

Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS

Nayara Neves Mariano

**ESTUDO DA PERCEÇÃO DOS MÉDICOS COM NECESSIDADES
EDUCACIONAIS ESPECIAIS SOBRE A SUA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO MÉDICA**

Belo Horizonte

2020

Nayara Neves Mariano

**ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS COM NECESSIDADES
EDUCACIONAIS ESPECIAIS SOBRE A SUA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO MÉDICA**

**Dissertação apresentada ao curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde da Universidade
José do Rosário Vellano para obtenção do título de
Mestre em Ensino em Saúde.**

**Orientador: Prof. Dr. Alexandre Pereira de Araújo
Coorientadora: Camila do Carmo Said**

Belo Horizonte

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057(043.3)

M286e Mariano, Nayara Neves.

Estudo da percepção dos médicos com necessidades educacionais especiais sobre a sua formação e atuação médica. [manuscrito] / Nayara Neves Mariano. -- Belo Horizonte, 2020. 127f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade José do Rosário Vellano, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde, 2020.

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Pereira de Araújo.
Coorientadora: Camila do Carmo Said.

1. Deficiência física. 2. Ensino superior. 3. Educação especial. 4. Políticas públicas de inclusão. I. Araújo, Alexandre Pereira de. II. Said, Camila do Carmo. III. Título.

Bibliotecária responsável: Jéssica Martins Queiroz CRB6/3254



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretora de Pesquisa e Pós Graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr

Certificado de Aprovação

Estudo da Percepção dos Médicos Portadores de Necessidades Educacionais Especiais Sobre a Sua Formação e Atuação Médica

AUTOR: Nayara Neves Mariano

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

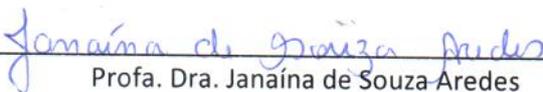
Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira



Prof. Dr. José Ricardo de Oliveira



Profa. Dra. Janaína de Souza Aredes

Belo Horizonte, 21 de fevereiro de 2020.



Prof. Dr. Antônio Carlos de Castro Toledo Jr.

Coordenador do Mestrado Profissional

Em Ensino em Saúde

UNIFENAS

Dedico este trabalho a Deus, por Sua proteção durante toda esta jornada.
Aos meus pais, Oswaldo e Piedade, pelo exemplo de perseverança, dignidade e incentivo incondicional.
Ao meu irmão, Vinícius, fonte de inspiração no manejo com as palavras.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela vida, pela possibilidade de alcançar o desafio proposto e por ter me fortalecido nas dificuldades encontradas ao longo do caminho.

Agradeço aos meus pais e meu irmão pela compreensão, apoio e paciência comigo durante este período. Vocês são meus pilares.

Sou grata ao meu Orientador Professor Alexandre Pereira que me auxiliou ao longo do trabalho, de forma paciente e competente.

Agradeço à minha coorientadora Camila Said, que com sua gentileza, sabedoria e carinho propôs-se a me guiar nessa jornada e me incentivou a enfrentar esse desafio.

À Unifenas, na pessoa de sua Reitora, Dra. Maria do Rosário Araújo Velano.

À Fundação de Ensino e Tecnologia de Alfenas, na pessoa de sua Presidente, Dra. Larissa Araújo Velano.

Aos meus companheiros de caminhada Naiara Cosmo, João Francisco, Rosane, Kátia e Arislane, com quem pude compartilhar momentos de aprendizado, angústias, conselhos, alegrias e boas risadas.

Aos médicos participantes dessa pesquisa, pela disponibilidade e atenção ao terem compartilhado um pouco de suas vivências e conhecimentos; proporcionando a realização dessa dissertação.

“Tolerar a existência do outro, e permitir que ele seja diferente, ainda é muito pouco. Quando se tolera, apenas se concede e essa não é uma relação de igualdade, mas de superioridade de um sobre o outro. Deveríamos criar uma relação entre as pessoas, da qual estivessem excluídas a tolerância e a intolerância.”

José Saramago

RESUMO

Atualmente, devido às mudanças na legislação educacional brasileira, o aumento do número de alunos com deficiência no ensino superior é cada vez mais evidente. No entanto, o pleno acesso e a permanência das pessoas com deficiência no Ensino Superior ainda não é uma realidade. Na Medicina, existem escassos estudos relativos às estratégias de inclusão de alunos com deficiência. Esse trabalho objetivou analisar a percepção de médicos com deficiência física (motora, visual e/ou auditiva) no Ensino Superior, identificando obstáculos e estratégias de enfrentamento pessoal durante o processo de formação profissional e em seguida, na entrada do mercado de trabalho. O estudo é de natureza qualitativa e fenomenológica, e foram selecionados 8 médicos com deficiência física (motora, visual e/ou auditiva) congênita e/ou adquirida durante ou anteriormente ao curso de Medicina para realização das entrevistas. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada. A coleta de dados se deu ao longo de 4 meses do ano de 2019. E os dados coletados foram analisados a partir do emprego da técnica de análise de conteúdo, possibilitando o agrupamento dos relatos dos participantes em categorias. Foram realizadas 8 entrevistas com médicos de diferentes especialidades, sendo 4 homens e 4 mulheres, com idade entre 31 e 55 anos. A maioria dos médicos entrevistados não obteve auxílio de qualquer programa de apoio na Faculdade e enfrentou preconceitos dentro da sala de aula e no mercado de trabalho. Porém, ficou evidente que a rede de apoio construída por familiares, colegas e professores teve grande importância no enfrentamento às barreiras arquitetônicas, pedagógicas e limitações sociais existentes. Pudemos inferir que a melhor estratégia foi discutir com o aluno com deficiência física sobre quais são suas reais necessidades para planejamento de ações individualizadas eficazes. Diante dos resultados, pudemos perceber que a presença de mais pessoas com deficiência no Ensino Superior e mercado de trabalho, talvez exerça um papel essencial no processo de inclusão. Além disso, compreender o ponto de vista desses sujeitos no percurso acadêmico e profissional e entender os sentidos atribuídos às barreiras que limitam sua plena participação, podem ser recursos promissores na superação das desigualdades ainda existentes.

Palavras-chave: Deficiência física. Ensino superior. Educação especial. Políticas públicas de inclusão.

ABSTRACT

Currently, due to changes in Brazilian educational legislation, the increase in number of students with disabilities in University Education is increasingly evident. However, the full access and permanence of people with disabilities in University Education is not yet a reality. In Medicine, there are few studies related to inclusion strategies of students with disabilities. This work aimed to analyse the perception of physicians with physical disabilities (motor, visual or hearing) in Higher Education, identifying obstacles and strategies for personal coping during the professional training process and after entering the job market. The study is of a qualitative and phenomenological kind and 8 physicians with congenital or acquired physical disabilities, during or prior to the medical course, were selected to be interviewed. Data collection took place over 4 months along 2019 and were analysed using the content analysis technique. 8 interviews were carried out with doctors of different specialties, 4 men and 4 women, aged between 31 and 55 years. Most of the doctors interviewed did not receive support from a specific program during graduation years and faced prejudice in classroom as well as in the job market. However, it was evident that support network built by family members, colleagues and teachers were of great importance in addressing the existing architectural and pedagogical barriers. We could infer that the best course of action is to discuss with the physical disabled student what is his or her real needs to organize an individualized course of action. It is believed that having more people with disabilities in higher education plays an essential role in the inclusion process and that understanding their point of view in academic and professional path can be a promising resource in overcoming the still existing inequalities.

Keywords: Physical disability. University education. Physician. Accessibility. Special education. Public inclusion policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	-	Dados sócio demográficos dos participantes.....	51
Quadro 2	-	Relação do tipo de deficiências e suas causas.....	52
Quadro 3	-	Trajetória acadêmica – Escolarização.....	52
Quadro 4	-	Especialidade escolhida, emprego atual e tempo de atuação profissional.....	54
Quadro 5	-	Particularidades da entrevista semiestruturada.....	55
Quadro 6	-	Análise temática – Síntese das categorias.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Número de matrículas de alunos com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior no Brasil no período de 2009 a 2018.	17
Tabela 2	- Número total de médicos com deficiência física relacionada à origem.....	96
Tabela 3	- Número total de médicos com deficiência física de acordo com o tipo de deficiência.....	97
Tabela 4	- Número de médicos com deficiência em relação aos Estados do Brasil.....	97

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CENESP	Centro Nacional de Educação
CFM	Conselho Federal de Medicina
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COREME	Comissão de Residência Médica
CRM	Conselho Regional de Medicina
DF	Distrito Federal
FIES	Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICDF	Instituto do Coração do Distrito Federal
IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituições Federais do Ensino Superior
INCLUIR	Programa de Acesso à Universidade
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
ONU	Organização das Nações Unidas
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PD	Portador de Deficiência
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PNE	Plano Nacional de Educação
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SEE SP	Secretaria de Educação Especial de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPR	Universidade Federal do Paraná

UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Justificativa.....	18
1.2	Objetivos.....	18
1.2.1	<i>Objetivo geral.....</i>	<i>18</i>
1.2.2	<i>Objetivos específicos.....</i>	<i>19</i>
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1	Educação inclusiva e acessibilidade.....	20
2.2	Histórico da inclusão.....	23
2.3	A história da educação da pessoa com deficiência no Brasil.....	26
2.4	Legislação e políticas públicas no Brasil direcionadas à inclusão no Ensino Superior.....	31
3	METODOLOGIA.....	42
3.1	Desenho do estudo.....	42
3.2	Quadro teórico.....	42
3.3	Coleta de dados.....	43
3.4	Formatação das entrevistas.....	44
3.5	Participantes.....	45
3.6	Análise dos dados	47
3.7	Aspectos éticos	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.1	Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	51
4.2	Análise dos dados das entrevistas.....	55
4.2.1	<i>A deficiência e a trajetória de vida.....</i>	<i>57</i>
4.2.2	<i>A inserção e a vivência de pessoas com necessidades educacionais no Ensino Superior.....</i>	<i>67</i>
4.2.2.1	<i>Trajetória acadêmica.....</i>	<i>67</i>
4.2.2.2	<i>As barreiras e adaptações arquitetônicas e pedagógicas no Ensino Superior.....</i>	<i>72</i>
4.2.2.2.1	<u><i>Atuação da Instituição do Ensino Superior.....</i></u>	<u><i>72</i></u>
4.2.2.2.2	<u><i>Barreiras e adaptações arquitetônicas – Faculdade e Residência Médica.....</i></u>	<u><i>81</i></u>
4.2.2.2.3	<u><i>Relações interpessoais: barreiras e adaptações atitudinais.....</i></u>	<u><i>84</i></u>
4.2.3	<i>A deficiência e os sentidos na vivência e experiência profissional.....</i>	<i>92</i>

4.2.3.1	Desafios / Obstáculos físicos e comportamentais no trabalho	92
4.2.3.2	Atuação no mercado de trabalho.....	95
4.2.3.3	Relação com pacientes.....	98
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	107
	APÊNDICES.....	118
	ANEXOS.....	127

1 INTRODUÇÃO

No mundo atual, estamos vivendo em um contexto de profundas mudanças, o que fomenta inúmeras discussões. Entre essas discussões, evidencia-se a problemática da igualdade e dos direitos humanos. Questões relativas à democratização de oportunidades, superação das desigualdades, e o reconhecimento de diferentes grupos se fazem cada vez mais presentes. Hoje, a “diferença” tem tido cada vez mais destaque nos debates cotidianos de todo mundo.

Velho (1988) nos ajuda a compreender que as sociedades modernas, as quais define como sociedades complexas moderno-contemporâneas, são marcadas pela divisão social de trabalho com categorias sociais distintas com continuidade histórica e são complexas no que se refere à heterogeneidade cultural, entendida como a convivência com pluralidades de tradições baseadas nas atividades ocupacionais, raça/etnia, gênero, etc. Segundo Pastore (2000), o grande desafio da sociedade contemporânea é enxergar as pessoas como um todo e não apenas como portadoras de certa limitação que podem desaparecer diante da institucionalização de políticas públicas, as quais, por sua vez, devem ser estudadas com afinco a fim de atuar, de fato, nos problemas geradores de desigualdade.

O direito de igualdade a todos os cidadãos sem nenhuma forma de discriminação é garantido na Constituição Brasileira de 1988. Esse direito inclui o acesso à moradia, ao trabalho e a serviços essenciais, como educação e saúde para todas as pessoas, independentemente, do gênero, idade, cor, credo, condição social ou deficiência. O Brasil possui um arcabouço legal bastante amplo em relação à inclusão da pessoa com necessidades educacionais especiais, porém isto não garante que a inclusão de fato exista. Ainda há uma grande distância entre a formulação de uma lei e sua efetivação, sendo esse um forte empecilho ao acesso à educação e a permanência na escola.

No mundo contemporâneo, a inclusão do aluno portador de deficiência¹ representa um desafio desde a modalidade de Educação Infantil até o Ensino Superior em instituições tanto privadas quanto públicas. Um processo inclusivo implica em mudanças no sistema e na escola. E, principalmente, requer uma nova visão das pessoas, uma mudança de mentalidade, de forma que todos sejam respeitados, independentemente, de suas diferenças (SILVA; REIS, 2011).

¹ A denominação Portador de deficiência (PD) é usada pela Constituição, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e pela Lei Federal nº 13.146; por isso foi adotado esse termo entre outros.

Durante muitos séculos, as pessoas com alguma deficiência eram consideradas inválidas para qualquer atividade. Esses alunos eram marginalizados não só na comunidade, mas também no Ensino Superior (CASTRO, 2011). Atualmente, o aumento do número de alunos com deficiência no ensino superior é cada vez mais evidente. Segundo o Censo da Educação Superior MEC/INEP de 2017, havia naquele ano 38.272 matrículas de alunos com deficiência no Ensino Superior, e desse total, 10.619 tinham baixa visão, 5.404 deficiência auditiva, 14.449 deficiência física (BRASIL, 2018).

Este aumento decorre do surgimento de políticas públicas tanto para a democratização desse nível de ensino, quanto para o incentivo à conclusão da educação básica por esses alunos. No entanto, o pleno acesso e a permanência das pessoas com deficiência no Ensino Superior ainda não é uma realidade e o movimento da educação inclusiva tem representado um grande desafio para esse nível de ensino. Essa nova situação tem revelado a necessidade emergencial de mudanças de estratégias didáticas e metodológicas para garantir a aprendizagem, a permanência e a conclusão dos cursos por esses acadêmicos (MARIAN; FERRARI; SEKKEL, 2007).

Nessa perspectiva, as instituições devem oferecer a todos, igualdade de condições para acesso, permanência e acessibilidade física adequada, para que se torne um ambiente seguro e acolhedor; favorecendo assim, a promoção da aprendizagem e valorização das diferenças. De acordo com Carvalho (1997), o princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em todos os alunos aprenderem juntos, sempre que possível, independente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Para tal, é preciso reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, oferecendo diferentes modalidades de atendimento educacional que assegurem a participação de todos nas atividades e o êxito na aprendizagem.

A Universidade tem como função social, além da produção de conhecimento, ciência e cultura, a formação e desenvolvimento do próprio homem enquanto indivíduo na comunidade. Logo, estas instituições, como os demais contextos educacionais, são responsáveis pela formação da cidadania e como tal tem o dever de oportunizar e incentivar uma educação para todos (CASTANHO; FREITAS, 2006).

A acessibilidade ao Ensino Superior corresponde não só ao ingresso à universidade, por meio de um processo seletivo justo e adaptado às necessidades dos alunos com deficiência, mas

também à permanência desse aluno no curso a partir de condições adequadas, sejam elas arquitetônicas, pedagógicas e psicológicas (CASTRO, 2011).

Segundo Castro (2011), o acesso implica processo de mudança, e está relacionado a criar condições legais e direitos iguais. Este processo de mudança envolve o planejamento e a organização de recursos e serviços para a promoção da acessibilidade arquitetônica, nas comunicações, nos sistemas de informações, nos materiais didáticos e pedagógicos, que devem ser disponibilizados nos processos seletivos e no desenvolvimento de todas as atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e a extensão (BRASIL, 2008a).

Ainda hoje, são poucas as universidades que estão preparadas para oferecer esses recursos e apoio necessário aos estudantes com necessidades especiais no Ensino Superior, principalmente, em cursos da área da saúde. Porém, essa realidade tem se modificado em função das várias ações na graduação. As Ações de Permanência e Práticas Inclusivas nas Instituições de Ensino Superior vão além da acessibilidade física, incluindo também políticas e práticas institucionais na esfera pedagógica. O Programa Incluir (BRASIL, 2007a) tornou-se de extrema importância para garantir essas ações de atenção a aprendizagem e de acessibilidade, assegurando que sejam implantados, nas instituições federais de Educação Superior, os Núcleos de Acessibilidade.

Segundo o último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), 45 milhões de brasileiros sofrem de algum tipo de deficiência física. E de acordo com o Censo da Educação Superior de 2018 (BRASIL, 2019a), o número de matrículas de alunos com Deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento ou Altas Habilidades /Superdotação foi de 43.633, o que representa 0,52% do total de matrículas em cursos de Graduação neste ano. Conforme demonstrado na TAB. abaixo:

Tabela 1 - Número de matrículas de alunos com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior no Brasil – 2009 a 2018

Ano	Número de Matrículas de Alunos com Deficiência, Transtornos Globais do Desenvolvimento ou Altas Habilidades/Superdotação	Percentual em Relação ao Total de Matrículas em Cursos de Graduação
2009	20.530	0,34%
2010	19.869	0,31%
2011	22.455	0,33%
2012	26.663	0,38%
2013	29.221	0,40%
2014	33.475	0,43%
2015	37.986	0,47%
2016	35.891	0,45%
2017	38.272	0,46%
2018	43.633	0,52%

Fonte: BRASIL, 2018

De acordo com o último Censo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA, 2010), 47,6 milhões de brasileiros têm algum tipo de deficiência, sendo 6,7% com curso superior. Artigos científicos citam presença de algum tipo de deficiência em 2,6% dos médicos e em 0,25% dos estudantes de medicina. Mantida a proporção, o Brasil teria hoje 10.400 profissionais e alunos nessa condição.

Em 12 de junho de 2018, o portal do CFM no 15º Congresso Português de Bioética apresentou um trabalho do conselheiro Sidnei Ferreira que tratou da “Acessibilidade em Unidades de Saúde e Escolas Médicas do Estado do Rio de Janeiro (estudo piloto) e das Perspectivas Nacionais de Fiscalização e Implantação do Cadastro do Médico com Deficiência.” Nesse trabalho, foi concluído que nenhuma das unidades de saúde visitadas apresentava requisitos mínimos de acessibilidades para pacientes, médicos e alunos. Das escolas médicas pesquisadas em projeto piloto, metade não tinham os requisitos mínimos. Além da iniquidade, há desrespeito à equidade, à Constituição Federal, ao SUS, à Lei 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e aos Direitos Fundamentais da pessoa. (BRASIL, 2015; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

É extremamente importante que estes alunos sejam identificados, pois somente com um levantamento estatístico que represente a verdadeira realidade, é que poderemos construir políticas públicas educacionais melhores e mais efetivas para este público. Portanto, podemos

concluir que a inclusão somente passa a ser reconhecida quando a presença dos alunos com deficiência se faz notar nos números do censo. É através desses números que dizemos que a inclusão é hoje existente nas escolas básicas e na educação superior (ALMEIDA; FERREIRA, 2018).

Diante de um mundo atual cheio de intolerâncias e de desrespeito ao próximo, como professora do Curso de Medicina, fui despertada pelo interesse em conhecer e compreender as dificuldades e soluções encontradas por esses alunos; o que me possibilitou descobrir como melhorar minha atuação profissional em todo esse cenário. E, diante dessas descobertas, buscar mudar conceitos, trazer novos conhecimentos e com isso, contribuir na humanização e na formação de profissionais mais empáticos e respeitosos às diversidades.

1.1 Justificativa

Este estudo se justifica pelo crescente ingresso de alunos com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior, bem como a relevante necessidade de reflexão sobre a educação inclusiva. Essa necessidade se torna mais significativa quando se trata de cursos da área de saúde, como, por exemplo, a Medicina; pois esses cursos envolvem além de conhecimento teórico, o desenvolvimento de habilidades técnicas. Portanto, torna-se de grande importância compreender como tem sido a passagem desses alunos pelos cursos médicos e se tem havido, de fato, uma inclusão adequada desses alunos no âmbito institucional.

Na Medicina, ainda existem poucos dados relativos a estratégias de inclusão de alunos com deficiência. Inúmeras pesquisas vêm abordando a questão dos alunos com deficiência no Ensino Superior Brasileiro de modo geral, porém ainda não há muitas informações sobre a efetivação dessas legislações; sobre quais fatores favorecem o ingresso, a permanência e o sucesso nesse nível de ensino e de como os cursos de medicina devem se preparar para acolher esse desafio (CASTRO, 2011).

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Compreender a percepção de profissionais de medicina com necessidades educacionais especiais, especificamente deficiências físicas (auditivas, visuais e motoras) sobre sua formação e atuação médica.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever os marcos regulatórios da inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior do Brasil.
- Conhecer a trajetória de vida de médicos com necessidades especiais, sobretudo o seu contexto familiar e possíveis redes de apoio para lidar com a deficiência.
- Compreender como se deu o processo de inserção de pessoas com necessidades especiais no curso superior de Medicina.
- Compreender o processo de inserção de médicos com necessidades especiais no mercado de trabalho.
- Analisar os sentidos e os significados da deficiência por médicos portadores de necessidades educacionais especiais.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Educação inclusiva e acessibilidade

Inclusão não é a proposta de um estado ao qual se quer chegar, também não se resume à simples inserção de pessoas com deficiência. Inclusão é um processo que reitera princípios democráticos de participação social plena; não se resume, portanto, a um ou alguns setores da vida, como saúde, lazer ou educação. Trata-se de uma luta, um movimento que se caracteriza por estar presente em todas as áreas da vida humana, inclusive na educacional. Inclusão se refere, desse modo, a todos os esforços no sentido de garantir a participação máxima de qualquer cidadão em qualquer arena da sociedade na qual está inserido, à qual tem direito e sobre a qual tem deveres (SANTOS, 2003).

Sociedade inclusiva é aquela em que as pessoas com deficiência têm acesso a serviços, bens e ambientes. Para isso, a sociedade deve se adaptar, preparando-se para tratar as diferenças, modificando atitudes, práticas sociais e ambientes físicos (mobiliário, equipamentos, meios de transporte, espaço urbano e de prestação de serviços). Além de garantir o acesso aos ambientes físicos, é preciso também mudar o tratamento dado às pessoas com deficiência, com a superação de preconceitos e estigmas. A educação e a informação ocupam um papel central na formação de uma sociedade inclusiva (SASSAKI, 2007).

O termo “educação inclusiva” ou “Educação para Todos” cristalizou-se a partir do contexto histórico marcado pelas conferências de Jomtien (1990) e Salamanca (1994) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 1990; 1994). Trata-se de uma expressão “politicamente correta” — não só pelas questões de direitos humanos e pela tão reclamada justiça social, como também pelo sentido de universalidade de exercício da cidadania — que nasce de uma única preocupação em comum: combater a exclusão. Portanto, implica na mudança da concepção tradicional de igualdade, considerada como sinônimo de homogeneidade e uniformidade para novas atitudes frente às diferenças e singularidades individuais, e o conviver com o “diferente”.

No entanto, o que se observa é que as pessoas com deficiência têm a sua dificuldade agravada pelas barreiras que encontram no processo de inclusão social. Por falta de informação, nem todos sabem exatamente como se relacionar com elas ou lidar com suas singularidades, muito

menos entendem a importância da diversidade. Acabam, por isso, criando obstáculos no relacionamento interpessoal. Existe uma série de outras barreiras limitadoras.

Nesse sentido, a acessibilidade não recai somente sobre o âmbito arquitetônico. A acessibilidade deve estar presente nos espaços, no meio físico, na informação e comunicação, no transporte, nos sistemas e tecnologias de informação, entre outros, a fim de possibilitar à pessoa com deficiência viver de forma independente e participar de todos os aspectos da vida.

No Brasil, o tema acessibilidade passou a ser discutido mais enfaticamente a partir de 1998, com o Projeto de Lei 4767/98 (BRASIL, 1998) que indica normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade de pessoas com deficiências ou com mobilidade reduzida (MANZINI, 2010).

O Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a), que regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 em seu Capítulo III, artigo 8º, define que:

[...] possibilidade e condições de alcance para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistiva, dos espaços, mobiliário e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transportes e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004a, p. 2).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, por meio da norma NBR 9050/04, define como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaços, mobiliário, equipamento urbano e elementos. A mesma norma define o termo acessível como espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa, inclusive aquelas com mobilidade reduzida. O termo acessível implica tanto acessibilidade física como de comunicação. O conceito de acessibilidade salienta diretamente as condições relacionadas à: 1) edificações; 2) transporte; 3) equipamentos e mobiliários; e 4) sistemas de comunicações (BRASIL, 2004a).

Comunicação diz respeito às condições de troca de informações interpessoais, entre pessoas e equipamentos de tecnologia assistiva, que permitem o acesso, a compreensão, a participação nas atividades e o uso das edificações ou espaço livre.

Em relação aos estabelecimentos de ensino de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos ou privados, o Decreto Nº 5.296/04 (BRASIL, 2004a) estabelece que devam proporcionar:

- Condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive as salas de aula, a biblioteca, o auditório, a instalação desportiva, os laboratórios, as áreas de lazer e os sanitários.
- Colocar ajuda técnica à disposição de professores, alunos, servidores e empregados com deficiência ou com mobilidade reduzida, que permitam o acesso às atividades escolares e administrativas em igualdade de condições com as demais pessoas. (BAÚ, 2015)

Embora, atualmente, o discurso sobre acessibilidade e educação inclusiva esteja presente no cotidiano escolar, este ainda não se constitui uma prática habitual em boa parte das escolas. Pois é preciso entender que Acessibilidade requer planejamento. É preciso uma série de mudanças, tanto no ambiente físico e pedagógico das Instituições de Ensino, quanto na mentalidade da sociedade sobre o amplo significado de inclusão.

O que se observa é que o avanço da concepção de inclusão em educação trouxe grandes desafios à própria educação, de modo geral, e, mais pontualmente, à educação especial. Esta área vem buscando a ressignificação do seu papel, que antes era focado no atendimento exclusivo das pessoas com deficiência, para se constituir, cada vez mais, num sistema de suporte para a escola. De acordo com Glat, Plestsch e Fontes (2007), educação especial é um conjunto de recursos que a escola regular deve ter a sua disposição para atender à diversidade de seus alunos.

Em um sistema educacional inclusivo, sobretudo no que se refere aos alunos com deficiências ou outras necessidades especiais, o suporte da educação especial é imprescindível. A educação aparece neste cenário como um dos instrumentos capazes de favorecer a igualdade de direitos. Como destaca Raiça (2006) “educar é incluir, é favorecer a aquisição de competências e habilidades que proporcionem condições de uma pessoa participar das relações produtivas no meio social em que vive”. A Declaração Mundial sobre Educação para Todos reitera que: “[...] embora sabendo que a educação não seja condição suficiente, é de importância fundamental para o progresso pessoal e social”. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA, 1990; MARQUES, 2010).

A Educação Inclusiva é um termo complexo e inclui discussões sobre justiça social, adequação pedagógica, reforma escolar e melhoria nas políticas de educação. Para a concretização desta nova concepção do termo inclusão, é necessário que a toda sociedade se envolva e que as políticas públicas possam garantir sua efetividade, ou através da regulamentação das leis ou por meio da motivação de ações na sociedade.

Para melhor discussão sobre o termo inclusão, torna-se necessário o entendimento do percurso das pessoas com necessidades educacionais especiais ao longo da história.

2.2 Histórico da inclusão

A antiguidade se fundamentava nas atividades de produção e de comércio agrícola, pecuário e de artesanato. Por outro lado, a organização sócio - política se fundamentava no poder absoluto de uma minoria, associada à absoluta exclusão dos demais das instâncias decisórias e administrativas da vida em sociedade. A deficiência, nessa época, inexistia enquanto problema, sendo que às crianças que apresentavam deficiências, imediatamente detectáveis a atitude adotada era a da “exposição”, ou seja, o abandono ao relento, até a morte (PESSOTI, 1984).

Ao longo dos séculos, as sociedades foram sofrendo uma série de transformações quanto às atitudes dispensadas às pessoas com deficiências. Desde a seleção natural para além da seleção biológica dos Espartanos — que eliminavam as crianças mal formadas ou “deficientes” — passando pelo conformismo piedoso do Cristianismo até a segregação e a marginalização operadas pelos “exorcistas” e “esconjuradores” da Idade Média, a perspectiva da deficiência andou sempre ligada a crenças sobrenaturais, demoníacas e supersticiosas, que culminavam em dois tipos de atitude: de eliminação, menosprezo e destruição ou de proteção e assistencialismo. (SILVA FILHO, 2008)

Na Idade Média, as sociedades passaram a se estruturar em feudos, mantendo ainda como atividades econômicas a agricultura, a pecuária e o artesanato. Em função da disseminação das ideias cristãs, o diferente não produtivo (deficiente) adquiriu, nesse momento histórico, “status” humano, já que passou a ser considerado também possuidor de uma alma. Sendo assim, não mais se fazia aceitável sua exterminação. Gradativamente, sua custódia e cuidado passaram a ser assumidos pela família e pela Igreja.

