre sua vida, quando avistou alguns pássaros e, entre o bando, estavam seus três irmãos.

Kỹ tóg tá tĩgtĩ ti tỹ inh hê ri kenh mũ vé e vê, kejên tóg sēsĩ e ag tóg ti krég mỹ tég tẽ mũ mũ , ag kãmĩ ti mre ke tãgtũ ag tóg tég te mũ nĩ jé.

Os três irmãos que não se separavam fingiam que não o conheciam.

Ûn tãgtũ tỹ vêsóg vãnh vãnh ên ag tóg vēsỹ ti ki kagtỹ mũ.

Então, a pequena ave encheu - se de coragem e chamou os três para esclarecer porque eles estavam agindo como desconhecidos.

Kỹ tóg ag jé prêr mũ ti tỹ ag mỹ ãjag tỹ nejé vēsỹ inh ki kag tĩg ne he jé.

Os irmãos não deram nenhuma resposta, bateram as asas e sumiram entre as nuvens.

Ti mré ke pẽ ên ag tóg ti mré vĩ tũ nĩ, vênh ki êmêg me kã ag tóg kãnhkã góg jy ge mu.

Gralha Azul, entristecido com a atitude dos irmãos e de seus parentes, decidiu que a partir daquele momento viveria isolado.

Sãgsó tanh sá fi tóg fe kay mũ ti kanhkã ag tỹ ti tỹ nén ãn kar, tag mĩ tóg vyr mỹ tí nĩ.

Quando descia a montanha, deparou com um macaquinho que ofereceu ajuda.

Ti tỹ krĩ ki ter mũ ra tóg kajêr vэг mũ, kỹ tóg inh hã ti mỹ ti nĩgé jun mũ.

A gralha azul ficou desconfiada, relutou em aceitar a amizade do macaco, pois conhecia as sua travessuras.

Há ra tóg sãgsó tánh sá fi mỹ vênhmỹ tí fi tỹ, tỹ, ti kanhkã jên jé, ti tỹ nén han ti ki fi tóg kanhró nĩ.

Depois de muita insistência, a gralha azul aceitou os conselhos do novo amigo e concordou em fazer exercícios que poderiam fortalecer suas asas.

Ti tỹ fi mỹ já han tí kỹ fi tóg kejên ti tỹ fi mỹ nêñ tó mũỹ jêmêg, ti tỹ fi tỹ tar e jé.

Certo dia, a gralha azul sofreu outro golpe: um caçador cruel tirou a vida do macaquinho.

Kurã ã kã sãgsó , tanh sá fi tóg jagtor mãn mũ êkrénh tí fe kórég tóg kajêr sĩ ên tén mũ.

Sentindo - se novamente desamparado, resolveu levar a sério os exercícios recomendados e, para sua surpresa, cada dia conseguia voar um pouco mais longe e mais alto.

Fi tỹ fi pir mỹ tỹ ãn ve kỹ fi tóg fi tar jênh ke em to vãsãn han han mũ, kurã ù kã fi tóg.

Fez novos amigos e ensinava que a diferença não pode impedir ninguém de ter acesso a todos os direitos conquistados.

Fi Kanhkã ù ag ve kỹ, fi tóg ag kanhrãn mũ, êg vênhmỹ sĩ nỹ kỹ fĩn rãm sór ke to.

3- Aplicação do questionário após o Programa de Capacitação:

Os dados coletados na aplicação do questionário após a aplicação do Programa de Prevenção à deficiências.

Quanto à Questão 1 – *Você conhece pessoas com deficiências em sua comunidade?* Os dados encontram-se descritos no quadro 17.

Participantes	Respostas
Prof. 1	Sim - deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 2	Sim - deficiências; física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 3	Sim – deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 4	Sim – deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 5	Sim - deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 6	Sim – deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 7	Sim - deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 8	Sim – deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 9	Sim – deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla
Prof. 10	Sim – deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla

QUADRO 17. Dados referentes à Questão 1

Os dados referentes à 1ª Questão do questionário aplicada após a implementação do programa de prevenção demonstram que os 10 participantes Kaingang responderam que conhecem as pessoas de sua comunidade em situação de deficiências: física, intelectual, auditiva, visual e múltipla.

No que se refere à Questão 2 - *Você já conviveu com pessoas com deficiências?* Os dados obtidos encontram-se indicados no Quadro 18.

Participante	Resposta
Prof. 1	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 2	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 3	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 4	Sim – tenho deficiente na família
Prof. 5	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 6	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 7	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 8	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 9	Sim - tenho amigos com deficiências
Prof. 10	Sim - tenho amigos com deficiências, tenho deficiente na família

QUADRO 18. Dados referentes à Questão 2

As respostas referentes à questão 2 mostram que todos os participantes admitem o convívio com pessoas em situação de deficiências. Oito participantes responderam que têm um amigo deficiente, enquanto dois participantes responderam que têm deficientes na família. A síntese dos dados obtidos em relação à questão 2 encontra –se sintetizada no gráfico da figura 14.

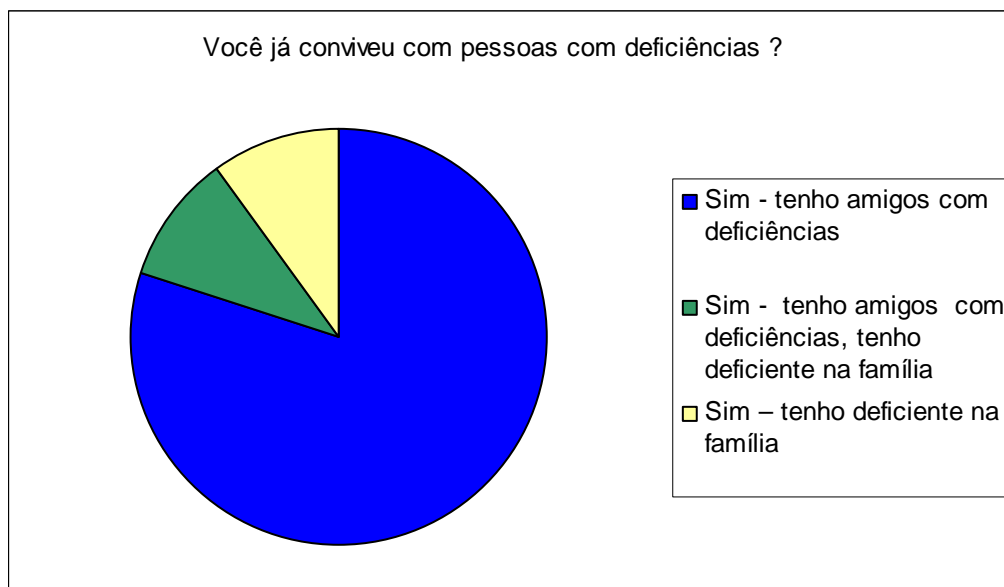


FIGURA 14. Gráfico referente à Questão 2 – pós-aplicação do Programa de Prevenção

Comparando os dados coletados antes e depois da formação, percebe-se que a metade dos participantes (5 professores) que no primeiro momento admitiram que nunca conviveram com pessoas com deficiências, no segundo momento, declararam que têm amigos com deficiência.

Em relação à Questão 3 - *As pessoas com deficiências participam das atividades esportivas e religiosas da comunidade? Quais atividades?* Os dados resultantes da aplicação do questionário em relação à questão 3 estão relatados no Quadro 19.

	Resposta
Prof. 1	Não só o surdo joga futebol
Prof. 2	Não, somente o surdo joga futebol
Prof. 3	Não somente o surdo pratica esporte (futebol)
Prof. 4	Não - a família não leva
Prof. 5	Não - somente o surdo joga bola
Prof. 6	Não - somente o deficiente auditivo joga futebol
Prof. 7	Não somente o surdo participa dos jogos de futebol
Prof. 8	Não - a família não permite
Prof. 9	Não - só o surdo joga bola
Prof. 10	Não - somente o surdo joga futebol

QUADRO 19. Dados referentes à Questão 3

Dos dez participantes, oito responderam que os deficientes não participam das atividades esportivas e religiosas da comunidade, porém admitem que o surdo participa do jogo de futebol na comunidade. Dois participantes responderam que os deficientes da comunidade não participam das atividades da comunidade por dois motivos: Prof. 4, respondeu que a família não leva e o Prof. 8 escreveu que a família não permite.

As respostas em relação à Questão 3 registradas após aplicação do Programa de Prevenção estão sintetizadas no gráfico da Figura 15.

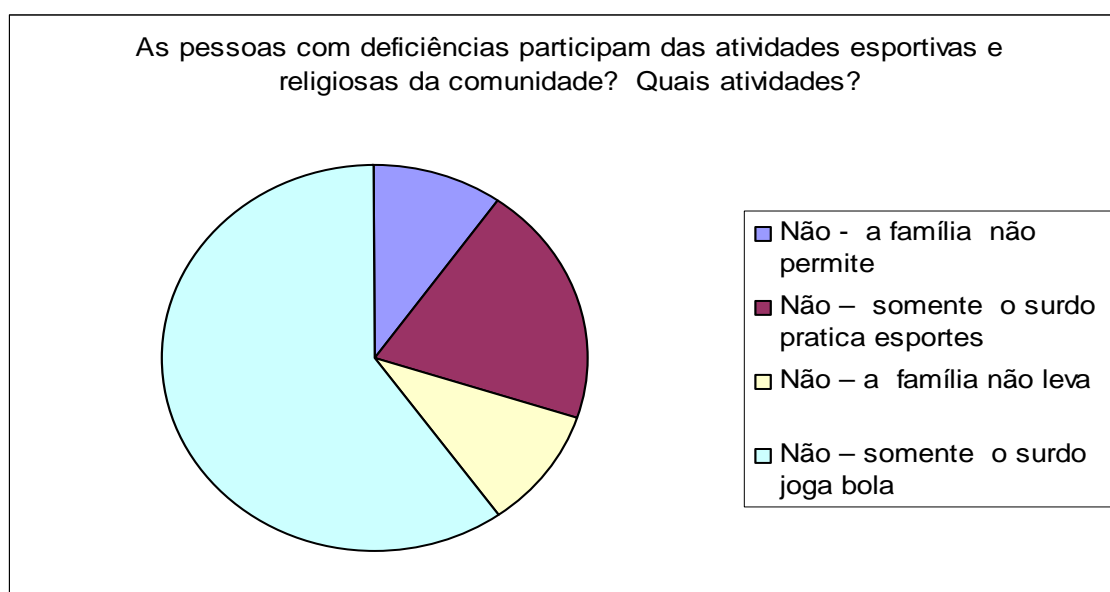


FIGURA 15. Gráfico referente à Questão 3

No que se refere à Questão 4. Você conhece algumas das causas que levam à deficiência física, intelectual, auditiva e visual? Os dados obtidos encontram-se indicados no quadro 20.

Participante	Resposta
Prof. 1	Física: o uso de drogas cigarro e álcool. Intelectual: casamento entre parentes. Auditiva: a falta de vacina contra a rubéola. Visual: Toxoplasmose.
Prof. 2	Física: o uso de drogas cigarro e álcool Intelectual: casamento entre parentes Auditiva: falta de realização de exames laboratoriais: sífilis rubéola Visual: o uso de medicamentos sem prescrição médica
Prof. 3	Física: falta de vacina contra rubéola e paralisia Intelectual: casamentos consanguíneos Auditiva: falta de vacina contra rubéola Visual: toxoplasmose

Prof. 4	Física: Falta de vacina, problemas na hora do parto, falta de oxigênio para o bebê Intelectual: casamento entre parentes e sangue que não combinam. Auditiva: meningite e falta de vacina contra rubéola. Visual: sífilis, toxoplasmose, exposição a raios-X, uso de álcool e cigarros.
Prof. 5	Física: falta de vacina contra a paralisia. Intelectual: casamento consanguíneo e incompatibilidade sanguínea. Auditiva: meningite, rubéola. Visual: não realização de exames para detectar: sífilis, toxoplasmose e tipagem sanguínea.
Prof. 6	Física: uso de drogas, exposição a raios-X, falta de vacina. Intelectual: casamento entre parentes. Auditiva: usar objetos pontiagudos para limpar o ouvido. Visual: falta de vacina contra rubéola e sarampo.
Prof. 7	Física: falta de acompanhamento médico mensal Intelectual: casamentos entre parentes Auditiva: falta de vacina contra a rubéola Visual: toxoplasmose e falta de aconselhamento genético.
Prof. 8	Física: não vacinar contra a paralisia e rubéola. Intelectual: casamento entre parentes Auditiva: falta de acompanhamento médico mensal, rubéola. Visual: o uso de drogas como cigarro e álcool.
Prof. 9	Física: falta de vacina contra rubéola e o uso de drogas como o álcool e o cigarro. Intelectual: casamento consanguíneo, não tomar vacina contra rubéola Auditiva: falta de vacina contra rubéola. Visual: não vacinar contra a rubéola, contato com a toxoplasmose.
Prof. 10	Física: uso de drogas como álcool e cigarros. Intelectual: falta de vacinas contra doenças infecciosas. Auditiva: falta de vacina contra rubéola e meningite. Visual: contato com a sífilis e toxoplasmose.

QUADRO 20. Dados referentes à Questão 4

Em relação à Questão 4 os professores Kaingang deram as seguintes respostas sobre as causas de deficiências:

Física: A falta de vacina contra a paralisia, rubéola foi mencionada por seis participantes, o uso de drogas como o uso álcool e cigarros foi citado por cinco participantes. A exposição ao raios-X e problemas na hora do parto foi mencionado por um participante.

Intelectual: Sete participantes responderam que entre as causas estão o casamento entre parentes (consanguinidade). A falta de vacinas contra doenças infecciosas foi mencionada por dois professores. A meningite foi lembrada por um professor.

Auditiva: A falta de vacina contra a rubéola foi mencionada por oito participantes. A meningite foi lembrada por dois participantes; a introdução de objetos pontiagudos no ouvido foi citado por participante; a falta de exames laboratoriais e a falta de acompanhamento médico

durante a gravidez como causas da deficiência auditiva foi atribuída por um dos participantes.

Visual: A toxoplasmose como causadora da deficiência visual foi citada por seis participantes; a sífilis foi mencionada por três. Entre as respostas, estão o uso de medicamento sem prescrição médica, o uso de drogas como o cigarro e o álcool, a exposição a raios-X, a rubéola e o sarampo.

As respostas em relação à Questão 4 registradas após aplicação do Programa de Prevenção estão sintetizadas no gráfico da Figura 16.

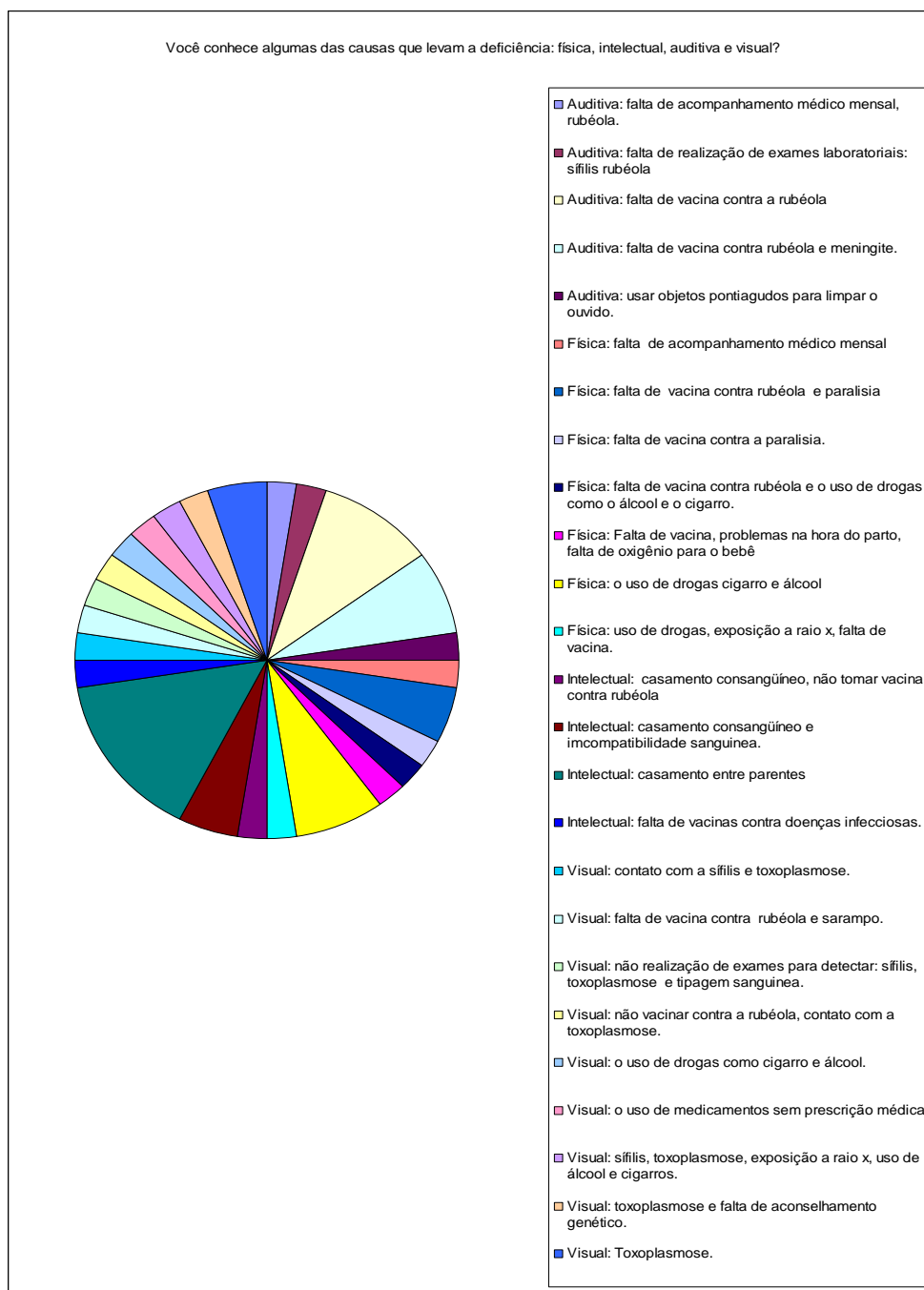


FIGURA 16. Gráfico referente à Questão 4

Em relação à questão 5 – *Você conhece formas de evitar a deficiência física, intelectual, auditiva e visual?* Os dados obtidos encontram-se relatados no Quadro 21

Questão 5 – *Você conhece formas de evitar a deficiência física, intelectual, auditiva e visual?* Os dados obtidos encontram-se relatados no Quadro 21.

Participante	Resposta
Prof. 1	Física: evitar o uso de drogas, álcool e cigarros. Intelectual: evitar casamentos entre parentes. Auditiva: vacinar contra rubéola Visual: evitar contato com a toxoplasmose
Prof. 2	Física: evitar o uso de drogas e realizar acompanhamento médico mensal. Intelectual: evitar casamentos entre parentes. Auditiva: evitar o uso de drogas como bebidas alcoólicas e cigarros. Visual: evitar exposição a raios-X e realizar exames laboratoriais.
Prof. 3	Física: vacinar as crianças e não usar medicamento sem prescrição médica. Intelectual: evitar o fumo e bebidas alcoólicas. Auditiva: vacinar contra rubéola. Visual: evitar o uso de drogas, álcool e cigarros.
Prof. 4	Física: tomar as vacinas, alimentar-se adequadamente, buscar aconselhamento genético. Intelectual: não usar medicamentos sem prescrição médica, realizar o teste do pezinho, realizar acompanhamento médico. Auditiva: realizar o teste da orelhinha e vacinar contra rubéola e toxoplasmose. Visual: evitar contato com a sífilis, toxoplasmose, vacinar contra rubéola e sarampo.
Prof. 5	Física: vacinar contra a rubéola, evitar exposição a raios-X. Intelectual: evitar fumo e bebidas alcoólicas. Auditiva: usar medicamento somente com prescrição médica. Visual: evitar o uso de drogas, álcool e cigarros.
Prof. 6	Física: Realizar o teste do pezinho, vacinar, não usar medicamento sem receita médica. Intelectual: ter assistência médica e exigir o teste APGAR. Auditiva: usar aparelho. Visual: fazer o teste do pezinho
Prof. 7	Física: evitar o uso de drogas como o cigarro e o álcool Intelectual: tomar vacinas contra rubéola e tétano Auditiva: usar medicamento somente com prescrição médica Visual: Buscar aconselhamento genético
Prof. 8	Física: evitar exposição a raios-X . Intelectual: evitar casamentos consanguíneos. Auditiva: buscar aconselhamento genético. Visual: evitar tomar medicamentos sem prescrição médica.
Prof. 9	Física: evitar o uso de drogas, álcool e cigarros, não usar medicamentos sem receita médica. Intelectual: evitar casamentos consanguíneos. Auditiva: vacinar contra rubéola. Visual: evitar contato com toxoplasmose.
Prof. 10	Física: realizar o teste do pezinho e evitar cigarro e álcool. Intelectual: evitar casamentos entre parentes. Auditiva: vacinar contra rubéola. Visual: evitar contato com a toxoplasmose, não usar medicamento sem receita médica.

QUADRO 21. Dados referentes à Questão 5

Os participantes deram as seguintes respostas em relação às formas de prevenção à deficiência questionadas na Questão 5:

Física: Evitar o uso do álcool e cigarro foi mencionado por 3 participantes; o uso de vacinas foi lembrado por 3 participantes; 3 citaram a importância de não tomar medicação sem prescrição médica; 2 responderam que devemos evitar a exposição a raios-X e realizar o teste do pezinho. Também foi mencionada a importância da boa alimentação, o aconselhamento genético e o acompanhamento mensal durante a gravidez.

Intelectual: Evitar casamentos consanguíneos foi lembrado por 4 participantes; evitar o uso do cigarro e do álcool foi a resposta dada por 2 participantes. Também foi mencionada como formas de evitar a deficiência intelectual: não usar medicação sem prescrição médica, exigir assistência médica e a realização do Teste APGAR.

Auditiva: Em relação às formas de evitar a deficiência auditiva, obtivemos as seguintes respostas: Vacinar-se contra a rubéola foi a resposta de 5 participantes. Também foi mencionado evitar o uso de medicação sem receita médica, o teste da orelhinha, buscar aconselhamento genético, evitar o uso do álcool e cigarro e o uso de aparelho.