A Inquisição Católica e a Reforma Protestante constituíram-se dois momentos importantes nesse período histórico, nos quais a concepção de deficiência variou, em função das noções teológicas de pecado e de expiação. Caracterizada como fenômeno metafísico e espiritual, a deficiência foi atribuída ora a desígnios divinos, ora à possessão pelo demônio. Algumas pessoas doentes, defeituosas e/ou mentalmente afetadas (deficientes físicos, sensoriais e mentais) da mesma forma que na Antiguidade, continuavam a ser “aproveitadas” como fonte de diversão (PESSOTI, 1984).

No século XIII, começaram a surgir instituições para abrigar deficientes mentais e as primeiras legislações sobre os cuidados a tomar com a sobrevivência e, sobretudo, com os bens dos deficientes mentais. (PESSOTI, 1984). Nesta época, a Igreja iniciou um dos períodos mais tristes da História: o da perseguição, caça e extermínio de seus dissidentes, sob o argumento de que eram hereges, ou “endemoninhados” e aí estavam pessoas com deficiência, especialmente as com deficiência mental.

No decorrer dos séculos, houve diversas mudanças conceituais sobre a deficiência e sobre o tratamento dispensado às pessoas com deficiência pela sociedade. No que se refere à deficiência, começaram a surgir novas ideias referentes à sua natureza orgânica, compreendida como produto de causas naturais. Assim concebida, passou também a ser tratada por meio da alquimia, da magia e da astrologia, métodos da então iniciante medicina, processo importante do século XVI (PEREIRA, 1980). O século XVII foi palco de novos avanços na área da Medicina, o que fortaleceu a tese da organicidade, e ampliou a compreensão da deficiência como processo natural e não espiritual.

O primeiro paradigma formal a caracterizar a relação da sociedade com a parcela da população constituída pelas pessoas com deficiência foi o denominado Paradigma da Institucionalização, que começou a se configurar naquele século. O Paradigma da Institucionalização caracterizou-se, desde o início, pela retirada das pessoas com deficiência de suas comunidades de origem e pela manutenção delas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, frequentemente, situadas em localidades distantes de suas famílias. Conventos e asilos, seguidos pelos hospitais psiquiátricos, constituíram-se locais de confinamento, em vez de locais para tratamento das pessoas com deficiência.

A Medicina foi evoluindo, produzindo e sistematizando novos conhecimentos e sobre deficiência, sua etiologia, seu funcionamento e seu tratamento. Entretanto, o paradigma da Institucionalização permaneceu único até o século XX, sendo, ainda hoje, encontrado em diferentes países, inclusive no Brasil.

Somente no século XX, por volta de 1960, é que o paradigma da Institucionalização começou a ser criticado. A pressão contrária à Institucionalização, desde fins da década de 50, provinha de diferentes direções, motivadas pelos mais diversos interesses. Primeiramente, tinha-se o interesse do sistema, ao qual custava cada vez mais manter a população institucionalizada na improdutividade; assim, tornava-se interessante o discurso da autonomia e da produtividade, para a administração pública dos países. Era interessante aumentar a produção e a diminuição do custo e do ônus populacional, tornando ativa toda e qualquer mão-de-obra possível. Fazia-se também importante diminuir o custo social rapidamente, diminuindo os gastos públicos e aumentando, assim, a margem de lucro dos capitalistas.

Tais processos, embora diversos quanto à sua natureza e motivação, convergiram determinando a reformulação de ideias e a busca de novas práticas no trato da deficiência. A década de 60 do século XX tornou-se, assim, marcante pela relação da sociedade com a pessoa com necessidades educacionais especiais incluindo aquelas com deficiência. Dois novos conceitos passaram a circular no debate social: normalização e desinstitucionalização (PEREIRA, 1980).

Iniciou-se, no mundo ocidental, o movimento pela desinstitucionalização, baseado na ideologia da normalização, que defendia a necessidade de introduzir as pessoas com deficiência na sociedade, procurando ajudá-las a adquirir as condições e os padrões da vida cotidiana, no nível mais próximo possível do que era convencionalmente normal (SILVA FILHO, 2008).

Ao adotar as ideias de Normalização surgiu o conceito de Integração, que se referia à necessidade de modificar a pessoa com necessidades educacionais especiais, de forma que esta pudesse vir a se assemelhar, o mais possível, aos demais cidadãos, para então poder ser inserida ao convívio em sociedade. A comunidade tinha que se reorganizar para oferecer às pessoas com necessidades educacionais especiais, os serviços e os recursos de que necessitassem para que se tornassem as mais “normais” possíveis. A esse modelo de atenção à pessoa com deficiência se chamou Paradigma de Serviços.

A manifestação educacional desse paradigma efetivou-se, desde o início, nas escolas especiais, nas entidades assistenciais e nos centros de reabilitação. Contudo, a ideia da normalização logo começou a perder força. Ampliou-se a discussão sobre o fato de a pessoa com necessidades educacionais especiais ser um cidadão como qualquer outro detentor dos mesmos direitos de determinação e de uso das oportunidades disponíveis na sociedade, independentemente, do tipo de deficiência e do grau de comprometimento que apresentem (SASSAKI, 2007).

Então, surgiu o terceiro paradigma, denominado Paradigma de Suporte. Ele tem se caracterizado pelo pressuposto de que a pessoa com deficiência tem direito à convivência não segregada e ao acesso imediato e contínuo aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Tornou-se necessário, então, identificar o que poderia garantir tais circunstâncias. Assim, foi desenvolvido o processo de disponibilização de suportes, instrumentos que garantam à pessoa com necessidades educacionais especiais o acesso imediato a todo e qualquer recurso da comunidade. Os suportes podem ser: social, econômico, físico, instrumental; e têm como função favorecer a construção de um processo que se passou a denominar Inclusão Social.

A Inclusão Social não é um processo que envolva somente um lado; ela envolve ações junto à pessoa com necessidades educacionais especiais e junto à sociedade. Na educação, essa política de inclusão veio para assegurar a todos os cidadãos, inclusive aos com deficiência, a possibilidade de aprender a administrar a convivência digna e respeitosa numa sociedade complexa e diversificada.

2.3 A história da educação da pessoa com deficiência no Brasil

A educação no Brasil, ao longo dos séculos, constituiu-se de um sistema excludente e antidemocrático. A história da Educação, em nosso país, foi marcada por oportunidades educacionais que beneficiavam as camadas mais favorecidas da sociedade brasileira; excluindo diversos grupos menos favorecidos da população. Até as três primeiras décadas do século XX, o sistema educacional brasileiro era muito precário, com poucas escolas públicas. Com o avanço político, econômico e social do país; o sistema educacional precisou atender a todas as demandas e necessidades de uma nova sociedade.

A educação da pessoa com deficiência, durante muitos anos, ficou sob a responsabilidade das famílias que, na maioria das vezes, se restringiam apenas ao convívio de poucos. De acordo

com Januzzi (2004), as primeiras escolas no Brasil remontam ao período imperial: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atualmente denominado Instituto Benjamin Constant – IBC) e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos (denominado atualmente de Instituto de Educação de Surdos – INES), no Rio de Janeiro. Todavia, essas instituições tinham um atendimento restrito e incluíam poucos alunos. As demais pessoas com deficiência continuaram sem receber atendimento educacional adequado; sem acesso ao processo de escolarização e, conseqüentemente, ausentes nas políticas públicas.

As instituições foram gradativamente assumindo uma natureza de asilos, destinadas ao acolhimento de pessoas inválidas. Após a Proclamação da República, profissionais que haviam ido estudar na Europa retornaram entusiasmados com a ideia de modernizar o País. Em 1906, as escolas públicas começaram a atender alunos com deficiência mental, no Rio de Janeiro. Logo em seguida, em 1911, foi criada, no Serviço de Higiene e Saúde Pública, do Estado de São Paulo, a inspeção médico-escolar, que viria trabalhar conjuntamente com o Serviço de Educação, na defesa da Saúde Pública. Em 1912, foi criado o chamado Laboratório de Pedagogia Experimental ou Gabinete de Psicologia Experimental, na Escola Normal de São Paulo (atual Escola Caetano de Campos). Em 1917, dando continuidade à providência anterior, foram estabelecidas as normas para a seleção de “anormais”, já que na época prevalecia a preocupação com a eugenia da raça, sendo o medo de degenerescências e taras uma questão determinante na área da Saúde Pública. No que se refere à rede pública de ensino, ela atendeu, inicialmente, somente às pessoas com deficiência mental, tendo se sistematizado e se organizado para isso, com a criação de normas e a centralização do atendimento (JANUZZI, 1985; PESSOTI, 1984).

A educação nacional passa por um processo de crescimento significativo, no início do século XX, quando setores públicos e privados ampliam sua atuação no campo educacional. As pesquisas na área da educação de pessoas com deficiência foram intensificadas e trabalhos publicados. É importante destacar que até 1950 havia ao todo, no Brasil, 65 instituições que prestavam algum tipo de atendimento às pessoas com deficiência, sendo 54 estabelecimentos de ensino regular e onze instituições especializadas, conforme relata Mazzotta (2005). Mas, muitos desses atendimentos eram incipientes e nem sempre tinham propósito educacional. Em vários estabelecimentos eram oferecidos serviços médicos, assistenciais, terapêuticos, dentre outros. Funcionavam em regime de internato, semi-internato e externato. Além do que, muitos

não representavam o Estado: eram instituições particulares, filantrópicas ou assistenciais. Mantidas, na maioria das vezes, pelo próprio poder público.

Nas décadas de 1950 e 1960 houve o crescimento da oferta de escolas, porém esse processo ainda estava longe de ser uma educação para todos. Segundo Jannuzzi (2004), no Brasil, muitas clínicas e serviços particulares de atendimento à pessoa com deficiência foram criados com oferta de atendimento educacional. Campanhas nacionais foram realizadas por associações filantrópicas que passaram a se reunir em federações, sendo as mais conhecidas a Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais e a Federação Nacional da Sociedade Pestalozzi.

A primeira lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei LDB 4024/61 enfocou que a educação do excepcional fazia parte do sistema geral de educação e tinha por objetivo integrá-lo à comunidade; porém a responsabilidade de conduzir esse processo de educação especial continuava sendo das instituições privadas especializadas, e não do setor público.

Na década de 1970, evidenciou-se, no Brasil, o surgimento da filosofia da Normalização, através do princípio da Integração, que permitia a inserção do aluno com deficiência nas classes comuns do ensino regular. A segunda Lei de Diretrizes e Bases para a educação nacional – LDB 5692/71 reforçou o conceito da Normalização, cujo princípio da Integração ampliou o número de atendimento educacional e de socialização das pessoas com deficiência na sociedade, através da inserção das classes especiais na escola regular.

A criação, em 1973, do Centro Nacional de Educação Especial – CENESP foi um marco para as políticas de atendimento educacional da pessoa com deficiência. Coube a este órgão governamental “assumir a coordenação, em nível federal, das iniciativas no campo do atendimento educacional a excepcionais”, auxiliando na implantação de setores específicos de Educação Especial, nos estados e municípios, compartilhando ações de ampliação do atendimento, através da criação das classes especiais no ensino regular (BRASIL, 1977).

No início dos anos 80, a Educação Especial ainda era influenciada pelo modelo de Normalização, que destacava a necessidade de se oferecer oportunidades do cotidiano idênticas às que as pessoas ditas “normais” recebiam (MARQUES, 2010). Esta situação baseada no modelo da Normalização favoreceu práticas de segregação, discriminação e estereótipos dentro

do ambiente escolar; o que acabou colaborando com a exclusão deste aluno das escolas regulares.

A lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/96, na década de 90, estabeleceu uma nova organização para a educação brasileira; dividindo-a em: Educação Básica (abrangendo o Ensino Fundamental e Ensino Médio) e o Ensino Superior. Esta lei também reitera o princípio da Educação Inclusiva no Capítulo V, art. 58, quando afirma que a modalidade de Educação especial deverá ser oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para o educando com necessidade educacional especial, envolvendo os alunos com ou sem deficiência (MARQUES, 2010).

Então, no Brasil, a partir da década de 90, o discurso em prol da Educação Inclusiva ganha destaque, conduzido pelos diversos movimentos baseados na “Educação para Todos”. Movimentos como a Declaração Mundial de educação para Todos (Jomtien na Tailândia, 1990) e a Declaração de Salamanca (Espanha, 1994), contrários à exclusão social e educacional de parcela significativa da população mundial, evidenciam o papel fundamental da educação como um dos fatores de equidade, considerando os alunos com deficiência, distúrbios graves de aprendizagem e/ou de comportamento e altas habilidades, como parte de um grupo maior denominado “alunos com necessidades educacionais especiais”. (GLAT; PLESCH; FONTES, 2007).

O princípio da Educação Inclusiva exige uma reorganização do sistema educacional, e investimentos nos edifícios escolares; pois só assim torna-se possível garantir a acessibilidade a todos. Dentro deste princípio, torna-se necessário, também, o desenvolvimento de práticas pedagógicas que possibilitem a construção de um currículo escolar voltado para a inclusão, além da oferta, aos professores, de uma formação continuada especializada.

Para assegurar os objetivos e as diretrizes estabelecidas pela atual legislação relacionada à educação, foram elaborados diversos documentos regulamentares, que auxiliam na execução da proposta pedagógica elaborada pela própria escola. São exemplos: Plano Nacional de

Educação – PNE²; as Diretrizes Curriculares Nacionais³; e os Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs.⁴ (MARQUES, 2010).

Muitos sistemas educacionais da educação Básica, ainda hoje, encontram dificuldades para equacionar os desafios trazidos pela Educação Inclusiva. Portanto, a concretização do processo de Educação Inclusiva (na Educação Básica e/ou no Ensino Superior) é de responsabilidade tanto dos sistemas educacionais, como também de toda a sociedade.

Diversos desafios vêm surgindo com a entrada e a permanência dos alunos com necessidades especiais nas escolas regulares (alunos que eram atendidos, anteriormente, em escolas especiais); entre eles se encontram as dificuldades enfrentadas pelos professores. De acordo com Lopez Meler (2008), em relação à educação inclusiva:

[...] requer estar disposto a modificar as práticas pedagógicas para que cada vez mais sejam práticas menos segregadas e mais humanas. Modificar as práticas significa que as atitudes dos professores têm que respeitar às competências cognitivas e culturais das pessoas diferentes e de modificar os sistemas de ensino e de aprendizagem; o currículo escola; a organização escolar e os sistemas de avaliação.

Assim sendo, é evidente que são necessários investimentos no processo de educação continuada dos professores para que eles possam adquirir conhecimentos mais específicos, para atender alunos com características peculiares. Pois, a simples inserção de alunos com deficiência nas classes comuns de ensino regular não caracteriza a educação inclusiva. Segundo Tigre e

² Plano Nacional de Educação – PNE amplia a responsabilidade de todos na sociedade com relação ao sistema educacional vigente. Em relação ao atendimento do aluno com deficiência, destacam-se as metas: estabelecer programas para equipar as escolas de Educação Básica e do Ensino Superior com aparelhos de amplificação sonora e outros equipamentos que facilitem a aprendizagem; implantar o ensino da Língua Brasileira de Sinais mediante programa de formação de monitores, em parceria com organizações não-governamentais; ampliar o fornecimento e uso de equipamentos de informática como apoio à aprendizagem do educando com necessidades especiais e assegurar a inclusão, no projeto pedagógico das unidades escolares, do atendimento às necessidades educacionais especiais de seus alunos, definindo os recursos disponíveis e oferecendo formação em serviço aos professores em exercício (BRASIL, 2001b).

³ Diretrizes Curriculares Nacionais foram estabelecidas para viabilizar a Educação Especial, sob a perspectiva da Educação Inclusiva, na conjuntura educacional nacional – CNE/CEB nº 02/2001. Essas diretrizes salientam a possibilidade, quando necessário, de se realizarem nos diferentes níveis de escolaridade adaptações curriculares que favoreçam o princípio da inclusão educacional (BRASIL, 2008a).

⁴ Parâmetros Curriculares Nacionais – PCNs propõem novas orientações curriculares e pedagógicas, que devem ser consideradas em qualquer proposta e/ou projeto educacional. No Ensino Básico, foram estabelecidas novas diretrizes curriculares para os cursos de formação de professores, reforçando a necessidade de renovar e reelaborar a proposta pedagógica de cada escola, de cada curso de licenciatura, de forma democrática, compartilhada por toda a equipe, visando à melhoria da qualidade do ensino (BRASIL, 2005c).

Teixeira (2006): “[...] resta hoje a cada escola construir, ao seu modo, sua resposta ao paradoxo de ser ao mesmo tempo igual para todos e única para cada um”.

Desde o início desta década têm surgido decretos, leis e programas objetivando garantir o direito à educação, e em especial à Educação Inclusiva. Assegurando ao aluno com deficiência, o atendimento educacional especializado desde a Educação Básica até ao Ensino Superior, num processo contínuo.

A legislação do Brasil em relação à Educação, nos últimos anos, apresentou grandes avanços. Entretanto, como referido por Pereira (2008) “a legislação brasileira, diariamente, apresenta indícios de que muito falta a ser incorporado em sua realidade cotidiana, no que diz respeito ao desenvolvimento de uma cultura de acessibilidade”.

E como já mencionado; também no Ensino Superior, a garantia do acesso e da permanência do aluno com deficiência na escola depende da acessibilidade, que inclui não somente modificações da arquitetura; como também nos materiais e recursos tecnológicos, entre outros.

2.4 Legislação e políticas públicas no Brasil direcionadas à inclusão no Ensino Superior

A primeira referência significativa à inclusão na legislação é a nossa Constituição de 1988. Lá estão descritos alguns dos deveres do Estado: oferecer transporte acessível, uma educação especializada no ensino regular e garantir a proteção das pessoas com deficiência, por exemplo. Esses deveres foram sendo complementados pouco a pouco com outras leis mais específicas.

No ano de 1994, em Salamanca, na Espanha, ocorreu um dos mais importantes marcos para desenvolvimento de questões referentes à inclusão, na Conferência Mundial de Educação Especial, onde princípios fundamentais foram estabelecidos. Na Declaração de Salamanca destaca-se o direito de todos a uma educação de qualidade e que atenda a suas especificidades. Esse evento lançou as bases para a valorização da singularidade e não das dificuldades, repudiando o termo deficiência e passando a utilizar uma nova terminologia: Necessidades Educacionais Especiais (GARCIA; BACARIN; LEONARDO, 2018).

No Brasil, mesmo diante dessas mudanças na perspectiva mundial no atendimento educacional dos alunos com deficiência, foram necessários que órgãos do governo federal, especialmente o

Ministério da Educação, formulassem decretos, portarias embasadas em argumentações legais, que garantissem o acesso e a permanência dos alunos com deficiência em todos os níveis de ensino (FERREIRA, 2007).

Portanto, a década de 90 foi marcada por várias alterações no sistema educacional brasileiro. As discussões sobre inclusão escolar ganharam força nas políticas educacionais internacionais e nacionais. Inicialmente, esse movimento teve maior ênfase na Educação Básica. Nesse período, as diretrizes para inclusão no Ensino Superior eram ainda um tanto escassas.

Ainda nesta década (1990), o Ministério da Educação e Cultura - MEC organizou o primeiro documento – Aviso Curricular nº 277, de 8 de maio de 1996 – com os esclarecimentos referentes ao atendimento desses estudantes com necessidades educacionais especiais no nível superior de ensino (BRASIL, 1996a; GARCIA; BACARIN; LEONARDO, 2018).

O documento orientava os reitores de instituições a se adequarem ao processo de acesso e inclusão de pessoas com necessidades especiais nesse nível de ensino e apontava procedimentos básicos requeridos tanto nos processos seletivos, como na oferta de materiais adaptados. Salienta, ainda, a necessidade de profissionais preparados, bem como para as adaptações físicas e flexibilidade pedagógica, garantindo acesso, permanência e sucesso do aluno neste nível de ensino. Além de destacar a necessidade de:

- Utilização de textos ampliados, lupas ou outros recursos ópticos especiais para as pessoas com visão subnormal/ reduzida;
- Utilização de recursos e equipamentos específicos para cegos: provas orais e/ou em Braille, máquina de datilografia comum ou Braille, DOS VOX adaptado ao computador.
- Colocação de intérprete no caso de Língua de Sinais no processo de avaliação dos candidatos surdos; utilização de provas orais ou uso de computadores e outros equipamentos pelo portador de deficiência física com comprometimento dos membros superiores;
- Ampliação do tempo determinado para a execução das provas de acordo com o grau de comprometimento do candidato”. (BRASIL, 1996a).

Porém, ainda nesse momento histórico, a política considerava a pessoa com deficiência como candidato e não como acadêmico em formação.

Nesse mesmo ano (1996), o governo brasileiro sancionou a Lei nº 9.394 /1996, que regulamenta as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em que um dos capítulos é dedicado à Educação

Especial (BRASIL, 1996a). Esta, porém, não revela de forma clara o modo como deve ocorrer o processo de inclusão no ensino superior. De modo geral, discorre sobre a obrigatoriedade dos sistemas de ensino, porém não discute o lugar da pessoa com necessidades especiais nesses contextos (SANTOS; HOSTINS, 2015).

Em 1999, ações de promoção e permanência de alunos com deficiência no Ensino Superior foram finalmente publicados por meio do Decreto nº 3.298/1999, que regulamenta a Lei nº 7.853/89, ao dispor sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Este define a “educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular”. (BRASIL, 1999).

Após, foi publicado a Resolução CNE/ CEB nº 2/2001, que determina, em seu artigo 2º, que: “Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos”. (BRASIL, 2001d).

E, a partir deste momento, a Secretaria de Educação Especial do MEC passa a tratar da educação como algo destinado para todos e não da educação especial em específico.

No ano de 2001, o Plano Nacional de Educação, LEI nº 10.172 / 2001, aponta que “o grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana”. (BRASIL, 2001b).

O Plano Nacional de Educação (PNE) anterior, criticado por ser muito extenso, tinha quase 30 metas e objetivos para as crianças e jovens com deficiência. Entre elas, afirmava que a Educação Especial, “como modalidade de educação escolar”, deveria ser promovida em todos os diferentes níveis de ensino e que “a garantia de vagas no ensino regular para os diversos graus e tipos de deficiência” era uma medida importante.

Ainda em 2001, aconteceu a Convenção de Guatemala, que deu origem ao Decreto nº 3.956/2001, que afirma que:

[...] as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que as demais pessoas, definindo como discriminação com base na deficiência toda diferenciação ou exclusão que possa impedir ou anular o exercício dos direitos humanos e de suas liberdades fundamentais. (BRASIL, 2001a)

A partir desse decreto, há uma reinterpretação da educação especial, que até então era compreendida no contexto da diferenciação.

No ano de 2002, as Diretrizes Curriculares Nacionais Para Formação de Professores da Educação Básica (BRASIL, 2002a) destacam que as instituições de ensino superior devem prever, em sua organização curricular, a formação docente voltada para a atenção à diversidade e que contemple conhecimentos sobre as especificidades dos alunos com necessidades educacionais especiais.

A Lei nº 10.436/02 (BRASIL, 2002b), no mesmo ano de 2002, reconhece a *Língua Brasileira dos Sinais – LIBRAS* como meio legal de comunicação e expressão, determinando que sejam garantidas formas institucionalizadas de apoiar seu uso, bem como a inclusão de LIBRAS no currículo nos cursos de formação de professores e de fonoaudiologia. Assim como a LIBRAS, a grafia *Braille* também ganha espaço na legislação através da Portaria nº 2.678/02 (BRASIL, 2002b).

O que é possível constatar é que essas minorias se organizam por meio de reuniões e desta forma as Políticas para inclusão escolar vão ganhando força e uma diversidade de documentos.

No ano de 2003, o MEC implanta o Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade a fim de “apoiar a transformação dos sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos” (BRASIL, 2008a). O programa incentiva a formação de gestores e educadores voltada para o atendimento educacional especializado - AEE e às garantias de acessibilidade. Especificamente para o Ensino Superior, em 2003, é sancionada a Portaria nº 3.284, que dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos e de credenciamento de instituições (SANTOS; HOSTINS, 2015).

Em 2004, o Decreto nº 5.296 regulamentou as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00, passando-se a exigir das Instituições de Ensino Superior algumas determinações de acessibilidade para a

autorização de abertura e renovação de cursos de ensino superior (GARCIA; BACARIN; LEONARDO, 2018). Esse decreto determina que os estabelecimentos de ensino de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos ou privados, devem proporcionar condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004a).

O Programa Universidade para Todos (ProUni), instituído pela Lei nº 11.096 / 2005, em 13 de janeiro de 2005, passa a garantir reserva de bolsas às pessoas com deficiência em universidades privadas, proporcionando isenção de alguns impostos a essas instituições (BRASIL, 2005a). O PROUNI também funciona em conjunto com o FIES. O FIES foi criado pela Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que permite ao bolsista financiar até 100% da mensalidade não coberta pela bolsa do programa (BRASIL, 2001c).

Em 2006, acontece em Nova York, a *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, que estabelece que os Estados-Partes devem assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social compatível com a meta da plena participação e inclusão, adotando medidas para garantir que as pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino fundamental gratuito e compulsório, também sob alegação de deficiência; e ainda que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino fundamental inclusivo, de qualidade e gratuito, em igualdade de condições (BRASIL, 2009b).

Indícios de uma política de inclusão social já eram apontados na Declaração de Salamanca (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA 1994); porém, é com o documento proveniente da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, organizado pela ONU, que o Brasil passa a investir em programas e projetos voltados para essa demanda. Esse documento, inicialmente facultativo, é transformado em emenda constitucional no Brasil, no ano de 2008.

No mesmo ano da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DA NAÇÕES UNIDAS, 2006), o Brasil apresenta o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, que objetiva (BRASIL, 2008b, p. 24):

[...] desenvolver políticas estratégicas de ação afirmativa nas IES que possibilitem a inclusão, o acesso e a permanência de pessoas com deficiência e aquelas alvo de discriminação por motivo de gênero, de orientação sexual e religiosa, entre outros e seguimentos geracionais e étnico-raciais.

Esse plano faz menção ao acesso e à permanência no Ensino Superior, no entanto, não o faz de forma específica. Aponta a necessidade de ações afirmativas, porém não manifesta a preocupação com o processo de ensino e aprendizagem dessa demanda.

Houve um grande número de programas, projetos e ações afirmativas voltadas para essa demanda nesse período. Um desses projetos foi o Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE (BRASIL, 2007a), que teve como eixos:

A formação de professores para a educação especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica dos prédios escolares, acesso e a permanência das pessoas com deficiência na educação superior e o monitoramento do acesso à escola dos favorecidos pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC (BRASIL, 2007a).

Neste ano de 2007, também foi criado o documento Referencial de Qualidade Para Ensino Superior a Distância (BRASIL, 2007b), que prevê algo mais específico para a inclusão no Ensino Superior.

Em 2007, surge também o Programa de Acessibilidade na Educação Superior (Incluir), que visa implementar uma política de acessibilidade às pessoas com deficiência na graduação através de financiamento de projetos nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Este cita critérios básicos com o objetivo de incluir um maior número de pessoas com deficiência no meio acadêmico, tanto em Instituições públicas como em particulares (MENDES; RIBEIRO, 2017). Os objetivos desse Programa são:

Promover ações para que garantam o acesso pleno de pessoas com deficiência às Instituições Federais do Ensino Superior (IFES);
 Apoiar propostas desenvolvidas nas IFES para superar situações de discriminação contra os estudantes com deficiência;
 Fomentar a criação e/ou consolidação de núcleos de acessibilidade nas IFES;
 Implementar a política de inclusão das pessoas com deficiência na educação superior;
 Promover a eliminação de barreiras atitudinais, pedagógicas, arquitetônicas e de comunicações (BRASIL, 2007a).

O que se percebe, até o ano de 2007, é que apesar destes diversos textos e documentos; ainda não há uma concepção de inclusão para o Ensino Superior, como também não há preocupação

com o Atendimento Educacional Especializado – AEE e com o processo de ensino e aprendizagem. Evidenciam-se os mecanismos de acessibilidade, como adaptações arquitetônicas e acessibilidade de comunicação em Libras e Braille, como se apenas esses recursos garantissem o sucesso de alunos neste nível de ensino. É importante ressaltar que até o momento, esses documentos não possuem nenhuma referência às pessoas com deficiência intelectual, com transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades / superdotação.

O governo brasileiro, ainda em 2007, tendo como norte os compromissos assumidos na Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006), nomeou uma comissão de profissionais da área da educação especial para discutir e elaborar a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Essa comissão se reuniu e entregou o documento em 2008. Segundo Brasil (2008), esse documento: objetiva o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, nas escolas regulares. E ainda garante, entre outras coisas, a Transversalidade da educação especial (da educação infantil até a educação superior); Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; Participação da família e da comunidade; Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos transportes, na comunicação e informação.

Essa política norteia hoje as ações de educação inclusiva em todos os níveis de ensino e amplia o texto no que se refere ao Ensino Superior.

Na educação superior, a educação especial se efetiva por meio de ações que promovam o acesso, a permanência e a participação dos alunos. Estas ações envolvem o planejamento e a organização de recursos e serviços para a promoção da acessibilidade arquitetônica, nas comunicações, nos sistemas de informação, nos materiais didáticos e pedagógicos, que devem ser disponibilizados nos processos seletivos e no desenvolvimento de todas as atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e a extensão (BRASIL, 2008b).

No ano de 2008, é apresentado o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, que objetiva:

[...] desenvolver políticas estratégicas de ação afirmativa nas Instituições de Ensino Superior que possibilitem a inclusão, o acesso e a permanência de pessoas com deficiência e aquelas alvo de discriminação por motivo de gênero, de orientação sexual e religiosa, entre outros e seguimentos geracionais e étnico-raciais” (BRASIL, 2008b).

A Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva amplia o texto sobre a permanência no Ensino Superior, atentando para a acessibilidade aos materiais didáticos, às novas tecnologias e às atividades que envolvem o ensino, a pesquisa e a extensão, características do ensino superior. O documento também manifesta preocupação com a formação do professor responsável pelo atendimento educacional especial (BRASIL, 2008b).

Diante do aumento do número de pessoas com necessidades educacionais especiais nas IES, pode-se concluir que as ações afirmativas dos últimos anos impactaram, de forma positiva, na democratização do acesso ao ensino superior.

A Política Nacional de Educação Especial, sob a Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008b), é reforçada pelos documentos legais: Resolução CNE/CB nº 4/2009, que estabelece as diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial e pela Nota Técnica nº11/2010 SEESP/MEC, que orienta sobre a institucionalização da oferta de atendimento educacional – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares (BRASIL, 2010).

A garantia da acessibilidade ao Ensino Superior de alunos com deficiência também tem exigido um novo redimensionamento do trabalho pedagógico do professor universitário, implicando uma progressiva formação continuada dos professores universitários.

Inúmeras são as regulamentações (LDBEN nº 9394/96; CNE/CEB nº 02/2001; Dec. Nº 6.571/2008; Res. Nº 4/2009) que preveem a formação continuada de professores que trabalham com alunos com deficiência em classes comuns, para que possam atuar em conjunto com professores especializados, no atendimento das necessidades educacionais dos alunos, nas salas de recursos multifuncionais (9b; 2001b; 2008a; 2009a).

No ano de 2011, foi baixado o Decreto nº 7.611, em que são estabelecidas as garantias de continuidade dos estudos aos alunos com necessidades educacionais especiais com todos os recursos que lhes forem necessários (GARCIA; BACARIN; LEONARDO, 2018). Segundo este Decreto nº 7.611, ficaram estabelecidos:

Art. 1º O dever do Estado com a educação das pessoas público-alvo da educação especial será efetivado de acordo com as seguintes diretrizes: I - garantia de um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades; II - aprendizado ao longo de toda a vida; III - não

exclusão do sistema educacional geral sob alegação de deficiência; III - não exclusão do sistema educacional geral sob alegação de deficiência;

Art. 2º O atendimento educacional especializado deve integrar a proposta pedagógica da escola, envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da educação especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas.

Art. 3º São objetivos do atendimento educacional especializado: I - prover condições de acesso, participação e aprendizagem no ensino regular e garantir serviços de apoio especializados de acordo com as necessidades individuais dos estudantes; II - garantir a transversalidade das ações da educação especial no ensino regular; III - fomentar o desenvolvimento de recursos didáticos e pedagógicos que eliminem as barreiras no processo de ensino e aprendizagem; e IV - assegurar condições para a continuidade de estudos nos demais níveis, etapas e modalidades de ensino. (BRASIL, 2011).

Esse documento é o primeiro a apontar a estruturação de núcleos de acessibilidade para o Ensino Superior como apoio técnico para o AEE.

A última versão do Instrumento de Avaliação de Cursos de Graduação Presencial e a Distância (BRASIL, 2012) enfim traz a preocupação com as condições de acesso para pessoas com deficiência e ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2012). No ano de 2013, apresenta-se aos avaliadores do INEP, o documento “Referenciais de acessibilidade na Educação Superior e a avaliação in loco do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior”. (BRASIL, 2013). O documento objetiva “servir de subsídio para a ação dos avaliadores acerca de questões pertinentes à inclusão e à acessibilidade em seus diferentes níveis, de estudantes com necessidades de atendimento diferenciado”. (BRASIL, 2013).

Os Referenciais esclarecem que “dotar as instituições de educação superior (IES) de condições de acessibilidade é materializar os princípios da inclusão educacional que implicam em assegurar não só o acesso, mas condições plenas de participação e aprendizagem a todos os estudantes”. (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que os únicos documentos que tratam com maior ênfase as obrigatoriedades das IES frente aos processos de acessibilidade são os Decretos nº 5296/2004 e nº 5626/2005, citados em todos os documentos direcionados à aprovação, reconhecimento e renovação de reconhecimento de cursos de graduação (BRASIL, 2004a; 2005b).

Já em 2014, o Plano Nacional de Educação (PNE) traz como meta a universalização do acesso à educação básica, preferencialmente, na rede regular de ensino, para a população de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou

superdotação. Garantindo o sistema educacional inclusivo, com salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados públicos ou conveniados. Entretanto, a palavra “preferencialmente”, permite que crianças com deficiência permaneçam matriculadas apenas em escolas especiais (BRASIL, 2001b).

Em 2015, o Brasil participou do Fórum Mundial de Educação, em Incheon, na Coreia do Sul, e assinou a sua declaração final (Declaração de Incheon), comprometendo-se com uma agenda conjunta por uma educação de qualidade e inclusiva.

Atualmente, uma das leis mais completas sobre acessibilidade no Brasil é o estatuto da pessoa com deficiência, também conhecido como LBI (Lei Brasileira De Inclusão) que foi aprovado em 2015, mas somente entrou em vigor em 2016.

A LBI veio para completar a Lei nº 10.098 (BRASIL, 2000), e foi inspirada no protocolo da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com deficiência, que aconteceu em 2006, em Nova Iorque. Podemos dividir a LBI em três grandes partes. A primeira trata das disposições gerais e dos direitos fundamentais das pessoas com deficiência, como educação, transporte e saúde. Há uma série de requisitos que precisam ser cumpridos em cada uma dessas esferas. A segunda parte fala sobre Acessibilidade e Ciência e Tecnologia, tratando do acesso à informação e à comunicação e do uso de tecnologias assistivas. Por fim, a terceira parte endereça o Acesso à Justiça e sobre punições a quem infringe as demais exigências. Apesar da existência de multas e outras punições, ainda há muitas áreas que deixam a desejar no cumprimento desta lei.

O grande avanço do Estatuto da Pessoa com Deficiência foi alterar outras leis (como a CLT e o Código Eleitoral) para deixá-las em conformidade com a Convenção Internacional da ONU. Apesar do progresso, a LBI demorou muito a ser criada e o cumprimento das regras é um grande desafio até hoje. A primeira versão do texto da lei foi apresentada no ano 2000, mas sua aprovação e publicação ocorreram somente em 2015.

O que pode-se observar a partir desse panorama das legislações e das políticas públicas é que, segundo Leonel, Leonardo e Garcia (2015), a educação especial, na perspectiva inclusiva, muito mais que por leis, clama por uma transformação das práticas sociais vivenciadas no país, em

busca de alcançar uma sociedade democrática que luta pela igualdade de todos, conforme prevê a legislação brasileira.

O fato de os direitos das pessoas com deficiência já serem assegurados no âmbito legal, por si só, não garante que esses direitos sejam concretizados efetivamente; e para que isso aconteça é preciso uma mudança de comportamento social. Portanto, apesar dos avanços já alcançados, a Educação Inclusiva ainda se configura como um importante desafio na nossa sociedade (MENDES; RIBEIRO, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

A metodologia adotada nesta pesquisa foi qualitativa, de abordagem fenomenológica, utilizando como principal técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Inicialmente surgida no seio da antropologia e da sociologia, a pesquisa qualitativa tem ganhado cada vez mais espaço nas áreas de educação e da saúde, em virtude do seu enfoque interpretativo. Diferentemente da abordagem quantitativa, que visa a obter evidências de associações entre variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta e desfecho); a abordagem qualitativa procura dar significado, compreender as relações entre os atores envolvidos em um processo social, além de levantar hipóteses sobre efeitos não previstos inicialmente (MINAYO, 2010).

Por meio dela, os dados descritivos são obtidos mediante contato direto do pesquisador com o seu objeto de estudo. Nesse sentido, é a busca de uma compreensão da dinâmica das relações sociais em um determinado contexto. Minayo (1996) descreve que as sociedades humanas existem num determinado espaço, tempo; que são constituídas por grupos sociais mutáveis e que as leis e interpretações do mundo são provisórias e passageiras, estando em constante transformação.

Com frequência, o pesquisador procura entender os fenômenos segundo a perspectiva dos participantes da situação estudada com o intuito de interpretar os fenômenos observados (NEVES, 1996).

3.2 Quadro teórico

Uma das abordagens possíveis de apreensão da realidade dos sujeitos é a abordagem fenomenológica. Fenomenologia é o estudo das essências e de todos os problemas, resultando em resumir as essências como: percepção e consciência, sendo uma ambição filosófica de tornar-se uma ciência exata, relatando o espaço, tempo e o mundo vivido (CARMO, 2000).

A perspectiva da Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty, foi a adotada nesse estudo. O autor nos explica que a Fenomenologia da Percepção é uma visão fenomenológica

do homem, do mundo e seus acontecimentos, sendo aberto para os fatores existenciais e, assim ter a compreensão do que possa devir pelos vários aspectos apresentados (MERLEAUS-PONTY, 1996). Nessa perspectiva, o discurso dos entrevistados foi a opção para obtermos as descrições experienciais a partir da realidade vivida por eles.

A escolha da fenomenologia, como referência metodológica para esse estudo, deu-se pela possibilidade aos sujeitos estudados, atuais médicos e outrora alunos de medicina, manifestarem suas percepções diante da formação profissional, das relações com as instituições de ensino e dos desafios de inserção profissional em decorrência das deficiências físicas relatadas.

3.3 Coleta de dados

A entrevista foi a técnica de coleta de dados utilizada. Optou-se pela entrevista semiestruturada em virtude do informante poder discorrer livremente sobre o tema proposto, mas com objetivos bem determinados e relacionados ao objeto de investigação. Além disso, esse tipo de entrevista possibilita ao entrevistador incluir perguntas adicionais ou solicitar esclarecimentos de forma mais livre, na medida em que novas informações relevantes são fornecidas, garantindo um maior aprofundamento na coleta dos dados.

A este respeito, Minayo afirma que:

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. (MINAYO, 1996).

Após aceite dos participantes, foram agendados dia, hora e local para a realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade de cada entrevistado. Inicialmente, foi oferecido o termo de consentimento livre e esclarecido e informado sobre a garantia do sigilo das informações. Todos foram informados acerca da possibilidade de retirar sua autorização, caso posteriormente não concordassem mais em participar e que poderiam realizá-la em qualquer momento do estudo.

As entrevistas aconteceram entre os meses de abril e julho de 2019, sendo que todas transcorreram bem, sem dificuldades. Os médicos entrevistados reagiram bem aos questionamentos, sem situações constrangedoras que pudessem causar prejuízo ao diálogo proposto.

As entrevistas foram gravadas, permitindo maior fluidez na comunicação. Os entrevistados tiveram a liberdade de se expressarem livremente sem que houvesse limite de tempo para encerramento das entrevistas. As mesmas tiveram duração mínima de 23 minutos 37 segundos e máxima de 1 hora 16 minutos 39 segundos.

As entrevistas realizadas de forma presencial foram gravadas em gravador portátil. As entrevistas realizadas via ligação telefônica foram gravadas através de um aplicativo adquirido pela pesquisadora (CALL RECORDER) e salvas em arquivos. Todas as entrevistas gravadas receberam um código de controle e identificação, para resguardar os participantes. Em uma das entrevistas realizadas via ligação telefônica, houve um contratempo e não foi possível gravação imediata. A pesquisadora então registrou, por escrito, o diálogo, logo após o término da entrevista.

Após realizadas as entrevistas, as gravações foram transcritas por uma empresa especializada e checadas pela pesquisadora⁵.

O método de análise de dados utilizados foi a análise de conteúdo. Conforme Bardin (2011), a técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e aos objetivos pretendidos tem de ser reinventada a cada momento. A análise de conteúdo, antes de se confirmar como um método, se apresenta como um conjunto de análises das comunicações.

3.4 Formatação das entrevistas

Para Petean e Suguiura (2005), “a ordem das questões, a linguagem e os termos propostos devem permitir um relato flexível, dando liberdade ao sujeito para expressar suas opiniões, no ritmo e sequência que melhor lhe convier”.

⁵ Empresa disponível em: www.transcritoja.com

O roteiro da entrevista foi elaborado contendo itens que caracterizavam a deficiência física, perfil sócio demográfico dos participantes, o contexto sociofamiliar durante o período de formação médica, instituições onde ocorreu a formação médica na graduação e na pós-graduação, inserção profissional, além das questões específicas sobre os obstáculos enfrentados durante a trajetória de formação profissional e introdução no mercado de trabalho (APÊNDICE B).

Assim, o roteiro da entrevista ficou dividido em 5 tópicos, todos diretamente ligados aos objetos da pesquisa:

- Tópico I: dados sócio demográficos e a caracterização do tipo de deficiência;
- Tópico II: apoio familiar e a importância da família na escolha do curso médico;
- Tópico III: período da graduação em medicina (suporte pedagógico, adaptações do espaço físico, relação dos outros alunos e professores em relação aos pesquisados e suas estratégias de superação);
- Tópico IV: período de pós graduação: a escolha da especialidade, influência da deficiência nessa escolha, (suporte pedagógico, adaptações do espaço físico, relação dos outros colegas e preceptores em relação aos pesquisados e suas estratégias de superação);
- Tópico V: o mercado de trabalho e seus desafios.

3.5 Participantes

O presente estudo foi realizado com 8 médicos com deficiência física (motora, visual e/ou auditiva), 4 homens e 4 mulheres; com idade entre 31 anos e 55 anos.

A amostra selecionada é do tipo não probabilístico, sendo realizada por conveniência e definida por acessibilidade, através de contatos interpessoais dentro do meio médico no território nacional.

É importante relatar algumas observações em relação ao número de participantes. Houve grande dificuldade de encontrar participantes para a pesquisa. Inicialmente, foi solicitado ao CRM – MG (Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais) a listagem dos médicos com deficiência física, auditiva ou visual; porém não foram fornecidas informações de contato (telefone, e mail

ou endereço). Dessa forma, a pesquisadora conseguiu alguns contatos de médicos com deficiência física, auditiva ou visual por meio de indicações de colegas e publicações nas redes sociais.

Diante da campanha de estímulo ao registro de médicos com deficiência física, realizada recentemente pelo CFM, foi tentado solicitação de uma relação de médicos com deficiência física registrados no CRM de Minas Gerais. Porém, foi liberado acesso aos nomes dos médicos somente, sem dados de contato, como: endereço ou localização, dificultando o acesso a estes profissionais. Portanto, diante dessas circunstâncias, foi possível entrevistar 8 médicos de todo território nacional.

Em virtude do exposto, os médicos com deficiência física (motora, visual e/ou auditiva) foram recrutados através da indicação de colegas médicos e das redes sociais. Foram, inicialmente, contatados 12 médicos portadores de deficiência física, sendo que destes, 8 concordaram em participar. Dois médicos que haviam confirmado a participação no estudo não responderam mais as tentativas de contato, mesmo após muita insistência da pesquisadora. Um médico confirmou a participação no estudo, porém desmarcou por três vezes. O quarto desistente julgou que não se enquadrava no perfil dos entrevistados do estudo, não aceitando participar do mesmo, embora fosse sabidamente deficiente antes da passagem pela escola médica.

Inicialmente, pensou-se em selecionar apenas profissionais que residissem nas proximidades de Belo Horizonte ou de Alfenas com o intuito de viabilizar a entrevista presencial com os pesquisados. De acordo com esse critério inicial, foi possível recrutar 4 médicos de Minas Gerais. Porém, em virtude da incompatibilidade de horários entre a pesquisadora e os entrevistados, foi necessário utilizar outros meios de comunicação, como, por exemplo, e-mail ou telefone. A inclusão dessas novas possibilidades de contato ampliaram nossa amostra para mais 4 médicos, totalizando 8 entrevistas. Em todo contato foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e garantido, ao entrevistado, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Ficou claro que, já no primeiro contato para o convite para participação da pesquisa, houve certo constrangimento por parte de alguns entrevistados julgando-se não enquadrar no perfil dos participantes. Somente após muita insistência foi possível agendamento da entrevista de alguns pesquisados.

Em compensação, depois de passado esse primeiro momento de constrangimento; ao decorrer das entrevistas, os participantes mostravam-se orgulhosos de suas conquistas ao longo do curso e da história profissional.

Foi considerada, inicialmente, toda a população de médicos com deficiências físicas (auditivas, visuais e motoras) que estivessem registrados no Estado de Minas Gerais. A partir dessa amostra, selecionamos pacientes dispostos à participar.

Foram incluídos médicos com algum tipo de deficiência física (motora, visual e/ou auditiva), congênita ou adquirida durante ou anteriormente ao curso de medicina, que estivessem em atuação no território nacional, e que concordassem em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A).

Foram excluídos todos os médicos que adquiriram a deficiência física (motora, visual e/ou auditiva) após o processo de formação acadêmica no Ensino Superior, médicos aposentados ou que não assinaram o TCLE.

3.6 Análise dos dados

O método de análise dos dados utilizado foi o método de análise de conteúdo. A análise de conteúdo, “aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” e sua intenção, “é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não)” (BARDIN, 2011).

Neste estudo foi utilizada a análise categorial do método proposto por Bardin (2011) que seleciona, de acordo com os objetivos do estudo, categorias temáticas. Dessa forma, segundo a autora: “A categorização é uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definido”.

A análise de conteúdo se constitui de várias técnicas, as quais buscam descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos (BARDIN, 2011).

Essa técnica é composta por procedimentos sistemáticos que permitem a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, e também proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não), permitindo a realização de inferências sobre os dados coletados. No presente estudo, tomamos como referência a análise temática de conteúdo proposta por Bardin que, segundo Minayo (2009), desdobra-se nas seguintes etapas:

- **Pré - análise:** é o momento de organização das entrevistas, através de transcrição do material coletado. Essa etapa também é marcada pela exploração do material por meio de várias leituras (exaustivo domínio do material transcrito), fase denominada de leitura flutuante. É nessa fase em que se realiza imersão profunda no conteúdo ou no conjunto de comunicação, relacionando-se as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relativas ao tema.

Foi realizada uma leitura “flutuante” de todo o material coletado a partir das entrevistas transcritas, a princípio, sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim com o intuito de apreender de uma forma global os aspectos mais importantes, as ideias principais de cada uma.

- **Exploração do material:** consiste na codificação do material, a partir do recorte do texto em unidades de registros (palavras e frases) comparáveis e com o mesmo conteúdo semântico e, por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas.

Procedeu-se a codificação ou agrupamento de dados por semelhança, o que definiu as categorias temáticas, respeitando as percepções dos participantes e os objetivos do estudo. Os dados foram organizados em categorias iniciais, constituídas dos trechos selecionados das falas dos entrevistados, citações diretas das narrativas originais - palavras, frases e parágrafos, o que se denominou de unidades de registro. Após a realização dessa categorização inicial, foi realizado o agrupamento progressivo dessas categorias, resultando em categorias intermediárias, e, por fim, em categorias finais.

Após o agrupamento progressivo das categorias, estas foram organizadas na forma de itens, passando-se para próxima etapa.

- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** compreende a inferência e a interpretação. Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar, atentamente, aos marcos teóricos pertinentes à investigação, pois eles dão o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dá sentido à interpretação. As interpretações a que levam as inferências são sempre no sentido de buscar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa verdadeiramente o discurso enunciado, o que querem dizer, em profundidade, certas afirmações, aparentemente superficiais.

Portanto, como etapa final da análise, procedeu-se a essa interpretação dos dados, buscando significados atribuídos pelos participantes às suas vivências e identificando etapas e conteúdos importantes dentro das suas trajetórias para compreendermos como se deu a inclusão destes na universidade e no mercado de trabalho.

Iniciou-se, então, a elaboração da discussão, realizada por meio do diálogo entre os resultados da pesquisa e os dados teóricos utilizados como referência na pesquisa. No próximo capítulo estão condensados todos os resultados com a discussão de seus conteúdos.

3.7 Aspectos éticos

Esta pesquisa está em concordância com a versão atual da Declaração de Helsinque e a Resolução 466/2012 do CONEP e suas atualizações.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Unifenas - campus de Belo Horizonte - MG (Parecer nº 3.037.879 – ANEXO A).

Todos participantes assinaram o TCLE (ANEXO A) antes de sua inclusão e todos os esforços foram feitos para a manutenção do sigilo das informações.

O presente trabalho apresentou risco mínimo, pelo eventual constrangimento em responder a entrevista. Nenhum dos participantes recebeu pagamento ou benefício pessoal por sua participação.

Os relatos recortados das entrevistas dos participantes serão citados em *ipsis litteris*, e para garantir o anonimato, realizou-se uma codificação dos entrevistados, por letras (E de entrevistado, H de homem e M de mulher) e ordem das entrevistas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A pesquisa foi realizada com 8 sujeitos; 4 mulheres e 4 homens. A idade dos médicos entrevistados variou de 31 anos a 55 anos. Em relação ao estado civil, três dos participantes eram solteiros, quatro casados, um viúvo. E somente dois entrevistados não possuem filhos. Somente um dos participantes era da raça negra, os outros todos eram brancos. Esses dados sócio demográficos estão descritos no QUADRO 1.

Quadro 1 - Dados sócio demográficos dos participantes

PARTICIPANTE	IDADE	RAÇA	ESTADO CIVIL	FILHOS	CIDADE ATUAL
EH1	38 anos	Negra	Solteiro	-	Belo Horizonte MG
EM2	55 anos	Branca	Viúva	2 filhos	Curitiba - PR
EM3	31 anos	Branca	Casada	1 filho	Brasília DF
EM4	46 anos	Branca	Casada	2 filhos	Andradas MG
EH5	32 anos	Branca	Solteiro	1 filho	Campos Gerais MG
EM6	50 anos	Branca	Casada	1 filho	Alfenas MG
EH7	30 anos	Branca	Solteiro	-	Belo Horizonte MG
EH8	54 anos	Branca	Casado	1 filho	Passos MG

Fonte: Dados da pesquisa

Apenas 3 dos participantes eram portadores de deficiência congênita; os outros possuíam deficiência física adquirida durante ou anteriormente ao curso de Medicina.

Apenas 1 caso era de deficiência visual (Visão subnormal severa por Degeneração macular Juvenil Congênita), os outros 7 eram deficiências físicas motoras: Tetraparesia devido a Hipóxia grave perinatal, Sequela motora de Luxação congênita do quadril, Amputação de membro inferior decorrente de Osteosarcoma, Cifoescoliose grave e Hemiplegia a esquerda, Hemiplegia por sequela de Poliomielite, Paraplegia e Tetraplegia após acidentes automobilísticos. O QUADRO 2 mostra as causas das deficiências físicas dos participantes.

Quadro 2 - Relação do tipo de deficiência e suas causas

PARTICIPANTE	TIPO DEFICIÊNCIA	DEFICIÊNCIA	CAUSAS
EH1	Adquirida	Tetraparesia	Hipóxia neonatal
EM2	Congênita	Redução da mobilidade e encurtamento de membro inferior	Luxação Congênita do quadril
EM3	Adquirida	Amputação de membro inferior	Osteosarcoma aos 9 anos
EM4	Adquirida	Paraplegia	Acidente automobilístico aos 18 anos
EH5	Adquirida	Tetraplegia	Acidente automobilístico quando estava no 11º período curso
EM6	Congênita	Cifoescoliose grave e Hemiplegia a esquerda	-
EH7	Congênita	Visão Subnormal Severa	Degeneração macular Juvenil Congênita – Síndrome Stargardt
EH8	Adquirida	Hemiplegia	Poliomielite

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria dos médicos com deficiência física entrevistados cursou Ensino Fundamental e Médio em escola pública. Já em relação ao Ensino Superior, não houve esta predominância (4 Instituições Públicas e 4 Privadas).

A principal forma de ingresso nos cursos de Graduação e Pós Graduação (Residência Médica) foi via vestibular tradicional, sem o sistema de cotas.

O QUADRO 3 ilustra todo o percurso acadêmico dos participantes, do ensino fundamental à pós-graduação.

Quadro 3 - Trajetória acadêmica – Escolarização

(Continua)

PARTICIPANTE	ENSINO FUNDAMENTAL / MÉDIO	ENSINO SUPERIOR	INSTITUIÇÃO ENSINO SUPERIOR	PERÍODO DE CONCLUSÃO DO ENSINO SUPERIOR	PÓS GRADUAÇÃO
EH1	Particular	Particular	Unifenas – Universidade José do Rosário Vellano Belo Horizonte – MG	2009 a 2015	Medicina da Família na UFMG
EM2	Pública – Ensino Fundamental e 2 anos Ensino Médio Particular – último ano do Ensino Médio	Pública	Universidade Federal do Paraná Curitiba – PR	1982 a 1989	Clínica Médica no HC da UFPR Cardiologia no HC da UFPR

Quadro 3 - Trajetória acadêmica – Escolarização

(conclusão)

PARTICIPANTE	ENSINO FUNDAMENTAL / MÉDIO	ENSINO SUPERIOR	INSTITUIÇÃO ENSINO SUPERIOR	PERÍODO DE CONCLUSÃO DO ENSINO SUPERIOR	PÓS GRADUAÇÃO
EM3	Pública	Particular	ITPAC - Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Palmas – TO	2004 a 2010	Pediatria no Hospital Materno Infantil – HMIB Brasília UTI pediátrica no Hospital de Base de Brasília
EM4	Pública	Pública	Universidade Estadual Paulista Botucatu	1991 a 1998	Radiologia na UNESP – Botucatu
EH5	Pública até 5º ano do Ensino fundamental Particular – 4 anos Ensino Fundamental e Ensino Médio	Particular	Unifenas – Universidade José do Rosário Vellano Belo Horizonte - MG	2005 a 2012	Psiquiatria no Hospital Clínicas da UFMG Saúde Família – especialização na UNIFAL
EM6	Pública	Particular	Universidade do Vale do Sapucaí Pouso Alegre – MG	1991 a 1996	Pediatria no Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre
EH7	Particular	Pública	UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais Belo Horizonte – MG	2009 a 2014	Psiquiatria no Hospital Clínicas da UFMG Psiquiatria Infantil no HC da UFMG
EH8	Pública	Pública	Universidade Federal de Uberlândia – MG	1984 a 1990	Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular no Hospital das Clínicas de Uberlândia

Fonte: Dados da pesquisa

A pesquisa envolveu médicos das seguintes especialidades: Medicina da Família, Cardiologia, Intensivista Pediátrica, Radiologia, Psiquiatria (2 participantes), Pediatria geral, Cirurgia Vascular.

Esses médicos possuíam tempo de atuação no mercado trabalho que variou de 4 a 30 anos.

Todos os médicos entrevistados ainda se encontram atuantes no mercado de trabalho, tanto no setor público quanto privado nos estados de Minas Gerai, Paraná e em Brasília – DF. Três dos 8 entrevistados trabalham somente na iniciativa privada, os outros além deste, também atuam no setor público de saúde. Esses dados estão dispostos no QUADRO 4.

Quadro 4 - Especialidade escolhida, emprego atual e tempo de atuação profissional

PARTICIPANTE	ESPECIALIDADE	TRABALHO ATUAL	TEMPO DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL
EH1	Medicina da Família	Clínica particular Professor convidado da UFMG	4 anos
EM2	Clínica Médica Cardiologia	Hospital Clínicas da UFPR Hospital Cardiológico Costantini	30 anos
EM3	Pediatria UTI pediátrica	ICDF – Instituto do Coração do DF Maternidade Brasília Hospital da Criança de Brasília	9 anos
EM4	Radiologia	Clínica de Imagem particular	21 anos
EH5	Psiquiatria	Consultório Particular em Campos Gerais CAPS em Boa Esperança Psiquiatria ambulatorial em Guapé, Coqueiral e Ilícinia Professor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina da UNIFAL	7 anos
EM6	Pediatria	Posto saúde Campo do Meio Consultório Particular	23 anos
EH7	Psiquiatria	Consultório Particular em Piumhi – MG	5 anos
EH8	Cirurgia Geral Cirurgia Vascular	Hospital São José da Unimed, Consultório Particular, UPA em Passos – MG	29 anos

Fonte: Dados da pesquisa

As entrevistas foram realizadas de forma presencial com 4 dos participantes, e as outras quatro foram realizadas através de ligação telefônica gravada por meio do aplicativo CALL RECORDER. O tempo de duração da entrevista variou de 28 minutos e 29 segundos a 1 hora 16 minutos 39 segundos. Esses dados sobre a realização das entrevistas encontram-se dispostos no QUADRO 5.