Visual: Para evitar a deficiência visual, de acordo com os professores, é preciso:

Evitar contato com a toxoplasmose foi a resposta de 4 participantes; 2 participantes mencionaram a importância de evitar o uso de medicamento sem prescrição médica; 2 responderam que devemos evitar o uso do álcool e cigarro. Também foram mencionados como prevenção a esta deficiência, a realização do teste do pezinho, evitar o contato com a sífilis e tomar vacinas contra rubéola e sarampo.

As respostas em relação à Questão 5 registradas após aplicação do Programa de Prevenção estão sintetizadas no gráfico da Figura 17.

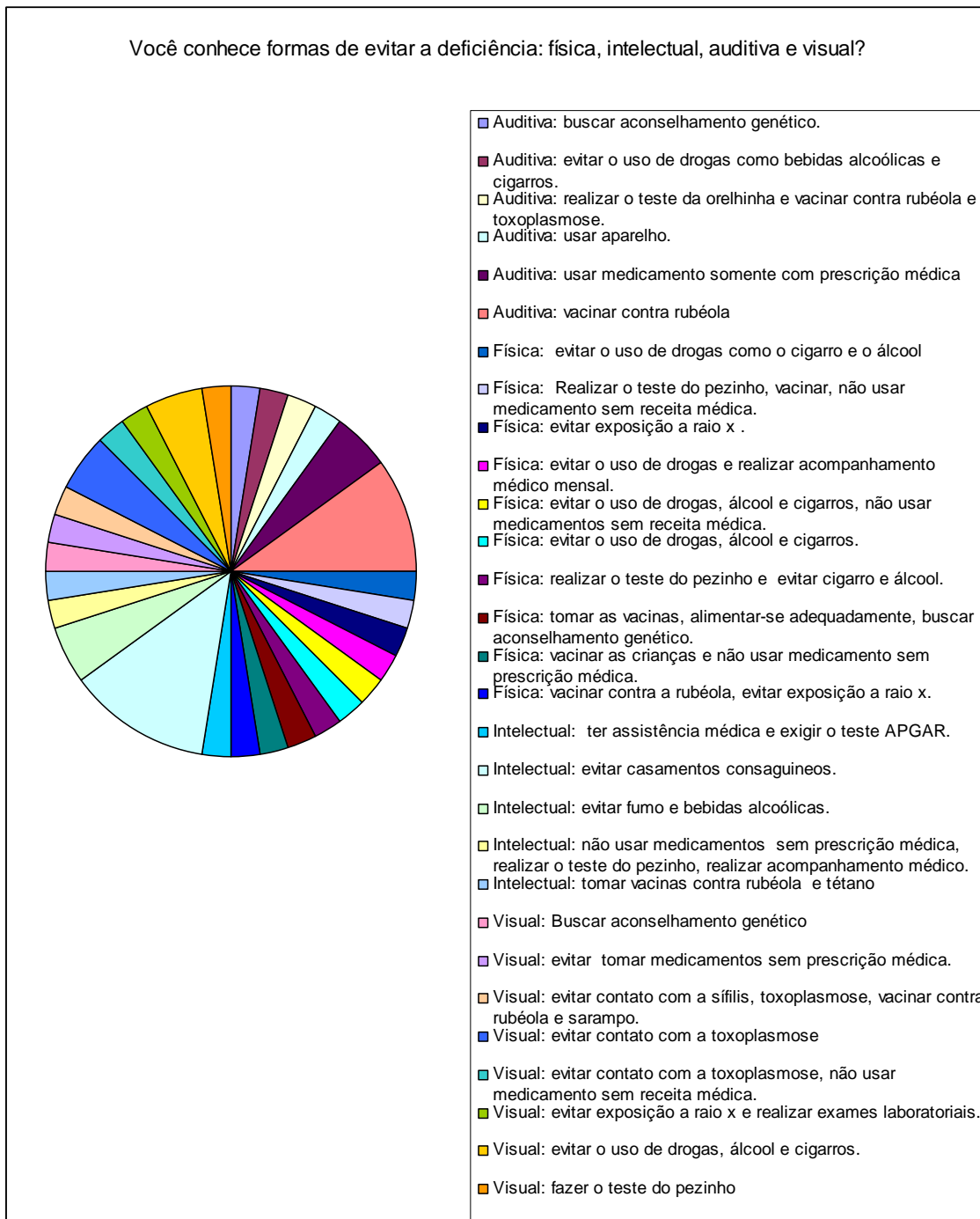


FIGURA 17. Gráfico referente à Questão 5

Em relação à Questão 6: *Em sua opinião, quem deve ser responsável pelo trabalho de prevenção de deficiência e inclusão dos deficientes de sua comunidade?* Os dados obtidos podem ser observados no Quadro 22.

Participante	Resposta
Prof. 1	Toda a comunidade
Prof. 2	Toda a comunidade
Prof. 3	Toda a comunidade
Prof. 4	Toda a comunidade
Prof. 5	Toda a comunidade
Prof. 6	Toda a comunidade
Prof. 7	Toda a comunidade
Prof. 8	Toda a comunidade
Prof. 9	Toda a comunidade
Prof. 10	Toda a comunidade

QUADRO 22. Dados referentes à Questão 6

Os dados revelaram que na opinião dos dez participantes, toda a comunidade deve se responsabilizar pelo trabalho de prevenção e inclusão dos deficientes da comunidade.

Quanto à Questão 7 - *As pessoas com deficiências que você conhece estudam?*

Onde? Os dados encontram-se indicados no Quadro 23

Participante	Resposta
Prof. 1	APAE
Prof. 2	APAE - O Surdo no Colégio Gregório Kaekchot
Prof. 3	APAE - O Surdo no Colégio Gregório Kaekchot
Prof. 4	APAE
Prof. 5	APAE
Prof. 6	APAE
Prof. 7	APAE
Prof. 8	APAE - O Surdo na Escola Gregório Kaekchot
Prof. 9	APAE
Prof. 10	APAE - O Surdo na Escola Gregório Kaekchot

QUADRO 23. Dados referente à Questão 7

Os participantes responderam que as pessoas com deficiências que eles conhecem estudam na APAE - Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais. Quatro participantes, além de citar a APAE, responderam também que o surdo estuda no Colégio Gregório Kaekchot que funciona dentro da Terra Indígena.

Na figura 18 encontra-se o gráfico referente aos dados obtidos na aplicação da Questão 7.

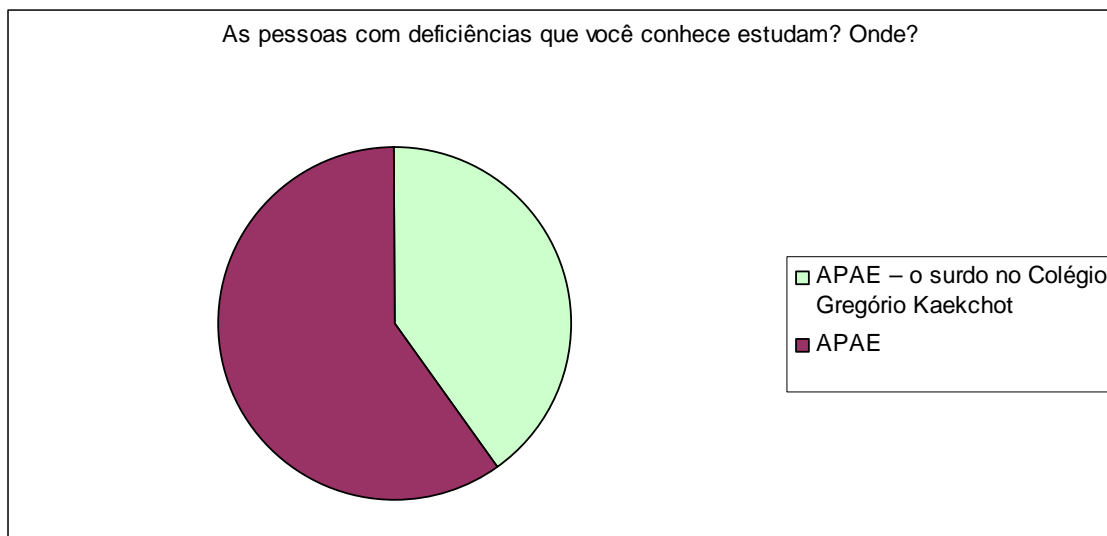


FIGURA 18. Gráfico referente à Questão 7

Em relação à Questão 8 - *Em sua opinião, onde os indígenas com deficiências devem estudar*: Os dados encontram-se indicados no Quadro 24.

Participante	Resposta
Prof. 1	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 2	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 3	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 4	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 5	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 6	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 7	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 8	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 9	Todos juntos na escola da comunidade
Prof. 10	Junto com outros deficientes em sala separada

QUADRO 24. Dados referente à questão 8

Os dados referentes à questão 8, revelaram que, na opinião de nove professores, as pessoas com deficiências devem estudar na Escola da comunidade junto com os outros alunos. Somente um respondeu que as pessoas com deficiências devem estudar com outros deficientes em sala separada.

A síntese dos dados obtidos encontra-se expressa no gráfico da figura 19.



FIGURA 19. Gráfico referente à Questão 8

Quanto à Questão 9 - *Você já presenciou situação de preconceito/discriminação contra deficientes indígenas?* Os dados obtidos encontram-se indicados no Quadro 25.

Participante	Resposta
Prof. 1	Não
Prof. 2	Não
Prof. 3	Não
Prof. 4	Sim
Prof. 5	Não
Prof. 6	Não
Prof. 7	Sim
Prof. 8	Sim
Prof. 9	Não
Prof. 10	Sim

QUADRO 25. Dados referentes à Questão 9

Em relação ao preconceito, quatro participantes (4, 7, 8 e 10) responderam que não presenciaram situação de preconceito/ discriminação contra deficientes. Os outros seis participantes responderam que não presenciaram tal situação em relação a deficientes indígenas.

Na figura 20, encontra-se o gráfico referente aos dados obtidos em relação à Questão 9.



FIGURA 20. Gráfico referente à Questão 9

Em relação à Questão 10 - *Você conhece os direitos das pessoas com deficiências? Cite os direitos que você conhece.* Os dados obtidos encontram-se indicados no Quadro 26.

Participante	Resposta
Prof. 1	Direito à saúde, educação, segurança, lazer e trabalho.
Prof. 2	Direito à saúde, segurança, lazer e trabalho, atendimento prioritário nos bancos e auxílio do governo.
Prof. 3	Direito à educação, trabalho, aposentadoria e intérprete.
Prof. 4	Direito ao atendimento especializado, a auxílio do governo, saúde, segurança. Os cegos têm direito de entrarem em qualquer lugar. Os surdos têm direito a intérprete.
Prof. 5	Direito a uma área especial para embarque e desembarque. O cego tem direito de ser acompanhado por um cão guia. Direito à saúde, segurança, educação, lazer e trabalho.
Prof. 6	Pode viajar para todos os lugares, aposentar-se e estudar.
Prof. 7	Atendimento prioritário em locais públicos, receber auxílio do governo, direito à saúde, segurança, lazer e trabalho.
Prof. 8	Saúde e segurança, lazer, trabalho, cão guia, intérpretes, pessoas capacitadas.
Prof. 9	Direito à aposentadoria, trabalho, saúde, lazer, educação, intérprete e professor
Prof. 10	Direito a professor especializado, direito à saúde, segurança e lazer, emprego e intérprete.

QUADRO 26. Dados referentes à Questão 10

Em relação aos direitos das pessoas com deficiências, 7 participantes responderam que os indígenas com deficiência têm direito à saúde, educação, lazer e

segurança. Também foram citados como direitos: intérprete para surdos, aposentadoria (BPC), área especial para embarque e desembarque, atendimento prioritário nos bancos, o cego tem direito de ser acompanhado por um cão guia.

Na figura 21, encontra-se o gráfico referente aos dados obtidos em relação à Questão 10.

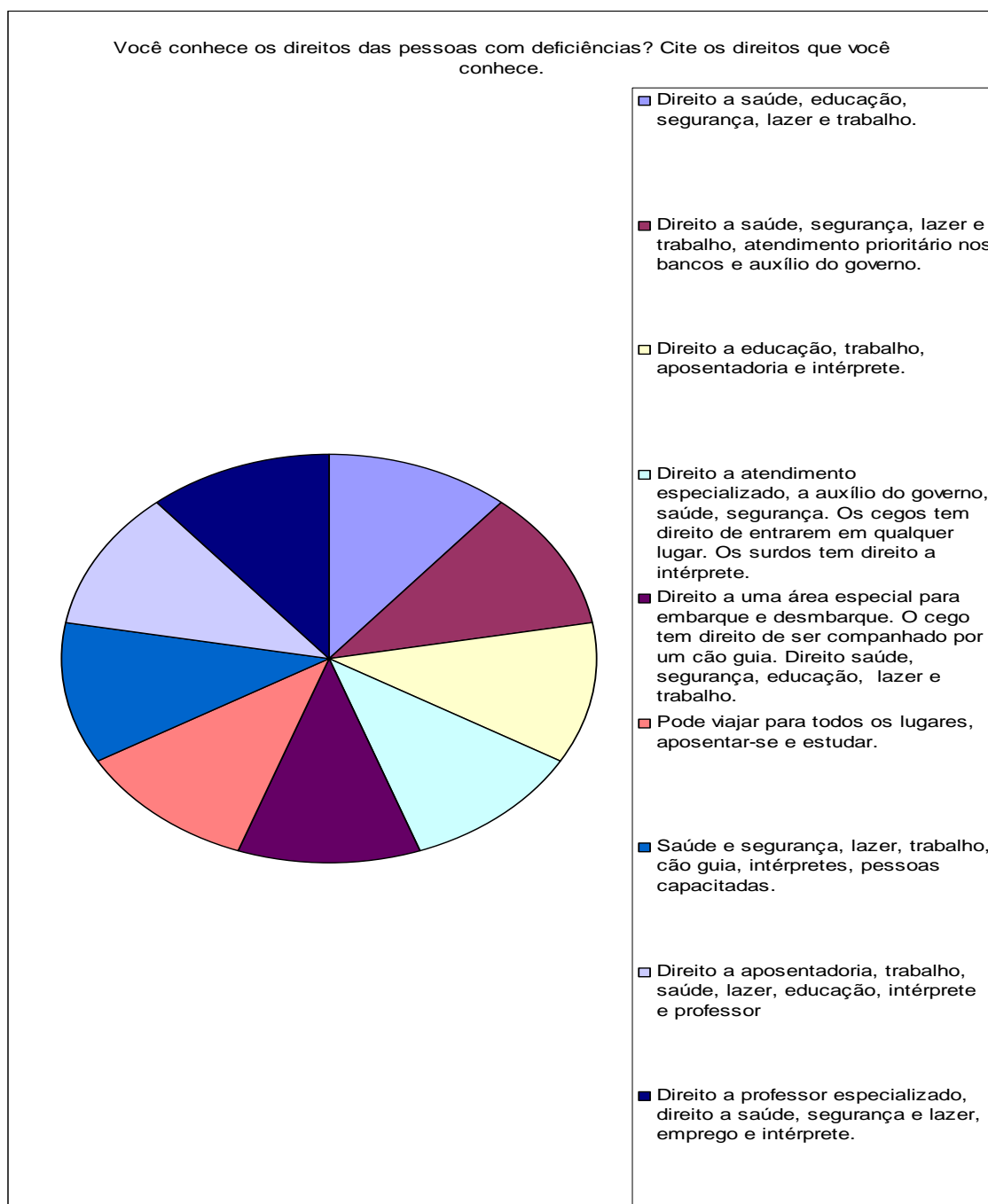


FIGURA 21. Gráfico referente à Questão 10

4- Análise entre os dados levantados antes e após aplicação do Programa de Capacitação dos professores:

A prevenção de deficiências, sobretudo a prevenção primária foi o tema central e o objetivo principal da aplicação do programa. Para além da prevenção, outros diálogos também foram desenvolvidos no que se refere a preconceito e inclusão dos deficientes indígenas, o que permitiu ampliar nossas discussões e aprendizado.

Os professores indígenas buscaram informações tradicionais através de entrevistas com as pessoas mais idosas (*kofá*), que possuem os conhecimentos acumulados de seus ancestrais da etnia Kaingang.

Os indígenas têm formas próprias de evitar deficiência. Algumas dessas formas foram ressignificadas, porém muitas delas permanecem. Nas palavras da Kuiã (Senhorinha) que reside na Terra Indígena Faxinal, município de Cândido de Abreu-PR.

As índias quando estão grávidas para prevenir que o nenê nasça com alguma deficiência, fazem oração, com água benta e tomam uma garrafada de caite preto, tira-se a raiz da planta, lava-se e corta e cozinha na água junto com uma planta das florzinhas amarelas (não lembra o nome) coloca na garrafa e índia toma durante a gravidez pra que o nenê nasça sadio e o parto seja fácil. As índias reza diretamente a Jesus pois é ele quem nos atende. Antigamente as índias grávidas me procuram para fazer oração hoje já não procuram mais.

A análise dos dados levantados antes e depois da aplicação do programa de prevenção mostraram uma sensível diferença, sobretudo, no que se refere às questões relacionadas com as causas que levam à deficiência, as formas de prevenção das deficiências e em relação aos direitos dos deficientes.

Entretanto, considerou-se que o mérito do programa foi que além de iniciar uma reflexão sobre a possibilidade de educar para prevenção, foi aproximar estes professores indígenas das pessoas com deficiências de sua comunidade propondo-se a mobilizar as famílias e lideranças em prol da inclusão destas pessoas até então vivendo em estado de isolamento total, para o convívio no ambiente, educacional, social e religioso da comunidade.

Como se pode observar pelas respostas dadas ao primeiro questionamento (se eles conheciam as pessoas com deficiências em sua comunidade e quais deficiências apresentavam), os professores participantes demonstraram conhecer somente algumas pessoas, sendo que a metade dos participantes respondeu que conhecia a pessoa com surdez e, quando questionados sobre quantas pessoas surdas eles conheciam na comunidade, revelaram que conheciam somente o rapaz que ficou surdo recentemente e continua estudando no Colégio da Terra Indígena.

Durante a aplicação do *Programa de Prevenção de Deficiências*, verificou-se que a pessoa com a surdez citada no primeiro momento por cinco participantes, refere-se a um jovem que ficou surdo na adolescência, não se afastou do convívio de seus colegas de infância, continua estudando no Ensino Médio no Colégio da Terra Indígena. A perda da audição foi acontecendo gradativamente, ele não se adaptou ao uso de aparelho e se mostra ansioso para conhecer a língua de sinais. Este jovem, por ter perdido a audição recentemente, não teve o seu convívio social comprometido.

Na comunidade indígena, além do jovem que adquiriu a surdez, há uma criança que está matriculada na primeira série e uma jovem que desistiu de estudar, ambas nasceram surdas e demonstram uma vontade imensa de estudar. Estas duas pessoas não foram citadas provavelmente pelo pouco contato que manteve e mantém com os ouvintes.

Como qualquer outro cidadão, para garantir a continuidade de sua escolaridade em todos os níveis de ensino, estas pessoas têm o direito a aprender a Língua Brasileira de Sinais e ter a presença de um intérprete da Língua Portuguesa ou de sua língua materna para sua Língua natural, a Língua de sinais.

Os surdos indígenas que nasceram com esta condição deveriam aprender primeiramente a Libras e, em segundo lugar, a língua portuguesa, “em comunidades indígenas e em comunidades de surdos, nas quais a língua materna não é o português, justifica-se o ensino da língua portuguesa como segunda língua” (BRASIL, 1998, p. 23)

Portanto, a formação e a contratação de profissionais habilitados para atuarem como intérpretes para mediação da comunicação ou surdos que possam ser instrutores de surdos e ouvintes, constitui-se na principal providência para o atendimento de alunos surdos, dando-lhes condições objetivas de desenvolvimento, garantindo a oportunidade de aprender junto com os demais como determinam os princípios da inclusão. Conforme Vygotsky, citado por Barroco (2008):

A educação deve atentar para as características positivas, ao que está íntegro nas pessoas com deficiências e não aos seus limites biológicos. Deve levá-las a dominar vias alternativas, colaterais, de desenvolvimento, substituindo, sempre que necessário, os meios de apropriação do mundo externo e de externalização das suas elaborações internas pelo braile, pela língua de sinais, pela dactilologia etc. (p. 104)

A autora acima citada enaltece o papel da escola no processo de humanização dos sujeitos e afirma que as vias colaterais constituem formas de as pessoas, com necessidades educacionais especiais, desenvolverem-se: para a autora:

podem ser esquemas que lhes são ensinados, ou que são desenvolvidos por elas mesmas, empregados ou não por demais pessoas, em condições semelhantes. Tais pessoas podem, ainda, desenvolver a supercompensação, isto é, irem além do desenvolvimento esperado para a pessoa mediana, confirmando que não há limite para o desenvolvimento humano - um exemplo disso ocorreu com Beethoven, que perdeu a audição, e com Hellen Keller, que era surdo-cega. Porém, a compensação também pode resultar em mecanismos neuróticos, doentios, de ganhos secundários com a deficiência, por isso a importância do papel da escola no processo de humanização. (BARROCO, 2008, p. 104).

A ausência de instrutores que possam ensinar a Língua Brasileira de Sinais e a falta de intérpretes nas salas de aula obriga as crianças com tal diferença a evadir da escola e, conseqüentemente, a excluem do convívio com outras crianças. Comprometendo significativamente seu desenvolvimento social e econômico, nega o direito fundamental garantido por lei ao atendimento educacional. Fernandes, (2003, p. 36) evidencia que:

Pelo acesso escolar aos saberes historicamente construídos pela humanidade, os grupos minoritários, sejam linguísticos, sócio-econômicos ou étnicos, apropriam-se de um dos poderosos instrumentos da luta pela cidadania, destacando-se entre eles o letramento, é que pensamos ser possível criar espaços de resistências nos quais haja lugar para um currículo que esteja, intrinsecamente, comprometido com a heterogeneidade e as diferenças culturais que compõem a realidade da escola.

Dessa forma, o Programa de Prevenção à deficiências teve também a intenção de informar os professores participantes sobre como identificar e encaminhar os possíveis casos de crianças indígenas que têm algum tipo de dificuldade auditiva, vítimas de renite, sinusite, otite e estão nas salas de aula e são classificados como desatentos, desinteressados, pois apresentam resultados abaixo do esperado.

Quando se compara o resultado do questionário aplicado antes e depois do Programa de Prevenção, observa-se que os professores, que antes conheciam apenas algumas pessoas com deficiências de sua comunidade, após a aplicação do referido programa, não só admitem que conhecem todas as pessoas em situação de deficiências que residem na comunidade, como também, têm consciência da grande desafio que tem em relação ao acolhimento do diferente no ensino comum.