Quadro 5 - Particularidades da entrevista semiestruturada

PARTICIPANTE	FORMA DE ENTREVISTA	TEMPO ENTREVISTA
EH1	Presencial	43 minutos 15 segundos
EM2	Entrevista não gravada	-
EM3	Ligação telefônica gravada	28 minutos 29 segundos
EM4	Presencial	23 minutos 37 segundos
EH5	Ligação telefônica gravada	37 minutos 44 segundos
EM6	Presencial	54 minutos 29 segundos
EH7	Ligação telefônica gravada	1 hora 16 minutos 39 segundos
EH8	Presencial	54 minutos e 11 segundos

Fonte: Dados da pesquisa

4.2 Análise dos dados das entrevistas

Neste capítulo, apresentaremos os resultados da análise dos dados coletados a partir dos relatos dos participantes, levando em consideração o método de Análise de Conteúdo descrita por Bardin (2011).

O material foi tratado e organizado em 3 categorias temáticas finais: A deficiência e a trajetória de vida, A inserção e a vivência de pessoas com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior, A deficiência e os sentidos na vivência profissional que buscaram atender os objetivos deste estudo e levantar proposições a respeito do assunto.

A partir desse método de Análise, o material foi tratado e organizado em 18 categorias iniciais, 6 categorias intermediárias e 3 categorias finais, para análise dos seguintes temas: Inclusão na vida diária, na família, no ensino e no mercado de trabalho; dificuldades e obstáculos enfrentados; rede de apoio familiar e na vida acadêmica; sentimentos; e superação dos médicos com deficiência.

Para facilitar a compreensão do agrupamento dos trechos selecionados a partir das respostas dos participantes; a seguir encontra-se um quadro (QUADRO 6) com as categorias elaboradas, que delinearão a pesquisa.

Quadro 6 - Análise temática – Síntese das categorias

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Familiar • Visão sobre a própria deficiência • Vivências de Superação • Locomoção na Cidade 	I. O reconhecimento/ Enfrentamento da deficiência	I. A deficiência e a trajetória de vida
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiência e escolha pela Medicina e Especialidade Médica • Trajetória Escolar • Processo seletivo (Ensino Superior, Residência, Pós-graduação) 	II. Trajetória Acadêmica	II. A inserção e a vivência de pessoas com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior
<ul style="list-style-type: none"> • Atuação da Instituição Superior • Adaptação Pedagógica • Adaptações Arquitetônicas – Faculdade e Residência Médica 	III. Barreiras e Adaptações Arquitetônicas e Pedagógicas no Ensino Superior	
<ul style="list-style-type: none"> • Relação com os colegas do curso • Relação Com os Professores • Barreiras Atitudinais 	IV. Relações Interpessoais: barreiras e adaptações atitudinais	
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptações Arquitetônicas – Trabalho • Inserção no Mercado de Trabalho 	V. Desafios / Obstáculos físicos e comportamentais no Trabalho	III. A deficiência e os sentidos na vivência profissional
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos de Acessibilidade no Trabalho • Experiência Profissional • Relação Com os Pacientes 	VI. Atuação no mercado de trabalho	

Fonte: Dados da pesquisa

A partir dessa estratégia metodológica, os relatos dos participantes foram agrupados visando a aproximação dos seus significados, permitindo a organização e interpretação dos dados mediada pela bibliografia pesquisada; propiciando uma reflexão da vivência e trajetória dos médicos portadores de deficiência durante a graduação e no mercado de trabalho.

4.2.1 A deficiência e a trajetória de vida

É de extrema importância conhecer a trajetória de vida desses médicos com deficiência, entender o seu contexto familiar, a rede de apoio, sobre as estratégias de superação, e sobre sua própria visão da deficiência, para compreender melhor a subjetividade de cada participante.

[...] E eu acho que com essa loucura (de trabalhar muito para conseguir o dinheiro da mensalidade), eu tinha que mostrar mais do que os meus colegas. Eu tinha que superá-los e consegui superá-los muitas vezes. Então assim, não tinha dificuldade nisso. [...] Por isso que o pessoal, quando eu começo a trabalhar não percebe a minha deficiência. Só eu sei [...] porque hoje eu tenho dificuldade para falar, dificuldade de respirar [...]

Assim como o relato da entrevistada EM6 (Cifoescoliose grave e Hemiplegia, 50 anos), todos os nossos entrevistados se mostraram prontos para romper os obstáculos enfrentados ao longo de sua jornada acadêmica, estando sempre dispostos a enfrentar os desafios impostos, em caráter de superação.

Vygotsky (2011) salienta este fato, ao examinar a dinâmica do desenvolvimento da criança com deficiência, verificou uma dupla influência: o da deficiência que atua diretamente como tal, produzindo falhas, obstáculos e dificuldades na adaptação; e esses obstáculos e dificuldades no desenvolvimento rompem o equilíbrio normal servindo como estímulo para caminhos alternativos de adaptação.

É importante ressaltar que, assim como qualquer ser humano, a pessoa com deficiência possui sua subjetividade; sendo um grande equívoco considerar que as pessoas com o mesmo tipo de deficiência, possuam as mesmas características e necessidades.

Neste estudo, foram entrevistados 7 pessoas com deficiência física motora, e foi observado que cada uma delas possuía um grau de dificuldade e uma necessidade pessoal diferente.

Em nossa pesquisa, tivemos como exemplo o participante EH1, Tetraparesia, 38 anos, que possuía deficiência física com grave limitação de mobilidade, necessitando de suporte (no caso, sua mãe) todo o tempo. Já o entrevistado EH8, Hemiplegia, 54 anos, que também possuía deficiência física motora, apresentava um grau de limitação bem menor que EH1, Tetraparesia, 38 anos, necessitando de uso de bengala de apoio somente.

E como Ferreira (2004) já havia apresentado, a visão homogênea sobre uma sala de aula contribui para a exclusão das pessoas com deficiência no sistema de ensino regular. Pois, as pessoas com deficiência são diferentes como qualquer outro aluno sem deficiência, isto quer dizer que possuem “estilos de aprendizagem diferentes, são altos ou baixos, magros ou gordos, são melhores em português ou em matemática, uns possuem linguagem e vocabulário melhor do que outros etc.”, ou seja, são únicos (FERREIRA, 2004). Portanto, cada indivíduo deve ter um tratamento específico, um olhar para suas especificidades.

O aluno com deficiência, ao entrar na Universidade, se depara com uma carga de sentimentos e emoções que muitas vezes são difíceis de lidar (ALMEIDA; FERREIRA, 2018).

[...] Eu não encontrei uma grande dificuldade. É porque parece que dá a sensação para quem vê de fora, que fica muito mais difícil [...] Eu acho que é difícil pra todo mundo. Independente de você ter deficiência ou não. [...] Como um todo assim, ao longo dos seis anos não (a deficiência não atrapalhou). Eu cheguei no final com as mesmas dificuldades que todo aluno, que todo acadêmico tem ... Aquela prova foi a mais difícil. Que ninguém vai bem. Que o conteúdo do professor, que às vezes você não se adapta. Isso aí é de todo mundo. Isso aí não é porque tem deficiência ou não tem. Isso é da vida. (EH1, 38 anos, com Tetraparesia e grave limitação física.)

O artigo de Almeida; Ferreira (2018) demonstra e explica a existência desse antagonismo de sensações nos alunos com deficiência. Quando o sujeito com deficiência assume a posição-sujeito de aluno universitário, este vivencia uma tensão entre se reconhecer com os sentidos de descrédito relacionados à deficiência e com os sentidos de valor relacionados à educação superior, gerando contradições em se autodeclarar ou não enquanto sujeito-aluno com deficiência (ALMEIDA; FERREIRA, 2018).

Os discursos demonstraram que a pessoa com deficiência se sente todo o tempo desafiada a conseguir realizar as mesmas atividades que uma pessoa sem deficiência, como se quisesse superar o que esperam dela. É o que se pode observar no relato, a seguir, em que o problema para o entrevistado não era a deficiência, uma vez que ele não se considerava deficiente, mas sim a sua situação econômica.

A deficiência era o Menor dos meus problemas [...] Então, ninguém percebeu que eu tinha deficiência por que era aquela luta, todo mundo querendo que eu continuasse, entendeu? O contexto, eu acho que a pobreza foi o que dificultou mais do que minha deficiência física. Você está entendendo? [...] Porque, quando você entra na faculdade, você sabe que não tem dinheiro nem para matrícula, aí fica mais difícil. Você esquece, eu nunca me via como deficiente, primeiro isso. Eu acho deficiente em si, ele não se

vê como deficiente, a maioria deles. Por que, a partir do momento que você se vê como deficiente você para de lutar, entendeu? Então, nunca me vi assim. E quando entrei na faculdade, eu achava que não tinha dificuldade nenhuma. (Entrevista do participante EM6, Cifoesciolose grave e Hemiplegia, 50 anos)

Goffman (1988) relata que a pessoa com deficiência busca se desvincular da deficiência como forma de proteção contra o preconceito, por conta dos sentidos de estigmas, de menos valia, a ela relacionados. Porém, quando silencia a sua condição de deficiência, o sujeito fica apagado tanto das estatísticas oficiais quanto do reconhecimento de suas necessidades. Portanto, esse silenciamento acarreta na não promoção da acessibilidade em suas múltiplas dimensões, especialmente, pelo desconhecimento da instituição. O sujeito fica apagado tanto das estatísticas oficiais quanto do reconhecimento de suas necessidades.

Em reportagem publicada no site Gazeta do Povo em dezembro de 2017, é possível notar este “comportamento de proteção contra o preconceito” na tentativa de se desvincular da deficiência que muitos deficientes assumem.

A maioria dos médicos com deficiência de mobilidade vai dizer que não lhe falta habilidade no cumprimento competente das funções; como qualquer outro profissional bem treinado e capacitado, sabemos escolher o caminho que se adequa aos nossos talentos e aptidões. Adaptações razoáveis, como o uso de cadeiras de rodas verticais na sala de cirurgia, nos dão o acesso de que precisamos para trabalhar; as maiores barreiras estão no preconceito, tanto explícito como oculto [...]. Os médicos quase sempre relutam em revelar insuficiências novas ou progressivas (como perda de visão ou audição ou mobilidade reduzida) por causa do medo da estigmatização; afinal, a medicina ainda é dominada pelo protótipo da destreza física. (BLAUWET, 2017).

Isso ocorre, pois apesar dos movimentos a favor da inclusão de pessoas com deficiência já vigorarem em nossa sociedade há algumas décadas, os sentidos imputados às pessoas com deficiência como o estigma, o anonimato e a incapacidade não desaparecem, simplesmente, eles continuam existindo (GOFFMAN, 1988).

Um outro fator importante, apontado por Goffman (1988), é quando a normatividade imposta passa a ser naturalizada, o que faz com que o grupo estigmatizado aceite posições inferiores de status social devido a internalização da categoria que lhe é imposta.

Goffman (1988) reafirma que o termo estigma que é usado em referência a um atributo, profundamente, depreciativo, deveria, na realidade, ser uma linguagem de relações e não de

atributos; pois um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso.

Alguns participantes da pesquisa demonstraram em seus discursos um sentimento de inteira responsabilidade sobre a sua própria inclusão.

[...] Porque você tem que formar como todos formam. Você não pode ter alívio, porque amanhã o mercado de trabalho vai te cobrar. [...] Então você não pode ter regalia não. Isso aqui não vai fazer [...] Então eu sempre me adaptei. (EH1, Tetraparesia, 38 anos)

Mas de resto, assim, sempre foi muito [...] assim, fazia tudo que as outras pessoas faziam. Então eu não achava que [...] tanto que, por exemplo, essas coisas de acessibilidade eu via. Mas também não ia atrás pra [...] pra brigar por isso, entendeu? [...] Me adaptava ao ambiente, entendeu? (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos)

Mas nesse ponto, [...], na época não tinha nada, você tinha que subir uma escada, você subia. No segundo andar, eu subia. Eles não passaram a sala do segundo andar para primeiro por causa de nós. [...] Então, e nem a gente queria também. Você dá conta de subir? Dô! Vou subir devagar, então chego meia hora mais cedo. (EH8, Hemiplegia, 54 anos)

Sasaki (2007) destaca, que muitas vezes a pessoa com deficiência se coloca como responsável pela sua inclusão, galgando espaços e direitos por méritos individuais, sem requerer nenhuma modificação por parte da sociedade e de suas instituições. Esse comportamento também foi observado nos participantes da pesquisa, como demonstram os relatos abaixo.

Piovesan (2008) afirma que as políticas educacionais para a garantia da inclusão de pessoas com deficiências no Ensino Superior são necessárias, e que não representam o favorecimento ou oferta de vantagens ou benefícios, mas, sim, possibilitam a igualdade de oportunidades para os grupos socialmente vulneráveis, por meio de ações que, gradativamente, vêm sendo tomadas para garantir o acesso em condições de igualdade, bem como diminuir as barreiras física, estrutural, atitudinal, pedagógica e administrativa das instituições. Essa busca por igualdade de direitos e por ser reconhecido e integrar-se na sociedade como outro cidadão qualquer, envolve uma gama de sentimentos, principalmente a auto aceitação.

Para Ziliotto e Santos (2008), as pessoas com deficiência refletem sua maneira de se perceber, podendo interferir no processo de autoimagem e autoconceito, e possibilitando ou não a autoaceitação (SILVA et al., 2017)

Silva et al. (2017) demonstraram que a autoaceitação não é um estado, mas um processo construído a cada dia, por meio de interações entre aspectos internos (autoimagem, autoestima, autoconceito, resiliência) e aspectos externos (mídia, meio, sociedade, família e amigos), a partir da verificação de como os estímulos do meio contribuíram ou não para o processo de enfrentamento da deficiência levando à autoaceitação.

Teixeira (2006) aponta que, para a autoaceitação da deficiência, é preciso que se trabalhe a saúde em nível físico, emocional e social.

Fundamentado nessa auto aceitação, no conhecimento de suas limitações e também de suas potencialidades é construído outro tipo de comportamento, bastante presente e de grande importância na vida da pessoa com deficiência, o da autocrítica, como o participante relata em sua entrevista.

[...] Mas assim, hoje em dia o que importa no fim da história é que a pessoa esteja ciente das limitações dela. [...] Eu tenho colega que sai da Faculdade achando que dá conta de tudo. Gente, é desse cara que a gente tem que ter medo. É do corajoso que a gente tem que ter medo. Porque de quem sabe suas limitações, a gente não precisa ter medo nenhum não. Porque ele não vai entrar em coisa que não pode. [...] Assim, só que essa autocrítica da sua limitação não é incentivada durante a Faculdade. Não estou falando de pessoa com deficiência não, porque a pessoa com deficiência não precisa incentivar, a pessoa com deficiência é confrontada com as suas limitações o dia inteiro. (EH7, Visão subnormal severa, 30 anos)

As históricas experiências de exclusão escolar, que geram processos de invisibilidade social, marcaram de forma ampla a vida de diversos grupos sociais, entre eles o de pessoas com deficiência; fazendo-os permanecer em situação de desvantagem social intensa, especialmente no que se refere à “participação e aos direitos humanos básicos, como a educação”. (NEVES, 2005).

Em vista disso, Chahini e Silva (2009) ressaltam que a inclusão na educação superior não representa concessão de privilégios para os deficientes, mas a promoção da equiparação de oportunidades, para que todas as pessoas sejam “incluídas na sociedade como cidadãos plenas de direitos para o desenvolvimento de suas potencialidades”

Na prova prática, eu fiz a mesma prova prática dos meninos. Na prova prática, eu era sempre a maior nota da prova prática, na identificação das peças. Não [...] Não por uma habilidade pessoal, mas porque eu tinha mais tempo de estudo, uai. Sempre quem estuda mais sai melhor na prova. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Monteiro (2016) corrobora ao mencionar que as pessoas com deficiências não buscam tratamento diferenciado, muito pelo contrário, querem a igualdade de direito, para que façam parte da sociedade, sejam integradas. Após um período de marginalização social, o que se busca é o reconhecimento e o direito de fazer parte da vida em sociedade, sem que sua deficiência seja um impedimento devido à falta de adequação estrutural, arquitetônica, comunicacional, dentre tantos outros impedimentos impostos pelos chamados “normais”.

Teve um problemão, que era o internato rural, né? [...] E aí o coordenador do internato rural não queria que eu fosse de jeito nenhum. "Não, você não vai, você vai fazer metropolitano aqui em Belo Horizonte, eu vou ficar com o você. Nem a pau, eu vou fazer igualzinho meus colegas, tal". Aí fui, fui com um amigo meu. E aí eu tinha os equipamentos já pra levar, que tinha assim, tinha o notebook, que eu comprava, tinha lupa. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2006) representa um marco, por trazer a necessidade de incluir a voz das próprias pessoas com deficiência em todos os espaços sociais, ao adotar o lema “Nada sobre nós sem nós”. Essa busca por direitos e espaço para a afirmação das identidades das pessoas com deficiência redundou no movimento mundial da autoadvocacia (SKILIAR, 2003).

O ingresso na educação superior é um elemento na vida de pessoas com deficiência que permite o empoderamento e a autoadvocacia, uma vez que, para elas, a chegada nessa etapa de ensino significa que precisou superar diversas barreiras sociais e apresentou capacidade não só de estar ali, mas de, futuramente, atuar no mercado de trabalho. Esses critérios, por si sós, imprimem uma postura de empoderamento, reforçada pela formação superior em si, que permite às pessoas gerir sua vida, por meio da aquisição de competências que lhes possibilitam o desenvolvimento nas funções escolhidas. Esses aspectos são importantes vetores na vida das pessoas com deficiência, que historicamente foram tuteladas e, por isso, precisam ainda mais desenvolver o empoderamento antes, durante e depois da formação superior. (DANTAS, 2017)

Aí eu me inscrevi no programa Provac, que era, na época, antes dos Mais Médicos, porque eu queria provar que eu conseguia fazer todas as atividades, então eu procurei atividades de generalista, né. Que eu queria exercer todas as funções. Eu me inscrevi no Provac e eu trabalhei de dois mil e treze até início de dois mil e catorze, na atenção básica. Aí na atenção básica eu contei com auxílio. Aí uma enfermeira me auxiliava na avaliação dos pacientes, né. (EH5, Tetraplegia, 32 anos)

Segundo Beresford (2013), o empoderamento pessoal está associado à preocupação com as pessoas serem capazes de desenvolver novos e diferentes entendimentos sobre si mesmos e sobre o mundo no qual vivem. Assim, com o desenvolvimento do empoderamento, as pessoas se tornam melhor equipadas para responder às oportunidades surgidas; ganham uma maior responsabilidade para gerir suas vidas e relacionamentos; passando a viver em conformidade com os valores e expectativas prevaletentes.

Dantas (2017) ressalta que o empoderamento foi considerado um conceito articulado à autoadvocacia. A partir dele, as pessoas com deficiência aprendem sobre a história de seu grupo social, sua história de vida e seus direitos, e adquirem competências de expressão, reivindicação, participação, comunicação e liderança na sua própria vida, nas instituições de ensino e nos diferentes espaços sociais.

Portanto, o empoderamento pode ser visto como um conceito-chave para a obtenção de poder pessoal-coletivo de uma educação libertadora e conscientizadora (BERESFORD, 2013).

E diante desses dois conceitos, a pessoa com deficiência se torna apropriada de si ao ponto de questionar a normalidade, a legitimidade do tratamento inferiorizado e a cultura que o incapacita (DANTAS, 2017).

Dantas (2017) ainda destaca que, esta nova forma de pensamento, permitiu-nos direcionar outro olhar para as pessoas com deficiência que, fortalecidas por esse movimento de autoadvocacia, assumem uma identidade social não mais resumida à deficiência que possuem, mas que envolve uma multiplicidade de aspectos que compõe o ser humano.

As pessoas com deficiência sempre foram vistas como dependentes e que precisam de cuidados e tutela; porém o relato do entrevistado EH7 aponta o real desejo dessas pessoas.

E outra coisa, eu sempre quis métodos que ampliassem a minha autonomia. Eu quero eu ampliar, pra eu poder ler de madrugada, pra eu poder ler na hora do almoço, pra eu poder ler a hora que eu quiser ... Eu fico pensando, se eu tivesse usado o serviço de apoio da V. pra resolver todos os meus problemas na universidade. Hoje em dia, eu ia chegar pro meu empregador e falar assim " tem que contratar uma V. pra fazer as coisas pra mim. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Neves (2005) discorre que a ideia da autoadvocacia foi muito difícil para as pessoas que convivem com as pessoas com deficiência, como pais, amigos, professores, uma vez que estes

não aceitam a construção da autonomia dessas pessoas e constroem um solo de muita tutela e proteção.

Por isso, a aprendizagem do empoderamento e da autoadvocacia, por parte das pessoas com deficiência, é fundamental para elas conquistarem o poder pessoal de gerir seus destinos. Essa aprendizagem requer ações que visem mudanças não só do grupo de pessoas com deficiência sobre sua identidade, mas da sociedade em geral que precisa desconstruir as concepções limitantes que desempoderam e negam a oportunidade de participação cidadã, em particular das famílias das pessoas com deficiência. Somente essa consciência coletiva e individual sobre o valor cultural das pessoas com deficiência é que, de fato, tornará as sociedades, como a brasileira, mais justas, seja em relação às situações macro ou micro cotidianas (DANTAS, 2017).

E para que as pessoas com deficiência possam não somente enfrentar barreiras físicas e atitudinais, mas realmente exercer seu papel na sociedade, com autonomia e poder de decisão sobre suas vidas, é essencial que haja uma rede de apoio; sendo a família o pilar dessa rede. A família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança (SALES, 2017).

Glat e Freitas (1995) destacam que o homem é um ser social por natureza, necessitando para sua sobrevivência física e emocional de estar integrado e participando da vida comunitária de um grupo.

A família, como grupo social primário, desempenha a função formativa e determinativa no desenvolvimento da criança com deficiência. Pois para que a inclusão ocorra na sociedade, a família deve possibilitar que o indivíduo com deficiência seja incluído socialmente (MATSUMOTO; MACEDO, 2012). Nesse sentido, exerce um papel fundamental no desenvolvimento e na inclusão social da pessoa com deficiência, uma vez que é através daquela que se constroem adultos com autoestima e onde aprendem a enfrentar e superar desafios. (SALES, 2017).

Matsumoto e Macedo (2012) destacam que é no meio familiar que os primeiros passos para a construção da autonomia e da independência se iniciam, apesar do impacto e do choque após o recebimento da notícia e até mesmo das alterações na identidade da família decorrente de possuir um membro deficiente.

A maioria dos entrevistados ressalta que o apoio familiar foi essencial para sua conclusão do Ensino superior e Pós Graduação, não somente no deslocamento físico, mas também no suporte emocional.

[...] no começo meus pais mudaram pra lá, e aí meu pai me levava e buscava da Faculdade. Mas isso só no começo mesmo, logo depois já compramos carro, adaptamos. Acho que meus pais ficaram comigo até do segundo para o terceiro ano... aí eles já foram embora. (EM4, Paraplegia, 46 anos)

[...] minha mãe me incentivou; mas os outros (da família) nem tanto. Minha mãe incentivava, mas nunca Medicina. Incentivava para fazer outros cursos. Mas ela nunca se opôs, ela sempre esteve comigo para toda decisão que eu tomasse. [...] Minha mãe me ajudou do primeiro ao último dia do curso. A gente fala que é um apoio logístico, um apoio de deslocamento, para carregar esses livros pesados que a gente tem. [...] Minha mãe ficava dentro da sala de aula, saía antes à vezes [...] ela ficava nas redondezas para apoio de pegar livro na Biblioteca, por exemplo; para me deslocar dentro Campus ou para me deslocar para aulas no outro Campus. (EH1, Tetraparesia, 38 anos)

Diante de uma pessoa com deficiência, a família inteira busca se reorganizar, no intuito de adaptar-se e de reconquistar o equilíbrio familiar, pois todos os integrantes da família, de certa forma, são afetados (SALES, 2017).

No momento em que ocorre a descoberta sobre a deficiência, de um ou mais integrantes da família, isto provoca diversas modificações na dinâmica familiar (OMOTE, 2003). As relações familiares com filhos deficientes sofrem uma extrema reestruturação emocional, logística e financeira, pois, o mesmo necessitará de um apoio multiprofissional, assim como a mudança de planos e expectativas dos pais (FIAMENGHI JR., MESSA, 2007).

Eu sou do sul de Minas Gerais, e estudava em Belo Horizonte. Aí eu estava vindo de BH para minha cidade e sofri o acidente. Aí depois, quando eu retornei pra Faculdade, toda a minha família foi junto comigo, pra me auxiliar. E eu tenho um irmão que foi meu braço direito. Ele me auxiliava com deslocamento, com transporte para as atividades. E este irmão me ajuda até hoje, me auxilia no deslocamento, nas atividades como comer [...] (EH5, Tetraplegia, 32 anos)

Cada membro da família desempenha um papel único, ressignificando valores e padrões que serão fundamentais para o desenvolvimento do filho com deficiência (CHACON, 2011).

As expectativas relacionadas ao futuro da pessoa com deficiência alteram a dinâmica familiar diferentemente para cada um dos seus membros, provocando reestruturação em suas vidas (SALES, 2017).

Em nossa pesquisa, tivemos um único exemplo em que a família não apoiou o participante, inicialmente, na sua decisão.

Eu falava quando era bem novinho que eu queria fazer Medicina, mas aí depois quando chegou a época de vestibular, de definir mesmo [...] daí minha família achou que era bobagem, principalmente minha mãe, que achou que era muito difícil, que não dava [...] (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

No processo de inclusão da pessoa com deficiência no ensino e conseqüentemente na sociedade é muito importante a união familiar e um pensamento coletivo que vise o sucesso dessa inclusão (SALES, 2017). Entretanto, cada família enfrenta a deficiência de acordo com sua história, suas representações, crenças, valores culturais e condições objetivas, além da personalidade individual de cada membro, porém não resta dúvida que a influência familiar é determinante para o processo de integração social do indivíduo com deficiência. É através do relacionamento familiar que ele desenvolverá seus valores, perceberá o mundo e construirá a sua identidade. A compreensão da dinâmica das relações familiares, portanto, é essencial para a compreensão do indivíduo especial (MATSUMOTO; MACEDO, 2012).

Meus pais sempre me trataram igual aos outros. Então eles nunca falaram assim: Você é deficiente ... não tinha essa palavra, não existia essa palavra. [...] e o interessante é que a minha mãe, sempre muito rígida nesse ponto, porque ela me tratava como os outros (irmãos)... tudo igual [...] Ela falava assim: Eu não aceito você sem diploma e ponto. Então eu tinha que estudar. [...] Eles sempre me incentivaram a fazer Medicina [...] até porque até hoje, é um sonho de um pai e de uma mãe ter um filho doutor, né? (EH8, Hemiplegia, 54 anos,)

Matsumoto e Macedo (2012) salientam a importância do indivíduo deficiente não ocupar na família, exclusivamente, o papel de deficiente ou incapaz, mas sim de participante da vida familiar cotidiana, inclusive das situações sociais. A questão não é negar a deficiência ou os limites, mas sim, de aceitar e incorporar esse indivíduo à vida familiar, apesar de suas deficiências e limites

Portanto, pudemos compreender que é preciso que esteja claro, tanto para as pessoas com deficiência quanto para sociedade, a magnitude e o grau de importância que uma rede de apoio exerce no processo de inclusão da pessoa com deficiência, no enfrentamento dos desafios e quebra de barreiras físicas e atitudinais.

O apoio socioafetivo está relacionado à percepção que a pessoa tem de seu mundo social, como se orienta nele, suas estratégias e competências para estabelecer vínculos, os recursos que esse ambiente oferecem como proteção e força frente a possíveis situações de risco (DELL'ALGLIO; SIQUEIRA, 2012).

4.2.2 A inserção e a vivência de pessoas com necessidades educacionais no Ensino Superior

4.2.2.1 Trajetória acadêmica

Conhecer como foi o percurso educacional de cada participante para chegar até a Universidade; permite-nos compreender os caminhos percorridos, os obstáculos enfrentados para esse acesso ao Ensino Superior.

Na pesquisa, a trajetória pessoal para a escolha do curso de Medicina mostrou ter uma origem multivariada, com diversos tipos de motivação e mesclando, principalmente, aspectos afetivos e cognitivos e, em menor monta, contextuais. Enquanto alguns descobriram este universo no final dos últimos anos de estudos durante o Ensino Médio, outros já o conheciam pela experiência de pais, parentes e amigos.