No que se refere à segunda questão, *Você já conviveu com pessoas com deficiências*, metade dos participantes respondeu antes da aplicação do Programa que nunca tinham convivido com pessoas em situação de deficiência. Dois participantes responderam que tinham deficientes na família e três participantes responderam que tinham um amigo com deficiência. Quando questionado sobre o amigo com deficiência, o jovem surdo foi apontado pelos três. Após a aplicação do programa, oito participantes responderam que tinham um amigo deficiente e dois participantes (4 e 10), confirmaram que têm deficiente na família.

Como na sociedade não índia as famílias indígenas preferem ocultar o fato de ter alguém em situação de deficiência e principalmente não “expor” o próprio deficiente e, no caso das famílias com baixo poder aquisitivo, temem ser criticados por não proporcionar condições adequadas de vida, saúde e educação para o deficiente. De acordo com Buratto *et al.*, (2008, p. 117), não podemos esquecer de que a situação socioeconômica em que os sujeitos se encontram amplia ou restringe o acesso às informações e ao conhecimento, bem como, os expõe a certas experiências próprias a sua classe social e cultura.. A este respeito Werneck (1999, p. 43), afirma categoricamente.

A diversidade humana e a desigualdade social influenciam-se o tempo TODO. Se a miséria potencializa as dificuldades das famílias que têm filhos com deficiências (pela ausência de atendimento médico, terapêutico e educacional de boa qualidade e gratuito em suas comunidades), a deficiência revela a pobreza na sua capacidade de destruir o ser humano como, talvez, nenhuma outra situação seja capaz de fazer.

Somados a isso, tem-se a indiferença, talvez pela ignorância em relação às necessidades das pessoas com deficiências e os problemas enfrentados pela família. Entretanto, o mais perverso é a negligência das autoridades responsáveis que preferem alegar desconhecimento ou negar a existência de tal situação ou ainda usar a diferença étnica e cultural para justificar a situação de abandono.

Quando se alega que não conhece, pode-se evitar ser cobrado por esse desconhecimento. Esta é uma atitude verificada em várias situações, observada inclusive em atitude de pessoas responsáveis pela saúde e educação. “Não estar informado dá tanto poder quanto estar bem informado. Poder de se omitir” (WERNECK, 1999. p. 57)

Não se pode mais admitir que profissionais que ocupam cargos, realizem o trabalho burocrático e se coloquem como expectadores outorgando-lhes o direito de observar sem se comprometer e participar de suas lutas. Demo (1989, p. 244) nos adverte que: “Uma coisa é observar uma tribo morando lá, para poder ver de perto a vida indígena. Outra é, além disso, assumir o projeto político dos índios, tornando-se comparsa da luta pela sua sobrevivência”.

Em relação à questão 3 - *As pessoas com deficiências participam das atividades esportivas e religiosas da comunidade? Quais atividades?* A maioria, ou seja, sete participantes, respondeu, no primeiro momento, que as pessoas com deficiências não participam das atividades esportivas e religiosas da comunidade. No entanto, três participantes responderam que o surdo joga bola.

No segundo momento, seis participantes admitiram que a pessoa que ficou surda na adolescência continua participando dos jogos de futebol realizados na comunidade.

Duas pessoas atribuíram à família do deficiente a ausência nas atividades. Um participante respondeu que a família não permite e o outro participante respondeu que a família não leva, e dois participantes relataram que somente o surdo pratica esporte.

Sem opção de atendimento educacional dentro da comunidade, permanecem em suas casas, deixam de interagir com outras crianças de sua idade de se comunicarem com seus pares na língua materna, estas crianças que apresentam deficiências têm seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e emocional seriamente prejudicado. Barroco (2008, p. 101) afirma que:

A criança, indígena ou não, deficiente ou não, nasce em um mundo que já existe antes dela e que já conta com elaborações materiais e simbólicas anteriormente criadas. No convívio com seus pares, irá se apropriar de tais elaborações, que passarão a compor seu conteúdo intrapsíquico. Isso permite dizer que as funções psicológicas mais elaboradas já se apresentam entre a comunidade, antes de serem imitadas e usadas com intencionalidade por uma criança.

A educação inclusiva garantida em uma série de dispositivos legais no âmbito nacional e internacional, porém nossa consciência de sujeitos comprometidos com a formação integral do ser humano não nos permite que fiquemos alheios a qualquer entrave que restrinja o acesso a todos a estes direitos sem distinção de raça, cor, opção sexual, etnia ou qualquer outra diferença. Isso implica na necessidade de um trabalho contínuo de conscientização das famílias indígenas em relação à importância de exigir o direito constitucional garantido a todo cidadão brasileiro, como está explicitado no artigo 227.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, p. 148)

Em relação à 4ª questão, que refere ao conhecimento dos participantes em relação às causas que levam às deficiências física, intelectual, auditiva e visual, ficou evidente que este assunto não foi tratado antes, possivelmente por desconhecimento do Referencial Curricular Nacional para as Escolas Indígenas com orientações para que o tema saúde e educação seja discutido nas várias disciplinas.

Após a aplicação do Programa de Prevenção a Deficiências, foram inúmeras as medidas preventivas citadas pelos participantes em relação às deficiências visual, auditiva, intelectual e física. Enquanto, no primeiro momento, os participantes, em sua maioria, alegaram desconhecimento das causas que levam a deficiências, no segundo momento da aplicação do instrumento, destacaram em suas respostas principalmente a

prevenção primária como o aconselhamento genético, a necessidade da vacinação contra doenças infecciosas, a importância da assistência materna e infantil, o perigo do uso de medicação sem prescrição médica e o uso indiscriminado de drogas, principalmente o álcool e cigarro.

Quanto às formas de evitar as deficiências da questão 5, os participantes foram unânimes ao responder que desconheciam formas de evitar deficiências. Inversamente à resposta de desconhecimento expressada no primeiro momento, após a aplicação do programa, os participantes elencaram inúmeras possibilidades de evitar todas as formas de deficiências.

A opinião revelada pelos participantes antes do trabalho de formação sobre a responsabilidade pelo trabalho de prevenção e inclusão das pessoas com deficiências de sua comunidade indicou que a minoria (3 professores) via este trabalho como dever de todos, isto é, governo através da educação e saúde, lideranças, comunidade e famílias, sendo que, na opinião de 7 professores, a responsabilidade foi atribuída somente às famílias dos deficientes.

As respostas obtidas em relação à questão 7 revelaram que quatro participantes não sabiam se as pessoas com deficiências de sua comunidade tinham atendimento educacional, 4 participantes citaram o rapaz que ficou surdo e estuda na aldeia. Somente 2 participantes citaram o atendimento da Escola Especial para onde são levadas 7 crianças indígenas.

Antes de iniciar o trabalho de formação dos professores, somente um participante era favorável à inclusão dos alunos com deficiências no ensino comum, pois entendia que eles deviam estudar segregados em escolas ou classes especiais. Depois de realizar as leituras, assistirem aos vídeos propostos e refletirem sobre o tema em cada um dos encontros, as respostas dadas no segundo momento para a mesma questão se inverteram. Somente um participante é de opinião favorável que os casos mais complicados continuem estudando separados dos demais. Os professores indígenas reconheceram a importância da interação entre os diferentes no aprendizado e na formação integral dos sujeitos e a mediação dos professores para a aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos.

Em relação ao preconceito e discriminação contra os deficientes, verificou-se que a maioria não presenciou tal situação, porém o participante 10 revelou que seu filho com deficiência intelectual brinca sempre sozinho e relatou “as crianças fogem dele”.

Quanto ao direito dos deficientes, questionados pela pergunta 10, eram desconhecidos por 7 participantes dos 10 participantes. No entanto, após a aplicação do

programa, elencaram importantes direitos consagrados na legislação como pode ser observado no Quadro 25.

A educação pode levar as pessoas a pensar e agir de forma preventiva em relação a doenças que podem deixar sequelas ou provocar deficiências. Com as mudanças advindas com o contato interétnico cada vez mais intenso, poderá ocorrer contaminação, principalmente com o aparecimento de vírus que sofrem mutações e as populações sejam elas indígenas ou não, ainda não estão imunizadas. Entretanto, a Educação para prevenção deve ser contínua e permanente para que possa desenvolver culturas e práticas profiláticas que evitem ou possam, pelo menos, diminuir certas doenças que provocam aborrecimentos, sofrimento, morte e muitos tipos de deficiências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscando ampliar o conhecimento da comunidade e encorajar ações de enfrentamento dos agentes causadores das deficiências, bem como, orientar para convivência e inclusão dos deficientes nas atividades da comunidade, este projeto objetivou: formar professores da etnia Kaingang para a prevenção de deficiências para que sejam multiplicadores de ações relativas à prevenção, e também, elaborar material didático e instrucional bilíngue que serão usados nas aulas e comporão o acervo bibliográfico da biblioteca da escola.

Por meio do trabalho que a pesquisadora realiza no Núcleo Regional de Educação de Ivaiporã, foi detectada, nas duas comunidades indígenas Ivaí e Faxinal, a existência de crianças com deficiências. Houve interesse de se aprofundar os conhecimentos uma vez que foram poucos os trabalhos encontrados na literatura da área.

O estudo revelou que, nas Terras Indígenas da Bacia Hidrográfica do Ivaí, a existência de deficientes é fato, porém os índices de deficiências estão consideravelmente abaixo dos índices apontados pelo IBGE para os indígenas que habitam o Brasil. Esta questão poderá ser analisada e esclarecida em futuras pesquisas na área.

Durante o processo de capacitação, os professores indígenas, à medida que recebiam orientações sobre o tema prevenção, organizaram ambientes pedagógicos para promover discussão e a apropriação de conhecimentos e desenvolver nos alunos, habilidades para reconhecer e evitar os riscos que podem causar deficiências, bem como, sensibilizá-los para o convívio com os deficientes da comunidade. O trabalho deu-se através do estudo de textos, diálogos, discussões e ações conjuntas possibilitando uma melhor compreensão da realidade, de forma que as informações fossem socializadas com a comunidade.

As discussões e as informações foram organizadas e sistematizadas com a participação do grupo em todo o processo, entendendo que a análise conjunta contribui para a compreensão, tomada de consciência dos problemas a serem enfrentados e na busca de alternativas possíveis para sua superação. Através de oficinas de leituras, elaboração de história, de jogos e preparação de atividades onde o trabalho dos professores Kaingang foram valorizados, criando-se um ambiente propício de ensino/aprendizagem recíprocos.

Este projeto, além de capacitar professores da Etnia Kaingang para atuar na educação para prevenção, também apontou indicadores que poderão ser levados em consideração na formulação de políticas públicas no Estado do Paraná e articulação de ações

interinstitucionais visando o atendimento aos indígenas com necessidades educativas especiais.

O trabalho de prevenção foi o ponto de partida para discutir também a tão almejada inclusão, pois a escola é o local privilegiado para refletir sobre séculos de preconceitos, discriminação e exclusão dos deficientes. O momento histórico que vivemos exige que o trabalho de prevenção e inclusão não pode ser uma opção, mas uma exigência que se impõe diante da atual conjuntura.

Os professores indígenas foram incentivados a assumir o papel de sujeito principal no combate ao preconceito e à segregação que acompanha a pessoa em situação de deficiência e agente multiplicador dos procedimentos de prevenção de deficiências. Dessa forma, poderão atuar no enfrentamento de riscos individuais e coletivos que colocam os indígenas em situação de vulnerabilidade, como também, identificar e buscar atendimento educacional para os que dele necessitam. Os participantes reconhecem a importância do atendimento educacional para todos os indígenas em situação de deficiência e aguardam a Sala de Recursos Multifuncional que já foi solicitada ao MEC pelo NRE de Ivaiporã para garantir atendimento especializado aos deficientes nas duas Terras Indígenas a ele Jurisdicionadas.

Como pesquisadora, a lição mais importante aprendida neste diálogo intercultural foi a constatação de que a existência de pessoas indígenas com deficiências sem atendimento, é pelo fato de não existir uma política implementada para atender esta população. Foi possível observar a alegria de famílias e dos próprios deficientes com a possibilidade de receber atendimento educacional na Terra Indígena e, sobretudo, uma grande ansiedade provocada pela demora deste atendimento

REFERÊNCIAS

BARROCO, S. M. S. L. S. Vygotsky e os novos fundamentos para as pessoas com ou sem deficiências. In: FAUSTINO, R. C; CHAVES, M. **Intervenções pedagógicas na educação escolar Indígena**: Maringá: Eduem, 2008. 184p.

BATISTA, C. G. e ENUMO S.R.F. **Prevenção em saúde**: Prevenção de deficiências. Rio de Janeiro: Coletânea da ANPEP. vol.1 n. 14. 1996. 150p.

BERSCH, R; SCHIRMER, C. Tecnologia Assistiva no Processo Educacional. In: BRASIL, Ministério da Educação. **Ensaio Pedagógico**: Construindo Escolas Inclusivas. Brasília: MEC/ SEESP, 2005.

_____, R. **O desafio das diferenças na Escola**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 152 p.

BIANCHETTI, L. **Trabalho, multiculturalismo e diversidade**: exclusão uma longa história de duas heranças e um legado. In: MENDES, E.G.; ALMEIDA, M. A;e WILLIAMS, L. C. A. **Temas em educação especial**: avanços recentes. São Carlos: EDUFSCar, 2004. p. 115-122.

BÍBLIA, Juizes. **Nascimento de Sansão**. (p. 291) 129. ed. São Paulo: Ave Maria, 1999, 1.632p.

_____, Levíticos. **Santidade Sacerdotal**. (21: 21-23) (p. 165) 129. ed. São Paulo: Ave Maria, 1999, 1.632p.

BLANCK, Peter. **Sociedade e Leis Americanas Protegem Direitos de Pessoas Portadoras de Deficiência**. E-Journal, USA: Sociedade e Valores, v. 11, n. 1, p. 5-8, novembro, 2006.

BORBA, T. **Actualidade Indígena**. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1908. 171p.

BRASIL, Congresso Nacional. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Ministério da Educação, 1988.

_____, Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros Curriculares Nacionais – Língua estrangeira**, 5ª a 8ª séries, Brasília: MEC, 1998.

_____, Ministério da Educação e do Desporto. **Referencial curricular nacional para as escolas indígenas**/Ministério da Educação e do Desporto, Secretaria de Educação Fundamental. - Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____, **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei 8.069 no dia 13 de julho de 1990. Organizado por Claudius Ceccon. – Porto Alegre: Artes Médicas SUL, 2000.

_____, Ministério da Educação. **Adaptações Curriculares em ação: Desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades dos alunos surdos**/ Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEEP, 2002. 119 p.

_____, Ministério da Educação. **Adaptações curriculares em ação: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais dos alunos cegos e dos alunos com baixa visão**/ Secretaria de Educação Especial – Brasília: MEC/SEEP, 2002. 211p.

_____, Secretaria de Educação Especial. **Desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais de alunos com deficiência física/neuromotora**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2002. 36 p.

_____, Secretaria de Educação Especial. **Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos pedagógicos adaptados**. Brasília: MEC: SEESP, 2002, fascículo 1. 56p.

_____, Ministério Público Federal. **O acesso dos alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular**. 2. ed. rev. atual. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2004. 59p.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tendências Demográficas: Uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos Censos Demográficos 1991 e 2000**. Rio de Janeiro, 2005.

_____, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília: MEC/SEESP, 2001.

_____, Ministério da saúde. Saúde Mental no SUS: **Os centros de atenção Psicossocial**. Manual Caps, Série F. Comunicação e Educação em Saúde. DF Brasília. 2004. 86 p.

_____, Organização das Nações Unidas. (1990, 14 de dezembro). **Resolução 45/91**. Assembléia Geral das Nações Unidas, 68 a Sessão Plenária. Nova York.

BURATTO, L G; FAUSTINO, R.C; BARROCO, S.M.S. **Educação Especial na Escola Indígena: Reflexões necessárias. Intervenções pedagógicas na educação escolar Indígena: contribuições da teoria histórico cultural.** Maringá: Eduem, 2008. 184p.

CALABRICH, J. In: FONTES, J. A. S. **Lesão Cerebral: causas e prevenção.** 2. ed. Brasília: CORDE, 1994. 252 p.

CLAY, J.; GREYMORNING, G. **Índios americanos e deficiência: programa da AIDTAC de Montana.** E-Journal USA: Sociedade e valores, v.11, n. 1, p. 15-16, novembro, 2006.

CNBB. Conferência Nacional dos Bispos do Brasil. **Campanha da Fraternidade 2006: Texto-Base/CNBB.** São Paulo: Salesiano, 2005.

COLOMA, C. Processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. *In Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas* (pp. 127-148). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CUNHA, M. C.. **Legislação Indigenista no século XIX.** Comissão Pró-índio. São Paulo: USP, 1992.

DEMO. P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1989.

ENUMO. S. R. F. **Prevenção de Deficiência Mental em Gestantes e Recém-nascidos: uma proposta metodológica para levantamento e intervenção em saúde pública.** *In: NUNES, L. R. O. P. Prevenção e intervenção em Educação Especial.* Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós- Graduação em Psicologia, 1996. 150 p. Volume 1 nº. 14. pp. 13-30.

FAUSTINO, R. C. **Política educacional nos anos de 1990: o multiculturalismo e a interculturalidade na educação escolar indígena.** Tese de Doutorado. UFSC – 2006. 329 p.

_____, R. C; CHAVES M; TOLEDO, M. J. O; MOTA L.T. et. al. Intervenções Pedagógicas em Educação para a Saúde Realizadas junto aos Grupos Indígenas Kaingang de Ivaí e Faxinal no Paraná. **Cienc Cuid Saude.** 2007 6 (Suplem. 2): 433-441. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index>. acesso em 23/11/09.

FERNANDES, S. de F. **Educação Bilíngue para Surdos: identidades, diferenças, contradições e mistérios.** Tese de Doutorado. UFPR – Curitiba: 2003. 198 p.

FONTES, J. A. S. **Lesão Cerebral: causas e prevenção.** 2. ed. Brasília: CORDE, 1994. 252 p.

FRITCHE, T. R.; Smith. W. J. **Parasitologia Médica. Pp. 1372 – 1422.** In: Henry John Bernard. Diagnósticos clínicos e tratamentos por métodos laboratoriais. Tradução de Ida Cristina Gubert. 20. ed. Barueri, SP: Manole, 2008. p. 1734.

GIROLETTI, M. F. P. **Cultura surda e educação escolar Kaingang.** Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 218 f.

GUIMARÃES L.A. M; GRUBTIS S. **Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira.** Porto Alegre: Revista Psicologia e Sociedade, 19 (1): 45-51, 2007.

HARDMAN, M. L.; DREW, C. J.; EGAN, M. W. **Physical disabilities and health impairments.** In: Human exceptionality: school, community, and family. 8. ed. Pearson, 2003. p. 470-511.

JANNUZZI, G. S. de M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI.** Campinas, SP; Autores Associados, 2004. 243 p.

JESUS, D. M. (2008). Formação de Professores para Inclusão Escolar: instituindo um lugar de conhecimento. In: MENDES, E. G; ALMEIDA, M. A; HAYASHI, M. C. **Temas em Educação Especial: conhecimentos para fundamentar a prática.** São Paulo: Araraquara. SP: Junqueira & Marin; Brasília, DF: CAPES- PROESP, 2008.

KOHATSU, M. **O Alcoolismo na Comunidade Kaingang de Londrina (PR),** In Anais do Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os Povos Indígenas (pp. 189-195). Ministério da Saúde - Brasília, DF: 2001.

LAUAND, G. B. A. **Acessibilidade e formação continuada na inserção de portadores de deficiências físicas e múltiplas na escola regular.** 2000. Dissertação de Mestrado (Educação Especial (Educ. do Indivíduo Especial)) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

_____, G. B. A. **Fontes de informação sobre tecnologia assistiva para favorecer a inclusão escolar de alunos com necessidades especiais.** 2005. Tese (Doutorado em

Educação Especial (Educ. do Indivíduo Especial)) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

LEITE, J. C. F. **Sul e Sudeste: fome e os equívocos da ação indigenista.** In MAPA DA FOME ENTRE OS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL (II) Contribuição À Formulação de Políticas de Segurança Alimentar Sustentáveis. INESC – PETI – ANAI/BA. Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida. 1995.

LEVI-STRAUSS, C. **Tristes Trópicos;** tradução Rosa Freire d'Aguiar. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 400 p.

LIMA, J. M. B. de. **Álcool e Gravidez: Síndrome Alcoólica Fetal – SAF – Tabaco e Outras Drogas.** Rio de Janeiro, RJ: Medbook, 2007. 96 p.

LUCIANO, G. J. dos S. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje.** Brasília, DF: Ministério da Educação: LACED - Museu Nacional, 2006. 227 p.

LUCKASSON et. al. **Retardo Mental: Definição, Classificação e Sistemas de Apoio.** Tradução de Magda Franca Lopes. Porto Alegre: Artmed. (2006).

MACHADO, A. M. “Conversa diversa”. In: RODRIGUES, C. **Democracia: cinco princípios e um fim.** Carla Rodrigues (Org.) 2. ed. São Paulo: Moderna, 1996. (Coleção Polêmica)

MARCONDES. G. G. **Guarapuava: Histórias de Luta e Trabalho.** Gráfica da UNICENTRO, 1998, 202 p.

MARIANO, R. A. **Alcoolismo e Pastoral: uma análise das principais teorias sobre o alcoolismo: implicações para a pastoral.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 80 p.

MASUR. J. **Alcoolismo: qual é o melhor tratamento?** São Paulo: Casa Publicadora/USP, 1988.

MAZZOTTA, M. J. S., **Educação Especial no Brasil: História e políticas públicas.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005. 208 p.

MENDONÇA, A. et al. **Alunos Cegos e com baixa visão – orientações curriculares.** Brasília: MEC, 2008, 85 p.

MOTA, L. T. (Org.). **Diagnóstico etno-ambiental da Terra Indígena Ivaí – PR**. Maringá: Programa Interdisciplinar de Estudos de Populações, 2002.

_____, L. T. A denominação Kaingang na literatura antropológica, histórica e linguística; In: TOMMASINO, L. T. M; NOELLI, F. **Novas contribuições aos estudos interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: EDUEL, 2004. 410 p.

_____, L. T.; NOVACK, E. da S. **Os Kaingang do Vale do Rio Ivaí: história e relações Interculturais**. Maringá: Eduem, 2008. 190 p.

_____, L. T. **As Guerras dos índios Kaingang: A história épica dos índios Kaingang no Paraná**. Maringá: EDUEM, 1994. 413 p.

OLIVEIRA, M. de, Alcoolismo entre os Kaingang: do sagrado e lúdico à dependência. In: TOMMASINO, L. T. M; NOELI, F. S. **Novas Contribuições aos estudos interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: Eduel, 2004. 410 p.

PARELLADA, C. I. et al. **Vida Indígena no Paraná: memória, presença, horizonte**. Curitiba: PROVOPAR Ação Social/PR, 2006. 64 p.

PIETRICOVSKY, I. O Raios-X dos Povos Indígenas no Brasil. In: **Mapa da Fome entre os Povos Indígenas no Brasil (II) Contribuição À Formulação De Políticas De Segurança Alimentar Sustentáveis**. INESC – PETI – ANAI/BA. Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida. 1995.

RIBEIRO, D. **Os Índios e a Civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno** – São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 559 p.

ROCHA, C. C. da. **Adoecer e Curar: Processos da Sociabilidade Kaingang** - Dissertação de Mestrado – Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – Florianópolis. SC – 2005. 142 p.

ROCHA, E. **O que é etnocentrismo**. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 95 p.

RODRIGUES, D. **Inclusão e educação: Doze olhares sobre a educação inclusiva**. São Paulo: SUMMUS, 2006.

TEZANI, T. C. R. **Gestão Escolar: a prática pedagógica administrativa na política de educação inclusiva.** Tese de doutorado. PPGE/UFSCar, São Carlos. SP 2008, 292 p.

TOMMASINO, K. Homem e natureza na ecologia dos Kaingang da Bacia do Tibagi In: MOTA, L. T; NOELLI, F. **Novas contribuições aos estudos interdisciplinares dos Kaingang.** Londrina: EDUEL, 2004. 410 p.

_____, K. **KIKIKOI: ritual dos Kaingang na área indígena Xapecó/SC: registro áudio fotográfico do ritual dos mortos/** Kimiye Tommasino, Jorgisnei Ferreira de Resende- Londrina: Midiograf, 2000. 36 p.

SÁ, E. D. **Deficiência Visual – Atendimento Educacional Especializado.** São Paulo: MEC/SEESP, 2007. 54 p.

SELLTIZ, Claire. et al. **“Planejamento de Pesquisa: estudos exploratórios e descritivos”** In: **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** São Paulo: Herder, 1967. (p. 57-90)

SILVA, Carmem Lúcia da. **Sobreviventes do extermínio: Uma etnografia das narrativas e lembranças da sociedade Xetá.** Dissertação de Mestrado em Antropologia Social. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 1998.

_____, Carmen Lúcia da. **Em busca da sociedade perdida: O trabalho da memória Xetá.** Tese de Doutorado em Antropologia Social. Brasília: PPGAS/UnB, 2003.

SOUZA, J. A. **Alcoolismo e Atualização.** In Anais do Seminário Sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre Os Povos Indígenas da Macrorregião Sul, Sudeste E Mato Grosso do Sul. Brasília, DF:. 2001 p. 23-50.

VILELAS, J. INVESTIGAÇÃO. **O processo de construção do conhecimento.** Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

VENERE, M. R. **Políticas públicas para populações indígenas com necessidades especiais em Rondônia: o duplo desafio da diferença.** Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Núcleo de Ciência e Tecnologia. Programa de Pós-Graduação – Porto Velho, 139 p. 2005.

VERDUM, R. **Mapa da Fome entre os povos indígenas no Brasil (II)** Contribuição À Formulação de Políticas de Segurança Alimentar Sustentáveis. INESC – PETI – ANAI/BA. Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida, 1995.

WERNEK, C. **Sociedade Inclusiva**. Quem cabe no seu TODOS? Rio de Janeiro: WVA, 1999. 240 p.

FONTES ELETRÔNICAS - SITES DA INTERNET

Confronto entre índios e tropeiros. Disponível em: <http://globojuratv.globo.com/ty>. Acesso em: 03/09/2008.

Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Disponível em: www.bengalalegal.com/convenção. Acesso em: 05/02/09.

Brasil – carta do movimento indígena ao Papa. Disponível em: www.adital.com.br/site/notícia. Acesso em: 11/05/07.

Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm. Acesso em: 26 de novembro de 2008.

Decreto nº 5051, de 19 de abril de 2004. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5051 Acesso em: 14/09/08.

Índios no Brasil - Quem são Eles? Vídeo. Disponível em: www.dominiopublico.gov.br, Acesso em: 23/11/2009.

Mapa Kaingang. Disponível em: www.img.socioambiental.org Acesso em: 23/11/2008.

Mapa – Terras Indígenas. Disponível em: www.diaadiaeducacao.pr.gov.br Acesso em: 11/02/2009.

Relatório das Nações Unidas para a Infância Garantindo os Direitos de Crianças Indígenas. Disponível em: www.unicef.org.br. Acesso em: 23/11/2008.

Resolução nº 4 de 02 de outubro de 2009. Disponível em: www.portal.mec.gov.br Acesso em: 28/12/2009.

Resolução nº 5296 de 02 de dezembro de 2004. Disponível em: www.planalto.gov.br Acesso em: 12/02/09.

APÊNDICE - A

Levantamento aplicado aos Professores Indígenas da Terra Indígena Ivaí, Município de Manoel Ribas – PR, antes e após o trabalho de formação para avaliação do conhecimento sobre prevenção e inclusão dos deficientes¹⁰.

Nome: _____

1 – Você conhece pessoas com deficiências em sua comunidade? sim não

1.1 - Qual deficiência apresenta:

- Física
- Intelectual
- Auditiva
- Visual
- Múltipla.

2 – Você já conviveu com pessoas com deficiências? não sim

- Tenho deficiente na família
- Tenho amigos com deficiência
- Já morei com deficiente
- Já estudei com deficiente

3 – As pessoas com deficiências participam das atividades esportivas e religiosas da comunidade? sim não

3.1 – Quais atividades?

4 – Você conhece algumas das causas que levam à deficiência:

Física: _____

Intelectual: _____

Auditiva: _____

Visual: _____

5 – Você conhece formas de evitar a deficiência:

Física: _____

Intelectual: _____

Auditiva: _____

Visual: _____

6 – Em sua opinião, quem deve ser o responsável pelo trabalho de Prevenção e inclusão de deficientes em sua comunidade ?

- as famílias dos deficientes
- os próprios deficientes
- os responsáveis pela educação na comunidade
- os responsáveis pela saúde na comunidade
- toda a comunidade

7 – As pessoas com deficiências que você conhece estudam? Onde?

8 – Em sua opinião onde os indígenas com deficiências devem estudar:

- junto com outros alunos deficientes, em sala separada.
- todos juntos com os não deficientes na escola da comunidade
- em escolas especializadas
- as pessoas com deficiências não precisam estudar

9 – Você já presenciou situação de preconceito/ discriminação contra deficientes indígenas? sim não

10 – Você conhece os direitos das pessoas com deficiências? sim não

10.1 - Cite os direitos que você conhece.

¹⁰ Roteiro elaborado pela própria pesquisadora com o aval da Secretaria de Estado da Educação do Estado do Paraná.

APÊNDICE - B

CADASTRO DOS INDÍGENAS QUE APRESENTAM DEFICIÊNCIAS OU NECESSIDADES EDUCACIONAIS NAS TERRAS INDÍGENAS DA BACIA HIDROGRÁFICA DO IVAÍ-PR

I - IDENTIFICAÇÃO:

1- TERRA INDÍGENA: _____

2- MUNICÍPIO: _____

3- ENDEREÇO: _____

4- TELEFONE: _____

5- CACIQUE: _____

II - DADOS PESSOAIS DO INDÍGENA COM DEFICIÊNCIA OU NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL:

1- NOME: _____

2- SEXO: () MASCULINO () FEMININO

3 - DATA DE NASCIMENTO: (DIA , MÊS E ANO) _____

4- TERRA INDÍGENA EM QUE NASCEU: _____

5- ESTADO: _____

6- NOME DO PAI: _____

7- NOME DA MÃE: _____

8- NOME DO RESPONSÁVEL: _____

9- NÚMERO DE IRMÃOS: _____

10 – ORDEM DE SUCESSÃO:

() 1º FILHO (a)

() 2º FILHO (a)

() 3º FILHO (a)

() OUTRO - QUAL? _____

III – DADOS SOBRE A NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL:

1 – () **SURDEZ** – (Ver a definição do decreto nº 5626/05)

2 – () **CEGUEIRA** (AUSÊNCIA TOTAL DA VISÃO)

2.1- () **BAIXA VISÃO** (COMPROMETIMENTO DE AMBOS OS OLHOS, MAS CONSEGUE LER MATERIAL AMPLIADO OU COM RECURSOS ÓPTICOS ESPECÍFICOS)

3 – () **SURDOCEGUEIRA** (SURDEZ E DEFICIÊNCIA VISUAL SIMULTÂNEAS)

4 – () INTELLECTUAL – (FUNCIONAMENTO INTELLECTUAL SIGNIFICATIVAMENTE ABAIXO DA MÉDIA – DIAGNOSTICADO POR PSICÓLOGO)

4.1- () SÍNDROME DE DOWN (ALTERAÇÃO GENÉTICA DO CROMOSSOMO 21)

5 – TRANSTORNO INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO

5.1 () AUTISMO CLÁSSICO

5.2 () SÍNDROME DE ASPERGER

5.3 () SÍNDROME DE RETT

5.4 () TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA (PSICOSE INFANTIL)

6 – ALTAS HABILIDADES/ SUPERDOTAÇÃO

7 – () DEFICIÊNCIA FÍSICA ACARRETADA POR LESÃO MEDULAR

7.1 () PARAPLEGIA (PARALISIA DOS MEMBROS INFERIORES)

7.2 () TETRAPLEGIA (PARALISIA DOS MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES)

8 – DEFICIÊNCIA FÍSICA ACARRETADA POR LESÃO ENCEFÁLICA/ CEREBRAL

8.1- () MONOPLÉGIA (PARALISIA DE UM SÓ MEMBRO- BRAÇO E PERNA)

8.2 - () HEMIPLEGIA (PARALISIA DE UM LADO DO CORPO)

8.3 – () DIPLEGIA (PARALISIA DE MEMBRO INFERIOR)

8.4 – TETRAPLEGIA (PARALISIA DE TODO O CORPO – MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR)

9 – () DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA (DUAS OU MAIS DEFICIÊNCIAS ASSOCIADAS)

QUAIS ? _____

10 – A DEFICIÊNCIA OU NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL APRESENTADA É :

10.1 () CONGÊNITA (NASCEU COM A DEFICIÊNCIA)

10.2 () ADQUIRIDA – QUAL A IDADE EM QUE ADQUIRIU A DEFICIÊNCIA E QUAL FOI A CAUSA?

11– RECEBE ATENDIMENTO EDUCACIONAL.

ONDE? _____

11.1 () NÃO RECEBE ATENDIMENTO :

11.2 MOTIVO PELO QUAL NÃO RECEBE ATENDIMENTO EDUCACIONAL:

a - () FALTA TRANSPORTE

b - () DISTÂNCIA

c - () FALTA DE PROGRAMA EDUCACIONAL ADEQUADO

d - () COMPROMETIMENTO DA DEFICIÊNCIA

e - () OUTRO QUAL? _____

12 - FREQUENTA A ESCOLA REGULAR ? () SIM

QUAL? _____

() NÃO

POR QUÊ? _____

13. RECEBE APOIO ESPECIALIZADO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL?

() SIM

QUAL? _____

() NÃO

14 - FREQUENTA A ESCOLA ESPECIAL ?

() SIM

QUAL? _____

() NÃO

QUAL É A DEFICIÊNCIA? _____

15 - AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS FREQUENTAM AS ATIVIDADES SOCIAIS E RELIGIOSAS DA COMUNIDADE?

QUAIS? _____

15.1 - QUE ATIVIDADES SOCIAIS E RELIGIOSAS DA COMUNIDADE É IMPEDIDO DE FREQUENTAR EM FUNÇÃO DA DEFICIÊNCIA?

16 - RECEBE ALGUM BENEFÍCIO MONETÁRIO ?

QUAL? _____

17 - CONHECE A CAUSA DA DEFICIÊNCIA QUE APRESENTA?

18 – CONHECE ALGUMA FORMA DE PREVENIR A DEFICIÊNCIA?

() SIM - QUAL? _____

() NÃO

19 - EXISTEM OUTROS CASOS DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS (DEFICIÊNCIAS) EM SUA FAMÍLIA? () NÃO

() SIM - QUAL DEFICIÊNCIA APRESENTA? _____

20 – CONSEGUE REALIZAR AS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA COM AUTONOMIA?

(TOMAR BANHO, LAVAR E ENXUGAR AS MÃOS, IR AO BANHEIRO, ESCOVAR OS DENTES, VESTIR –SE E CALÇAR MEIAS E SAPATOS)

21 – NA SUA OPINIÃO:

21.1 O QUE PODERIA SE FEITO PARA MELHORAR AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS PESSOAS COM NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL DE SUA COMUNIDADE?

21.2 EXISTEM AÇÕES EM FAVOR DOS INDÍGENAS QUE APRESENTAM NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL?

21.3 COMO OS INDÍGENAS COM NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL SÃO VISTOS PELOS ÍNDIOS E NÃO ÍNDIOS?

22 - RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:

22.1 () A PESSOA QUE APRESENTA NECESSIDADE EDUCACIONAL ESPECIAL

22.2 () PARENTE.

22.3 QUAL O GRAU DE PARENTESCO?

APÊNDICE - C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Professor

Convido você a participar de um programa de capacitação intitulado: “INCLUSÃO E DIVERSIDADE”: Programa de Prevenção de Deficiências para Professores Kaingang de Ivaí – Paraná, que será conduzido por mim, doutoranda Lúcia Gouvêa Buratto, sob a Orientação da Profª Dra Maria da Piedade Resende da Costa, docente do Programa de Pós- Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

O Projeto que você está sendo convidado a participar tem como objetivo colaborar na sua formação para que aprofunde seus conhecimentos sobre as causas das deficiências e sua prevenção, de forma a reconhecer e remover os riscos mais comuns em sua comunidade. Este projeto objetiva ainda capacitar e oferecer subsídios para que você possa atuar como multiplicador de ações relativas à prevenção de deficiências e a elaboração de material didático e instrucional bilíngue que fará parte do acervo da biblioteca da escola. Espera-se que este Projeto possa resultar em ações de enfrentamento dos agentes causadores de deficiências, bem como, orientar para a convivência e inclusão dos deficientes nas ações da comunidade. Na capacitação, será utilizada uma metodologia participante, onde os conhecimentos tradicionais da etnia sobre prevenção de deficiências serão respeitados, valorizados e articulados com conhecimentos científicos.

Informo que existe o risco do referido programa de capacitação não corresponder às suas expectativas podendo também não alcançar os resultados previstos no Projeto. Informo ainda que, durante o desenvolvimento do programa, não ocorrerão perguntas ou situações que possam causar constrangimento.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o meu telefone e endereço, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento sem qualquer penalização.

Lúcia Gouvêa Buratto

Rua Diva Proença, nº 1380, Centro - Ivaiporã – Paraná – telefone (0XX) 43 3472 4247.

Declaro que entendi os objetivos da minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Manoel Ribas, de 2009.

APÊNDICE - D

DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECER PARA PREVENIR E INTERVIR

Lúcia Gouvêa Buratto

A Organização Mundial de Saúde considera que existem no mundo 40 milhões de pessoas com deficiência visual. Estima-se que, no Brasil, uma criança em cada três mil seja cega e uma em cada 500 apresenta baixa visão. De acordo com os dados do IBGE, 2005 p. 5, entre os indígenas que habitam o Brasil, o índice de pessoas com alguma ou grande dificuldade de enxergar é de 12, 1%. Entre o contingente populacional que apresenta deficiência visual, 20% apresentam cegueira e a grande maioria 80% apresentam baixa visão, podendo ser de grau leve moderado e severo. O Decreto nº 5296 de 02 de dezembro de 2004 publicado no Diário Oficial da União no dia 03/12/04, define:

deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0, 05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0, 3 e 0, 05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores; Disponível em: www.planalto.gov.br (Acesso em: 12/02/09).

Duas condições definem quem é o deficiente visual: a visão subnormal e a cegueira. A pessoa com visão subnormal é aquela que possui a capacidade funcional da visão alterada que dificulta o desempenho visual do sujeito. As principais características são: baixa acuidade visual, campo visual severamente reduzido, alterações corticais ou sensibilidade aos contrastes. Pelo comprometimento visual inalterável, necessita de recursos ópticos para maximizar sua capacidade visual e educacionais para desenvolver seu aprendizado e sua autonomia.

O indivíduo cego é aquele que apresenta ausência total da visão ou aquele impossibilitado de indicar a projeção da luz. A cegueira pode ocorrer por fatores isolados ou associados, pode ser congênita, isto é, ocorrer desde o nascimento ou ser adquirida posteriormente devido a causas ambientais ou orgânicas como diabetes, deslocamento de retina, glaucoma, catarata, degeneração senil e traumas oculares.

A deficiência visual, seja ela cegueira total ou visão subnormal, pode afetar a pessoa em qualquer idade. Bebês podem nascer sem visão e outras pessoas podem tornar-se deficientes visuais, em qualquer fase da vida, desde os primeiros dias de vida até a idade avançada. A deficiência visual ocorre independentemente de sexo, religião, crenças, grupo étnico, raça, ancestrais, educação, cultura, saúde, posição social, condições de residência ou qualquer outra condição específica. Pode ocorrer repentinamente de um acidente ou doença súbita, ou tão gradativamente que a

pessoa atingida demora a tomar consciência do que está acontecendo. Disponível em: www.deficientesvisuais.org.br (Acesso em: 9/02/09).

No entanto, o indivíduo com deficiência visual pode ter vida independente e praticamente normal se receber assistência adequada como tratamento precoce, atendimento educacional especializado através de serviços e programas de orientações para o uso dos materiais específicos, além de estratégias metodológicas que lhe oportunizem a utilização dos outros sentidos para apoderar-se de conceitos e significados necessários para desenvolver o aprendizado acadêmico, conviver socialmente, exercer uma profissão, e usufruir de todos os direitos inerentes ao cidadão.

Prevenção da Deficiência Visual

Estudos revelam que pelo menos 50% das deficiências ligadas à visão podem ser evitadas com medidas preventivas. O aconselhamento genético pode evitar deficiências visuais de causas genéticas. Veja no gráfico a seguir as causas mais frequentes da cegueira na infância.

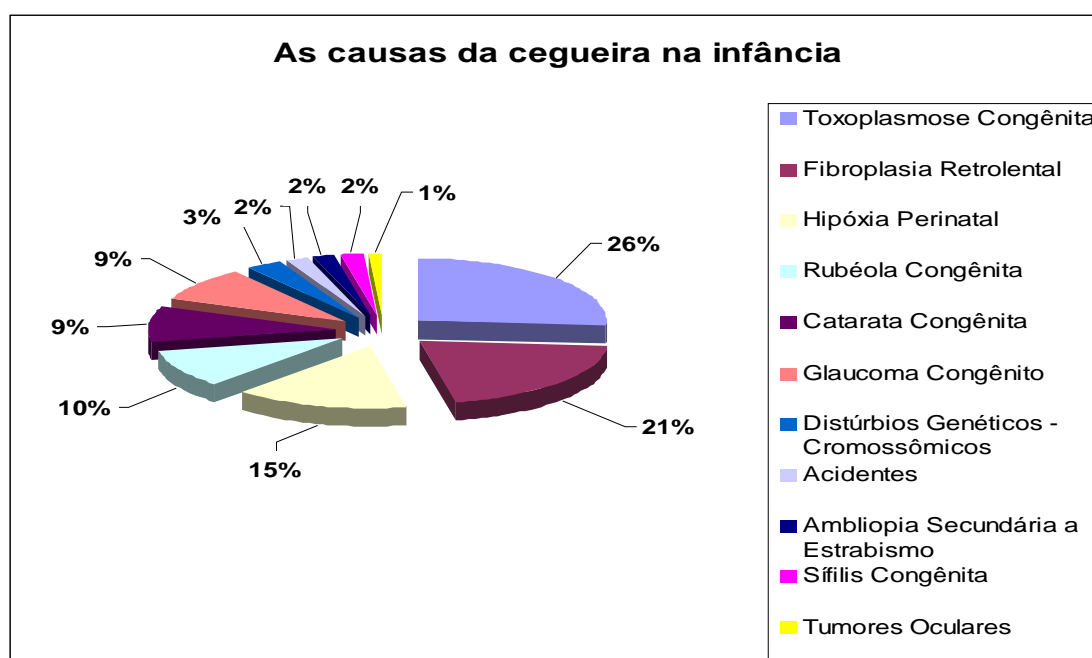


GRÁFICO 1. As causas da cegueira na infância

Coordenação e elaboração: Dr^a. Luzia Iara Pfeifer Miranda e Sílvia M. Ceccatto Barbosa. **Colaboração:** Dr^a. Maria Augusta Tamioso. Dados Estatísticos Cadastramento de Excepcionais - Curitiba 1987.

Gráfico elaborado por Lúcia Gouvêa Buratto com base nos dados disponíveis no endereço eletrônico: www.deficientesvisuais.org.br. (Acesso em: 9/02/09.)

Toxoplasmose Congênita

A Toxoplasmose Congênita, maior causa de cegueira na infância, ocorre em 26% dos casos. É uma infecção resultante da contaminação pelo toxoplasma goondi que é um parasita protozoário que ocorre mundialmente em humanos e animais carnívoros. Os felinos, como o gato, são hospedeiros definitivos do toxoplasma goondi que os expõem nas fezes.

Estudos revelam que os seres humanos podem ser infectados principalmente pela ingestão de carne mal passada, ou água contaminada. Na maioria das pessoas, a infecção não apresenta sintomas, porém a infecção em mulheres em fase reprodutiva pode resultar em infecção congênita grave, podendo comprometer seriamente a vida intra-uterina, principalmente se a infecção ocorrer nos primeiros meses da gravidez. Fritche (2008, p. 1388) esclarece que:

A infecção congênita pode ocorrer quando a mãe desenvolve a infecção aguda durante a gestação. O risco da infecção do recém-nascido não está relacionado à presença ou ausência de sintomas na mãe, mas a gravidade da infecção depende do período da gestação em que o contágio ocorre. Morte intra-uterina, microcefalia ou hidrocefalia com calcificação intracraniana podem ocorrer quando a infecção é adquirida na primeira metade da gestação.