A vocação, o gosto pelo cuidar ou até experiências próprias também foram motivações recorrentes, como pode ser ver no relato dos entrevistados EM6 e EM3:

A minha escolha, se eu for contar lá para trás é que eu fiquei um ano internada. Quando eu fiz a cirurgia. Aos quinze anos fiz uma cirurgia de escoliose. Aí que eu decidi. Porque antes de internar eu iria fazer direito, aí que eu decidi que eu iria ajudar as pessoas, porque eu fiquei um ano lá e fui vendo e achei que eu seria mais útil. Fiquei assim, oito meses, voltava. Mas, oito meses direto, de abril a fevereiro. Eu perdi a cirurgia, acabe. Tive infecções hospitalares, não cicatrizava e foi ficando (EM6, Cifo escoliose grave e Hemiplegia, 50 anos)

[...] Quando eu tive o câncer lá quando eu era criança, com nove anos, já me despertou o interesse né. Eu era fascinada pela minha médica oncologista que era a doutora F. Era meio que inspiração pra mim, sabe? Aí eu comecei a falar que eu queria fazer Medicina e tudo. E apesar de ter feito o tratamento do câncer aqui em Brasília, eu não perdi o ano. Eu consegui, mesmo com o tratamento, continuar os estudos normais. Ia lá pra fazer aplicação pra mim e tudo. Eles viam que eu era muito esforçada, assim, muito... né? E aí todo mundo me dava força. Então desde pequena, todo mundo já sabia que eu queria. E todo mundo me dava força pra isso. (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos)

Um sentimento comum às pessoas com deficiência é um “comportamento de proteção contra o preconceito” na tentativa de se desvincular da deficiência que muitos deficientes assumem. A maioria dos médicos com deficiência de mobilidade vai dizer que não lhe falta habilidade no cumprimento competente das funções; como qualquer outro profissional bem treinado e capacitado, sabemos escolher o caminho que se adequa aos nossos talentos e aptidões. (BLAUWET, 2017).

O relato de um dos nossos entrevistados sobre o quanto a escolha por Medicina e depois sobre a especialidade é um processo complexo para a pessoa com deficiência, que envolve muito mais do que ter ou não “afinidade” por determinada área, evidencia esse sentimento.

Atualmente eu estou na residência em Medicina da Família no Hospital das Clínicas, na UFMG. A escolha por Medicina da Família foi muito longa. Vai dar um áudio novo. Bom ... eu entrei pra Medicina pensando fazer em Urgência e Emergência, essas coisas, que me chamavam a atenção. Por isso que eu fiz Medicina. Aí, ao longo do curso eu fui me apaixonando por outras coisas. Vendo outras coisas. Então gostei muito de Pediatria. Eu gostei muito da Neurologia, da Neurocirurgia. Mas aí você vai vivenciando os estágios no internato e você vai vendo as coisas e vai moldando o seu querer, né? Aí eu falei: não, é muito bom. É o que eu quero. Eu pensei ao final do curso em Neurocirurgia. Mas aí falei: não, não dá, por conta da limitação física mesmo. O físico pesou mais no final do curso. Porque assim, pela demanda do curso, não dava para fazer, atividade física era mínima. Foi mínima e continua sendo mínima. Agora na residência mais ainda. Então assim, foi pesando, foi dificultando pra o corpo aguentar, né? Aí eu falei: não, parte cirúrgica não vai dar. Aí foi uma decisão muito difícil. Mas após formado eu já estava trabalhando numa clínica aqui em Venda Nova. Eu já estava clinicando há dois anos. ... Aí eu falei: ah, já estou fazendo praticamente Medicina de Família, né? Aí eu peguei, entrei em contato com o professor aqui da casa, que foi um dos meus preceptores no internato. ... Comecei a ler a respeito. Aí eu falei: uai, vou tentar. E surgiu a oportunidade em dois mil e dezessete. Abriu vaga no Hospital das Clínicas pra área, pra pessoas com necessidades especiais. Em Medicina de Família. Daí eu falei: juntei a fome com a vontade de comer. (EH1, Tetraparesia, 38 anos)

Quando terminei a Faculdade, eu me inscrevi no PROVAB, que era antes dos Mais Médicos; porque queria provar que eu conseguia fazer todas as atividades. Então eu procurei atividades de generalista, porque queria exercer todas as funções. Na atenção básica eu contava com auxílio, uma enfermeira me auxiliava na avaliação dos pacientes. Daí eu especializei em Saúde da Família e Atenção Básica, né. Aí depois eu fui pra residência de Psiquiatria pra eu ter mais autonomia. Porque as especialidades, por exemplo, exame ginecológico, eu precisava de auxílio, né. Aí como eu queria uma especialidade que tinha mais autonomia, aí eu optei por psiquiatria. (EH5, Tetraplegia, 32 anos)

E diante de toda essa complexidade no processo da escolha da especialidade, o aluno com deficiência ainda pode enfrentar barreiras atitudinais – preconceito. O participante EH8 nos mostra em seu relato sobre uma experiência que teve ao final do curso de Medicina, quando estava escolhendo a especialidade que iria fazer.

Eu tive um professor que chegou pra mim e falou assim: “Você vai fazer Cirurgia por quê? Você tem problema na perna, você não vai desenvolver isso aí não. Mas depois conheci o chefe da cadeira de Cirurgia Vascular e ele me incentivou bastante para fazer. Mas um dia eu cheguei e falei pra ele: Oh doutor, se eu não puder fazer (a residência), eu não vou fazer! Se eu não tiver capacidade, ... a gente vai ver isso no futuro. Agora tem a prova de residência e eu vou prestar. (EH8, Hemiplegia, 54 anos)

Então, o desenvolvimento de autoestima e empoderamento dessas pessoas se torna imprescindível para o desenvolvimento de um adulto capaz de identificar não somente suas limitações, mas também suas potencialidades (DANTAS, 2017).

E temos outro relato do participante EH5 que mostra que a barreira atitudinal pode estar presente até na Comissão de Residência Médica – COREME.

Enfrentei preconceito sim, no processo inicial da residência. Eu tive que passar por uma coordenadora de Psiquiatria e depois fui chamado na COREME para expressar a minha vontade. Eu tive mais dificuldade para conseguir entrar na Residência do que durante a evolução dela. (EH5, Tetraplegia, 32 anos)

Já a escolha da especialidade, apesar de mesclar desde escolhas por contraposição a perspectivas relacionadas com o “ser médico”, como a busca de especialidades mais holísticas; a autocrítica e a avaliação de suas reais limitações e potencialidades foram o que mais sobressaíram na pesquisa. O que revela um “bom senso” de cada pessoa com deficiência na escolha profissional, ou seja, uma compreensão, um bom nível de autoconhecimento, sabendo lidar bem suas limitações e suas potencialidades para a escolha da residência. Pois, de acordo com Conselho Federal de Medicina, não é legalmente possível colocar qualquer tipo de restrição no Diploma Médico.

Aí eu já ali já decidi que eu ia fazer psiquiatria assim. [...] Só depois que eu formei que eu falei para todos que iria fazer psiquiatria. Aí eu falei assim, é, "não, eu vou fazer alguma coisa que eu possa ser bom naquela coisa". Porque é isso. Quando a pessoa entende [...] Veja, é a mesma coisa de uma pessoa de um metro e cinquenta de altura, sonhar em ser jogador de basquete. Ela pode ser jogadora de basquete? Pode, não tem nada que impeça ela, mas dificilmente ela vai ser boa naquilo. Então, assim, eu poderia optar em fazer anatomia patológica? Poderia, mas seria um sofrimento, né? (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Os depoimentos dos entrevistados evidenciam que a trajetória para a pessoa com deficiência se tornar médica é um processo complexo. Esse processo vai além da possível dificuldade na escolha do curso, que abrange bem mais do que aspectos vocacionais, mas também aspectos contextuais, e a autocrítica. E após a decisão da carreira profissional, a pessoa com deficiência

se depara com mais outro desafio, o ingresso no Ensino Superior que, ainda hoje, envolve o enfrentamento de diversas barreiras, físicas e atitudinais.

A Lei nº 12.711 (2012) implementa um sistema de cotas nas instituições públicas de educação superior reservando 50% de suas vagas para estudante com baixa renda e para autodeclarados pretos, pardos e indígenas de forma proporcional ao número destes sujeitos na população da unidade da Federação onde está instalada a instituição. Porém, somente em dezembro de 2016 foram incluídas nesta reserva de vagas, as pessoas com deficiência por meio da Lei Nº 13.409/2016. (ALMEIDA; FERREIRA, 2018).

Muitas instituições de educação superior passaram a buscar a identificação de seus alunos com deficiência a partir do momento em que os padrões de acessibilidade se tornam requisitos avaliativos para sua autorização, reconhecimento e credenciamento (Portaria nº 3.284) e, principalmente, a partir do Programa Incluir, que confere recursos para a criação e consolidação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior (BRASIL, 2013).

O sistema de cotas, apesar de já praticado por algumas universidades brasileiras, tem uma contribuição ainda pequena no aumento do número de alunos com deficiência matriculados na educação superior. A maior influência advém de um interesse crescente pela identificação destes sujeitos no corpo discente, inclusive por força das políticas públicas (ALMEIDA; FERREIRA, 2018). Somente 1 dos nossos participantes relatou ter ingressado para Residência Médica a partir do Sistema de Cotas.

Com a inclusão, a necessidade de acessibilidade passou a ser cada vez mais requerida nas IES. As primeiras modificações referentes à acessibilidade foram feitas no processo classificatório de ingresso no Ensino Superior, sendo sugeridas alterações tanto na elaboração do edital, no momento das provas, quanto na correção delas. Sendo assim, são exigidas, da comissão do vestibular, mudanças no que se refere aos critérios de avaliação, organização de salas e recursos adaptados necessários para que o candidato possa realizar a prova, como, também, considerar as especificidades inerentes a cada deficiência no momento da correção (BRASIL, 2008a).

O número de matrículas de pessoas com deficiência em cursos de graduação tem aumentado ao longo dos anos. E, em 2018, foram registradas 43.633 mil novas matrículas de pessoas com

deficiência em cursos do Ensino Superior no Brasil, o que representa 0,54% em relação ao total de matrículas em cursos de Graduação (BRASIL, 2018).

Em relação a 2009, tivemos, em 2018, um aumento de 23.103 matrículas, o que representa 112,53% mais de alunos com deficiência matriculados. Apesar desse significativo aumento nas matrículas que vem ocorrendo ao longo dos anos, a sociedade ainda apresenta um “pré-conceito” sobre esses alunos.

[...] Eu acabei o sexto ano e na minha formatura eu já estava de plantão. Na época eu passei, em Pouso Alegre passei nas Ciências Médicas, mas lá foi bloqueado por causa da deficiência. Nas Ciências Médicas, durante a entrevista eles falaram: "Você vai ter condições?". Eu falei: "Vou". Mas, aí eles questionaram isso. Quando viram o meu currículo, meu currículo era bom para a época, mas, eles questionaram a minha deficiência. (EM6, Cifoesciose grave e Hemiplegia, 50 anos)

Incluir esse grupo de pessoas com deficiência no Ensino Superior pode trazer grandes benefícios para sociedade, como favorecer o crescimento econômico, pois, com maior qualificação, maiores são as chances de os deficientes ingressarem no mercado de trabalho (SILVA, 2008).

Desta forma, as cotas são uma boa solução para a desigualdade e o preconceito existentes no país com relação a essa minoria, fazendo com que essas pessoas estejam nas universidades e, conseqüentemente, aumentando a sua participação na sociedade (ALMEIDA; FERREIRA, 2018). Porém, 2 de nossos entrevistados demonstraram ter uma certa resistência ao sistema de Cotas para ingresso na Universidade.

As cotas, é [...] Eu nunca tive cota em nada, em concurso, em nada [...] nunca tive cota em nada, porque na minha época não tinha isso não, ou você ou não passava. Não tinha essa, né? E cota, óh, tem os dois lados também né? Tem o lado bom e o lado, eu acho que..., acho que tem que ser por mérito. [...] Agora, que o cara, que é deficiente físico ele tem que ser melhor que o outro do lado que anda, tem! (EH8, Hemiplegia, 54 anos)

[...] Eu falo até sobre ir contra uns projetos que teve aí, estudei minha vida inteira em escola pública, entrei em faculdade pública com meu estudo, sem cota, sem nada [...] (entrevistado EM4, Paraplegia, 46 anos)

Apesar do sistema de Cotas trazer benefícios incontestáveis, alguns estudos criticam este sistema, e os argumentos apresentados são o aumento da desigualdade e do preconceito já existentes, pois esta medida trataria esse grupo com ainda mais desigualdade, partindo do

pressuposto de que essas pessoas não teriam capacidade intelectual para ingressar na universidade sem as cotas (ALMEIDA; FERREIRA, 2018).

Entretanto, o direito ao Ensino Superior deve ser respeitado e, partindo do pressuposto que igualdade e equidade são coisas diferentes, as cotas para deficientes nas universidades trazem benefícios para essa parcela da população que já viveu muito marginalizada e sofrendo com o preconceito.

Sabe-se que os recursos especializados necessários para realização da prova de ingresso no Ensino Superior variam de acordo com a especificidade de cada pessoa com deficiências.

De todos os participantes da pesquisa, somente um deles informou a condição de deficiência no momento do vestibular e contou com recursos especiais para realização da prova. Porém, temos que levar em consideração que três dos participantes adquiriram a deficiência após o ingresso na Faculdade.

Quando entrei na faculdade tive auxílio só em questão de acessibilidade. Mas a prova eu fiz como todos os outros, só com auxílio básico, não tive nada específico, não. E em relação ao tempo, consegui uma hora a mais. (EH5, Tetraplegia, 32 anos).

Mesmo com os avanços da inclusão nas políticas públicas e a presença da Lei de Cotas, o ingresso numa Instituição de Ensino Superior ainda é um desafio para as pessoas com deficiência. Hoje, para se tornar médico, a pessoa com deficiência necessita de coragem e estar munida de várias ferramentas para prosseguir nesse percurso, que se mostra longo e tortuoso. Esta decisão vai muito além do poder de escolha vocacional somente, envolve o desenvolvimento de um poder de autoconhecimento e autoanálise. E mais, precisa estar disposta a enfrentar barreiras tanto arquitetônicas e pedagógicas quanto atitudinais, desde o momento do ingresso no Ensino Superior quanto sua permanência neste.

4.2.2.2 As barreiras e adaptações arquitetônicas e pedagógicas no Ensino Superior

4.2.2.2.1 Atuação da Instituição do Ensino Superior

Embora haja diversas políticas e documentos legais que fundamentem o acesso e a permanência de estudantes com deficiência no Ensino Superior é importante conhecer a percepção e opinião dos participantes a respeito dos recursos oferecidos, como ocorreu com o entrevistado EH5:

Inicialmente, eu passei por uma avaliação na Faculdade [...] um núcleo de apoio que contava com um Psiquiatra e auxiliou sim. (EH5, Tetraplegia, 32 anos)

A importância da discussão se inicia no fato de que a inclusão ainda é confundida com a integração, que apenas insere o sujeito na escola, esperando que se adapte a um ambiente escolar já estruturado. A verdadeira inclusão presume o redimensionamento de vários aspectos, tais como estruturas físicas da escola, adaptações curriculares e mudanças de atitude dos educadores, entre outros (BASSALOBRE, 2008).

Portanto, o apoio institucional se constitui por todas as iniciativas educacionais que favorecem o atendimento do aluno com necessidades educacionais especiais, no processo de inclusão do sistema educacional, garantindo a independência e autonomia do aluno, além da formação necessária ao professor e da adequação da instituição para receber esses alunos (MARQUES, 2010).

Como discute Chauí (2003), a universidade é uma instituição social que tem como essência a formação dos sujeitos fundamentada na reflexão crítica, na pesquisa e na extensão como bases de suas atividades em prol de uma educação que transforme a ignorância em compreensão do outro e da realidade e que promova o desenvolvimento cultural, científico, tecnológico e humano. A universidade não pode estar indiferente às diferenças. E um ambiente que possa oferecer serviço de apoio, que funcione realmente, é fundamental para o processo de inclusão na educação superior (MASINI; CHAGAS; COVRE, 2006).

Barbosa e Fumes (2010) destacam que o gestor e/ou coordenador de curso exercem papel fundamental na estrutura das instituições de Ensino Superior. Os autores apontam que, neste processo de identificação, cabe ao coordenador de curso lidar com os alunos e ter conhecimento sobre as suas necessidades reais e específicas, uma vez que cada aluno é único em suas capacidades e dificuldades. Essa é uma iniciativa necessária e de grande importância para que a instituição universitária possa, realmente, incluir.

Porém, a pesquisa evidenciou que um processo adequado de inclusão não depende somente de ações de gestores ou núcleos de apoio da Universidade, é necessário também que o aluno com deficiência seja ouvido e relate suas reais necessidades e pontos específicos relacionados a sua deficiência.

Então, é preciso que gestores, professores e o aluno com necessidade educacional especial trabalhem juntos e planejem estratégias resolutivas para o processo de ensino aprendizagem. Pois, sem a união e o diálogo entre gestores e os alunos com deficiência não é possível a realização da inclusão na prática, como nos mostra o relato do EH7:

[...] Conseguir que o Hospital das Clínicas xerocasse o formulário (de anamnese) dele ampliado foram quatro anos de luta e a gente teve com o Ministério Público fazer uma reunião com o reitor da universidade. [...] ampliar o formulário. Só isso. E aí, e você vê que é uma coisa assim, é uma questão de que o hospital não queria fazer, mesmo porque quando teve essa reunião com a reitoria, assim, foi uma coisa extremamente constrangedora pra todos eles e pra mim também, porque a situação, né [...] pra pedir um formulário ampliado. [...] Mas foi a coisa mais difícil. Ou é a falta de vontade deles assim mesmo de fazer, do Hospital das Clínicas sempre é um ponto assim muito duro de lidar. [...] E aí na residência a parte mais pesada era a parte ambulatorial porque eu tinha que evoluir todo mundo à mão e a doença vai progredindo, vai ficando cada vez mais difícil. Muito volume, né? [...] Aí eu percebi assim já no segundo ano de residência que não ia dar, que ou eu digitalizava meus atendimentos ou não dava. E aí eu montei uma estação. A gente comprou um computador, comprou um programa de ampliação de tela, comprou a televisão, um scanner, a impressora pra imprimir os prontuários e as receitas e uma lupinha [...] Com essa estaçãozinha eu faço tudo. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

E o entrevistado acrescenta explicando uma estratégia de trabalho em conjunto com o intuito de melhorar a inclusão, que considerou positiva e de fácil execução:

Uma das coisas que dava certo era chamar os professores do período [...] Por exemplo, se eu estivesse indo pro sétimo período. Eu convocava uma reunião [...], Mas isso tem que ser o colegiado do curso. E só se o colegiado tiver interessado que dá pra fazer isso. Aí eram convocados os professores do sétimo período e os professores do sexto período. E os do sétimo sempre vem com muita resistência assim. E os do sexto, por mais resistência que eles tenham, eles no mínimo vão falar assim "não, eu também estava achando que ia ser um bicho de sete cabeça [...] mas no fim dá certo. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Políticas públicas brasileiras têm gradativamente se alinhado à perspectiva social da deficiência, que compreende a inclusão como um duplo movimento de adequação, da sociedade para com a pessoa com deficiência e vice-versa, exigindo que suas instituições se modifiquem a fim de atender ao ser humano na sua diversidade (Decreto nº6.949, 2009; Lei nº 13.146, 2015). (BRASIL, 2009a; 2015).

Teve uma lupa que a gente comprou que eu achei que iria ser boa [...] uma lupa muito boa, com braço, ampla [...] permitia alteração de foco [...] era um equipamento maravilhoso. Custou cerca de 45 mil reais. Mas eu não dei conta de adaptar com ela. Para você ver como é delicada essa compra de equipamentos. E depois, eu acabei me adaptando com uma lupa simples, que eu uso até hoje. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

É de extrema importância que todo este processo de planejamento educacional inclusivo leve em consideração a especificidade e subjetividade de cada aluno; e que esse aluno participe das decisões juntamente com a instituição. Já no caso específico da Deficiência Visual – a permanência do cego refere-se também à possibilidade de o deficiente realizar todo o curso dispondo dos recursos tecnológicos e material adaptado, condizentes com a sua realidade perceptiva (OKA; NASSIF, 2010; RAPOSO, 2006; NUERNBERG, 2009).

Na universidade tinha o CADD, que era o Centro de Atendimento ao Deficiente Visual, há doze quilômetros da faculdade de medicina [...] É, e eu nunca dei conta de usar por causa disso. A coordenadora de lá era uma pessoa ótima, maravilhosa [...] mas ela é extremamente assistencialista. Era assim, você chega lá "eu tenho uma prova semana que vem", ela "não, calma, vou um e-mail pro professor". Aí mandava um e-mail pro professor: "professor, por favor, me disponibilize os livros, os PDFs, as aulas, que eu vou fazer a ampliação". Aí [...] Ele não via [...] nem abria o e-mail. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Hurst (1998) chama atenção para o fato de que, aos universitários cegos, seja disponibilizado, com antecedência, o material teórico no formato que desejarem. Segundo o autor, alguns estudantes farão opção pelo material impresso em braile, outros optarão por material previamente e digitalizado. Porém, para isso, é necessário planejamento de estratégias de ensino adequadas. O professor precisa idealizar, antes da aula, como os recursos podem servir de elementos mediadores para a aprendizagem do deficiente visual. O planejamento é de extrema importância para que haja a inclusão:

É de grande relevância o compromisso das IES, que não se restringe a dar condições de acesso e permanência ao aluno com deficiência, mas que também deve preocupar-se com a preparação de profissionais que atuarão em uma sociedade inclusiva. Sendo assim, rompem-se paradigmas relacionados às pessoas com deficiência, pois o conhecimento possibilita o respeito à diversidade, desfazendo preconceitos (GARCIA; BACARIN; LEONARDO, 2018)

Em nossa pesquisa, sete participantes relataram a inicial ausência de auxílios e adaptações na Instituição de Ensino, mas também relataram que, na maioria das vezes, os problemas foram

solucionados após conversa e exposição das necessidades por parte dos alunos com deficiência. Sendo então construído um importante trabalho de inclusão através da constituição do binômio instituição – aluno.

Cada lesão, cada pessoa, vai exigir uma adaptação especial. [...] Então, eu acho essa questão muito complexa porque muitas vezes são engenheiros, arquitetos, que não são cadeirantes, fazem os projetos malucos, talvez atenda a maioria dos deficientes, não sei. Teve um hotel que fui, era excelente, tudo, aí mandaram adaptar, fizeram a privada dessa altura, minha cadeira de banho não entrava, sabe assim? Então é complicado isso, porque é muito individual, é difícil generalizar. [...] Mas é isso, o básico é isso: banheiro, rampa, que é o que se faz hoje em dia, né? Mas centro cirúrgico vai depender da deficiência da pessoa, o que que ela quer fazer, então isso vai ter que ser, como foi comigo, é aquele, o miolinho ali. É, personalizado [...] Você não sabe o que a pessoa vai precisar, então ele [...], vale muito mais esse carinho que existe na faculdade, entre a faculdade e o estudante, que na UNESP isso é muito forte comigo [...] é fazer pra cada um, de um por um mesmo. [...] Então, principalmente num processo de faculdade que a pessoa tá entrando lá no primeiro ano, e tem, vamos dizer, três anos pra chegar no centro cirúrgico, tem esse tempo pra faculdade se adaptar a ele. Entendeu? Talvez esse seja um ponto interessante, a faculdade ter em aberto uma infraestrutura, uma verba, vamos dizer assim, pra cada aluno com deficiência que entrar, ela usar essa verba pra adequar o que ele vai precisar no decorrer dos anos da faculdade dele. Porque dá pra fazer, não vão ter muitos deficientes, é pouco [...] 1 ou 2.” (EM4, Paraplegia, 46 anos)

E apesar do avanço da Legislação Brasileira sobre inclusão, da presença de normas de adaptações arquitetônicas e pedagógicas para as Instituições, e até criação de Manuais de Orientação; pudemos perceber que ainda não se tem a inclusão efetiva e plena nas Universidades. E o que parece ter funcionado melhor é a parceria e união entre instituição, corpo docente e aluno, principalmente, no curso de Medicina, que além de aulas teóricas conta com aulas em laboratórios, aulas práticas, técnica de habilidades específicas e atendimento à pacientes. Inclusive, na nossa pesquisa, três de nossos entrevistados relatam experiência semelhante e sugerem esse tipo de comunhão entre a Universidade e o aluno.

Outra sugestão bastante interessante que o participante EM2, Redução de mobilidade e encurtamento de membro inferior, 55 anos, coloca é que seja realizada uma avaliação global e multidisciplinar no período da graduação, semelhante a que foi submetida em um de seus empregos. De forma que, com a avaliação de cada aluno com deficiência, fosse possível obter uma análise especializada individualizada, pra cada tipo de limitação, pra cada aluno. Dessa forma, a avaliação individualizada do aluno com deficiência e a criação desse binômio instituição-aluno para as discussões e tomadas de decisão a respeito das adaptações, tornariam esse processo de inclusão na instituição de Ensino Superior muito mais eficaz e concreto.

Não são somente barreiras físicas, arquitetônicas que prejudicam a inclusão dos alunos com necessidades educacionais especiais nas Instituições de ensino superior; a implementação de metodologias inclusivas por parte da instituição e corpo docente favorecem, de forma significativa, a aprendizagem dos alunos com e sem deficiência, criam oportunidades novas de aprendizagem e conhecimento fazendo com que esses alunos se sintam parte da universidade. (DANTAS, 2011).

Apesar da interação entre os alunos com e sem deficiências em sala de aula, ainda existem barreiras no que se refere à aceitação quanto ao fato de que esses alunos necessitam de um acompanhamento especializado para conseguir efetivamente se inserirem no ambiente universitário, já que possuem alguns impedimentos de ordem física, intelectual, cognitiva, audiovisual, entre tantas outras barreiras que um universitário dito normal não enfrenta. A partir dessa pesquisa foi possível identificar a importância de implementação de metodologias inclusivas por parte do corpo docente, que favoreçam a aprendizagem dos alunos com e sem deficiência (JANUÁRIO, 2019).

A escola comum, inclusive o Ensino Superior, se torna inclusiva ao reconhecer as diferenças dos alunos, buscando a participação e o progresso de todos e, principalmente, adotando novas práticas pedagógicas. Adaptações pedagógicas incluem adaptações curriculares, adaptações no material e projeto pedagógico, formação de professores, apoio institucional; como também adaptação atitudinal (RAPOLI, 2010).

Os projetos pedagógicos dos cursos de graduação devem prever o atendimento de alunos com deficiência, explicitando modificações no ambiente físico, mudanças curriculares, quando necessárias, recursos didáticos e tecnológicos que ajudem no processo de ensino-aprendizagem e preparação adequada de todos os profissionais (professores e servidores). Esta situação fica mais clara quando as instituições de Ensino Superior elaboram projetos ou programas institucionais que tenham como princípio educacional a inclusão do aluno com deficiência e suas especificidades (SILVA, 2016).

Então, na época do internato eu comecei a ter dificuldade, a minha perna começou a ficar machucada porque era muito tempo de plantão seguido e eu com a prótese. E aí não tinha uma carga horária especial, não tinha nada disso assim, sabe? E eu tinha que fazer a mesma carga horária. Então plantão vinte e quatro horas. Tanto que hoje eu não faço plantão mais que doze horas. Porque eu sei que machuca. Entendeu? Mas lá não tinha como não fazer. Eu estava no internato. Tem que fazer milhares de horas.

E aí você tinha aula, aquela coisa. Então eu sempre ficava machucada. Entendeu? Isso foi uma coisa ruim do internato. Tanto que o meu internato foi muito difícil, assim. Porque eu vivia machucada, sabe? Com a perna machucada. (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos)

Tinha que ficar nas cirurgias longas, auxiliar. Porque lá não tinha residente. Então lá como não tinha residentes, eram os internos que faziam tudo. A gente fazia parto. A gente auxiliava cirurgias grandes. Esfaqueado, esses trem tudo. [...] Então isso eu achei ruim, sabe? Não tinha uma carga horária especial pra gente ou uma adaptação nesse sentido. (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos)

A ausência de recursos didáticos adaptados no Ensino Superior pode ser considerada como um dos fatores que dificulta o processo de aprendizagem, sendo necessário, muitas vezes, que o próprio aluno realize sua adaptação, acomodando-se ao ambiente e não no sentido inverso (MARQUES, 2010).

Cabe então, ao professor, papel fundamental nesse processo em construção, pois a essência da atividade pedagógica é a de favorecer a aprendizagem, diagnosticando permanentemente os avanços e as dificuldades encontradas nesse percurso (SILVA, 2016).

A nossa pesquisa evidenciou vários exemplos de adaptações e estratégias tomadas por parte do próprio aluno, de colegas ou dos professores que, de forma significativa, auxiliaram e possibilitaram a aprendizagem. Deixando claro que a adaptação pedagógica é complexa, mas não impossível de ser realizada. Os relatos do participante EH7, deficiente visual, demonstram algumas estratégias utilizadas para seu aprendizado.