O diagnóstico precoce, seguido de tratamento adequado, pode reduzir o perigo de o feto ser atingido pela infecção provocado pelo toxoplasma. Caso ocorra a infecção do feto, existem tratamentos que podem minorar as sequelas da infecção, porém a saúde da criança deve ser monitorada principalmente no primeiro ano de vida. De acordo com FRITCHE (2008, p. 1388) “ Coriorretinite¹¹, retardo psicomotor e distúrbios convulsivos podem se manifestar meses ou anos depois.”

A prevenção se apresenta como a melhor opção. Cuidados simples, como não tocar nas fezes de gato, lavar bem as verduras e frutas, cozinhar bem a carne, lavar as mãos após manusear frutas, vegetais e carnes cruas, podem evitar o contágio pelo toxoplasma goondi e reduzir os índices alarmantes de cegueira na infância provocada por este protozoário.

¹¹ A coriorretinite é uma infecção provocada pelo toxoplasma que se manifesta principalmente no jovem e caracteriza-se pela infecção no fundo dos olhos. Quando a infecção atinge a mácula, pode causar cegueira.

Fibroplasia Retrolental

Conhecida também como Retinopatia da Prematuridade, constitui-se na segunda maior causa de deficiência visual na infância, atingindo o percentual de 21% dos casos. É uma doença causada pelo uso não monitorado de oxigênio em crianças recém-nascidas, prematuras que apresentam insuficiência respiratória. Diagnosticada precocemente, pode ser tratada e evitar a cegueira. Toda criança que recebeu oxigenioterapia deve ser encaminhada ao oftalmologista. A fibroplasia retrolental pode ser eliminada com pré-natal adequado para evitar que a criança nasça prematuramente.

Hipóxia Perinatal

Muitas mães não recebem assistência adequada na hora do parto e muitas crianças são vítimas do denominado tocotraumatismos que são todos os tipos de trauma mecânico sofrido pelo feto no momento do parto. A Paralisia cerebral pode provocar na criança diversas deficiências, entre elas, alterações visuais, principalmente o estrabismo.

A córtex visual é a região do lobo occipital responsável pela recepção e decodificação da informação enviada pelos olhos. Uma lesão nesta área pode determinar perda visual que neste caso é chamada de deficiência visual cortical (DVC). As causas mais frequentes de DVC são hipóxia, infecções do sistema nervoso central, traumatismo crânio-encefálico e hidrocefalia. Disponível em : www.sarah.br/doencas/ . (Acesso em: 08/02/09)

Rubéola Congênita

Considerada uma doença crônica e progressiva, a rubéola é responsável por 10% das causas de deficiência visual. Pode se apresentar de duas formas: a congênita ou pré-natal e a forma adquirida ou pós-natal. É a quarta causa de deficiência visual em crianças até 6 anos de idade, visto que crianças que foram infectadas no útero materno que não apresentam nenhum sintoma ao nascer podem apresentar os sintomas da rubéola congênita anos após o nascimento. O contágio ocorre por via respiratória, por inalação de gotículas contaminadas pela orofaringe.

A rubéola é facilmente evitada bastando uma única dose da vacina para que a pessoa fique imunizada. Toda criança e toda mulher em idade fértil, mesmo que já tenha tido outros filhos devem ser vacinadas

Catarata Congênita

Responsável por 9% dos problemas visuais na infância, também poderá ser evitada se for diagnosticada e tratada, logo nos primeiros dias após o nascimento. A catarata pode ser causada, entre outras, pela rubéola, e toxoplasmose ou pode ter origem hereditária ou provocada por erros no metabolismo.

Glaucoma Congênito

Considerada uma afecção grave, porém pode ser tratada através de cirurgias. As crianças com glaucoma congênito apresentam: olhos grandes e lacrimejantes, córnea turva, dificuldade em tolerar a claridade.

Acidentes

Cuidados simples podem evitar acidentes que provocam problemas visuais, dentre eles, podemos destacar:

- não deixar que as crianças manuseiem objetos cortantes e pontiagudos;
- evitar fazer cortes nos arbustos em diagonal ;
- nunca deixar arames farpados espalhados;
- nunca segurar uma criança com o cigarro aceso;
- não deixar que materiais de limpeza atinjam os olhos;
- levar as crianças no banco traseiro do carro, presos no cinto de segurança apropriado para cada idade;
- nunca deixar agrotóxicos e fogos de artifício ao alcance das crianças;
- verificar os brinquedos, antes de entregar a criança, muitos deles podem machucar;
- orientar as crianças que usem lenços e toalhas individuais e limpas.

Estrabismo

A pessoa estrábica não possui a sincronia dos músculos oculares, por isso, não consegue coordenar ambos os olhos. A criança estrábica pode ter o quadro revertido, quando tratada precoce e adequadamente.

O estrabismo congênito pode ser corrigido através de procedimento cirúrgico em crianças de 6 meses a um ano de idade. A criança estrábica pode apresentar: “imagem dupla, supressão da imagem do olho desviado, baixa de acuidade visual no olho desviado, desconforto visual para leitura e televisão, embaraçamento visual, dificuldade para desenhar e para realizar atividades que requeiram tridimensionalidade, dificuldade para dirigir à noite”. (BRASIL, 2002, p. 23)

Sífilis Congênita

A sífilis congênita é resultado de uma infecção causada por uma bactéria denominada treponema pallidum, sexualmente transmissível, que pode resultar em sérias consequências para a saúde da criança, podendo manifestar desde o nascimento ou anos mais tarde. A sífilis pode ser transmitida da mãe para o feto em qualquer fase da gestação, inclusive na hora do nascimento. A cegueira é um dos sintomas que a criança pode apresentar quando contaminada.

A prevenção pode ser feita através de um teste em mulheres antes da gravidez. Quando a mulher estiver infectada, o tratamento deve ser ministrado à mulher e a seu(s) parceiro(s). Quando tratada precocemente, a mãe poderá ter filhos saudáveis. De acordo com a lei nº 6259 de 30 de outubro de 1975, em todo o território nacional, os casos de doenças transmissíveis como a sífilis devem ser notificados. O artigo 8º determina:

É dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária a ocorrência de fato, comprovado e presumível de caso de doença transmissível, sendo obrigatória a médicos e a outros profissionais de saúde no exercício de sua profissão, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e ensino a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças relacionadas em conformidade com o artigo 7º. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/. (Acesso em :12/02/09)

Tumores Oculares

Os tumores oculares constituem-se em diversas formas de lesões benignas e malignas que são responsáveis pela perda da visão e da vida de muitos indivíduos. O exame nos olhos dos recém-nascidos, obrigatório nas maternidades, pode diagnosticar precocemente tumores oculares e possibilitar sua cura através de tratamento adequado.

Prevenção

Estudos revelam que, medidas eficientes de prevenção e detecção precoce de alterações visuais, seguidas de intervenção adequadas, podem reduzir drasticamente os índices de cegueira e baixa visão.

A triagem ocular deve ser realizada desde o berçário e continuar sendo realizada nas creches e escolas. Algumas maternidades realizam nos bebês, a partir do 1º mês de vida, a acuidade visual através de um teste denominado olhar preferencial por cartões de teller. O teste demora aproximadamente 20 a 30 minutos para ser aplicado e consiste em apresentar a crianças pré-verbais um cartão com listras contrastantes.

Estes cartões são feitos com rigor técnico onde o contraste é sempre o mesmo. As listras brancas e pretas obedecem a um cálculo matemático denominado “ciclo por centímetro”. O teste baseia-se na observação das crianças que tendem a olhar mais para uma tela com listras pretas e brancas do que para uma superfície homogênea. ... São mostrados cartões com listras cada vez mais estreitas, até que a criança não manifeste nenhuma preferência. As menores listras percebidas pela criança correspondem à sua acuidade visual. Disponível em: www.ofthalmopediatria.com.br (Acesso em 11/02/09).

A partir dos quatro anos de idade, a avaliação mais simples e eficaz é a feita através da Escala Opto Métrica de Snellen. Este teste que deve ser aplicado apenas para triagem dos estudantes desde a pré-escola, não sendo adequado para avaliar crianças com visão subnormal.

Muitas crianças brasileiras, indígenas ou não indígenas, apresentam baixa visão e este fato, muitas vezes, passa despercebido pelos pais. Os professores têm um papel fundamental na detecção deste problema, podendo intervir de forma a minimizar as limitações decorrentes da baixa visão.

Na sala de aula, é exigido da criança um desempenho visual maior; é ali que podem ser identificados sinais e comportamentos dos alunos que podem indicar que aluno apresenta baixa visão. Os sinais mais comuns que indicam alterações visuais são: dores de cabeça, tonturas, náuseas, sensibilidade à luz, visão dupla e embaçada, olhos sempre lacrimejando, avermelhados, pálpebras inchadas com bordas avermelhadas, purgações e terçóis, olhos em constante movimentação (nistgmo), dificuldade para ler e escrever, postura inadequada, desatenção e falta de interesse, inquietação e irritabilidade, aproximação excessiva do material ou do objeto que está sendo lido ou visto, fadiga ao fazer esforço visual, tropeço e quedas com frequência. (BRASIL, 2001, pp. 38-39).

Estes sinais e comportamentos deverão ser observados pelos professores que encaminharão os alunos que apresentam tais sinais para um exame clínico mais detalhado. São funções da escola.

aplicar testes para triagem ocular de pré-escolares para verificação da acuidade visual; encaminhar a criança com urgência ao médico oftalmologista, quando necessário; proporcionar orientação quanto à higiene e à prevenção dos problemas oculares; buscar junto aos pais e ou comunidade recursos para o melhor atendimento da criança. (BRASIL.2001, p. 42)

Atendimento Pedagógico

O professor recebe orientações do Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento às Pessoas com Deficiência Visual - CAP, que foi Institucionalizado pelo Ministério da Educação através da Secretaria de Educação Especial para garantir a inclusão da pessoa com deficiência visual no sistema regular de ensino, bem como, promover o pleno desenvolvimento em seu grupo social. Entre outras atribuições, o CAP oferece serviços de apoio pedagógico complementar, por meio de 04 núcleos de atuação: Núcleo de Apoio Pedagógico, Núcleo de Produção Braille, Núcleo de Tecnologia e Núcleo de Convivência.

A aprendizagem humana se realiza em grande parte através da visão. Este canal privilegiado de comunicação permite que a criança se desenvolva naturalmente através da observação e interação e exploração do ambiente que a cerca. Dessa forma, as crianças “desenvolvem um vasto conjunto de experiências psicomotoras que promovem o desenvolvimento do equilíbrio, da coordenação motora global, da noção de esquema corporal global e do desenvolvimento de conceitos espaciais” (MENDONÇA, 2008. p. 16)

No indivíduo cego, o processo de aprendizagem se dará através dos outros sentidos, como o tato, paladar, o olfato e a audição que, estimulados pelo uso contínuo, se desenvolvem de forma complementar. Na nossa cultura em que os estímulos visuais são muito explorados, os deficientes visuais ficam em situação de desvantagem, pois recebem as informações visuais de formas fragmentadas e distorcidas.

Somados a este fato, temos por parte da sociedade em geral, inclusive dos educadores, o desconhecimento das reais possibilidades das pessoas com deficiência visual que os consideram erroneamente como impossibilitados para o aprendizado. “Devemos ficar atentos aos nossos conceitos, preconceitos, gestos e atitudes e posturas com abertura e disposição para rever as práticas convencionais, conhecer, reconhecer e aceitar as diferenças como desafios positivos e expressão natural das potencialidades humanas” (SÁ, 2007. p. 13)

O cego possui formas diferentes de ver o mundo e o professor indígena deverá conhecer as implicações educacionais do aluno cego ou com visão subnormal para intervir com vistas a favorecer seu aprendizado e sua autonomia. O professor deve valorizar o conhecimento que o aluno já possui incentivar, a realização de atividades com os colegas e grupos, preparar materiais pedagógicos que atendam às reais necessidades deste alunado e fundamentar sua prática pedagógica no Projeto Político Pedagógico da Escola para promover a inclusão.

O aluno cego e os alunos com baixa visão devem estudar junto com os outros alunos no Ensino Regular público ou privado e poderá receber apoio específico de acordo com suas necessidades pedagógicas nos Centros de Atendimento Especializado – CAEDV.

No Estado do Paraná, o Centro de Atendimento Especializado - CAEDV funciona em escolas da rede pública de ensino ou instituições conveniadas e atende o aluno cego e ou com visão subnormal sempre em período contrário à educação básica.

Seguindo as orientações e normativas da Secretaria de Estado da Educação/PR, o professor do CAEDV elabora o cronograma com os horários de atendimento, planejamento, registros de acompanhamento dos alunos, juntamente com a equipe pedagógica da escola onde o aluno cego ou com visão subnormal está matriculado.

O CAEDV oferece Educação Infantil Especializada e apoio à escolaridade básica através de planejamento e execução de atividades específicas, de acordo com as necessidades educacionais de cada aluno. Para isso, o professor especializado que atua no CAEDV deverá possuir cópia do planejamento do Ensino Regular da série que o aluno está matriculado para elaborar o planejamento individual das atividades a serem desenvolvidas com os alunos, com as devidas adaptações. O professor oferece complementação e/ou suplementação curricular, utilizando materiais específicos complementares para o apoio escolar, como braille, sorobã, estimulação visual, orientação e mobilidade e atividades de vida autônoma e social.

O professor itinerante do CAEDV oferece, quando solicitado, atendimento ao professor regente da escola comum, onde o aluno está inserido, em relação à flexibilização e adaptações curriculares, metodologias de ensino e aprendizagem, recursos didáticos diferenciados e processos de avaliação adequados ao desenvolvimento dos alunos com deficiência visual.

O professor do CAEDV, além de preparar o material especializado para uso do professor da sala de aula, tem de transcrever textos, provas e outros para o Sistema Braille e transcrever para tinta os trabalhos em Braille. O professor deverá gravar ou mediar gravações

de livros didáticos, quando o conteúdo for compatível com esse recurso. A Lei Federal 9.610 de 1998 que delibera sobre os direitos autorais garante no artigo 46 : “não constitui ofensa aos direitos autorais a reprodução de obras literárias, artísticas ou científicas, para uso exclusivo de deficientes visuais, sempre que a reprodução, sem fins comerciais, seja feita mediante o sistema Braille ou outro procedimento em qualquer suporte para esses **recursos usados pelas pessoas cegas.**”

O soroban: o Soroban chegou ao Brasil com os imigrantes japoneses no início do século xx. No Brasil, em 1949, o soroban, que era usado por pessoas videntes, foi adaptado para deficientes visuais e o termo usado atualmente é sorobã.

Ambos podem ser utilizados, e os cálculos são praticamente realizados de forma igual nos dois modelos. A manipulação no Soroban (com “N”) é mais rápida, pois as contas correm livremente, diferentemente do Sorobã, onde as mesmas são presas, mas ambos geram uma aptidão em comum: o cálculo mental. No Brasil, pelo Sorobã ter substituído o Cubarítmo nas aulas de cálculo, a mídia menciona o ábaco japonês, Soroban, como exclusividade para deficientes visuais. Pretendemos aqui deixar bem claro que se trata de um instrumento extremamente útil para AMBOS, inclusive videntes. Disponível em: www.sorobanbrasil.com.br. (Acesso em 10/02/09).

Braille: O sistema Braille, criado, em 1825, pelo jovem cego Louis Braille, é um código universal de escrita e leitura realizada pelo tato. Louis Braille aperfeiçoou o invento do oficial do exército Francês Charles Barbier que criou o sistema para se comunicar com outros oficiais nos campos de guerra e, posteriormente, levou seu invento para o Instituto Real dos Jovens Cegos de Paris.

É Considerada a melhor forma para os cegos ler e escrever. O sistema Braille, com seus símbolos universais, representam letras, números, notas musicais e são usados para leitura e escrita dos cegos dos cinco continentes, nos diversos idiomas usados na África, América, Europa, Ásia e Oceania.

a ● ○ ○ ○ ○ ○ 1	b ● ○ ○ ○ ○ ○ 12	c ● ● ○ ○ ○ ○ 14	d ● ● ○ ○ ○ ○ 145	e ● ○ ○ ○ ○ ○ 15	f ● ● ○ ○ ○ ○ 124	g ● ● ○ ○ ○ ○ 1245	h ● ○ ○ ○ ○ ○ 125	i ○ ● ○ ○ ○ ○ 24	j ○ ● ○ ○ ○ ○ 245	
k ● ○ ○ ○ ○ ○ 13	l ● ○ ○ ○ ○ ○ 123	m ● ● ○ ○ ○ ○ 134	n ● ● ○ ○ ○ ○ 1345	o ● ○ ○ ○ ○ ○ 135	p ● ● ○ ○ ○ ○ 1234	q ● ● ○ ○ ○ ○ 12345	r ● ○ ○ ○ ○ ○ 1235	s ○ ● ○ ○ ○ ○ 234	t ○ ● ○ ○ ○ ○ 2345	
u ● ● ○ ○ ○ ○ 136	v ● ○ ○ ○ ○ ○ 1236	x ● ● ○ ○ ○ ○ 1346	y ● ● ○ ○ ○ ○ 13456	z ● ○ ○ ○ ○ ○ 1356	ç ● ● ○ ○ ○ ○ 12346	é ● ● ○ ○ ○ ○ 123456	á ● ○ ○ ○ ○ ○ 12356	ê ○ ● ○ ○ ○ ○ 2346	û ○ ● ○ ○ ○ ○ 23456	
ã ○ ○ ○ ○ ○ ○ 16	ë ● ○ ○ ○ ○ ○ 126	ï ○ ○ ○ ○ ○ ○ 146	õ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 1456	ü ○ ○ ○ ○ ○ ○ 156	ä ○ ○ ○ ○ ○ ○ 1246	í ○ ○ ○ ○ ○ ○ 12456	ú ○ ○ ○ ○ ○ ○ 1256	ö ○ ○ ○ ○ ○ ○ 246	w/ô ○ ○ ○ ○ ○ ○ 2456	
* ○ ○ ○ ○ ○ ○ 2	; ○ ○ ○ ○ ○ ○ 23	: ○ ○ ○ ○ ○ ○ 25	• ○ ○ ○ ○ ○ ○ 256	? ○ ○ ○ ○ ○ ○ 26	! ○ ○ ○ ○ ○ ○ 235	() ○ ○ ○ ○ ○ ○ 2356	“ ” ○ ○ ○ ○ ○ ○ 236	+ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 35,35	“ ” ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 356	
í ○ ○ ○ ○ ○ ○ 34	ã ○ ○ ○ ○ ○ ○ 345	ó ○ ○ ○ ○ ○ ○ 346	Sinal de algarismo ○ ○ ○ ○ ○ ○ 3456	Apóstrofo ○ ○ ○ ○ ○ ○ 3	Hífen ○ ○ ○ ○ ○ ○ 36					
Grifo ○ ○ ○ ○ ○ ○ 456	Sinal de maiusculo ○ ○ ○ ○ ○ ○ 46	Reticência ○ 3,3,3			Travessão ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 36,36					
1 ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ 3456,1	2 ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ 3456,12	3 ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ 3456,14	4 ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ 3456,145	5 ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ ○ ○ ● ○ ○ ○ 3456,15	\$ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 256	@ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 45				

ALFABETO BRAILLE

Fonte: www.senai.br/Braille/alfabeto. Acesso em 12/02/09.

Tecnologias

Nos últimos anos, vem crescendo consideravelmente o número de alunos cegos que frequentam o ensino regular na Educação Básica e nas Universidades do Brasil. Todo material usado por estes alunos deveriam estar traduzidos para o Braille. As provas e trabalhos feitos pelos deficientes visuais são transcritos para a escrita convencional para serem corrigidos pelos professores do Ensino Regular. Entretanto, nem todos os deficientes visuais podem contar com profissionais e instituições que se responsabilizem pela tradução de todo o material utilizado por eles.

Pesquisadores da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) desenvolveram um tradutor dos textos em Braille para a escrita convencional. O vice-reitor da UEPG, Carlos Luciano Vargas, teve a idéia e apresentou ao colega Ariângelo Hauer, do Departamento de Informática que desenvolveu o projeto e assim o descreve.

Adaptamos uma *webcam* comercial, dessas comumente encontradas no mercado, a um suporte de acrílico que deixa o aparato a uma distância adequada para a focalização do texto. Uma minilanterna lança então um pequeno feixe de luz sobre os sinais em braile, gerando padrões de luz e sombra sobre o papel. Disponível em: www.cienciahoje.gov.br. (Acesso em: 17/05/09).

A inovação tecnológica promete aliar facilidade, simplicidade e baixos custos e garantirá mais agilidade no retorno didático – pedagógico aos estudantes cegos, contribuindo sobremaneira para facilitar a comunicação entre cegos e videntes.

Sistema DOSVOX.

As pessoas com deficiência visual encontravam inúmeras barreiras para usar o computador. Através do uso do sistema DOSVOX, que funciona em computadores da linha PC, a pessoa cega passa a ter acessibilidade digital ganhando grande independência no estudo e no trabalho. O deficiente visual realiza os comandos através do diálogo com a máquina que possui voz sintetizada em Português com configurações para outros idiomas. O sistema estabelece um diálogo com o operador através de mensagens sonoras feitas por voz humana gravada.

Ele é compatível com a maior parte dos sintetizadores de voz existentes, pois usa a interface padronizada SAPI do Windows. Isso garante que o usuário pode adquirir no mercado os sistemas de síntese de fala mais modernos e mais próximos à voz humana, os quais emprestarão ao DOSVOX uma excelente qualidade de leitura. O DOSVOX também convive bem com outros programas de acesso para deficientes visuais (como Virtual Vision, Jaws, Window Bridge, Window-Eyes, ampliadores de tela, etc) que porventura estejam instalados na máquina do usuário. Disponível em: www.ifi.unicamp.br/ (Acesso em 11/02/09).

O Sistema DOSVOX criado pelo Núcleo de Computação Eletrônica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, coordenado pelo professor José Antonio Borges, além do sistema de síntese de fala, possui editor, leitor e impressor/formatador de textos, impressor/formatador para Braille. Possui ainda calculadora, agenda, jogos de caráter didático e lúdico, ampliador de telas para pessoas com visão reduzida, programas para ajuda à educação de crianças com deficiência visual. O sistema *DOSVOX* traz grandes benefícios aos deficientes visuais, ampliando as possibilidades de trabalho e acesso à educação, tecnologia, comunicação e cultura.

O acesso a estes benefícios estão garantidos na legislação nacional e internacional que assegura legalmente aos deficientes visuais uma série de direitos específicos. A Lei Federal nº 7.583, de 24 de outubro de 1989, determina que pessoas portadoras de deficiência visual e parcial devem ser integradas à sociedade através do trabalho, para que possam exercer sua cidadania. A inclusão social dos deficientes visuais está simultaneamente ligada à escolaridade e ao uso das tecnologias de informação.