E aí, nas matérias de anatomia e neuroanatomia, eu percebi rápido assim, logo lá no começo, que, é, ia ser tátil. Essas disciplinas iam ser resolvidas com o tato, porque não dava pra contar com lupa. O cadáver [...] assim, o cadáver tem muitos planos e na lupa faz uma bagunça com isso. Além disso, é, tem o formol né, que fica quase em cima você ficar olhando de perto. É claro que o aprendizado com o tato é totalmente diferente do aprendizado quando você olha a estrutura. Enquanto meus colegas fizeram uma anatomia de... Sei lá, vamos ver, era oito horas por semana [...] Ah, não sei. Quanto que uma disciplina de oito horas por semana tem no semestre? Deve ser umas trezentas horas, sei lá? Eu fiz uma disciplina de [...] Eu não sei calcular quantas horas eu fiz, porque eu [...] Eu passava o sábado e o domingo inteiro no laboratório. Então, assim, era isso o primeiro e segundo semestre inteiro. Ligava pro cara que era responsável por guardar os cadáveres lá no fim de semana. "Ó, deixa tal e tal cadáver de fora [...]" E eu tinha um monitor, que não era um monitor... Ele não recebia pra isso. Era um amigo que me ajudava, porque os professores eram desinteressados [...]" (EH7) [...] outro problema lá do primeiro período foram as disciplinas de microscopia. Aí a gente começou com fotos. É, avaliava as fotos na microscopia eletrônica. Daí, eu pedi pro professor separar as fotos pra mim [...] não foi difícil essa solução da foto. Mas então quando a gente passou pro microscópio mesmo, lá pro terceiro mês da disciplina, aí eu falava "então tá, então continuava vendo as fotos aqui". Aí a professora tinha um banco de imagens assim e tal. Tirava algumas da internet, mas Eu percebi rapidinho que eu estava decorando era a foto. Que eu não estava tendo acesso ao mesmo conteúdo dos meus colegas. Porque na análise da lâmina tão importante

quanto você identificar a estrutura, é você correr a lâmina, é você identificar a correlação anatômica entre as estruturas: entre o tecido, principalmente à medida que vai ficando mais complexo, né? E, aí a gente pensou numa solução: um captador de imagens. Que é um microscópio com uma câmera e ele lança a imagem no computador. Aí a gente comprou o captador de imagem, fez a licitação, comprou o captador de imagem [...] colocou na televisão, colocou um ampliador de tela [...] E aí era só ir correndo a lâmina aqui no microscópio do lado e eu ia vendo lá na televisão. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Nessa perspectiva, Cerqueira e Ferreira (1996) apontam que no ensino de pessoas com deficiência os recursos didáticos tem grande importância, especialmente, para os alunos com deficiência visual. A manipulação de diferentes materiais auxilia no desenvolvimento da percepção tátil, favorecendo a discriminação de detalhes e facilitando a aquisição do conhecimento escolar.

Todas as soluções foram propostas por mim e sustentava, argumentava e [...] Eu que corria atrás, falava o que eles tinham que colocar nos editais das licitações pra conseguir verba. Sentava junto com o povo das compras pra fazer licitação. Eu saí da faculdade especialista em licitação, você precisa ver. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Este relato do participante EH7 nos mostra como as adaptações pedagógicas são específicas para cada deficiência e para cada necessidade pessoal, dentro do seu grau de limitação; torna-se de extrema importância o compartilhamento das decisões de modificações pedagógicas com o aluno envolvido. O que proporciona modificações pedagógicas mais efetivas.

O estudo de Masini e Bazon (2005) confirma essa declaração quando evidencia a importância de se compartilhar responsabilidade entre o docente e o aluno no Ensino Superior. Pois, no Ensino Superior, o aluno com deficiência já está com mais autonomia para desenvolver seus estudos e demonstrar seus conhecimentos, compartilhando-os com professores e colegas. Porém, para que isto aconteça, é necessário que o aluno tenha à sua disposição recursos didáticos e tecnológicos nas instituições em que estuda, bem como a disponibilidade dos docentes em interagir e acompanhar todo esse processo.

A Escola Inclusiva pressupõe um atendimento a uma população cada vez mais diversa e heterogênea, onde todos devem obter uma resposta qualificada para as suas necessidades educativas, através das adaptações curriculares ao Currículo formal. Deste modo, as escolas devem incluir nos seus projetos educativos as adaptações curriculares relativas ao processo de

ensino e aprendizagem, necessárias para responder adequadamente às demandas dos alunos com necessidades educacionais especiais (CRÓ, 2009).

Nesta perspectiva, a escola inclusiva não pode, pois, orientar-se pelo paradigma da uniformidade curricular, o que exige alterações profundas no nível da organização e gestão curricular e da formação de professores (CRÓ, 2009). Essas alterações devem ser até mesmo sobre a disposição da carga horária curricular obrigatória, como foi levantado por 2 dos nossos entrevistados:

[...] Porque assim, pela demanda do curso, não dava para fazer atividade física, fisioterapia, musculação. Então assim, foi pesando, foi dificultando para o corpo aguentar, né? Aí eu pensei [...] a parte cirúrgica já não vai dar. O que eu seria benefício seria o tempo pra [...] como fosse um tempo protegido pra atividades físicas, por exemplo. [...] Você tem que ter um tempo extra só pra fazer exercício. Mas a demanda é muito complicada. Porque aí se tem uma demanda de aumento de prazo pra residência. Essa questão envolveria uma entidade maior. Não envolveria só a coordenação específica da residência. Teria que envolver o hospital como um todo pra fazer a extensão disso, né? [...] Então seria assim, muito complicado da gente pensar nisso. Você vai perder o vínculo com a sua turma [...] Não sei se seria interessante. (EH1, Tetraparesia, 38 anos)

Ah [...] a carga horária é essencial. Eu acho que é uma coisa interessante pra faculdade tentar ajudar. Assim, avaliar cada um, caso a caso. E ver a necessidade de cada... adaptar o curso também à pessoa em algumas situações. Por exemplo, igual no meu caso. Eu fiquei muito machucada na época do internato. De repente, se tivesse dividido mais os plantões, em plantões de seis horas, sabe assim? [...] Adequar pra pessoa. Não é que a pessoa vai fazer carga horário menor. Mas ajustar. Não é necessário diminuir. Mas senão, ajustar da melhor forma pra pessoa também, sabe? Eu acho que falta um pouco isso da faculdade. [...] Na verdade, é isso que eu estou te falando, a questão da adequação assim, principalmente nas disciplinas cirúrgicas. Pra quem tem uma limitação física é bem complicado. Porque eu acho que se a faculdade olhar com os olhos assim, [...] com um cuidado maior pro deficiente, pros alunos deficientes. Ele tende até ter mais ânimo. (EM3, Amputação de membros inferiores, 31 anos)

Esses relatos mostram que a resposta à diversidade implica que a escola promova uma educação que leve em conta as necessidades individuais de todos os seus alunos, respostas educativas adequadas às diferentes necessidades dos alunos; e pressupõe uma nova forma de organização da instituição.

Assim, cabe à escola construir ou reconstruir o currículo proposto a nível nacional, tomando decisões que tenham como referência as características e necessidades educativas de todos os seus alunos (com e sem necessidades educativas especiais) e os recursos de que dispõe. E em todo este processo, o professor desempenha um papel fundamental. Por tanto, cada instituição

deve comprometer-se a realizar uma adaptação curricular de primeiro nível, fundamentada na sua realidade particular de cada aluno da instituição (MASINI; BAZON, 2005).

4.2.2.2.2 Barreiras e adaptações arquitetônicas – Faculdade e Residência Médica

Apesar de Ferreira (2014) relatar que a inclusão em uma perspectiva diversa é assegurar e dar condições de permanência bem sucedida, com respeito, equiparação e conhecimento, ainda hoje, muitas vezes, o entendimento do termo acessibilidade encontra-se relacionado estritamente a questões arquitetônicas. Tal fato é devido ao pouco conhecimento relativo ao universo da deficiência e das múltiplas dimensões da acessibilidade.

Na Faculdade não tinha nenhuma adaptação arquitetônica. Mas foi feito tudo porque eu precisei. Tudo que eu pedia eles iam fazendo, tipo, eu não tive nenhum problema, nenhuma limitação na faculdade. É [...] tudo [...] pedi uma rampa, no dia seguinte a rampa estava pronta. Pedi um banheiro, o banheiro ficava pronto, foi excelente, não tenho o que me queixar. Mas antes realmente não tinha nada. [...] E logo que eu decidi que eu ia fazer radiologia eles já começaram, sabe? Tipo, tinha área de raio x que era controlada pelo pé, aí eles já mudaram pra ser tudo controlado pela mão. Fizeram um bastãozinho, porque viram como não teve como adaptar o aparelho, então fizeram um bastãozinho, e eu [...] com a bengalinha assim, usava e fazia. Então, quando eu entrei na minha área mesmo, tinha tudo que precisava [...] Não deixei de fazer nada durante minha especialização por limitação física, entendeu? [...] Construíram um banheiro só pra mim, o quarto de plantão eles adaptaram, que eu dava plantão normal, como todo mundo, né? E daí então na radiologia eu não precisava de ajudara nada né? Eu fazia o plantão sozinha [...] Não tinha nada, mas era eu e todo mundo me apoiando” (EM4, Paraplegia, 46 anos).

A maioria dos participantes da pesquisa declarou que houve adaptações nas instituições para cursar a graduação como, por exemplo, construção de rampas, mesas em sala de aula, conserto de elevadores, e mais espaços na sala de aula; porém, tais ações não estavam dentro das normativas institucionais. De modo geral, os relatos dos participantes demonstraram que essas ações ocorriam, na maioria das vezes, em resposta a um pedido pessoal ou consulta da Instituição. Ou seja, as adaptações eram feitas de acordo com as necessidades de algum aluno em específico e no espaço que ele utilizava; como foi relatado pelo participante EM4:

A acessibilidade/adequação dos espaços destaca-se como um importante desafio a ser acolhido pela universidade: tornar seus espaços mais adequados e acessíveis às pessoas com dificuldades de mobilidade ou deficiência visual. Além de uma questão de segurança e prevenção de acidentes, a adequação dos espaços pode representar também oportunidades de socialização em espaços que têm essa característica, como os bares e cantinas da universidade e promover a

integração de pessoas com deficiência nesses ambientes (ABREU; ANTUNES, 2011; FERNANDES; ALMEIDA, 2007).

Bittencourt et al. (2004) relata que com a presença de barreiras arquitetônicas, a qualidade dos serviços prestados fica comprometida e a legislação desrespeitada, e que para que ocorram mudanças no panorama atual da acessibilidade no Ensino Superior, é preciso reconhecer os direitos legítimos e legais da acessibilidade.

A literatura demonstra a forte ligação existente entre as barreiras físicas, sociais e educativas e o sucesso inclusivo dos alunos com deficiência, indicando uma correlação positiva entre o sucesso acadêmico desses estudantes e determinadas condições institucionais, como a sensibilidade e regulamentos apropriados (ANDERSON, 1993).

Porém, como evidenciam Rocha e Miranda (2009), Anache, Rovetto e Oliveira (2014) e Mendes e Bastos (2016), a ideia de adequações arquitetônicas em todos os ambientes das instituições de educação superior ainda não está solidificada e, frequentemente, constitui dificuldades à inclusão do aluno com deficiência; o que ocasiona dificuldades reais no cotidiano universitário.

Outro ponto que temos que considerar é que 3 dos nossos participantes cursaram a graduação antes da década de 90 ou no início dela (o participante EM2 (Redução da mobilidade e encurtamento de membro inferior, 55 anos) cursou Medicina no período de 1982 a 1989; o participante EH8 (Hemiplegia, 54 anos), de 1984 a 1990 e o participante EM4 (Paraplegia, 46 anos) em 1991 a 1998); sendo que somente a partir dessa década é que surgiram decretos, leis e programas com o objetivo de assegurarem o direito à Educação Inclusiva ao Ensino Superior.

Podemos constatar isso no discurso de dois dos nossos participantes como, por exemplo, o relato do entrevistado EH8, de 54 anos e que cursou Medicina no período de 1991 a 1998.

Naquele tempo não existia isso não, [...] não existia, [...] somente escada com corredor. [...] Mas não tinha rampa na Faculdade, No bloco do Campus era só escada, não tinha rampa, não tinha elevador. (EH8, Hemiplegia, 54 anos).

Apesar de leis bem estabelecidas em relação à acessibilidade arquitetônica; existem algumas situações que dificultam a execução dos recursos na realidade vivenciada pelos alunos. Por

exemplo, há uma questão importante em relação às barreiras físicas, especificamente no curso de Medicina. Muitas Instituições não possuem hospital próprio onde possam ser realizadas as atividades de internato ou residência; sendo estabelecidos sistemas de convênios com outros Hospitais para realização dessas atividades. E é exatamente nesse ponto que pode acontecer o impasse – de quem seria a responsabilidade sobre o aluno a fim de solucionar seus problemas de acessibilidade? Um dos participantes relatou fazer estágio em outro Hospital conveniado que não possuía recursos de acessibilidade.

[...] o maior problema foi durante a residência, porque quando eu fiz a graduação eu ainda enxergava mais. Eu raramente usava bengala, por exemplo. Agora na residência, eu, nossa, ali aquele estacionamento na frente da faculdade de medicina, você fica totalmente perdido, você não tem piso tátil, não tem iluminação, não tem nada, e é muito amplo assim, muito aberto. Aí é sempre muito complicado. O piso tátil lá leva nada a lugar nenhum. [...] Na Fhemig, não [...] foi superado muito facilmente assim também, sabe? Era uma briga Aí virava uma briga assim de não é um problema meu. Entendeu? Eu estava no hospital da Fhemig, eu [...] estava fazendo um serviço da Fhemig, mas pelo Hospital das Clínicas. E aí quando eu pedia qualquer adaptação, o hospital da Fhemig dizia que tinha que fazer era o Hospital das Clínicas. E pra que a gente roda, o negócio é brabo assim, um hospital de cem anos, tombado. Eu tive um colega de residência tetraplégico, e ele não conseguiu fazer as atividades. Não tem rampa no hospital. Tem somente a rampa da entrada de Emergência/Urgência para pacientes. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

E aí toda vez que pedia uma coisa lá pro Raul Soares (hospital) [...] eles falavam "não, não é problema meu, é problema do HC". Aí o HC falava "não, não é um problema nosso [...] Ficava jogando um pra outro. E no fim da história na maioria das vezes o Hospital das Clínicas fazia [...] mandava alguns equipamentos. (EH7, (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Em diversas situações, os esforços para vencer as barreiras físicas esbarram em burocracias e até em questões de política pública, como o tombamento de patrimônio histórico, como mencionado anteriormente no relato do entrevistado EH7, e também no discurso do entrevistado EH5:

Na residência a gente passa no Hospital Raul Soares [...] que infelizmente eu entendo, é um hospital tombado, ele é patrimônio histórico e então lá tem muita escadaria, e não tinha acessibilidade. Mas daí a gente se reuniu com os preceptores e eu consegui ficar nas enfermarias somente, que eu conseguia transitar. (EH5, Tetraplegia, 32 anos).

Portanto, sabe-se que a eliminação de algumas barreiras independe da promulgação de leis e que vai além das proposições políticas. Ao se discutir as particularidades de cada condição de deficiência, nota-se que se amparar nos limites das leis ou definições técnicas não resolve as limitações impostas no cotidiano da universidade, uma vez que cada estudante tem necessidades

específicas e padronizar atendimentos não minimiza as dificuldades enfrentadas (SILVA, 2016).

4.2.2.2.3 Relações interpessoais: barreiras e adaptações atitudinais

As barreiras atitudinais são, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), “atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas”. (BRASIL, 2015).

Olha, quando eu entrei na faculdade, é [...] eu tive um problema no trote, sabe? Foi até [...] duas vezes eu sofri preconceito com a minha deficiência, e as duas por médicos. Era um era um colega e fez um comentário super de mau gosto e tal. E ninguém falou nada. Ninguém da faculdade, tipo assim, puniu ou fez nada, entendeu? Depois ele ficou super mal, veio me pedir desculpa, tal. Mas ele fez um comentário tipo: essa aqui, aleijada, quer ser médica? Ha-ha-ha. Como é que vai conseguir se médica desse jeito? No trote [...] Cara, eu fiquei tão mal.” Eu acho assim, que por mais que as pessoas falem: ah, não tem preconceito. Mas existe ainda muito preconceito. Principalmente entre os médicos [...] eu não sofri preconceito de paciente, de enfermeiro, de técnico de enfermagem. Foi dos médicos mesmo. Entendeu?” (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos).

Para Figueira (2015), o preconceito está alicerçado na desinformação, sendo um comportamento adquirido, aprendido. Já o estereótipo é a concretização, um julgamento que tem por base o preconceito. O estereótipo coloca as pessoas em condições de vítimas, sofredoras, prisioneiras e incapazes.

As barreiras atitudinais podem ser consideradas uma das mais difíceis de serem superadas, uma vez que o preconceito está enraizado no outro. É preciso que haja maior conscientização e sensibilização de toda a sociedade em relação a deficiência, sobretudo no ambiente acadêmico; pois somente com a informação e o conhecimento serão quebradas as barreiras atitudinais impostas a este grupo da população (ARANHA, 2005).

Nos últimos anos, o tema sobre inclusão e diversidade tem sido cada vez mais discutido na sociedade e no meio acadêmico. Porém, apesar disso, aproximar e promover o convívio das pessoas com deficiência com outras pessoas em diversos ambientes sociais, culturais, do mercado de trabalho e principalmente do educacional é ainda um grande desafio (MARQUES, 2010).

Segundo Aranha (2005), antes de se iniciar um trabalho com alunos com deficiência em classes comuns do sistema regular de ensino, é necessário que se desenvolva um trabalho de sensibilização e acolhimento para a convivência na diversidade com os demais alunos, enfatizando a importância das diferenças entre indivíduos.

A instituição de ensino, na perspectiva da educação inclusiva, pode ser um ambiente ideal para acabar com o preconceito, com a discriminação e também com os estigmas sofridos pelas pessoas com deficiência na sociedade (MARQUES, 2010).

Barton (1998) afirma que a maneira de as pessoas se relacionarem com o deficiente é influenciada, basicamente, por dois fatores: suas experiências passadas referentes a esse tipo de relações; e a forma como definem e encaram a deficiência.

Para Mazzoni e Torres (2005), o escasso conhecimento por parte de colegas e de professores sobre as necessidades específicas das pessoas com deficiência contribui para a formação de falsos conceitos e gera o desenvolvimento de atitudes discriminatórias, ou seja, o preconceito.

O preconceito é um assunto imprescindível de ser abordado dentro da discussão de educação inclusiva. As políticas, informações e orientações não estão sendo suficientes para a mudança de atitude dos educadores e dos alunos frente às minorias. O preconceito funciona como uma defesa que impede a experiência e se interpõe no relacionamento, além de produzir uma falsa generalização que rejeita argumentos vindos do contato com a realidade externa (ADORNO; HORKHEIMER, 1985).

Em relação aos professores eu senti preconceito, muitas vezes. Teve um professor meu, de semiologia que resolvia testar assim, ele resolveu testar na frente dos pacientes. Aí ele, tipo assim, ele colocava alguma coisa na minha frente e falava comigo "preenche essa ficha pra mim". Eu falava não [...] Aí [...] E era assim, todos os dias. É, e aí [...] outra coisa que ele queria [...] e ele levava assim nas discussões sempre ele falava que eu precisava me apresentar para o paciente como uma pessoa com deficiência. E meus colegas poderiam falar assim "não, meu nome é Leandro, eu que vou te atender, sou acadêmico de medicina do quinto período". Eu tinha que falar "ó, meu nome é S., eu sou acadêmico do quinto período, se você autorizar eu posso te atender, eu tenho deficiência visual". Aí ele queria que eu fizesse isso, porque segundo ele era uma falta de respeito com o paciente e tal, não avisar. Aí a discussão foi pra frente ainda ... muita gente me pediu, eu falei "não falo, uai", nós vamos começar a pedir pra todas as pessoas se identificarem com pontos que incomodam ao professor. Então, assim, o professor for racista vai [...] O aluno vai ter que chegar e falar "olha, meu nome é André, eu sou negro, eu posso atender?" Se for misógino, vai falar "eu sou mulher, eu posso te atender?" Se for homossexual, vai ter que se apresentar como homossexual? [...] O preconceito acontece demais assim, sabe? E é dentro do curso.

Acontecia demais assim. Mas sempre por parte dos professores, de colegas eu nunca notei. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Constatamos que ainda existem alguns professores que não sabem lidar com um aluno deficiente, colocando-o num processo de exclusão. As práticas docentes são de extrema importância para favorecer ou não o processo de empoderamento de pessoas com deficiência. Uma dificuldade em comum entre os entrevistados foi a falta de sensibilidade por parte de professores, uma vez que todos os entrevistados relataram ter problemas com alguns deles. No ambiente acadêmico, espera-se que professores tenham maior abertura em relação à inclusão (FERREIRA, 2018).

A relação com os professores, por vezes, é traduzida em eventos de inflexibilidade, e isso foi uma barreira enfrentada pela maioria dos participantes da pesquisa; o que nos permite inferir que se trata de uma dificuldade frequente e bastante enraizada.

Foram mencionados pela maioria dos entrevistados, diferentes tipos de obstáculos na relação do estudante com o professor.

Na faculdade na época meu professor me apelidou de “Cacundinha”. Aí eu cheguei para ele e falei que não gostei e que meu nome era M.D.O., se pudesse me chamar de M.D.O. tudo bem, senão não precisava me chamar, entendeu? Cortei na hora! Ficou com raiva na hora, mas depois voltou numa boa. (EM6, Cifoesciolose grave e Hemiplegia, 50 anos)

No início da Residência, eu provoquei um choque inicial muito grande e até uma certa resistência. No início, eu percebi sim (preconceito por parte dos professores). Depois, com o decorrer da Residência, que eu fui demonstrando que eu conseguiria fazer as mesmas atividades que os demais; foi diminuindo, no final da Residência, eu não percebia nada. Mas, no início teve sim, uma resistência. [...] Eu acho que a resistência maior é de quem presta o serviço de educação, quem é educador. Porque têm todas essas questões, repercussão de um acadêmico com uma deficiência física, então, isso tudo traz uma certa resistência pros educadores e eu senti isso, o maior preconceito que eu tive, [...], de longe. (EH5, Tetraplegia, 32 anos).

Para Adorno e Horkheimer (1985), tanto o comportamento do professor que ignora os alunos com necessidades educacionais especiais quanto o daquele que se coloca contra a permanência deles em sala de aula podem resultar do sentimento de ameaça e insegurança deles próprios. Para que a educação inclusiva possa avançar, é de fundamental importância que a atitude de todos os que participam do processo educacional possa encontrar espaço de acolhimento e transformação. A abertura à experiência, como propõe Adorno e Horkheimer, (1985), é

essencial nesse processo, e ela só é possível se o medo subjacente às nossas atitudes puder se tornar consciente.

Como já citado, tivemos diversos episódios de preconceito por parte dos professores; entretanto em relação aos colegas, as atitudes de preconceito e não aceitação relatadas foram poucas. Um desses exemplos foi relatado na entrevista de EM3:

Eu também tive preconceito na Residência ... quando eu entrei. [...] Eu estava fazendo Residência de Pediatria, rodando no estágio de UTI pediátrica. Aí um R+ falou assim: Como é que uma pessoa que usa prótese, que machuca, não sei o que, vai inventar de ir para UTI dar plantão? [...] é muito sem noção! E aí eu estava chegando na hora, sabe? [...] e eu falei: Sim, mas eu não vou intubar com o pé! Eu vou intubar com as mãos. E com meu cérebro está tudo certo. A parte de cima está tudo certo. [...] que comentário idiota! (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos)

A criação de oportunidade de desenvolvimento para as pessoas com deficiência depende da crença dos docentes e equipe pedagógica da educação superior. Alguns entrevistados falaram de professores que, realmente, optaram por incluir.

Foi negociado com o corpo docente. Entraram em comum acordo de ter esse tempo maior, né? Tive oportunidades, por exemplo, na parte de paramentação cirúrgica, por exemplo. Fiquei um dia com o professor em horário separado. A gente separou o horário e ficamos só nós dois. Porque ele disse que se eu fosse fazer com todo mundo, ele não conseguiria dar atenção pra todo mundo e ao mesmo tempo pra mim [...] A gente separou a tarde inteira pra fazer todo o procedimento, treinar toda a técnica, fazer tudo. Mas no dia da prova, por exemplo, a cobrança foi similar. (EH1, Tetraparesia, 38 anos).

[...] Explicitamente eu não posso falar de nenhum preconceito. Muito antes, pelo contrário, teve muito auxílio. Muito. Infinitamente mais auxílio do que qualquer outra...qualquer barreira. (EH1, Tetraparesia, 38 anos).

Segundo Vasconcelos e Amorim (2008), “as relações estabelecidas entre professores e alunos tornam-se um determinante muito decisivo no processo pedagógico; ambos formam um par complementar e dinâmico”. Esta parceria se torna fundamental para a formação do docente, que precisa ser flexível, distanciando-se de posturas e práticas pedagógicas unilaterais e autoritárias.

Alguns outros relatos de participantes mostraram mais experiências positivas sobre a parceria aluno – professor.

[...] Ah, quando eu cheguei na Neuroanatomia, tem uma professora que era muito dedicada à neuroanatomia e aos estudos da didática no ensino médico, que é a L.G

[...] Eu ia com ela para o laboratório e ficava muito tempo a mais lá no laboratório de anatomia com ela.” (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Então é [...] eu vejo muita diferença entre os professores. Porque eu tinha um outro professor que era o chefe da UTI lá de Uberlândia e ele me falou assim [...] ele me falou de um outro jeito e eu não percebi o preconceito por parte dele [...] ele falou assim: “oh [...] você tem um talento para ser intensivista, porque a gente passava três meses por ano, mesmo na residência de cirurgia. E daí na segunda vez que eu cai lá de novo, ele falou assim: “nossa [...] fica aqui, sei que vai ser muito bom pra você!”. E às vezes hoje eu penso, que ele falou isso pra mim pra eu poder ter uma vida profissional longa, porque é melhor para o deficiente físico trabalhar na UTI (do que na área cirúrgica) [...] ele se adapta ali numa UTI. Então nesse ponto, esse cara me incentivou muito... Porque o professor não pode ter postura negativa nunca. (EH8, Hemiplegia, 54 anos).

Os professores que se sentem responsáveis pela inclusão na educação de pessoas com deficiência auxiliam a criar oportunidades de participação e quebrar o estereótipo de incapacidade: “Deficiente? Logo não tem capacidade para aprender! Tal crença somada à resistência contra a diferença entre as pessoas cria as bases para a exclusão sumária” E o professor comprometido com a inclusão e com a construção da autonomia, que perpassa o empoderamento, permite o desenvolvimento integral de estudantes com deficiência (FERREIRA, 2004, p. 6).

Sekkel (2003) aponta a necessidade de um ambiente inclusivo fundado no compromisso com os valores humanos e articulado coletivamente, em que o professor possa expor os seus receios, limites e necessidades. O professor precisa ser incluído, pois, sem essa possibilidade, ele permanecerá isolado na escola, e lançará mão de atitudes defensivas para se proteger de ameaças, reais e imaginárias.

A educação inclusiva pressupõe a participação coletiva na decisão das questões da sala de aula e da instituição escolar bem como a necessária flexibilidade na utilização dos recursos institucionais, humanos e materiais. A possibilidade de o professor poder contar com o apoio dos colegas e de outros profissionais, de repensar a estratégia de aula, de rever o plano de ensino e de contar com a participação dos alunos e sua contribuição na resolução das questões específicas que se apresentarem é de importância fundamental numa proposta educacional voltada para a inclusão (MARQUES, 2010).

Isso nos mostra a necessidade de um trabalho de conscientização de todos os envolvidos no processo de educação e de reflexão sobre as possíveis ações para a superação do preconceito.

Tal trabalho deve ser iniciado na formação do professor, o que reforça a necessidade de formação pedagógica do docente do ensino superior que contemple a reflexão sobre as atitudes frente às diferenças. Essa reflexão revela-se tão importante quanto o domínio de conteúdos específicos das áreas de conhecimento, pois ambos os fatores podem ser decisivos para a efetividade das ações educativas (FERRARI; SEKKEL, 2007).

Todo o processo de inclusão beneficia todos os envolvidos no processo de aprendizagem, permitindo o desenvolvimento tanto do professor quanto dos alunos, de modo geral, e não apenas dos alunos com deficiência (MARQUES, 2010).

Ainda é escassa a produção de pesquisas voltada para a implantação de políticas para a inclusão de pessoas com deficiência no ensino superior e de formação dos professores em relação a esses alunos. Esses programas seriam de extrema importância para fornecer subsídios e legitimar novas práticas educacionais (FERRARI; SEKKEL, 2007).