Assegurar acessibilidade digital para os deficientes visuais, além de uma necessidade, é uma questão de justiça social para com estes cidadãos e vem atender às diretrizes nacionais e internacionais no que se refere à igualdade no atendimento a todos.

O Decreto Federal nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004 que regulamentou as Leis nº 10.048 de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098 de 19 de dezembro de 2000 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, no capítulo VII, intitulado “ Das ajudas Técnicas” evidencia no Art. 61 , inciso 2º que os cães-guia e os cães-guia de acompanhamento são considerados ajudas técnicas. Disponível em: www.planalto.gov.br (Acesso em 12 de fevereiro de 2009).

A pessoa com cegueira ou baixa visão tem garantido também pelo Decreto 5296 de 02 de dezembro de 2004, publicado no Diário oficial da União de 3 de dezembro de 2004, o direito de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia. No artigo Art. 6º, parágrafo 8º, está determinado a admissão de entrada e permanência de cão guia, ou cão guia de acompanhamento, junto à pessoa com deficiência ou de treinador nos locais dispostos no caput do art. 5º, bem como, nas demais edificações de uso público e naqueles de uso coletivo, mediante apresentação da carteira de vacina atualizada do animal.

Entendemos que a inclusão dos alunos cegos na escola, comunidade e sociedade, passa principalmente pela qualificação dos professores que viabilizarão as condições necessárias para que estes alunos tenham acesso e permanência na escola. Além disso, proporcionarão aos alunos ambiente favorável à aprendizagem e situações promotoras de ações educativas, assegurando educação inclusiva e participativa.

A escola é o lugar mais frequentado pelas crianças e jovens que são a maioria dos habitantes da comunidade e constitui-se no local privilegiado para conscientização e o aprendizado das formas de prevenção. Através da educação, podemos ensinar os alunos a reconhecer as situações de riscos de adquirir deficiências, conhecer as formas de prevenção antes, durante, e após a gestação, bem como, agir para a eliminação dos riscos que podem levar às deficiências.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. **Programa de Capacitação de Recursos Humanos do Ensino Fundamental- Deficiência Visual**. V. 1, MEC/SEESP, 2001. 193 p.

_____, Ministério da Educação. **Adaptações curriculares em ação: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais dos alunos cegos e dos alunos com baixa visão/ Secretaria de Educação Especial – Brasília: MEC/SEEP, 2002. 211p.**

FRITCHE, T. R.; Smith. W. J. **Parasitologia Médica**. Pp. 1372 – 1422. *In* Henry John Bernard. Diagnósticos clínicos e tratamentos por métodos laboratoriais/ John Bernard Henry; Tradução Ida Cristina Gubert _ 20. Ed _ Barueri, SP: Manole, 2008. 1734 p.

MENDONÇA A. et al. **Alunos Cegos e com baixa visão – orientações curriculares**. MEC, 2008, 85 p.

SÁ. E. D. de. Izilda Maria de Campos, Myriam Beatriz Campolina Silva. **Deficiência Visual – Atendimento Educacional Especializado**. MEC/SEESP. São Paulo. 2007. 54 p.

Sites consultados

Decreto nº 5296 de 02 de dezembro de 2004. Disponível em: www.planato.gov.br . Acesso em: 12/02/09.

Disponível em: www.cienciahoje.gov.br/. Acesso em: 17/05/09.

O que é deficiência visual. Disponível em: www.deficientesvisuais.org.br. Acesso em: 9/02/09.

As causas da deficiência visual. Disponível em: www.deficientesvisuais.org.br. Acesso em: 9/02/09.

Deficientes Visuais – Programa Dosvox. Disponível em: www.ifi.unicamp.br/accosta/dv. Acesso em: 11/02/09.

Como examinar a criança - Exames em crianças pré-verbais. Disponível em: www.ofthalmopediatria.com.br . Acesso em: 11/02/09.

Lei nº 6259 de 30 de outubro de 1975. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos. Acesso em: 12/02/09.

Paralisia Cerebral – Alterações Visuais. Disponível em: www.sarah.br/doencas/. Acesso em: 08/02/09.

O Alfabeto Braille. Disponível em: www.senai.br/Braille/alfabeto. Acesso em: 12/02/09.

Soroban ou Sorobã? Disponível em: www.sorobanbrasil.com.br. Acesso em: 10/02/09.

APÊNDICE - E

DEFICIÊNCIA AUDITIVA: CONHECER PARA PREVENIR E INTERVIR

Lúcia Gouvêa Buratto

A educação das pessoas surda sempre foi alvo de controvérsias que podem ser observadas na literatura desde a Antiguidade e ainda permanecem presentes nos dias atuais. Na Grécia antiga, o surdo não era considerado humano. Estudos revelam que o filósofo Aristóteles, que viveu entre 384-322 a.C, acreditava que o surdo era um ser desprovido de capacidade de pensar. Relatos bíblicos mostram várias situações em que os surdos foram curados por Jesus Cristo. Outros livros considerados sagrados também fazem referências aos surdos.

Estudos revelam ainda que somente na Idade Moderna é que Girolano Cardano, médico, matemático e astrólogo italiano, que tinha um filho surdo e viveu entre (1501 – 1576), afirmava que o surdo, mesmo sem falar, era capaz de aprender a ler e escrever. Outras pessoas que entraram para a História oficial, como monge Pedro Ponce de León (1520–1584), o pedagogo espanhol Juan Pablo Bonet (1579 – 1629) acreditavam que os surdos eram capazes de aprender. A primeira escola para surdos que se tem registro é o “Instituto Nacional para Surdos Mudos em Paris” - Instituto de Paris, fundada por Abbé Charles Michel de L’ Epée que viveu entre 1712-1789 e tinha duas irmãs surdas.

O atendimento ao surdo foi primeiramente uma preocupação médica. Mori, (2008, p. 23) citando o trabalho de SÁ, afirma que o médico Itard foi o primeiro a fazer treinamento auditivo com hipoacústicos, surgindo assim a leitura labial. E, ainda de acordo com a autora, citando Moura revela que “a primeira classificação dos surdos, de acordo com a perda auditiva, foi feita também por Itard, que, após anos tentando curar a surdez e ensinando o surdo a falar, admitiu que a língua de sinais era a forma mais eficiente de comunicação com os surdos” (MORI, 2008 pp. 23, 24).

Por muito tempo, medicalizar a surdez foi a principal tendência, que ainda hoje persiste dentro de alguns segmentos, inclusive o educacional. Segundo Skliar (1997, p. 111), medicalizar a surdez “significa orientar toda a atenção à cura do problema auditivo, à correção de defeitos da fala, ao treinamento de certas habilidades menores, como a leitura labial e a articulação, mais que a interiorização de instrumentos culturais significativos, como a língua de sinais”.

Não estamos negando aqui a importância do atendimento médico, fonoaudiológico, entre outros, porém nós educadores devemos focar nossa atenção no planejamento didático-pedagógico para que o atendimento educacional dos alunos com deficiência auditiva seja realizado na escola comum em um ambiente bilíngue, além de oferecer a estes alunos atendimento educacional especializado em período adicional. No Brasil, a primeira instituição educacional para surdos foi criada em 1857 durante o reinado de D. Pedro II, o Imperial Instituto de Surdos – Mudos, atualmente denominado Instituto Nacional de Educação de Surdos- INES.

Os surdos, bem como, sua educação, como acontece com outras minorias, receberam diferentes tratamentos, dependendo da época e da cultura em que estavam inseridos. Dessa forma, como acontece com as minorias, o tratamento dispensado coloca este grupo em situação de invisibilidade e fragilidade. “Os surdos são uma minoria invisível e amplamente distribuída, como a natureza democrática da surdez sugere. As circunstâncias dos surdos, como uma minoria cultural, entretanto, deixam claro que o lugar não é intrínseco a uma identidade nativa” (WRIGLEY, 1996, p. 36).

Ao longo da história da educação do surdo, houve divergências em relação à metodologia adequada a ser adotada para ensiná-los. Seguindo a tendência vigente na época, em 1880, o Congresso de Milão aprovou uma resolução tornando proibido o uso da língua de sinais nas escolas. “A partir daí, a opressão de mais de um século a que os surdos foram submetidos, sendo proibidos de utilizar sua língua e obrigados a comportarem-se como ouvintes, trouxe uma série de consequências sociais e educacionais negativas (BRASIL, 2002, p. 69).

A partir do Congresso de Milão, a educação através do oralismo considerada superior na época passou a ser oficialmente utilizada. “O oralismo e supressão da língua de sinais acarretaram uma deteriorização marcante no aproveitamento educacional das crianças surdas e na instrução dos surdos em geral (SACKS, 1998, p. 41)

Considerando o contingente populacional que apresenta surdez, ao longo das décadas, foram poucos os que tiveram a oportunidade de desenvolver suas habilidades, pois eram impedidos de usar sua linguagem natural, a língua de sinais como primeira língua limitando consideravelmente o desenvolvimento destes indivíduos nas mais diversas áreas. “A língua de sinais equipara-se à língua falada, prestando-se igualmente ao rigoroso e ao poético – à análise filosófica e ao namoro e na verdade, com uma facilidade que às vezes é maior do que a da língua falada” (SACKS, 1998, p. 34).

Proibidos de usar sua língua natural, que foi reprimida e proibida durante décadas, por ser considerada uma forma errônea de se comunicar, os surdos passaram a ser vistos, confundidos e até considerados como deficientes intelectuais. Para Sacks, (1998, p. 52) [...] “um ser humano não é desprovido de mente ou mentalmente deficiente sem uma língua, porém está gravemente restrito no alcance de seus pensamentos, confinado, de fato, a um mundo imediato e pequeno”. E ainda, de acordo com o autor acima citado, “A língua de sinais é “natural” para todos os que a aprendem (como primeira língua), e possui beleza e excelência intrínsecas, às vezes, superiores a fala” (p. 34 grifo do autor).

Estudos revelam que é necessário que a criança deve entrar em contato o mais precocemente possível com sua língua natural, ou seja, de sinais, no caso brasileiro, a Libras, caso contrário, o surdo pode ter prejuízos irreversíveis no seu desenvolvimento. Para Sacks, (1998, p. 44) “a surdez deve ser diagnosticada o mais cedo possível. As crianças surdas precisam ser postas em contato, primeiro com pessoas fluentes na língua de sinais, sejam seus pais, professores e outros”. Sacks esclarece ainda: “Assim que a comunicação por sinais for aprendida, ela pode ser fluente aos três anos de idade. Tudo então pode decorrer: livre intercuro de pensamento, livre fluxo de informação, aprendizado da leitura e escrita e, talvez da fala”

Assistimos, na década de 70, um grande movimento em defesa da utilização da Comunicação Total, isto é, uma proposta que defende o uso da língua oral e da língua de sinais concomitantemente. A partir da década de 80, as discussões giraram em torno do bilinguismo. O surdo deveria aprender primeiramente como sua língua materna, a Língua Brasileira de Sinais, como primeira Língua e, posteriormente, a Língua Nacional Portuguesa, como segunda Língua. Fernandes (2003, p. 42) esclarece: “admitindo-se que para esse grupo de alunos, de forma diferente das demais pessoas, a língua portuguesa não seria uma língua nativa, mas sua segunda língua, ensinada/aprendida por meio de procedimentos semelhantes ao de uma língua estrangeira”.

Este direito reivindicado por mais de duas décadas tornou-se oficial com a Lei Federal nº 10.436/02, regulamentada pelo Decreto 5626/05, que tornou obrigatório em todo território nacional, a Língua Brasileira de Sinais-LIBRAS. Esta lei dispõe ainda sobre a obrigatoriedade do ensino desta língua nos cursos de formação de professores em nível Médio e Superior, bem como, nos cursos de Fonoaudiologia.

Dessa forma, foi dado o primeiro passo para se criar as condições para que o direito do surdo ao bilinguismo possa ser efetivado, porém não basta a letra da lei, faz-se

necessária a implantação de políticas que agilizem o que está determinado no plano da legislação.

Causas e prevenção da deficiência auditiva

A surdez pode ser determinada por causas ambientais ou hereditárias. No que se refere às causas ambientais, elas podem ocorrer durante a gestação, durante o parto e após o nascimento, isto é, ao longo da vida do indivíduo. Destacamos neste texto as causas que ocorrem com maior frequência e que podem ser prevenidas com alguns cuidados básicos.

Antes de engravidar, toda mulher deveria realizar diversos exames através dos quais pode detectar diversas patologias que poderão prejudicar a saúde do bebê, podendo ser eliminadas ou controladas, como, por exemplo, a sífilis congênita ainda existente em comunidades menos favorecidas. É resultado de uma infecção causada por uma bactéria denominada *treponema pallidum*, sexualmente transmissível, que pode resultar em sérias consequências para a saúde da criança, podendo manifestar desde o nascimento ou anos mais tarde. A sífilis pode ser transmitida da mãe para o feto em qualquer fase da gestação, inclusive na hora do nascimento. Outro problema é a herpes genital, cujas consequências poderão ser minoradas se a mulher portadora optar pelo parto cesariano para evitar contaminação.

A rubéola, principal causa da surdez nos brasileiros, já pode ser devidamente evitada através da vacinação que deve ser inoculada nas mulheres em idade fértil, pelo menos seis meses antes da gravidez. Considerada uma doença crônica e progressiva, pode se apresentar de duas formas: a congênita ou pré-natal, e a forma adquirida ou pós-natal. O contágio ocorre por via respiratória, por inalação de gotículas contaminadas pela orofaringe.

A Toxoplasmose Congênita que pode ser evitada com medidas simples, como evitar a ingestão de carne mal passada, ou água e verduras contaminadas. A toxoplasmose é uma infecção resultante da contaminação pelo *toxoplasma goondi*, que é um parasita protozoário, que ocorre mundialmente em humanos e animais carnívoros. Os felinos, como o gato, são hospedeiros definitivos do *toxoplasma goondi* que os expelem nas fezes.

A contaminação de mulheres em fase reprodutiva pode resultar em infecção congênita grave, podendo comprometer seriamente a vida intra-uterina, principalmente se a infecção ocorrer nos primeiros meses da gravidez. Para Fritche, (2008, p. 1388), “o risco da infecção do recém-nascido não está relacionado à presença ou ausência de sintomas na mãe, mas a gravidade da infecção depende do período da gestação em que o contágio ocorre”.

Meningite

A meningite pode ser causada por infecção viral ou bacteriana que é a forma mais grave da doença, podendo ser altamente contagiosa. Dependendo do tipo de bactéria, pode provocar a morte ou provocar graves sequelas, com danos irreversíveis ao indivíduo, incluindo sérios problemas de audição. “A meningite é uma inflamação das meninges. É uma infecção grave causada por germes (micróbios), que entram no corpo pelo nariz, garganta, passam para o sangue e vão até o cérebro, onde provocam uma inflamação grave, que piora rapidamente” (BRASIL, 1984, p. 29)

Os sintomas mais frequentes de uma meningite são a febre, a dor de cabeça, a rigidez do pescoço, a dor de garganta e os vômitos. A vacinação é a principal forma de prevenir a meningite.

Além dos fatores ambientais, as causas genéticas são responsáveis por pelo menos 50% dos casos de surdez que podem passar despercebidos pelos pais, por isso, as crianças devem ser submetidas ao teste da orelhinha que já é obrigatório em vários municípios brasileiros, dura aproximadamente 5 minutos em cada orelhinha e deve ser feito logo após o nascimento.

Estudiosos e pesquisadoras garantem que bebês que têm a surdez identificada antes dos 6 meses e tiveram intervenção bimodal ou oral, nesta faixa etária, têm desenvolvimento muito superior se comparados com outras crianças que não receberam o mesmo atendimento. Sacks (1998, pp. 32-33) afirma que a surdez pré-linguística é potencialmente mais devastadora do que a cegueira. E, ainda, de acordo com o autor: “ela pode predispor a pessoa, a menos que isso seja prevenido, à condição de ficar praticamente sem língua, (...) pois a inteligência, embora presente e talvez abundante, fica trancada pelo tempo que durar a ausência de uma língua.

Identificação de alunos com deficiência sensorial auditiva

O professor pode desempenhar um papel fundamental na identificação de problemas que podem levar à deficiência sensorial auditiva, podendo, dessa forma, intervir para que estes alunos não sejam prejudicados no processo de aprendizagem. “Se a criança apresentar alguma dificuldade em ouvir, ver e compreender as mensagens que lhe são enviadas, provavelmente, poderá perder parte do processo de significação, por não receber a mediação adequada em sua comunicação com os demais” (GOULART, 2008, p. 32).

É fundamental que o professor tenha as informações que poderão ajudá-lo na identificação de sintomas que poderão evoluir e conseqüentemente ocasionar uma

deficiência sensorial auditiva. Por meio da observação do comportamento dos alunos, o professor pode também detectar indícios de que a criança apresenta alguma dificuldade auditiva e poderá contribuir sobremaneira, “envolvendo a família no processo educacional de seus filhos, direcionando-o na busca da utilização de serviços comunitários disponíveis na área da saúde, da psicologia, da assistência social e, em especial, na educação” (GOULART, 2008, p. 31).

Crianças, que são identificadas e atendidas precocemente, apresentam melhor a organização do pensamento, bom relacionamento social e, conseqüentemente, melhor prognóstico educacional. Escutamos com o ouvido, porém é o cérebro que interpreta a mensagem. Como o ouvinte, a criança surda precisa de alguma forma de comunicação para que seu cérebro seja estimulado e a plasticidade não diminua com o passar dos anos. De acordo com Gil (2002, p. 63) “a audição é essencial para a aquisição da linguagem falada, sua deficiência influi no relacionamento com os outros e cria lacunas nos processos psicológicos de integração de experiências, afetando o equilíbrio e a capacidade normal do indivíduo” .

O professor deve ficar atento a diversos sinais, que poderão indicar que a criança apresenta alguma deficiência auditiva, para possível encaminhamento para uma avaliação audiológica. GIL, 2002 destaca os principais sinais que podem ser observados na criança:

- Não responde ao ser chamado;
- Quando de costas, não se volta para a pessoa que lhe dirige a palavra;
Apresenta:
 - Excesso de comunicação gestual e pouca emissão de palavras;
 - Cabeça virada para ouvir melhor;
 - Olhar dirigido para os lábios de quem fala e não para os olhos;
 - Troca ou omissão de fonemas na fala e na escrita. (63)

Muitas crianças nascem ouvindo e, por negligência dos pais ou cuidadores, desenvolvem infecções como rinite, sinusite, otite que poderão levar a uma perda auditiva acentuada. A infecção pode provocar sérios danos para a audição do indivíduo que pode interferir significativamente no seu comportamento social e escolar. O quadro abaixo elaborado pelo INES apresenta a alteração auditiva e o comportamento correspondente apresentado pelo indivíduo.

Grau de perda e comportamento

Alteração auditiva	Comportamento
Perda profunda	Escuta apenas os sons graves que transmitem vibração (helicóptero, avião e trovão).
Perda leve	Escuta qualquer som, desde que esteja um pouco mais alto.
Perda moderada	Numa conversação, pergunta muito “hem? E, ao telefone, não escuta com clareza, trocando muitas vezes a palavra ouvida por outra foneticamente semelhante (rato/pato; réu/mel; cão/não).
Perda Severa	Escuta sons fortes como latido de cachorro, avião, caminhão, serra elétrica e não é capaz de escutar a voz humana sem o AASI (aparelho auditivo).

Fonte: INES, 2003, p. 35

A criança com surdez geralmente apresenta dificuldade de manter atenção, não consegue organizar a sequência de histórias, tem dificuldade de entender a fala do professor e dos colegas, dificuldade de identificar de onde vem o som, entre outros. Portanto, é necessário que o professor seja informado e esteja sensibilizado para identificar os casos suspeitos e realizar os devidos encaminhamentos para que a criança não seja prejudicada no seu desenvolvimento social e educacional.

Atendimento Educacional

Devido à heterogeneidade de situações encontradas em uma realidade multicultural, a educação das crianças que apresentam deficiência sensorial auditiva e ou surdez se apresenta como um desafio a ser vencido pelos profissionais da educação e profissionais de apoio, pois as escolas recebem alunos com diferentes graus de surdez. Além disso:

A escola poderá deparar com diferentes identidades surdas: surdos que têm consciência de sua diferença e reivindicam recursos essencialmente visuais nas suas interações; surdos que nasceram ouvintes e portanto, conheceram a experiência auditiva e o português como primeira língua; surdos que passaram por experiências educacionais oralistas e desconhecem a língua de sinais; surdos que viveram isolados de toda e qualquer referência identificatória e desconhecem sua situação de diferença, entre outros (BRASIL, 2002, pp. 97- 98).

Além das diferentes identidades surdas, a educação dos surdos é pautada em três tendências distintas: a oralista, a comunicação total e o bilinguismo. Os estabelecimentos de ensino que se pautam pela abordagem oralista, só admitem o uso da linguagem oral e da

leitura labial em todos os ambientes. Os defensores da comunicação total advogam que o surdo deve usar toda e qualquer forma de comunicação. Silva esclarece que: “os dois enfoques, oralista e da comunicação total, negam a língua natural das pessoas com surdez e provocam perdas consideráveis nos aspectos cognitivos, sócio-afetivos, linguísticos, político-culturais e na aprendizagem desses alunos” (SILVA, 2007, p. 19).

Segundo a proposta nacional de educação inclusiva é defendida por Sá, (1999), (Fernandes, (2003), Silva, (2007), o trabalho educacional realizado com os alunos com surdez, no ensino comum e especial, deve ser pautado pelo bilinguismo. Sobre a Educação bilíngue, Lacerda (1998, p. 9) evidencia que: “seu objetivo é que a criança possa ter um desenvolvimento cognitivo- linguístico equivalente ao verificado na criança ouvinte, e que possa desenvolver uma relação harmoniosa também com os ouvintes, tendo acesso às duas línguas: a língua de sinais e a língua majoritária”.

Além do atendimento educacional bilíngue ofertado na escola comum, Silva, (2007, p. 25) defende que o aluno surdo deve frequentar um período adicional para receber atendimento educacional especializado e destaca três momentos pedagógicos:

Diariamente, o aluno surdo recebe a explicação em Libras do conteúdo curricular através de um professor surdo de preferência; no segundo momento, os alunos surdos terão aulas de Libras para o conhecimento e aquisição de termos científicos e, no terceiro momento, serão trabalhadas as especificidades da Língua Portuguesa, por profissional da área.