Foram detectadas algumas poucas iniciativas direcionadas a ação dos professores e ao incentivo a permanência dos alunos com necessidades educacionais especiais nos cursos superiores. Por exemplo, em 2005, o Programa USP Legal divulgou a Orientação aos docentes sobre alunos com deficiência, com o objetivo de subsidiar as ações dos professores e da comunidade universitária com relação às necessidades dos alunos com deficiências físicas e sensoriais (FERRARI; SEKKEL, 2007)

E o que ficou explicitado, na maioria das entrevistas, é que apesar de em muitas instituições não existirem formação específica ou práticas didático/pedagógicas que possam auxiliar o docente nas formas de trabalhar com todas as deficiências; muitas vezes, basta ouvir o aluno que ele mesmo indicará propostas e caminhos mais adequados a suas aprendizagens.

Além das adaptações arquitetônicas e pedagógicas formais existentes nas normas e legislações vigentes; constatamos, na pesquisa, que os recursos e estratégias sugeridos pelas pessoas com deficiências, de acordo com suas vivências e experiências são de extrema importância e devem ser levadas em conta no enfrentamento dos obstáculos existentes.

Agora por parte dos professores acontecia preconceito com frequência. Sempre [...] Uma das coisas que dava certo era chamar os professores do período [...] Por exemplo, eu estava indo pro sétimo período. Era convocada uma reunião ... mas isso tem que

ser o colegiado do curso. E só se o colegiado tiver interessado que dá pra fazer isso. Aí convoco os professores do sétimo período e convoca os do sexto período. E os do sétimo sempre vem com muita resistência assim. E os do sexto, por mais resistência que eles tenham, eles no mínimo vão falar assim "não, eu também estava achando que ia ser um bicho de sete cabeça, mas no fim dá certo. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Existem barreiras que vão além da capacidade dos profissionais, esbarrando em questões burocráticas. Muitas vezes, a burocracia e a morosidade na aquisição de qualquer material adaptado para o aluno; faz com que estes jovens recorram a outras formas de se adaptarem ao meio acadêmico. Eles recorrem aos colegas, professores e até funcionários, com o intuito de que não fiquem prejudicados no processo de aprendizagem (FERREIRA, 2018).

E diante dessas barreiras, burocracias e entraves, o suporte e a assistência se tornam formas de preservar a dignidade e habilitar a autonomia individual e a inclusão social (FERREIRA, 2018).

Maturana (2002, p. 27) já disse que “sem aceitação e respeito pelo outro como legítimo outro, não há fenômeno social”. As relações sociais se estabelecem a partir da convivência com o outro. A história mostra que, por muito tempo, a convivência com pessoas com deficiência foi restrita ao ambiente familiar, asilos ou escolas especiais com pouco contato com outros espaços de socialização. E diante deste fato, surgem as indagações: Como aceitar o outro sem conhecer, sem conviver, sem estabelecer laços, sem compartilhar conhecimentos e sem relacionamento? (RANGEL, 2017).

Em alguns discursos dos entrevistados, pudemos perceber o sentido de união e apoio mútuo dentro da sala de aula.

[...] É, e já havia uma noção deles de quanto foi difícil o ingresso deles, e eles sabiam que o meu tinha sido mais difícil ainda que os deles. É, então eu [...] Eu tinha um sentimento de que eles me admiravam assim, sabe? [...] É que a minha vitória ali era uma vitória deles também [...] não sei, assim, era uma situação mais de conjunto. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Dantas (2017), afirma que a inserção no Ensino Superior gera autonomia e a participação. A Universidade é um ambiente que cria oportunidades para que pessoas com deficiência interajam com pessoas sem deficiência, gerando um círculo de amizades; proporcionando empatia dentro da sala de aula.

A escuta e o envolvimento dos colegas com e sem deficiência em ambientes de estudo é relevante porque representa um movimento contrário à segregação, ao silenciamento e à invisibilidade que, muitas vezes, é imposta às pessoas com deficiência ainda nos dias de hoje (SOARES, 2010; DANTAS, 2011).

Apesar de ter sido relatado preconceito pelos próprios colegas em uma das entrevistas; na maioria dos relatos dos participantes da pesquisa, os sentimentos de solidariedade e de cooperação por parte dos colegas se tornaram elementos facilitadores no processo inclusivo. Pudemos inferir, desta forma, com uma convivência baseada em respeito, colaboração e sem resistências na aceitação, os obstáculos cotidianos tendem a ser superados.

[...] a faculdade tinha os amigos, né? Que às vezes precisava de alguma coisa, a prótese machucando, aí um outro amigo ajudava. (EM3, Amputação de membro inferior, 31 anos).

[...] Esse cara que foi meu monitor de Anatomia, ele estava bem pra frente do curso. [...] mas ele me ajudou muito, assim nas disciplinas iniciais, do ciclo básico. Mas sempre tive apoio dos meus colegas [...] nunca senti preconceito da parte deles não. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Esse auxílio dos colegas também é visto em um trecho da entrevista de uma das participantes que, além da deficiência, não apresentava recursos financeiros para manter as mensalidades da Faculdade em dia.

Ai fiz uma rifa, a primeira rifa, todo mundo, a faculdade inteira ajudou [...] A deficiência era o menor dos meus problemas porque o maior problema era pagar a faculdade. E aí a faculdade inteira se empenhou em me ajudar. Todos os alunos, então eu fiz mil números e fui distribuindo. Os colegas compravam, a cidade inteira se envolveu, as lojas, todos empenhados para que eu estudasse. (EM6, Cifoescoliose grave e Hemiplegia, 50 anos).

Para os autores Stainback S. e Stainback W. (1999), a inserção de alunos com deficiência nas classes regulares beneficia os alunos, com ou sem deficiência, enriquecendo-os mutuamente; desafiam os professores a buscarem recursos didáticos e metodológicos que facilitam a aprendizagem de todos os seus alunos, ou seja, todos ganham com o processo de inclusão.

O desenvolvimento de relações com caráter de apoio gera a interação entre grupos, formando uma rede, e esta, por sua vez, possui efeitos protetivos ao desenvolvimento humano, como capacidade de enfrentamento das adversidades, resiliência, adaptação e superação (DELL'ALGLIO; SIQUEIRA, 2012).

Portanto, as redes de apoio aos alunos deficientes passam a ter uma importante contribuição para a efetivação da inclusão no ambiente acadêmico. Esta rede, muitas vezes, é formada por colegas do curso (principalmente) professores e até funcionários da instituição. (FERREIRA, 2018).

4.2.3 A deficiência e os sentidos na vivência e experiência profissional

4.2.3.1 Desafios / Obstáculos físicos e comportamentais no trabalho

Hoje, para muitas pessoas, particularmente para as que apresentam necessidades educacionais especiais, a igualdade de oportunidades no acesso ao trabalho, condição para que elas se tornem cidadãs, ainda não é uma realidade (SILVA FILHO, 2008).

Trabalhar é participar do processo social. O trabalho é uma das principais vias de inclusão social, sendo fator fundamental para minimizar a estigmatização sofrida por estes indivíduos. Logo, uma das tarefas da educação de jovens e adultos com deficiências é capacitá-los para exercer uma atividade profissional, e auxiliá-los em sua inserção e permanência no mercado de trabalho (SILVA, 2015).

Através do trabalho, o indivíduo com deficiência pode demonstrar suas potencialidades e competências, e construir uma vida mais independente e autônoma. Consequentemente, o trabalho exerce também um efeito reabilitador, na medida em que contribui para o aumento da autoestima e nível de ajustamento pessoal. Desta forma, entendemos que o trabalho é vital ao ser social, sem o seu trabalho o indivíduo perde sua referência social, que interfere no âmbito psicossocial do mesmo (SILVA, 2015).

Tradicionalmente, em nossa sociedade, as pessoas portadoras de deficiência têm sido conceituadas como inválidas, improdutivas, incapazes de cuidar de sua própria vida e de realizar suas próprias escolhas. São pessoas estereotipadas e estigmatizadas, e isto acaba se tornando uma das barreiras para que se tornem independentes. No entanto, na realidade, a pessoa com deficiência, apesar de possuir limitações, estas, nem sempre, as impedem de exercer atividades laborativas. E contribuindo com essas limitações, ainda existe o fato histórico de que as pessoas com deficiência tinham, por muito tempo, como o único meio de subsistência, a caridade ou as ações assistencialistas (FIGUEIRA, 2008).

Buscou-se então, no Brasil, com a criação de um arcabouço legal, tentar superar esse assistencialismo excludente para possibilitar-lhes a inclusão efetiva (BRASIL, 2007a). Hoje em dia, nossa legislação é bastante significativa no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência. Em termos de garantias legais de acesso ao trabalho, a Lei n° 8.213/91 estabeleceu cotas de contratação para empresas privadas com mais de 100 funcionários, sendo esta, a lei mais notável neste campo (SILVA, 2015).

Conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é assegurada a proteção ao direito do trabalho deste grupo em condições de igualdade com as demais pessoas. Essa proteção inclui oportunidades e remuneração iguais por trabalho de mesmo valor (SILVA, 2015).

Apenas um dos nossos entrevistados relatou dificuldade para conseguir o primeiro emprego, mas todos outros conseguiram trabalho sem maiores problemas e sem diferença salarial.

Consegui emprego muito fácil. Eu já saí da faculdade com 3 opções de emprego. E nunca tive dificuldade, passei em todos os concursos que prestei. Graças a Deus, Deus não me deu o físico, mas me deu um cérebro bom, uma memória boa. [...] e no mercado, em relação a remuneração não tinha diferença não. Mas o problema é que já entrei doente no mercado de trabalho, eu entrei usando oxigênio. Então hoje a parte financeira é prejudicada, porque hoje meu trabalho é limitado, trabalho menos. (EM6, Cifoesciose grave e Hemiplegia, 50 anos).

Foi bem tranquilo o acesso aos dois empregos. No meio da residência, eu já estava recebendo convites de emprego. Até antes. (EM3, Amputação de membros inferior, 31 anos).

Porém, apesar dos direitos promulgados, o trabalhador com deficiência não os têm sido sempre, efetivamente assegurados, no que diz respeito ao mercado de trabalho, sendo que a inclusão no mercado de trabalho de pessoas com deficiência continua um desafio (SILVA, 2015).

Eu tive muita dificuldade para conseguir emprego. Muitíssima. Muitíssima. Assim que eu comecei a procurar locais de trabalho foi uma dificuldade tremenda pra tentar encaixar. A gente pode citar, por exemplo, cheguei a ir a centros de saúde que estavam com escassez de médicos, deixar currículo, fazer entrevista até e não ser chamado, né? Aí a gente volta naquela parte lá atrás, do preconceito velado. Não, tudo bem, vamos analisar e tal. Mas não ligam, não dão retorno. É muito estranho. Parece que você é um “alien” num lugar assim. É muito estranho. Se você chegar e pedir uma vaga, é mais fácil você conseguir do que eu.

Fui questionado de todas as formas. Uma das [...] uma das oportunidades que eu tive foi uma UPA, que é a realidade do recém-formado, dar plantão em UPA. Aí fui convidado pra fazer um plantão horizontal. E assim, tudo certinho já. E quando eu

cheguei para o plantão, outro colega já tinha evoluído todos os pacientes e tudo. Eu cheguei lá e fiquei assim, de mãos abanando, sem fazer nada. Sendo que eu tinha feito um treinamento prévio dias antes com o colega [...] Ou seja, estava tudo engatilhado pra eu assumir o cargo de horizontal e fui assim, podado, né? Ceifado assim, sem nem conversa. Fui ceifado por um julgamento prévio ou por uma ação do colega, que não foi ética. Não sei. [...] Mas assim, já estava tudo certo. E me ligaram no mesmo dia. A coordenadora dessa UPA não estava no dia. [...] Mas ela chegou a me ligar falando que a vaga não cabia a mim e tal. Não seria eu. Porque a UPA não estava adaptada à minha presença. Teria dificuldade de mobilidade e tudo. Claro, eu fui observado e chegou no ouvido dela, uma dificuldade que eu não vi, por exemplo. Porque eu chego, eu tenho essa [...] o meu visual é impactante. Não vou falar que não é. Porque chego com o andador pra auxiliar a andar. Tem a questão da escoliose, que é forte. Então assim, você vê e isso leva um susto. Então: será que ele vai ser capaz de fazer isso? Será que ele vai dar conta? Mas se você não der oportunidade, você não vai saber. Porque a oportunidade não foi dada, né? Então assim, são águas passadas. Mas é uma das dificuldades do mercado de trabalho, de inserção. Então sempre tem dificuldade de inserção no mercado de trabalho. (EH1, Tetraparesia, 38 anos)

A maior barreira para as pessoas com deficiência entrarem no mercado de trabalho é o preconceito da sociedade e das empresas, que não reconhecem, nessas pessoas, a capacidade laboral (SILVA, 2015).

A partir dos relatos de alguns entrevistados, compreendemos que as barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência na entrada do mercado de Trabalho não se limitam ao preconceito, mas também à falta de adaptações arquitetônicas muitas vezes. Em relação aos nossos participantes, a maioria deles solicitaram adaptações materiais e arquitetônicas em seus locais de trabalho, conseguindo sem problemas.

Assim, eu [...] Eu cheguei na prefeitura lá da minha cidade, Piumhi. Eu cheguei na prefeitura, eu sabia exatamente quais equipamentos que tinham que comprar. Eles "ah, você vai começar a atender amanhã". Eu falei "certo, então tem que comprar esses equipamentos aqui." Aí "ah, não, pra amanhã não dá pra comprar, tal, tal, vamos ver. Mas daí eles compraram, em duas semanas chegaram os equipamentos e pronto. Instalou e pronto. Hoje estou usando os mesmos equipamentos que eu usava aqui dentro do HC. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos)

Na sala de parto, eles sempre levavam tablado para mim. E assim, depois, eu chegava e todo mundo já sabia e falava: A fulana chegou, pode pegar o tablado para ela. (EM6, Cifoescoliose grave e Hemiplegia, 50 anos)

Ainda nota-se que as oportunidades de acesso ao mercado de trabalho para esse grupo específico vêm acontecendo de forma bastante lenta. E a inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho é impulsionada, muitas vezes, devido à fiscalização rigorosa realizada pelo Ministério Público do Trabalho (TANAKA; MANZINI, 2005).

E apesar da obrigatoriedade legal, a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho formal ainda é pequena. Apenas 403.255 estão empregados, o que corresponde a menos de 1% das 45 milhões de pessoas com deficiência no país (VERDÉLIO, 2017).

Os números mostram que apesar do preconceito ainda existente na sociedade, as políticas públicas afirmativas para qualificar e dar visibilidade às pessoas com deficiência estão sendo efetivas (BRASIL, 2019b).

4.2.3.2 Atuação no mercado de trabalho

Segundo Severino (2001), a dimensão fundante da existência dos seres humanos é o trabalho, pois integra-os no universo da ação produtiva, e assim torna os seres humanos não adaptáveis à natureza; esta se adapta àqueles. Pelo trabalho, o homem não se subordina à natureza apenas enquanto criatura, mas torna-se também criador.

Assim, o padrão de “normal”, “ser humano útil”, de valores “positivos ao mercado”, de “harmonia social” é amplamente difundido, reproduzido e torna-se regulador social, que, na modernidade, traz os conceitos de qualidade e eficiência implícitos a si, estrangulando a luta pela sobrevivência (KASSAR, 2001, p. 25-33).

Àquele que “destoa” de tais parâmetros, resta apenas o ostracismo (ser um pária social), uma vez que a diferença é significativa enquanto “desencaixe” ao estabelecido. Nesse sentido, Platt (1998) afirma que todos os “desviantes” ao constructo da normalidade modelada socialmente possuem a mesma conjuntura de ofensa às regras estabelecidas ao convívio. Ou seja, ao concebê-lo deficiente/“diferente”/anormal, atesta-se sua “incompetência” em gerenciar sua vida e assumir um papel social. Compreende-se, aqui, que este indivíduo sempre se encontraria à periferia da razão social (SILVA, 2015).

Porém, o mercado de trabalho para pessoas com deficiência tem sido ampliado ano a ano. Um levantamento feito pelo extinto Ministério do Trabalho revelou que, em 2018, o número de contratações de pessoas com deficiência bateu recorde no Brasil, com mais de 46,9 mil profissionais ingressando no mercado de trabalho, um crescimento de 20,6% em relação ao ano de 2017 (SOUZA, 2019).

E temos que considerar que toda inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho traz benefícios tanto para essa parcela da população, quanto para a própria empresa e para sociedade. Tem-se acréscimo em cultura, tolerância e aprendizado para lidar com as dificuldades; tornando toda a equipe mais fortalecida (SILVA, 2015).

Embora a Constituição Federal e a legislação já assegurem direitos às pessoas com deficiência, o Conselho Federal de Medicina ainda não dispunha de informações sobre o tema.

Portanto, em 2016, o portal do Conselho Federal de Medicina apresentou uma campanha para o registro da deficiência por parte dos médicos inscritos no conselho e incentivou a atualização dos cadastros. Segundo Sidnei Ferreira, autor da proposta e 2º secretário do CFM, o objetivo dessa iniciativa era saber quantos eram e aonde estavam esses profissionais; possibilitando propostas de políticas públicas que favorecessem esses médicos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Passados quase quatro anos do início da campanha (que teve início em julho de 2016), foram cadastrados: 513 médicos com deficiência física, de um universo de, aproximadamente, 450 mil em atividade no país (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Do total de médicos com deficiência física, 385 foram deficiências adquiridas e 128 deficiências congênitas, conforme demonstra a TAB. 2.

Tabela 2 - Número total de médicos com deficiência física relacionada à origem

Origem da Deficiência	Número Total
Adquirida	385
Congênita	128

Fonte: Conselho Federal de Medicina

Em relação aos tipos de deficiência, a física motora foi a mais relatada: em 268 dos casos, como descrito na TAB. 3.

Tabela 3 - Número total de médicos com deficiência física de acordo com o tipo de deficiência

Tipo Deficiência	Número Total
Motora	268
Visual	88
Auditiva	87
Outras	70

Fonte: Conselho Federal de Medicina

O estado em que mais se concentram esses médicos é Minas Gerais, onde estão registrados 124 médicos (TAB. 4). Esses dados obtidos através de contato com setor de Infraestrutura do Conselho Federal de Medicina.

Tabela 4 - Número de médicos com deficiência em relação aos estados do Brasil

ESTADOS DO BRASIL	TOTAL DE MÉDICOS COM DEFICIÊNCIA
MINAS GERAIS	124
RIO GRANDE DO SUL	49
SANTA CATARINA	47
DISTRITO FEDERAL	34
GOIÁS	32
PARANÁ	30
PERNAMBUCO	22
ESPÍRITO SANTO	18
BAHIA	15
PARAÍBA	14
MATO GROSSO	13
MARANHÃO	13
MATO GROSSO DO SUL	12
SERGIPE	11
PARÁ	10
RONDÔNIA	9
RIO DE JANEIRO	9
PIAUI	9
ALAGOAS	8
RIO GRANDE DO NORTE	7
RORAIMA	6
AMAZONAS	6
CEARÁ	5
TOCANTINS	4
SÃO PAULO	3
ACRE	3

Fonte: Conselho Federal de Medicina

4.2.3.3 Relação com pacientes

A relação médico-paciente é constituída de processos psicossociais complexos de relação, regulados finamente entre estes dois atores. A construção da relação médico-paciente nasce da abordagem utilizada pelo profissional, devendo imprimir características humanas, subjetivas, de uma forma natural (COSTA; AZEVEDO, 2010).

A humanização da Medicina e a valorização integral do indivíduo ganharam força nas últimas décadas, e isto fez com que houvesse muitas transformações na relação médico com paciente (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Cada vez mais, o mercado demanda o desenvolvimento de competências do médico para a adequação do tratamento ao tipo de cada paciente. A mudança no currículo das escolas de Medicina vem estimulando essa habilidade desde o início da formação médica (ROCHA et al., 2011).

Para Halpern (2001), a empatia entre médico e paciente é extremamente importante, pois faz com que o paciente se sinta mais seguro e disposto a informar seus problemas e sintomas. Gadamer (1994) complementa ao dizer que a familiaridade, a confiança e a colaboração do paciente têm importância fundamental para que os processos diagnósticos e terapêuticos se tornem mais eficazes.

Ainda são escassos os estudos sobre a atuação de médicos com deficiência, portanto, não foi possível adquirir bases bibliográficas formais a respeito deste assunto. Entretanto, este tema tem sido bastante abordado nos meios de comunicação nos últimos anos.

Temos, por exemplo, uma reportagem da Folha de São Paulo de 2017, que mostra a importância da presença de estudantes com deficiência no Curso de Medicina para formação de profissionais mais empáticos e humanos. Médicos e acadêmicos de Medicina afirmam que o convívio com mais colegas, estudantes e preceptores com deficiência seria de extrema importância; pois, proporcionaria o entendimento de capacidades e pontos de vistas distintos; beneficiando pacientes e médicos. Eles acreditam que como os médicos com deficiência conseguem entender melhor e com mais exatidão como um impedimento específico afeta ou não o cotidiano daquele paciente, isso propicia uma maior empatia na relação médico-paciente. Afirmam que os

pacientes de origens diversas tendem a se sentir mais à vontade com médicos como eles, e a mesma coisa se aplica às pessoas com deficiências (PEREIRA, 2017).

Este efeito é também relatado por um dos nossos participantes:

[...] quando estava no Provac teve um choque inicial. Aí como eu necessitava de auxílio da enfermeira ou pra técnica de enfermagem para examinar, tinha uma recusa inicial. Mas nada que foi significativo, não. Eu nunca tive um paciente, por exemplo, que recusou, não quero ser atendido. Nunca tive isso. É a reação inicial do paciente, ah você é cadeirante? Mas isso [...] o paciente tem um choque inicial, né. Mas, na psiquiatria, isso eu não considero um preconceito, eu considero um choque inicial, que até, no segundo momento, até facilita. Porque desencadeia a empatia. Então, facilita o contato com o paciente, sabe? (EH5, Tetraplegia, 32 anos).

Este fato é corroborado pelo relato de um dos entrevistados que diz:

Nunca sofri preconceito de paciente. Muito pelo contrário [...] eh [...] o paciente, às vezes, o que eu noto, às vezes, que como ele vê que eu tenho uma dificuldade, parece que eu vou compreender o que ele tá sentindo. Então a pessoa vem mais desarmada [...] não vem com três pedras na mão. (EH8, Hemiplegia, 54 anos)

Encontramos relato semelhante em uma das entrevistas de nossos participantes.

Teve paciente que [...] No caso da residência, era engraçado porque tinha dois, né? Tinha eu e o meu colega que era tetraplégico. Eu já tive problema do paciente querer ser consultado só com a gente [...] na psiquiatria, que tem muito transtorno de personalidade [...] No corredor, a paciente falava assim: "Ah, eu quero consultar com aquele médico ali, com aquele ali da cadeira de roda, é com ele que eu quero consultar, é ele que vai me curar". Mas preconceito de não querer ser atendido, nunca. Nunca. (EH7, Visão Subnormal Severa, 30 anos).

Dois dos nossos participantes também relataram situação de preconceito por parte dos pacientes:

Assim, você vê preconceito várias vezes ao longo da vida. Só quem sente na pele. Você chega pra atender e a pessoa pergunta se vai ser atendido. Aí diz: não, eu vou te atender, eu não vou te atender. Tipo isso. Isso é preconceito mesmo. [...] Aí você vence com conhecimento, com boa convivência com a pessoa [...] Isso aí não me abala. A gente segue. Segue o fluxo. (EH1, Tetraparesia, 38 anos).

Eu tive com paciente (experiência de preconceito). Alguns, mas, [...] acho que paciente é assim, quando ele gosta daquele pediatra ele não quer ver nenhum outro. E ele se deparava comigo lá e eu sentia que ele não queria ser atendido. Mas, depois foram aceitando ao longo do tempo. Mas, de início teve essa barreira. Também tive dificuldades com alguns pacientes no Hospital Particular e de Convênios que trabalhei, pacientes de classe social maior, com desprezo do desconhecido. (EM6, Cifoescoliose grave e Hemiplegia, 50 anos).

Isso nos permite inferir que situações como estas são decorrentes não somente do preconceito, mas também do desconhecimento e falta de convivência do público com uma pessoa com deficiência que possua independência e autonomia. Talvez, a presença de mais médicos na mesma condição seja a solução não só para a inclusão em diversas esferas sociais, mas também para uma convivência melhor, mais respeitosa e empática entre todas as pessoas.

Somente em 30 de abril de 2019, o direito do exercício da profissão do médico com deficiência sem ser discriminado foi incluído na nova versão do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

Apesar destes avanços em relação as atividades dos médicos com deficiência física, ainda existe um forte preconceito e desinformação sobre a capacidade laboral desses profissionais. Ainda precisamos de uma efetiva mudança na formulação de políticas de acessibilidade para que possamos diminuir as restrições impostas a estes profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos últimos anos, o aumento do arcabouço legal de políticas públicas e o próprio fato de mais deficientes estarem chegando ao Ensino Superior levaram, não só a instituição, mas também a sociedade, a promoverem mudanças na forma de lidar com este grupo de pessoas. Embora a legislação seja vasta e importante, por si só não garante a efetivação de políticas e programas inclusivos no nível de Ensino Superior.

Muitos avanços foram conseguidos, porém, barreiras físicas e atitudinais ainda persistem no cotidiano dessas pessoas. O caminho é longo, há muito que percorrer para alcançarmos uma educação realmente inclusiva, em que todos tenham direito à educação, independentemente, de suas dificuldades ou necessidades educacionais especiais.

Temos que considerar algumas conquistas, principalmente, nas questões de ingresso de pessoas com deficiência, mesmo que muito ainda tenha que ser feito. Vimos que os dados apresentados pelo censo da educação superior (BRASIL, 2019a) revelaram que houve um significativo aumento (112,5%) no total de estudantes com deficiência matriculados em Instituições de Ensino Superior, desde o ano de 2008. Porém, o direito a educação vai além de garantir o acesso ao Ensino Superior, é preciso também realizar ações efetivas destinadas aos alunos com necessidades educacionais especiais, investir na adequação da instituição, na adequação curricular e na capacitação dos professores possibilitando uma formação educacional de forma plena. Entretanto, pouco ainda se sabe sobre as condições de permanência para conclusão dos estudos com êxito nessa etapa de ensino pelos alunos com necessidades educacionais especiais.

E é preciso entender que uma instituição de ensino superior que atenda a todos esses princípios da inclusão não surge de uma hora para outra. O processo de mudança é longo e árduo, as concepções ou ideias de inclusão não são instituídas através de imposição ou decreto, e nem se sustenta com ações únicas e isoladas.

Esse processo de mudança inicia-se com o reconhecimento de que a sociedade é diversa e, portanto, a Instituição de Ensino Superior como parte dessa sociedade deve aceitar e acolher essa nova forma de pensar. Portanto, essas instituições devem preparar-se para atender da melhor maneira possível às necessidades específicas de cada indivíduo, eliminando, ao longo

do processo, barreiras estruturais, atitudinais, pedagógicas e proporcionando com isso a redução de preconceitos e concepções excludentes.

Esta nossa pesquisa possibilitou o melhor entendimento das dificuldades e obstáculos que os médicos com deficiência enfrentaram no Ensino Superior para realizar e concluir o curso de graduação.

Em relação à existência de programas de apoio aos acadêmicos com deficiência após a entrada na Faculdade; constatamos que a maioria dos médicos entrevistados não obteve auxílio desse tipo. E concluímos que a ausência de núcleos de apoio ou mesmo o funcionamento inadequado destes, aumenta a dificuldade na identificação desses acadêmicos logo após a admissão e os deixava em situação de abandono na instituição.

Entretanto, a partir dos relatos das entrevistas, foi possível observar a significativa importância que familiares, colegas e professores tiveram no processo de inclusão desses indivíduos. A partir disso, podemos inferir que a real inclusão destes médicos com deficiência no Ensino Superior é possível, mas depende, sobretudo, de fatores ligados às relações humanas; que têm o poder de favorecer ou impedir a construção de estratégias de enfrentamento às barreiras e limitações sociais existentes.

Além do apoio encontrado nas relações interpessoais, os médicos com deficiência também destacaram a importância das adaptações arquitetônicas no processo de inclusão e dos recursos tecnológicos para adaptação pedagógica, principalmente, no caso da deficiência visual.

Porém, sempre deixando claro que a existência de todos esses recursos, suportes e adaptações não tem efeito, se as relações de acolhimento por parte dos professores e gestores não estejam solidificadas nesse ambiente. É preciso que os professores, ou seja, os formadores de opinião, assumam a responsabilidade de sensibilização dos colegas para a inclusão e de difusão da ideia de igualdade de direitos dentro da instituição.

Os médicos entrevistados relataram, em diversos momentos, que para garantir a sua permanência e qualidade de estudo no Ensino Superior, eles próprios tomaram para si a responsabilidade de buscar adaptações e soluções para as dificuldades enfrentadas. Tornando-se, os próprios alunos, os principais responsáveis por sua aprendizagem.