As mudanças necessárias para o bom desenvolvimento social educacional e de linguagem do aluno com desacusia ou deficiência auditiva passam prioritariamente pela capacitação do professor que deve ter acesso às informações necessárias para promover situações que desafiem os alunos nos ambientes educacionais a usar todos os sentidos, ancorados em uma proposta educacional que promova uma aprendizagem significativa que estimule o potencial cognitivo do aluno e, sobretudo, respeite e valorize a diferença, fator preponderante para ultrapassar barreiras linguísticas e pedagógicas para a inclusão dos alunos surdos nas classes do ensino comum.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Previdência Social e Assistência Social. **Manual de identificação precoce de deficiências**. Brasília, MPAS/ DA/SPR, 1984. 110 p.

FERNANDES, S. de F. **Educação Bilingue Para Surdos: Identidades, Diferenças, Contradições e Mistérios**. Tese de Doutorado. Curitiba: UFPR, 2003. 198 p.

FRITCHE, T. R.; Smith. W. J. **Parasitologia Médica**. Pp. 1372 – 1422. *In*: Henry John Bernard. Diagnósticos clínicos e tratamentos por métodos laboratoriais/ John Bernard Henry; Tradução Ida Cristina Gubert _ 20. Ed _ Barueri, SP: Manole, 2008.1734p.

GIL, M. **Deficiência Auditiva**. *In*. BRASIL, Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Educação a Distância. Boletim – Espaço de Inclusão. 2002

GOULART, A.M P. L. & CAPUANO, A.S.P. **Avaliação diagnóstica da deficiência sensorial auditiva**. *In* Fundamentos da deficiência sensorial auditiva/ Nerli Nonato Ribeiro M. (organizadora). Maringá: Eduem, 2008. 91 p.

INES – Instituto Nacional de Educação de Surdos. **Série Audiologia**. Rio de Janeiro: INES, 2003.

KLEIMAN, Â. B. **A Construção de identidade em sala de aula: um enfoque internacional**. *In*: SIGNORINI, Inês (Org) Língua(gem) e identidade: elementos para uma discussão no campo aplicado. Campinas: Mercado das Letras, 1998. p. 267-302.

LACERDA, C.B.F. **Um pouco de história das diferentes abordagens na educação dos surdos**. Cadernos Cedes, Campinas, v.9, nº 46. p. 68-80, 1998.

SACKS. O. **Vendo Vozes: uma viagem ao mundo dos surdos**. Tradução Laura Teixeira Motta – São Paulo: Companhia das Letras, 1988. 196 p.

SKLIAR, C. (Org.) **Educação & exclusão: abordagens sócio antropológicas em educação especial**. Porto Alegre: Mediação, 1997

WRIGLEY, O. **The politics of deafness**. Washington: Gallaudet University Press, 1996.

SILVA, A. da. **Deficiência Auditiva/ Alessandra da Silva, Cristiane Vieira de Paiva Lima, Mirlene Ferreira Damázio – São Paulo: MEC/SEESP, 2007. 52 p.**

APÊNDICE - F

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: CONHECER PARA PREVENIR E INTERVIR

Lúcia Gouvêa Buratto

Em toda história da humanidade, dependendo do contexto social, os deficientes foram alvos de diferentes comportamentos. Cada momento histórico corresponde a um conjunto de tendências que estão inter-relacionadas com os modos de produção e organização da sociedade.

Ao longo da história da humanidade, os deficientes foram alvos das mais perversas formas de abandono, humilhação, discriminação e preconceito, verificado em diferentes épocas entre os diferentes povos. No século *XIV* e *XV*, durante o período da Inquisição, foram vítimas de atrocidades. PESSOTI (1984, p. 11) esclarece que:

A hierarquia clerical de toda Europa, com toda a dialética aristotélica e depois escolástica, armada de toda sapiência teológica, e dona dos meios de comunicação, não conseguiu vencer as superstições que condenava o que é pior, ingenuamente ou diabolicamente, difundiu e avalizou as credices populares nos poderes paranormais ou sobrenaturais de adivinhos, feiticeiros e outras criaturas bizarras e de hábitos estranhos,

A primeira experiência educacional que se tem registro na História foi a realizada pelo médico Jean Gaspard Itard que viveu entre 1774 a 1838 e decidiu dar atendimento a um garoto Vitor de 12 anos que vivia nas Florestas de Aveyron. Para Pan (2008), o destino do garoto seria o mesmo das demais crianças com deficiência intelectual, o abandono em hospício, sem oportunidades de educação, não fosse o descrédito que Itard deu ao diagnóstico e prognóstico de Pinel. Pan (2008, p 46) evidencia que:

Com base nas idéias de Rousseau, Condillac, Locke, e partindo do pressuposto de que o homem não nasce pronto, mas é construído, assumiu a educação sistemática e individualizada de Victor, contrapondo-se ao modelo asilar-segregador. O tratamento dado por Itard a este caso é considerado um marco na Educação Especial na área da Deficiência Mental. (p. 46)

A partir da experiência de Itard (1774-1838), seguem inúmeras iniciativas colocadas em prática com Edouard Seguin (1812-1880), Maria Montessori (1870-1922), Decroly (1871-1922) Binet (1905), entre outros.

Somente depois das três primeiras décadas século XX, no Brasil, é que observamos uma preocupação maior com a elaboração de políticas e ações voltadas para a educação dos deficientes, entre elas, podemos citar a criação por Helena Antipoff da Sociedade Pestalozzi e, posteriormente, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais na década de 50. Pan (2008, p. 49) argumenta que:

A sanha eugenista domina as primeiras décadas do século XX, deixando suas marcas de segregação e reclusão. Mesmo que algumas crianças com Deficiência Mental sejam educáveis, convém vigiá-las continuamente e educá-las separadamente. E tanto a medicina, quanto à psicologia e à pedagogia embarçam-se em suas propostas de cura. Os rótulos quantitativos ou os qualitativos servem para decretar o futuro e as oportunidades das pessoas com deficiência.

Seguindo uma tendência internacional, no Brasil, a partir da década de 70, é que se pode observar um significativo avanço no que se refere à política de atendimento aos deficientes com a criação de um órgão governamental, o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP). Outros órgãos foram criados nas décadas seguintes, como a Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), em 1985, e, no final da década de 90, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE) em 1999.

Neste sentido, a Legislação brasileira vem garantir uma série de direitos relacionados ao atendimento dos deficientes, como a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional 1996, Lei Darci Ribeiro nº 9394/96, o Plano Nacional de Educação de 2001 e muitas outras Leis, Decretos, Portaria, Resoluções, Pareceres dispõem sobre o apoio, saúde, trabalho, educação e inclusão das pessoas com deficiência que, no Brasil, corresponde a 14, 5% da população total.

No simpósio *Intellectual Disability: Programs Policies, and Planning for the future* da Organização das Nações Unidas – ONU, que aconteceu em 1995, mudou-se a terminologia de deficiência mental para deficiência intelectual, no sentido de diferenciar a deficiência da doença mental.

Em 2001, essa proposta foi revista e reeditada, introduzindo o funcionamento global da pessoa com deficiência considerando os fatores contextuais e do meio onde ela está inserida, tentando, desta maneira, romper o seu isolamento.

A Convenção da Guatemala, internalizada à Constituição Brasileira pelo Decreto nº 3.956/2001, coloca a deficiência como uma situação. No seu artigo 1º, define deficiência como [...] “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou

transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”.

As causas da deficiência intelectual são inúmeras e complexas, envolvendo fatores **pré-natais** (desnutrição materna, má assistência à gestante, doenças infecciosas, usos de tóxicos durante a gravidez, efeitos colaterais de medicamentos, tabagismo e fatores genéticos), **peri-natais** (má assistência ao parto, hipóxia ou anóxia, prematuridade e baixo peso, icterícia grave do recém-nascido) e **pós-natais** (desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação, infecções, intoxicações exógenas, acidentes, infestações neurocisticercoses).

A pessoa com deficiência intelectual apresenta características diversas que deverão ser observadas e levadas em consideração no atendimento educacional destes sujeitos. Kirk e Gallagher, (1996, p. 138) relatam que:

- 1- Os indivíduos deficientes mentais sentem mais o fracasso do que as crianças normais e, conseqüentemente, desenvolvem maiores expectativas generalizadas ao fracasso. A predisposição para esperar o fracasso tende a fazer com que as crianças deficientes mentais evitem situações em que o fracasso é provável.
- 2- As crianças deficientes mentais entram em situações novas com desempenho geralmente debilitado, até mesmo abaixo de sua habilidade mental.
- 3- As crianças deficientes mentais tendem menos do que as normais a aumentar seu rendimento após um pequeno fracasso.

No entanto, nós educadores, não podemos permitir que estas diferenças sejam justificativas para que estas pessoas fiquem isoladas e segregadas. Podemos e devemos promover situações que favoreçam e promovam formas do deficiente intelectual superar suas limitações e demonstrar suas habilidades.

Prevenção da deficiência intelectual

Muitas das causas que levam à deficiência intelectual podem ser evitadas com cuidados relativamente simples. A orientação do médico é primordial para aconselhamento genético dos futuros pais. Os casais devem evitar casamentos consanguíneos, realizar exames para detectar doenças infecciosas, como sífilis, toxoplasmose, rubéola, entre outras, que poderão trazer danos à saúde da mãe e do bebê.

A gestante deve evitar o uso de bebidas alcoólicas e tabaco, além de não usar medicação sem receita médica e se expor à radiação. Outro fator importante é evitar contato com portadores de doenças contagiosas e sexualmente transmissíveis. As mulheres devem também tomar vacina de tétano e rubéola pelo menos 6 meses antes da gravidez..

O acompanhamento pré-natal realizado periodicamente diagnostica problemas da gestante que podem ser controlados com medicação correta, e a realização de ultrassonografia para monitorar o desenvolvimento do feto pode detectar problemas ou anomalias pois, muitas delas, quando detectadas precocemente, podem ser tratadas e eliminadas ainda o útero materno.

O parto deve ser realizado com assistência de um obstetra e um pediatra seguindo a recomendação da Portaria do Ministério da Saúde nº 31 de 15 de dezembro de 1993. Após o nascimento, a criança deve ser amamentada, no mínimo, até os seis meses de idade e ser vacinada contra doenças infantis.

Teste Apgar

O Apgar é um teste obrigatório, realizado nos primeiros 5 minutos de vida do bebê, podendo ser estendido para 10 minutos. São avaliados, neste teste, 5 itens tais como:

- cor da pele – o neonatologista observa se ela está rosada ou se está azulada, parcial ou totalmente.
- frequência cardíaca – verifica-se a presença ou não dos batimentos cardíacos e se estão acima ou abaixo de 100 por minuto.
- esforço respiratório – analisa-se o choro, se está forte, fraco ou ausente.
- tônus muscular – observamos se o bebê tem boa flexão dos membros ou se o bebê está flácido.
- irritabilidade reflexa – verificamos se o bebê reage ou não aos estímulos, com choro forte. Disponível em: www.dgrh.unicamp/teses (Acesso em: 28/05/09).

Depois de aplicado, o resultado do teste Apgar deve ser entregue aos pais do recém-nascido, que deverão ser informados sobre os índices apresentado pelo bebê no teste aplicado.

Para cada um dos 5 itens é atribuída uma nota de 0 a 2. Somam-se os escores de cada item e temos o total, que pode dar uma nota mínima de 0 e máxima de 10. Uma nota de 8 a 10, presente em cerca de 90% dos recém-nascidos significa que o bebê nasceu em ótimas condições. Uma nota 7 significa que o bebê teve uma dificuldade leve. De 4 a 6, traduz uma dificuldade de grau moderado, e de 0 a 3 uma dificuldade mais grave. Disponível em: www.dgrh.unicamp/teses (Acesso em: 28/05/09).

Outro cuidado importante é a realização do exame para conhecer o fator RH para verificar se existe incompatibilidade sanguínea entre o casal. Mulheres com RH negativo, cujo parceiro possua RH positivo, podem ter complicações na gravidez do filho que precede à gravidez de um filho com RH positivo. O exame vai detectar se a mãe precisa ser vacinada logo após o parto.

Durante o parto, pode-se dar um contacto entre o sangue materno e o fetal, o que pode fazer com que a mãe produza anticorpos. Por esse motivo, e como precaução, são injectados anticorpos anti-Rh na mãe Rh-negativo, sob a forma de imunoglobulina Rh(D), nas 72 horas posteriores ao parto de um bebê que tenha sangue Rh-positivo, inclusivamente depois de um aborto espontâneo ou provocado. Este tratamento destrói qualquer célula fetal que possa sensibilizar a mãe, graças ao que as gravidezes posteriores não costumam ser perigosas. No entanto, em 1 % a 2 % dos casos, a injeção não evita a sensibilização, possivelmente porque a mãe foi sensibilizada no princípio da gravidez. Para evitar a sensibilização precoce de uma mãe cujo sangue é Rh-negativo, é aplicada uma injeção de anticorpos anti-Rh na 28.^a semana de gravidez, bem como depois do parto. Disponível em: www.manualmerck.net/ (Acesso em 08/05/09).

O Teste do Pezinho, obrigatório em território nacional, é a maneira mais efetiva de prevenção da deficiência intelectual em casos de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito. A realização do teste do pezinho é um direito assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990.

Atendimento educacional para o deficiente intelectual

Foram muitas as conquistas sociais, nas últimas décadas, traduzidas no campo da legislação, sob aspectos da inserção do deficiente à sociedade, no âmbito da educação, da assistência social, do trabalho e da saúde. Com as transformações sociais, mudam as tradições as ideologias e as práticas vigentes, dessa forma, assistimos nas últimas décadas a um grande avanço nas descobertas científicas e tecnológicas, e conseqüentemente grandes mudanças no que se refere ao atendimento aos deficientes intelectuais. Conforme Tessaro (2005, pp. 33-34)

Acredita-se que as limitações maiores na deficiência mental não estão relacionadas com a deficiência em si, mas sim com a credibilidade e as oportunidades que são oferecidas às pessoas portadoras de deficiência mental. É notável quão limitado é o mundo dessas pessoas, quanto elas são segregadas, ou seja, privadas de interação social.

As novas regras jurídicas, que vão desde a superação de barreiras arquitetônicas à garantia ao pleno desenvolvimento das pessoas, preparo ao exercício da cidadania e qualificação para o trabalho e, sobretudo, a inclusão educacional. Para Alves (2006, p. 10) “A organização do sistema educacional orientada nos princípios da educação inclusiva possibilita quebrar o ciclo da exclusão, desafiar os preconceitos, dar visibilidade às pessoas com deficiência e oportunidade para que essas construam o seu próprio futuro”

Nas últimas décadas, em virtude das intensas transformações sociais, do redimensionamento das concepções vigentes que garantiu legalmente avanços significativos para todos os deficientes em todas as esferas. Alves (2006, p. 10) evidencia que:

Para eliminar as barreiras centradas nas atitudes é preciso desfazer a cultura da segregação, desmistificar a idéia de que a deficiência está associada à incapacidade. As experiências de inclusão demonstram que as crianças aceitam as diferenças e aprendem a não discriminar.

Como resultado do processo de reflexão, discussão e construção de políticas públicas baseadas nos fundamentos de igualdade de oportunidades, assistimos, nas últimas décadas, a um novo olhar para as pessoas com deficiência Intelectual, entretanto, ainda persistem muitas dúvidas em relação à aprendizagem e à emancipação destes alunos. Batista (2007, p. 13) esclarece que:

Na concepção inclusiva, a adaptação ao conteúdo escolar é realizada pelo próprio aluno e testemunha a sua emancipação intelectual. Essa emancipação é consequência do processo de auto-regulação da aprendizagem, em que o aluno assimila o novo conhecimento, de acordo com suas possibilidades de incorporá-lo ao que já conhece.

Partindo do princípio que todos conseguem aprender, a escola deve inovar, oportunizando a todos os alunos, deficientes ou não, experiências inovadoras que contempla a individualidade e as diferenças que são próprias do ser humano.

Nesse sentido, os sistemas educacionais devem estar preparados para lidar com as diferentes demandas socioculturais presentes nas escolas, planejando-se e implementando propostas pedagógicas que estejam, desde a sua concepção, comprometidas com a diversificação e flexibilização curricular, afim de que o convívio entre os diferentes possa ser, de fato, um exercício cotidiano, no qual ritmos e estilos de aprendizagem sejam respeitados e a prática da avaliação seja concebida numa perspectiva dialógica. Isso significa envolver a co-participação de aluno e professor, em relação ao conhecimento que se deseja incorporar (BRASIL, 2002, p. 98).

Dessa forma, faz-se necessário um amplo e contínuo trabalho de capacitação dos professores. Para Batista (2007 p. 13) “Ao invés de adaptar e individualizar/diferenciar o ensino para alguns, a escola comum precisa recriar suas práticas, mudar suas concepções, rever seu papel, sempre reconhecendo e valorizando as diferenças”

TODOS, deficientes ou não, temos sentimentos, medos e expectativas. Temos, sobretudo, o direito de acesso à informação e ao conhecimento e é no convívio que somos estimulados a vencer desafios, tomar decisões, enfrentar situações e superar limitações. De acordo com Batista (2007 p. 13) “Aprender é uma ação humana criativa, individual, heterogênea e regulada pelo sujeito da aprendizagem, independentemente de sua condição intelectual ser mais ou ser menos privilegiada”. Batista esclarece ainda:

São as diferentes idéias, opiniões, níveis de compreensão que enriquecem o processo escolar e que clareiam o entendimento dos alunos e professores – essa diversidade deriva das formas singulares de nos adaptarmos cognitivamente a um dado conteúdo e da possibilidade de nos expressarmos abertamente sobre ele. (2007, p. 13)

Sabemos da importância do professor como mediador da aprendizagem para a inclusão dos alunos com deficiências, pois este exerce um papel decisivo de iniciador de interações entre os alunos, lançando mão de recursos adequados e trocas enriquecedoras, através de uma diversidade de atividades inovadoras que promovam aprendizagem e o desenvolvimento de todos. Mendes (2002, p. 75) afirma categoricamente que:

todas as crianças deveriam aprender juntas, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que possam ter. As escolas inclusivas devem reconhecer e responder as necessidades de seus alunos, acomodando tanto estilos como ritmos diferentes de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos, por meio de currículo apropriado, modificações organizacionais, estratégias de ensino, uso de recursos e parcerias com a comunidade (...) dentro das escolas inclusivas, as crianças com necessidades educacionais especiais deveriam receber qualquer apoio extra que possam precisar, para que lhes assegure uma educação efetiva.

A inclusão escolar é condição primordial para a inclusão social do deficiente, a escola pode ser o local ideal para se refletir sobre uma sociedade mais justa onde podem-se desmistificar medos e preconceitos e o local onde se aprende a exercer a cooperação entre os diferentes e a valorização da diversidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. de O. **Sala de recursos multifuncionais espaços para atendimento educacional especializado/** elaboração de Denise de Oliveira Alves, Marlene de Oliveira Gotti, Cláudia M. Griboski, Cláudia Pereira Dutra – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Especial, 2006. 36p.

BATISTA, C. A. M. **Educação inclusiva: atendimento educacional especializado para a deficiência mental.** [2. ed.] Brasília : MEC, SEESP, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Saberes e Práticas da Inclusão - Educação Infantil.** Brasília: Secretaria de Educação Especial. 2005.

_____. Ministério da Educação. **Educação Inclusiva: Atendimento Educacional Especializado para a Deficiência Mental.** Brasília: Secretaria de Educação Especial. 2005.

D'ANTINO, M. E. F. (1997). **A questão da integração do aluno com deficiência mental na escola regular**. In: MONTAÑAN, M. T. E. (org.). *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memnon, Editora SENAC, p. 97-103.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP. Informativo de nº 74 de 26 de jan de 2005.

KIRK, S. A.; Gallagher, J. J. (1996). **Educação do indivíduo excepcional**. Tradução Marília Zanella Sanvicente, 1ª ed., São Paulo: Martins & Fontes.

MENDES, J. M. O. **O Desafio das Identidades**. In: SANTOS, Boaventura de Souza (Org). *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

OMS – Organização Mundial da Saúde (1993). CID. 10: **Classificação internacional das doenças mentais** – classificação de transtornos mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. de Dorgival Caetano. Genebra, Organização Mundial da Saúde; Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.

PESSOTI, I. **Deficiência Mental**: da superstição à ciência. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

SASSAKI, R. K. **Atualizações semânticas na inclusão de pessoas**: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? Artigo publicado na Revista Nacional de Reabilitação, ano IX, n. 43, mar./abr. 2005, p. 9-10.

TESSARO, N. S. **Inclusão Escolar Concepções de Professores e Alunos da Educação Regular e Especial**. São Paulo: Casa do Psicólogo. (2005).

Apgar - Você sabe o que é o Apgar? E qual é o significado? Disponível em: www.dgrh.unicamp/teses (Acesso em: 28/05/09).

Incompatibilidade de Rh. Disponível em: www.manualmerck.net/ (Acesso em 08/05/09).

APÊNDICE - G

DEFICIÊNCIA FÍSICA: CONHECER PARA PREVENIR E INTERVIR

Lúcia Gouvêa Buratto

No Brasil, um longo caminho foi percorrido antes que os deficientes físicos tivessem garantidos, legalmente, o direito de ir e vir, à reabilitação à educação e ao trabalho. No século XVI, os jesuítas desenvolveram pequenos sistemas para permitir a locomoção para pessoas com problemas de deficiências motoras.

Conforme Mazzotta, o atendimento especializado aos deficientes físicos não sensoriais, iniciou-se, na década de 30, na Santa Casa de Misericórdia em São Paulo e eram realizados em classes especiais. De acordo com o autor: ‘funcionam todas como classes hospitalares ou, ainda, configurando a modalidade “ensino hospitalar”, isto é, mesmo não compondo grupo-classes, cada professora tem uma programação de atendimento individualizado aos alunos que estão como pacientes do hospital.’ (MAZZOTTA, 2005, p. 39)

Após a Segunda Guerra Mundial, apareceu no Brasil uma forte epidemia de poliomielite, afetando indistintamente todas as classes sociais. Isso levou ao surgimento dos primeiros centros de reabilitação. A sociedade civil se organizou para formar instituições geridas fora do aparelho estatal, tais como, em 1943, o Lar- Escola São Francisco e, em 1952, a então Associação de Assistência a Criança Defeituosa (AACD), em São Paulo. Em 1954, no Rio de Janeiro, é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). (CNBB, 2006, p. 25).

No final dos anos de 1960, na cidade de Berkeley, na Califórnia, USA, o americano Ed Roberts, com sequelas da poliomielite, e mais sete amigos, que tinham de deficiências severas, fundaram na cidade, o movimento de *VIDA INDEPENDENTE*. Este movimento difundiu-se pelo mundo. Ed Roberts e seus colegas integraram-se na vida do campus e convenceram a prefeitura local a fazer as primeiras guias rebaixadas do mundo, usando como plataforma de lançamento um programa universitário para alunos com deficiência.

Assim, o grupo de Berkeley, conhecido como “tetra rolantes”, iniciou, em 1962, o movimento pelos direitos das pessoas com deficiência. O movimento de vida independente teve seu início em 1972, tendo a frente Ed Roberts, que criou o primeiro Centro

de Vida Independente. Atualmente, no Brasil, temos vinte CVIs em nove Estados da Federação. Disponível em : www.cvi-maringa.org.br (acesso em 28/05/09).

Com o movimento Nacional e internacional, principalmente nas últimas décadas, reivindicando a inclusão dos deficientes nos diversos setores da sociedade, muitos direitos foram assegurados através de legislações específicas para o atendimento educacional dos deficientes.

O Decreto nº 5.296/04, que trata sobre a acessibilidade das pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida, garantiu as condições para acesso e utilização, com segurança e autonomia, dos mobiliários, equipamentos, espaços, edificações, serviços de transporte, bem como, o acesso à comunicação e informação.

Deficiência Física, de acordo com o texto da Lei nº 7.853, Decreto nº 3.298 de 20 de Dezembro de 1999, Art. 4º, Inciso I, é definida como:

alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções. (BRASIL, 1999)

O Art. 70 do Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004, publicado no Diário Oficial da União no dia 03/12/04, que alterou o art. 4º do Decreto acima citado, não modificou o inciso I, referente à deficiência física que continua vigorando com a mesma redação.

Diante da ampla variedade de condições orgânicas classificadas como deficiências físicas, optou-se por apresentar, neste texto, as deficiências musculares e neuromusculares, que ocorrem com maior frequência, uma vez que os alunos que apresentam este tipo de deficiência são os que mais necessitam de atendimento pedagógico diferenciado. Kijima (2002, p. 19) esclarece que:

As deficiências cujas manifestações exteriores consistem em fraqueza muscular, paralisia ou falta de coordenação, geralmente são designadas mais apropriadamente como neuromusculares, uma vez que as dificuldades encontram-se mais frequentemente nos centros e vias nervosas que comandam os músculos, do que nos músculos em si. Lesões nervosas podem ser causadas por infecções ou por lesões ocorridas em qualquer fase da vida da pessoa, podendo ocorrer por uma degeneração sem causa aparente.

Paralisia Cerebral (Encefalopatia Crônica Não Progressiva)

A Paralisia Cerebral é uma desordem neuromuscular não progressiva que pode ocorrer antes, durante e após o nascimento e também durante a infância quando o cérebro ainda está imaturo. A lesão pode atingir diferentes regiões do cérebro e afetar diversas partes do corpo e provocar problemas musculares, impedindo o indivíduo de realizar movimentos normais. A paralisia cerebral pode trazer problemas de fala, visão, audição, dificuldades de manter a postura e outros tipos de distúrbios.

A paralisia cerebral está relacionada a uma série de fatores e pode ocorrer antes, durante e após o nascimento. Antes do nascimento, as causas podem ser: anormalidades cromossômicas, incompatibilidade entre Rh da mãe e do pai, exposição ao raios-X nos primeiros meses de gravidez, anóxia intra-uterina, infecções maternas provocadas pela sífilis, rubéola, toxoplasmose. Durante o nascimento, podem ocorrer traumatismos, provocados pelo uso incorreto de fórceps ou por trabalho de parto muito lento ou demasiadamente rápido. Após o nascimento, podem ocorrer anóxia cerebral, convulsões, infecções cerebrais causadas por encefalites e meningites, traumatismo crânio encefálico no cérebro imaturo, intoxicações provocadas por medicação ou radiação.

De acordo com Kijima (2002, p. 23), a paralisia cerebral é classificada em diferentes tipos denominados de: Espática, atetóide, atáxica, rigidez e tremores. Conforme a autora acima citada, a espasticidade atinge aproximadamente 60% das pessoas com paralisia cerebral. Neste tipo de paralisia cerebral, o maior dano se dá no córtex motor que desencadeia movimentos rígidos, lentos e desajeitados, podendo também apresentar problemas visuais associados como o estrabismo. A pessoa com paralisia cerebral do tipo atetóide apresenta movimentos lentos ou contorcidos ou súbitos e rápidos nos pés, braços, mãos ou músculos faciais.

Quando a paralisia cerebral afeta os músculos da fala, a pessoa pode apresentar dificuldade em expressar pensamentos e necessidades. Na paralisia cerebral do tipo atáxica, a área cerebral afetada é o cerebelo e provoca desequilíbrio motor, falta de coordenação e o nistágmo (movimento rápido dos olhos). Neste tipo de paralisia, a pessoa pode apresentar dificuldades em ficar de pé ou necessitar de suporte físico para permanecer sentada.

A paralisia cerebral pode ser do tipo misto quando apresenta dois tipos concomitantes. Dependendo das partes do corpo atingida, a paralisia cerebral é classificada em vários padrões típicos:

Homoparesia: quando somente um membro é afetado;

Hemiparesia: paralisia de um lado do corpo, atingindo braços e pernas do lado direito ou esquerdo;

Paraparesia: Quando os membros inferiores são comprometidos;

Triparesia: quando três membros foram atingidos;

Tetraparesia: paralisia dos membros superiores e inferiores concomitantemente.

Kijima, (2002, p. 23), esclarece também que as células nervosas não se regeneram, porém em relação aos movimentos, a postura corporal e aos problemas a eles relacionados podem melhorar ou piorar e, quanto mais cedo for iniciado um tratamento, maiores serão as chances de melhoras.

Na maioria das pessoas, a Paralisia Cerebral não provoca deficiência intelectual. Estima-se que a DI atinge aproximadamente 2/ 3 das pessoas com paralisia cerebral. Estudos revelam que, aproximadamente, 65% das crianças acometidas por Paralisia Cerebral têm alguma ou grande dificuldade de mover o aparelho fonoarticulatório, impossibilitando o indivíduo de pronunciar qualquer palavra inteligível.

A Paralisia Cerebral atinge ambos os sexos, não é contagiosa e as pessoas podem levar vida normal, estudar, trabalhar e ter filhos. O termo paralisia cerebral sugere erroneamente que o cérebro se encontra paralisado, o que não é verdade. O que existe é uma impossibilidade de comandar de forma adequada algumas funções motoras.

Prevenção da Paralisia cerebral

A paralisia cerebral pode ser evitada com medidas preventivas empregadas antes e durante a gravidez, no momento do parto, e após o nascimento da criança.

A alimentação adequada é fundamental para a saúde da mãe e do futuro bebê, uma vez que todos os nutrientes para o desenvolvimento intra-uterino são provenientes da mãe.

Exames pré-concepção para detectar infecções, como sífilis, toxoplasmose, que devem ser tratadas por profissionais capacitados e com medicação adequada.

Exame para verificar o fator RH para que a incompatibilidade sanguínea possa ser monitorada durante a gravidez e para que a vacina seja ministrada à parturiente nas primeiras horas após o nascimento de um filho com o tipo sanguíneo diferente do materno evitando, assim, problemas na próxima gravidez.

Evitar o uso de drogas ilícitas e lícitas, como álcool e tabagismo. Realizar o pré-natal mensalmente, para que o médico monitore a saúde da mãe e do bebê. Dar à luz na maternidade, exigir acompanhamento médico durante o parto. Após o nascimento, seguir rigorosamente o calendário de vacinação, alimentar a criança, principalmente através do aleitamento materno.

Distrofia Muscular Progressiva

Doença hereditária e congênita que afeta quase exclusivamente crianças do sexo masculino e é caracterizada pela degeneração gradual e progressiva dos músculos, comprometendo severamente os movimentos e a força muscular. Diante da inexistência de medicamento para reverter ou estacionar o quadro, a grande maioria dos indivíduos com distrofia muscular tem vida curta, raramente ultrapassando da adolescência.

Esclerose Múltipla

É uma doença do sistema nervoso central, acomete principalmente pessoas do sexo feminino. Os sintomas iniciais mais frequentes são caracterizados por tontura, dificuldades com o controle urinário, além de fraqueza e fadiga, perda súbita da visão, visão borrada ou dupla, dificuldade de articular a fala, perda de coordenação, mãos trêmulas. A doença é degenerativa, progressiva e causa a desmielinização, destruição de sistema nervoso.

As células nervosas regularmente são rodeadas por uma espécie de “capa” isolante feita de uma substância gordurosa chamada mielina que ajuda a transmitir os impulsos nervosos. Na esclerose múltipla, esta cobertura de mielina está inflamada ou lesada reduzindo a velocidade de transmissão dos impulsos nervosos e deixa uma área de cicatriz chamada esclerose. Estas áreas de lesão da mielina e as cicatrizes são chamadas placas de esclerose múltipla. Disponível em: www.policlin.com.br/drpoli/133/. (Acesso em: 18/02/09).

Com o desenvolvimento, a doença pode se manifestar através de três síndromes isoladas ou sobrepostas descritas por Kijima (2002, p. 20)

Síndrome espinhal - nesta, os sintomas mais comuns são: fraqueza, parestesias e ataxias.

Síndrome cerebral – quando a pessoa vivencia esta síndrome, ela pode sofrer de hemiplegia, convulsões, distúrbios visuais afasia e mesmo mudanças bruscas nas características de sua personalidade.

Síndrome tronco- cerebelar – neste caso, as manifestações mais comuns são problemas de fala, nistagmo e tremores musculares.

A doença ainda não tem cura, nem formas de prevenção, porém a pessoa pode ter melhor qualidade de vida, desde que tratadas por profissionais capacitados.

Poliomielite

A poliomielite ou paralisia infantil, como é popularmente conhecida, é uma doença neuromuscular não progressiva que é causada por uma infecção aguda proveniente de um vírus denominado poliovírus, que possui três sorotipos, I, II e III, transmitido através do contato oral, com as fezes e com água e alimentos contaminados por fezes, ou ainda através de tosse e espirros de pessoas contaminadas. Em casos mais severos, pode levar à morte a pessoa contaminada. “Em intensidades variáveis, pode provocar a atrofia e a degeneração das células nervosas afetando mudanças nas fibras nervosas periféricas, paralisia, atrofia do tecido muscular, de tendão e ósseo” (KIJIMA, 2002, p. 200)

No Brasil, a doença é considerada erradicada, porém, em vários países, ainda não foi eliminada, podendo ser reintroduzida por possíveis deslocamentos para áreas de risco, o que exige uma constante vigilância. Os principais cuidados são: a vacinação que é ministrada nas crianças aos 2, 4, 6 e quinze meses e o outro é manter medidas de higiene evitando contaminação fecal na água e alimentos. Estas medidas são imprescindíveis para prevenir e impedir a reintrodução da poliomielite.

Atendimento Educacional para alunos com deficiência física neuromotora

Para os alunos com deficiência física neuromotora, mesmo para aqueles que não apresentam déficit intelectual, as escolas devem reorganizar o contexto escolar e desenvolver ações voltadas ao atendimento educacional que promovam acesso ao currículo, eliminando as barreiras que o impedem o aluno com deficiência física neuromotora, exercer o direito à educação. Bersch et al (2007, p. 28) esclarece que:

No caso de educandos com graves comprometimentos motores, que necessitam de cuidados na alimentação, na locomoção e no uso de aparelhos e equipamentos médicos, faz-se necessária a presença de um acompanhante no período que frequenta a classe comum. São esses recursos que possibilitam aos alunos com deficiência física a autonomia, a segurança e a comunicação, para que eles possam ser inseridos na classe comum.

Neste sentido, no Estado do Paraná, os alunos com deficiência física neuromotora são auxiliados por um professor especializado, denominado Professor de apoio à comunicação, que atua juntamente com o professor das disciplinas, responsabilizando-se

pela mediação em relação a comunicação oral e escrita. Dessa forma, como descrito por Bersch, (2008 p. 132), fica evidente que:

O professor especializado será aquele que trabalhará objetivando dar ao aluno com deficiência aquilo que é específico a sua necessidade educacional e que o auxiliará a romper as barreiras que o impedem de estar, interagir, participar, acessar espaços, relações e conhecimentos.

De acordo com os responsáveis pela área da deficiência física da SEED/PR, a finalidade da política educacional na oferta e implementação de serviços de apoio especializado é o atendimento às necessidades pedagógicas do aluno com deficiência física neuromotora, promovendo ações voltadas ao atendimento educacional destes alunos visando acesso ao currículo. Até o ano de 2003, somente 1 com deficiência física neuromotora estava inserido no ensino regular e, dentro de 5 anos, isto é, em 2009, este número subiu para 144 alunos.

ANO	NÚCLEO	MUNICÍPIO	PROFESSOR DE APOIO	Nº DE ALUNOS
2003	1	1	1	1
2004	7	8	11	11
2005	11	18	34	34
2006	22	35	69	69
2007	20	51	83	90
2008	23	59	114	121
2009	26	67	133	144

QUADRO 1. Evolução do atendimento ao aluno com DFN no Estado do Paraná
DADOS FORNECIDOS PELA SEED/DEEIN.

O quadro acima mostra que a inclusão vem acontecendo, e o ensino especializado está deixando de ser substituto do ensino comum, passando a ser praticado de forma complementar, colaborando para vencer os desafios que a deficiência impõe ao indivíduo em relação a sua comunicação oral e escrita.

A deficiência física neuromotora pode comprometer o desempenho do aluno em algumas atividades escolares, bem como, sua locomoção com segurança e sua comunicação oral. O acesso ao currículo poderá ser facilitado através da Tecnologia Assistiva que “deve ser entendida como um auxílio que promoverá a ampliação de uma habilidade funcional deficitária ou possibilitará a realização da função desejada e que encontra impedida por circunstância de deficiência.” (BERSCH, 2006, p. 02)

Segundo o National Classification System for Assistive Technology Devices and Services (Lauand, 2005), a classificação dos recursos reflete a função ou finalidade do produto ou a característica especial. São eles: elementos arquitetônicos, elementos sensoriais, computadores, controles ambientais, vida independente, mobilidade, próteses e órteses, recreação / lazer /esportes, mobiliário modificado.

De acordo com Lauand (2005), no Brasil, existem terminologias diferentes que aparecem como sinônimos da Tecnologia Assistiva nos documentos oficiais, tais como, “Ajudas Técnicas”, “Tecnologia de Apoio” e “Adaptações”.

O Ministério da Educação do Brasil lançou o “Portal de Ajudas Técnicas” e nele apresenta vários recursos referentes à educação de alunos com deficiência, em relação a material pedagógico adaptado e da Comunicação Alternativa. “Consideram-se ajudas técnicas os elementos que permitem compensar uma ou mais limitações funcionais motoras, sensoriais ou mentais da pessoa com deficiência, com o objetivo de permitir-lhe superar as barreiras da comunicação e da mobilidade”.(BRASIL, 2002, p 4).

O Decreto 5296 de 02 de dezembro de 2004, no capítulo VII, Art. 61, são consideradas ajudas técnicas: “os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida”. Disponível em: www.planalto.gov acesso em: 12/02/09.

Algumas adaptações simples podem facilitar o processo de ensino e aprendizagem dos alunos com deficiências físicas neuromotoras que estudam nas classes comuns. Kijima, 2002, sugere modificações nos recursos físicos dos prédios escolares, na sala de aula e nos recursos educacionais. Conforme a autora, em relação às adaptações dos recursos físicos, deverão ser tomadas algumas providências, tais como: “colocação de pequenos degraus inclinados ou rampas; corrimões próximos a bebedouros, a assentos de banheiros e à lousa, remoção de carteiras, de forma a possibilitar a passagem da cadeira de rodas, ou facilitar a locomoção de alunos com muletas”. (KIJIMA, 2002, p. 30)

A autora, acima citada, propõe que sejam feitas, nas salas de aula, 10 modificações no arranjo ambiental que são os seguintes:

- Forrar a carteira com papel, prendendo-o com fita adesiva, de forma a facilitar a escrita para as crianças que apresentem dificuldades de coordenação motora, espasticidade;
- Colocar canaletas de madeira ou PVC cortado ao meio, em toda a volta da carteira para evitar que os lápis caiam no chão;

- Providenciar suporte para livros;
- Providenciar um vira-páginas mecânico;
- Providenciar assentos giratórios nas carteiras, para facilitar o movimento de levantar e sentar; Providenciar descanso para os pés;
- Providenciar extensões adicionais com dobradiças em carteiras, para crianças que tem pouco equilíbrio para permanecer sentadas;
- Aumentar o calibre do lápis, enrolando-o com fita crepe, cadarço ou ainda espuma, para facilitar a preensão;
- Providenciar equipamentos como cadeiras ajustáveis, mesas que podem ser erguidas, estabilizadores, mesas talhadas, enfim, mobília que atenda problemas específicos de levantar e de sentar;
- Providenciar ajudas técnicas conforme as necessidades do aluno. (p. 31)

O documento intitulado Salas de Recursos Multifuncionais – espaços para atendimento Educacional Especializado, publicado em 2006 pela Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, evidencia que, “tratando especificamente dos processos de ensinar e aprender, é importante ressaltar que alunos com deficiência física constroem conhecimentos da mesma forma que os demais alunos, requerendo, entretanto, algumas alternativas metodológicas diferenciadas” (ALVES, 2006, p. 29)

Ainda, de acordo com o documento anteriormente citado:

A escola, no atendimento aos alunos com deficiência física, deverá promover condições de acessibilidade por meio da adequação do mobiliário escolar, da eliminação das barreiras arquitetônicas, da disponibilidade de recursos, materiais escolares e pedagógicos adaptados e equipamentos de informática acessíveis que os habilitem para o uso independente do computador, que lhes garanta formas alternativas de acesso à produção do conhecimento. (ALVES, 2006, p. 30)

O professor do ensino comum, auxiliado pelo professor especializado, deverá promover o acesso ao currículo, garantindo que o processo de ensino promova uma aprendizagem significativa, através de formas diversificadas de comunicação alternativa que possibilitem ao aluno expressar-se. A inovação na apresentação dos conteúdos, nas formas de avaliação, na flexibilização do planejamento, na adaptação dos materiais e recursos pedagógicos são imprescindíveis para promover efetivamente a inclusão dos alunos com deficiência física/neuromotora.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. de O. **Sala de recursos multifuncionais espaços para atendimento educacional especializado**/ elaboração de Denise de Oliveira Alves, Marlene de OLIVEIRA, G.; Cláudia M. Griboski, Cláudia Pereira Dutra – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria da Educação Especial, 2006. 36p.

BERCH, R. e SCHIRMER, C. **Tecnologia Assistiva no Processo Educacional**. *In*: Ensaio Pedagógicos: Construindo Escolas Inclusivas. Brasília: MEC/ SEESP, 2005.

_____, R. **O desafio das diferenças na Escola**./ Maria Teresa Égler Mantoan, (organizadora). – Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 152 p.

BRASIL, Secretaria de Educação Especial. **Desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais de alunos com deficiência física/neuro-motora** / Coordenação geral: SEESP/MEC; organização: Maria Salete Fábio Aranha. – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2002. 36 p.

_____, Secretaria de Educação Especial. **Portal de ajudas técnicas para educação: equipamento e material pedagógico para educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física: recursos pedagógicos adaptados** / Secretaria de Educação Especial - Brasília: MEC: SEESP, 2002, fascículo 1. 56p.

FONTES, J. A. S. **Lesão Cerebral: causas e prevenção**/ José Américo Silva Fontes, com colaboração de Jorge Calabrich, Maria de Lourdes Bastos de Souza, Maria de Lourdes Costa, Dionísio do Carmo Neto. 2ª edição Brasília: CORDE, 1994. 252 p.

HARDMAN, M. L.; DREW, C. J.; EGAN, M. W. Physical disabilities and health impairments. *In*: **Human exceptionality: school, community, and family**. 8. ed. Pearson, 2003. p. 470-511.

KIJIMA, G. M. **Deficiências Físicas/neuromotoras**. *In* Brasil. Ministério da Educação. Adaptações Curriculares em ação: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais de alunos com deficiência física/neuro-motora/ Secretaria de Educação Especial - Brasília: MEC: SEESP, 2002, 40 p.

LAUAND, G. B. A. **Acessibilidade e formação continuada na inserção de portadores de deficiências físicas e múltiplas na escola regular**. 2000. Dissertação de Mestrado (Educação Especial (Educ. do Indivíduo Especial)) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

LAUAND, G. B. A. **Fontes de informação sobre tecnologia assistiva para favorecer a inclusão escolar de alunos com necessidades especiais**. 2005. Tese (Doutorado em

Educação Especial (Educ. do Indivíduo Especial) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos.

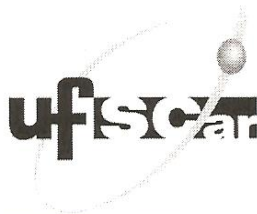
MAZZOTTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: História e políticas públicas** – 5ª ed. – São Paulo: Cortez, 2005. 208 p.

Sites Consultados

Decreto 5296 de 02 de dezembro de 2004. Disponível em: www.planalto.gov acesso em: 12/02/09.

Esclerose Múltipla. Disponível em: www.policlin.com.br/drpoli/133/. (Acesso em: 18/02/09).

ANEXO A - Ofício/ProPq nº 079/2009 – Aprovação do Projeto de Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Via Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676
CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil
Fones: (016) 3351-8028 Fax (016) 3351-8025 Telex 162369 - SCUF - BR
cephumanos@power.ufscar.br <http://www.propq.ufscar.br>

Ofício/ProPq nº 079/2009

São Carlos, 24 de abril de 2009.

Assunto: CAAE 0384.0.000.135-08 – Inclusão e diversidade: Programa de Prevenção de Deficiências para professores Kaingang da Terra Indígena Ivaí – Paraná. Recomendações da CONEP. Parecer CONEP nº. 879/2008, de 17 de novembro de 2009.

Prezada Senhora

Informamos que o projeto acima foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos que considerou atendidas as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, podendo ser iniciada a coleta de dados.

Atenciosamente,


Prof. Dra. Cristina Paiva de Sousa
Coordenadora CEP/UFSCar

Ilma. Sra.

Lúcia Gouvêa Buratto

Rua Diva Proença, 1380 – Centro

86.870-000 – Ivaiporã - PR