E este fato se torna um grande desafio no processo de inclusão, fazer com que a garantia de permanência com igualdade de condições e oportunidades para todos os alunos, independentemente de sua condição, seja responsabilidade de toda a instituição, da sociedade.

Outros elementos apontados nas entrevistas também demonstraram que apesar dos alunos conseguirem ascender ao nível superior de ensino, continuam tendo que superar barreiras, principalmente, as atitudinais. Isto se deve ao fato da deficiência ainda ser vista como um problema. Além disso, dela ainda ser entendida como um problema que diz respeito só ao próprio deficiente. Mais uma vez, mostrando que é da pessoa, a responsabilidade de resolver os desafios que essa condição lhe impõe.

Ficou evidente que a estigmatização e o preconceito ainda estão muito presentes nas relações interpessoais dentro da sala de aula, entre acadêmicos com deficiência, seus colegas e seus professores. Muitos médicos com deficiência relataram preconceito e desconhecimento por parte de seus professores, que acabavam recebendo-os com agressões, não inclusão, não acreditando que aquele aluno teria capacidade para estar em sala de aula. Na maioria das vezes, o que se notou foi que os professores não estavam preparados para receber esses alunos.

É de extrema importância investir na capacitação dos professores, que tem o compromisso com a disseminação do conhecimento, e, por consequência, a formação de um cidadão e uma sociedade mais justa e igualitária. Somente o conhecimento é capaz de romper as barreiras da estigmatização.

O comprometimento do professor é fundamental em todo o processo de ensino e aprendizagem. Como vimos nos exemplos positivos relatados, quando os professores assumem a responsabilidade pela inclusão e se engajam efetivamente em incluir, conseguem trazer muitas mudanças para esses alunos, e, muitas vezes, com estratégias fáceis e de baixo custo. O simples ato de olhar para o outro, colocar-se no lugar do outro foram ações que demonstraram a credibilidade e o incentivo às potencialidades desses alunos.

As adaptações pedagógicas para alunos com deficiência é um dos aspectos mais difíceis da inclusão, pois elas precisam ser específicas e individualizadas como vimos no nosso trabalho. Porém, todos os relatos dos médicos com deficiência nos mostraram que, apesar de árduo e complexo, o processo não é impossível. Essas adaptações também podem ser alcançadas através

do reconhecimento e valorização das diferenças, como a união de professores, gestores e alunos com deficiência na realização de discussões para conhecer os reais obstáculos enfrentados por esses alunos, e planejar ações inclusivas. Essa união e planejamento beneficiaria todo o processo de ensino e aprendizagem.

Pudemos inferir, a partir dessa pesquisa, que conhecer e respeitar as opiniões dos alunos com necessidades educacionais especiais a respeito dos obstáculos enfrentados durante a trajetória acadêmica seria a melhor maneira de promover quebra de preconceitos e de oferecer melhores adaptações e condições de aprendizagem para esses alunos. Essas medidas provenientes dessas discussões seriam muito relevantes para cursos da área de saúde, especialmente Medicina. Pois a graduação em Medicina possui muitas peculiaridades no processo de ensino-aprendizagem, incluindo ambientes diversos de aprendizagem, como: sala de aula, laboratório de habilidades técnicas, hospitais e ambulatórios periféricos.

Durantes as entrevistas, nos deparamos com diversos exemplos favoráveis, resultantes dessa união entre alunos e gestores. E, segundo os médicos com deficiência, ainda existem várias ações de baixo custo e baixa complexidade que poderiam ser executadas a favor da inclusão. Dentre estas sugestões de estratégias visando o favorecimento da permanência desses estudantes no Ensino Superior, destacamos algumas bastante interessantes, como exemplo:

- A realização de uma avaliação multidisciplinar do aluno com deficiência, resultando em um relatório completo com todas as suas necessidades educacionais especiais e adaptações necessárias.
- A realização de reuniões com coordenadores e professores, antes dos próximos módulos para comunicação da presença desses alunos e de quais são suas necessidades educacionais especiais.
- A realização de adaptação curricular e reajuste em relação a carga horária de alunos com deficiência em estágios práticos ou plantões. Uma carga horária mais fracionada evitaria lesões e o desgaste físico dos alunos com deficiência, principalmente, motora.

É necessário ressaltar que o método utilizado para a realização desta pesquisa, além ser pertinente e ter possibilitado o alcance dos objetivos propostos no estudo; permitiu à pesquisadora o contato com o pesquisado e a obtenção de um material rico e único, impossível de ser obtido através de outras estratégias. Entretanto, como foi longo e trabalhoso,

impossibilitou a abrangência de mais sujeitos, não tendo resultado em dados passíveis de generalizações.

Outro dado surpreendente que nos deparamos, foi perceber, através das falas dos sujeitos que, apesar da deficiência e das dificuldades enfrentadas, o poder de resignação é enorme. E a partir das histórias de suas trajetórias, eles se tornaram verdadeiros exemplos de que a persistência e a vontade de vencer são os principais ingredientes para mudanças.

E após conseguir vencer essa etapa e concluir o curso de graduação, esses indivíduos continuam enfrentando dificuldades, agora para a entrada no mercado de trabalho. A sociedade e a maioria das empresas ainda não reconhecem a capacidade laboral das pessoas com deficiência, apesar de já existir legislação assegurando a proteção ao direito do trabalho deste grupo em condições de igualdade com as demais pessoas. Não obstante os obstáculos enfrentados para entrada no mercado de trabalho, o Ministério do Trabalho afirma que o mercado de trabalho para pessoas com deficiência tem sido ampliado ano a ano.

Ainda são escassos os estudos sobre a atuação de médicos com deficiência, mas o que ficou claro foi que esses médicos existem e estão ocupando seu espaço no mercado de trabalho em todo país.

Nossa pesquisa evidenciou alguns relatos de preconceito e desinformação dos pacientes em relação aos médicos com deficiência; mas o que foi mais surpreendente foram os relatos que mostraram sentimento de identificação de muitos pacientes com esses médicos, levando a uma relação médico-paciente mais próxima e empática. A partir disso, pudemos inferir que a presença de mais médicos nessa condição no ambiente de trabalho, talvez, exerça um papel essencial na inclusão, promovendo uma convivência melhor e mais respeitosa.

Portanto, podemos concluir que os resultados do estudo realizado não só trouxeram informações e confirmações importantes, como também sugerem novas investigações e pesquisas para se conhecer melhor as nuances deste processo tão complexo que é a inclusão social.

Dessa forma, valorizar o ponto de vista desses sujeitos no percurso rumo à conclusão do Ensino Superior, compreendendo os sentidos atribuídos às barreiras que limitam sua plena

participação, pode ser um recurso promissor na superação das desigualdades ainda existentes nesta etapa de ensino. E ainda pode nos indicar aspectos de seu percurso que auxiliem no estabelecimento de propostas e políticas que favoreçam ainda mais a inclusão de pessoas com deficiência.

A principal evidência que este estudo trouxe foi que as adaptações arquitetônicas, pedagógicas e recursos tecnológicos são importantes na inclusão, porém é imprescindível que haja mudança nos comportamentos e atitudes de toda uma sociedade frente ao que é diferente.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M.; ANTUNES, A.P. Alunos com necessidade educativas especiais: estudo de caso no ensino superior. *In: CONGRESSO GALEGO-PORTUGUÊS DE PSICOPEDAGOGIA*, 11., 2011. Corunha. **Anais** [...], Corunha, 2011. p. 111-126.
- ADORNO, T. W; HORKHEIMER, M. **Dialética do Esclarecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.
- ALMEIDA, J. G. A; FERREIRA, E. L. Sentidos da Inclusão de alunos com deficiência na educação superior: olhares a partir da Universidade Federal de Juiz de Fora. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 22, n. esp., p. 67-75. 2018.
- ANACHE, A. A.; ROVETTO, S. S. M.; OLIVEIRA, R. A. Desafios da implantação do atendimento educacional especializado no Ensino Superior. **Revista Educação Especial**, [S.l.], v. 27, n. 49, p. 299-312, 2014.
- ANDERSON, M. P. I. **Social and barriers to higher education**: Experience of students with physical disabilities. University of Alberta at Edmonton: Edmonton, 1993. Unpublished.
- ARANHA, M. L. de A. Educação e Sociedade Dossiê Diferenças. **Revista Quadrimestral de Ciência da Educação**. São Paulo, v. 23, n. 79, ago. 2005.
- BARBOSA, M. O.; FUMES, N. L. F. A acessibilidade e os apoios pedagógicos disponíveis para os alunos com deficiência na pós graduação a partir do ponto de vista dos professores e coordenadores. *In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE EDUCAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS*, 4., 2010. Natal. **Anais**[...], Natal: EDUFRRN, 2010. 1 CD.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARTON, L. Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. *In: BARTON, L. Discapacidad y sociedad*. Madrid: Ediciones Morata, 1998. p. 19-33.
- BASSALOBRE, JN. As três dimensões da inclusão. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 47, p. 293-297, jun. 2008.
- BAÚ, M. A. **Avaliação da acessibilidade no Ensino Superior: UTFPR-Câmpus Medianeira**. 2015. 123f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2015.
- BERESFORD, P. Empowerment and Emancipation. *In: ALBRECHT, G. L. (ed.). Encyclopedia of Disability*. Thousand Oaks: Sage Reference, 2013. v. 2, p. 593-601.
- BITTENCOURT, L. S. et al. Acessibilidade e Cidadania: barreiras arquitetônicas e exclusão social dos portadores de deficiência física. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA*, 2., Belo Horizonte, 2004. **Anais** [...] Belo Horizonte, 2004.

BLAUWET, C. A. Sou cadeirante, sim. E sua médica. **Gazeta do Povo**, 2017. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/artigos/sou-cadeirante-sim-e-sua-medica-15ad8p2bl0an26jryytpmrq75/>. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação Especial 1977/1979**. Brasília: CENESP, 1977.

BRASIL. Ministério da Educação. **Aviso Circular nº 277, de 08 de maio de 1996**. Brasília, 1996a. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aviso277.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 5 nov. 2018.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999.

BRASIL. **Lei Nº 10.098, de 20 de dezembro de 2000**. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2000.

BRASIL. **Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3956-8-outubro-2001-332660publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 5 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.172, de 09 de janeiro de 2001**. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília, 2001b.

BRASIL. **Lei nº 10.260 – 12 de julho de 2001**. Dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior e dá outras providências. Brasília, 2001c.

BRASIL. **Resolução CNE/CEB n. 2, de 11 de setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. 2001d. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. **Resolução CNE/CP Nº 1, de 18 de Fevereiro de 2002**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Brasília, 2002a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/res1_2.pdf. Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. **Lei n. 10.436, de 24 de abril de 2002**. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, 2002b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm. Acesso em: 5 nov. 2018.

BRASIL. Decreto 5.296 de 02 de dezembro de 2004, **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004a.

BRASIL. **Lei nº 11.096/05**. Institui o Programa Universidade para Todos – PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior; altera a Lei nº 10.891, de 9 julho de 2004, e dá outras providências. Brasília, 2005a.

BRASIL. **Decreto nº 5.626**, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs)**. Brasília, 2005c.

BRASIL. **Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas**. Brasília, 2007a.

BRASIL. **Referenciais de Qualidade para Educação Superior a Distância**. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/legislacao/refead1.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008**. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007. Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, 2008b. Disponível em: portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica.pdf. Acesso em: 5 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 04, de 2 de outubro de 2009**. Institui diretrizes operacionais para o atendimento educacional especializado na educação básica, modalidade educação especial. Brasília, 2009a.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Nota Técnica nº 11 de 07 de maio de 2010**. Orientações para a institucionalização da Oferta do atendimento Educacional Especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares. Brasília: SEESP, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília: 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012**. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Referenciais de Acessibilidade na Educação Superior e a Avaliação in loco do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES)**. Brasília, 2013.

Disponível em: http://www.ampesc.org.br/_arquivos/download/1382550379.pdf. Acesso em: 5 nov. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da Educação Superior 2017**. Brasília: INEP, 2018. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/web/censo-da-educacao-superior>. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Censo da Educação Superior 2018**. Brasília: INEP, 2019a. Disponível em http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2019/apresentacao_censo_superior2018.pdf. Acesso em: 24 ago. 2019.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **A inclusão da Pessoa com Deficiência no Mercado de trabalho**. Brasília, 2019b. Disponível em: <https://sit.trabalho.gov.br/portal/index.php/inclusao-da-pessoa-com-deficiencia?view=default>. Acesso em: 23 jun. 2019.

CARVALHO, R. E. **A nova LDB e a Educação Especial**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

CARMO, P. S. **Quem é Merleau-Ponty?** Merleau-Ponty, uma introdução. São Paulo: Educ, 2000.

CASTANHO, D. M.; FREITAS, S. N. Inclusão e prática docente no ensino superior. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, n. 27, p. 93-99, 2006.

CASTRO, S. F. **Ingresso e Permanência de Alunos com deficiência em Universidades Públicas Brasileiras**. 2011. 245 f. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

CHACON, M. C. M. Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. **Revista Brasileira de educação especial**. Marília, v. 17, n. 3 set./dez. 2011.

CHAHINI, T. H. C.; SILVA, S. M. M. As dificuldades para o acesso e permanência de alunos com deficiência física nas instituições de educação superior de São Luís do Maranhão. *In: ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E NORDESTE*, 19., 2009. João Pessoa, **Anais [...]**. João Pessoa: UFPB, 2009.

CHAUÍ, M. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>. Acesso em: 5 maio 2019.

CERQUEIRA, J. B.; FERREIRA, M. A. Os recursos didáticos na educação especial: **Revista Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 15-20, dez.1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Artigo de conselheiro é considerado o melhor trabalho em congresso português de bioética**. Brasília, 2018. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27674:2018-06-12-12-26-56&catid=3. Acesso em: 14 nov. 2019.

COSTA, F. D.; AZEVEDO, R. C. S. Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

CRÓ, M. L. Adaptações curriculares para alunos com necessidades educacionais especiais (NEE): formação no ensino superior. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 1, p. 1-26, 2009. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/reflex/article/view/862>. Acesso em: 23 ago. 2019.

DANTAS, T. C. **Jovens com deficiência como sujeito de direitos: o exercício da autoadvocacia como caminho para o empoderamento e a participação social**. 2011. 141f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

DANTAS, T. C. Vivências de empoderamento e autoadvocacia de pessoas com deficiência: um estudo no Brasil e no Canadá. **Educação Unisinos**, São Leopoldo RS, v. 21, n. 3, p. 336 - 344, dez. 2017.

DELL'ALGLIO, D. D.; SIQUEIRZ, A. C. Avaliação da rede de apoio familiar: a utilização do Mapa dos Cinco Campos. *In*: BAPTISTA, M. N.; TEODORO, M. L. M. (org). **Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FERNANDES, E. M.; ALMEIDA, L. S. Estudantes com deficiência na universidade: questões em torno da sua adaptação e sucesso acadêmico. **Revista de Educação Especial e Reabilitação**, Minho, v. 14, p. 7-14, 2007.

FERRARI, M. A. L. D.; SEKKEL, M. C. Educação inclusiva no ensino superior: um novo desafio. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 636-647, 2007.

FERREIRA, W. B. Invisibilidade, crenças e rótulos: Reflexão sobre a profecia do fracasso educacional na vida de jovens com deficiência. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN. FAMÍLIA, A GENTE DA INCLUSÃO, 4., 2004, Salvador. **Trabalho apresentado [...]**. Salvador, 2004.

FERREIRA, E. L. Educação Física: em busca de uma nova resignificação. *In*: FERREIRA, E. L.; ORLANDI, E. P. (org). **Discursos sobre a inclusão**. Niterói: Intertexto, 2014. p 270-286.

FERREIRA, L. Q. A. **Trajetória de Inclusão no Ensino Superior: uma análise na perspectiva de um grupo de jovens universitários com deficiência**. 2018. 106f. Dissertação (Pós-Graduação em Economia Doméstica para obtenção do título de Magister Scientiae) - Universidade Federal de viçosa. Viçosa MG, 2018.

FERREIRA, S. L. Ingresso, Permanência e Competência: Uma realidade possível para universitários com necessidades educacionais especiais. **Revista Brasileira Educação Especial**, Marília, v. 13, n. 1, p. 43-60, jan./abr. 2007.

FIAMENGHI JR., G. A.; MESSA, A. A. Pais, Filhos e Deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 236-245, jun. 2007.

FIGUEIRA, E. **Caminhando em silêncio**: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil. São Paulo: Giz Editorial, 2008.

FIGUEIRA, E. **Psicologia e Inclusão**: atuações psicológicas em pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: Wakk Editora, 2015.

GADAMER, H. G. **Dove si Nasconde la Salute**. Milano: Raffaello Cortina, 1994.

GARCIA, R. A. B.; BACARIN, A. P. S.; LEONARDO, N. S.T. Acessibilidade e permanência na educação superior: percepção de estudantes com deficiência. **Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, n. esp. p. 33-40, 2018.

GLAT, R.; FREITAS, R. C. **A integração social dos portadores de deficiências**: uma reflexão. Rio de Janeiro: Editora Sette Letras, 1995.

GLAT, R.; PLESTSH, M. D.; FONTES, R. S. Educação Inclusiva e Educação Especial: propostas que se completam no contexto da escola aberta à diversidade. **Revista Educação**, Santa Maria, RS, v. 32, n. 2, p. 343-356, 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

HALPEN, J. **Fron detached concern to empathy**: humanizing medical practice. New York: Oxford University Press, 2001.

HURST, A. Reflexiones acerca de la investigación sobre la discapacidad y la enseñanza superior. *In*: BARTON, L. (comp.). **Discapacidad y sociedad**. Madrid: Ediciones Morata, 1998. p. 139-158.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Características da População e dos Domicílios. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 30 set. 2019.

JANUÁRIO, G. O. O Direito à Educação no Ensino Superior de Pessoas com Deficiências. **Revista Internacional de Educação Superior**, Campinas, v. 5, p. 1-26, 2019.

JANNUZZI, G. M. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. 2. ed. Campinas: Cortez: Autores Associados, 1985.

JANNUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil**: primórdios ao início do século XXI. Campinas: Autores Associados, 2004.

KASSAR, Mônica de C. M. Retrospectiva e perspectiva da educação especial no Brasil. **Teoria e prática da educação**, Maringá, v. 2, n. 4, p. 25-33, jun. 2001.

LEONEL, W. H. S.; LEONARDO, N. S. T.; GARCIA, R. A. B. Políticas públicas de acessibilidade no ensino superior: implicações na educação do aluno com deficiência. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 10, n. esp., p. 661-671, 2015.

LOPEZ MELER, M. Es posible construir una escuela sin exclusiones?. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 14, n. 1, p. 3-20, abr. 2008.

MASINI, E. F. S.; BAZON, F. V. M. A inclusão de estudantes com deficiência, no ensino superior. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 28., 2005, Caxambu. **Anais [...]**. Caxambu: ANPED, 2005.

MANSINI, E.; E. A. S.; CHAGAS, P. A. C.; COVRE, T. K. M. Facilidades e dificuldades encontradas pelos professores que lecionam para alunos com deficiência visual em universidades regulares. **Revista Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, n. 34, agosto. 2006. Disponível em: <http://www.ibc.gov.br/revistas/240-edicao-34-agosto-de-2006>. Acesso em: 14 set. 2019.

MANZINI, E. J. Acessibilidade: um aporte na legislação para o aprofundamento do tema NBA área de educação. In: BAPTISTA, C. R. et. al. **Educação Especial: diálogo e pluralidade**. Porto Alegre: Editora Mediação, 2010.

MARIAN, A. L.; FERRARI, D.; SEKKEL, M. C. Educação Inclusiva no Ensino Superior: Um novo desafio. **Psicologia Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 636-647, 2007.

MARQUES, M. P. S. D. **O acesso de pessoas com deficiência, ao sistema público de ensino de Manaus, na percepção dos professores**. 2010. 116f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MATSUMOTO, A. S.; MACEDO, A. R. R. A importância da família no processo de inclusão. **Interfaces da Educação**, Paranaíba MS, v. 3, n. 9, p. 5-15, 2012.

MATURANA, H. **Emoções e linguagens na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

MAZZONI, A. A.; TORRES, E. F. A percepção dos alunos com deficiência visual acerca das barreiras existentes no ambiente universitário e seu entorno. **Revista do Instituto Benjamin Constant**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 1-12, abr. 2005.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MENDES, H. S. F.; BASTOS, C. C. B. C. Um estudo sobre a realidade da inclusão de pessoas com deficiência na educação superior no Paraná. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 29, n. 54, p. 189-202, 2016.

MENDES, C. L.; RIBEIRO, S. M. Inclusão da Pessoa com deficiência no Ensino Superior: Um estudo da produção acadêmica na área da educação. **Atos de Pesquisa em Educação**, Blumenau, v. 12, n. 1, p. 1, p. 189-206, jan./abr. 2017.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo. Hucitec, 1996.

MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MONTEIRO, R. M. C. **A inclusão das pessoas com deficiência: educação no ensino superior brasileiro**. 2016. 120f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2016.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa – característica, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, jul./dez. 1996.

NEVES, T. R. L. **Educar para a cidadania: promovendo a autoadvocacia em grupos de pessoas com deficiência**. 2005. 237f. Tese (Doutorado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2005.

NUERNBERG, A. H. Rompendo barreiras atitudinais no contexto do ensino superior. *In*: ANACHE, A. A.; SILVA, L. R. (org.). **Educação Inclusiva: experiências profissionais em Psicologia**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

OKA, C. M.; NASSIF, M. C. M. Recursos escolares para o aluno com cegueira. *In*: SAMPAIO, M. W. et al. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Nova Iorque, 2006. Disponível em: <http://www.assinoinclusao.org.br/downloads/convencao.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração Mundial sobre Educação para todos: plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. Jomtien, 1990. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-mundial-sobre-educacao-para-todos-conferencia-de-jomtien-1990>. Acesso em: 24 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Salamanca, 1994.

OMOTE, S. A Deficiência e a Família. *In*: MARQUEZINE, M. C., et. al. (org.). **O papel da família junto ao portador de necessidades especiais**. Londrina: Eduel, 2003. p. 1518.

PASTORE, J. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência**. São Paulo: Editora LTR, 2000.

PEREIRA, O. et al. Princípios de normalização e de integração na educação dos excepcionais. *In*: PEREIRA, O. et al. **Educação especial: atuais desafios**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

PEREIRA, M. M. Ações afirmativas e a inclusão de alunos com deficiência no Ensino Superior. **Ponto de Vista**, Florianópolis, n. 10, p. 1938, 2008.

PEREIRA, R. M. B. Médicos com deficiência ajudam a humanizar os atendimentos. **GEHOSP**, 2017. Disponível em: <http://gehosp.com.br/2017/07/19/medicosdeficiencia/>. Acesso em: 25 out. 2019.

PESSOTI, I. **Deficiência Mental: da supervisão à ciência**. São Paulo: T.A. Queiroz Editor, 1984.

PETEAN, E. B. L.; SUGUIURA, A. L. Ter um irmão especial: convivendo com a Síndrome de Down. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 11, n. 3, p. 415-460, 2005.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 887-896, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt

RAIÇA, D. **Dez Questões Sobre a Educação Inclusiva da Pessoa com Deficiência Mental**. São Paulo: Avercamp, 2006.

RANGEL, A. B. Inclusão de pessoas com deficiência na Universidade Fluminense: acesso e permanência, possibilidades e desafios. *In*: SEMINÁRIO LUSO – BRASIELIRO DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA, 1., 2017, Porto Alegre. **Trabalhos apresentados [...]**. Porto Alegre: PUCRS, 2017. p. 732-746.

RAPOSO, P. N. **O impacto do sistema de apoio da Universidade de Brasília na aprendizagem de universitários com deficiência visual**. 2006. 164f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, Brasília.

RAPOLI, E. A. et al. **Educação especial na perspectiva da inclusão escolar: a escola comum inclusiva**. Brasília, 2010.

ROCHA, B. V. et al. Relação Médico-Paciente. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011.

ROCHA, T. B.; MIRANDA, T. G. Acesso e permanência do aluno com deficiência na instituição de ensino superior. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 22, n. 34, p. 197-212, 2009.

SALES, F. A influência Familiar no desenvolvimento das pessoas com deficiência. **Revista Eletrônica de Ciências da Educação**, Campo Largo, v. 16, n. 1 e 2, abr. 2017. Disponível em: <http://www.periodicosibepes.org.br/index.php/reped/article/view/2360>. Acesso em: 23 set. 2019.

SANTOS, M. P. O papel do ensino superior na proposta de uma Educação inclusiva. **Revista da Faculdade de Educação da UFF**, Rio de Janeiro, n. 7, p. 78-91, maio 2003.

SANTOS, T.; HOSTINS, R. C. L. Política Nacional para a Inclusão no Ensino Superior: uma Revisão da Legislação. **UNOPAR Científica, Ciências Humanas e Educação**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 194-200, 2015.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 2007.

SEKKEL, M. C. **A Construção de um Ambiente Inclusivo na Educação Infantil: Relato e Reflexão sobre uma Experiência**. 2003. 218f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SEVERINO, Antonio J. **Educação, sujeito e história**. São Paulo: Olho d'Água, 2001.

SILVA, M. R. C. **A educação profissional inclusiva como política de acessibilidade e permanência das pessoas com deficiência no mundo do trabalho: a experiência do CEFET Campos**. 2008. 107f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) - Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Campos dos Goytacazes RJ, 2008.

SILVA FILHO, L. F. **Inclusão na educação profissional: barreiras e possibilidades para promoção da igualdade e construção da cidadania**. Rio de Janeiro. UNESA, 2008. Disponível em: <https://portal.estacio.br/media/3462/lucindo-silva-filho-resumo.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2019.

SILVA, L. R. S.; REIS, M. B. F. Educação inclusiva: o desafio da formação de professores. **Revista de Educação, Linguagem e Literatura da UEG**, Inhumas, v. 3, n. 1, p. 7-17, mar. 2011.

SILVA, L. F. **A inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho: desafios e superações no ambiente de trabalho**. 2015. 59f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, K. C. **Condições de acessibilidade na Universidade: o ponto de vista de estudantes com deficiência**. 2016. 149f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Marília, 2016.

SILVA, J. C. G. S. et al. Do enfrentamento à autoaceitação da Deficiência Visual. **Educação**, Batatais, v. 7, n. 2, p. 43-60, jan. 2017.

SKLIAR, C. **Pedagogia (Improvável) da diferença: e se o outro não estivesse aí?** Rio de Janeiro: Editora DP&A, 2003.

SOARES, A. M. M. **Nada sobre nós sem nós: formando jovens com deficiência para o exercício da autoadvocacia**. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

SOUZA, D. **Mais inclusão no mercado de trabalho**. 2019. Disponível em: <https://jconline.ne10.uol.com.br/canal/economia/noticia/2019/06/23/mais-inclusao-no-mercado-de-trabalho-381584.php>. Acesso em: 30 set. 2019.

STAINBACK, S.; STAINBACK, W. **Inclusão: um guia para educadores**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

TANAKA, E. D. O.; MANZINI, J. E. O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 11, n. 2, p. 273-294, 2005.

TEIXEIRA, A. M. **Vida revirada: o acontecer humano diante da deficiência adquirida na fase adulta**. 2006. 81f. Dissertação (Mestrado em Psicologia como Profissão e Ciência) – Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2006.

TIGRE, A. B.; TEIXEIRA, E. Diferenças: um olhar da psicanálise. **Leituras compartilhadas**, Rio de Janeiro, v. 5, 2005, p. 181-182. Fascículo Especial.

VASCONCELOS, M. C.; AMORIM, D. C. A. **A docência no Ensino Superior: uma reflexão sobre a relação pedagógica**. [2008?]. Disponível em: <https://docplayer.com.br/234188-A-docencia-no-ensino-superior-uma-reflexao-sobre-a-relacao-pedagogica.html>. Acesso em: 30 ago. 2019.

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

VERDÉLIO, A. Apenas 1% dos brasileiros com deficiência está no mercado de trabalho. **Agência Brasil**, Brasília, 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-08/apenas-1-dos-brasileiros-com-deficiencia-esta-no-mercado-de>. Acesso em: 25 out. 2019.

VYGOTSKY, L. S. A defectologia e o estudo do desenvolvimento e da educação da criança anormal. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 861-870, 2011.

ZILLOTTO, D. M.; SANTOS, E. R. Corpo, significados sociais e a experiência da deficiência. **Efdeportes.com Revista Digital**, Buenos Aires, v. 13, n. 123, nov. 2008. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd126/corpo-significados-sociais-e-a-experiencia-da-deficiencia.htm>. Acesso em: 23 out. 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano está descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:

Nome: _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Responsável Legal (se aplicável): _____ Gênero: _____

Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

2. Dados da pesquisa:

a. Título do Projeto:

ESTUDO DA PERCEÇÃO DOS MÉDICOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS SOBRE A SUA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO MÉDICA

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO – UNIFENAS / Departamento da Pós Graduação da Faculdade de Medicina de Alfenas – Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

a. Projeto: (x) Unicêntrico () Multicêntrico

b. Instituição Co-participante: NENHUMA

c. Patrocinador: o próprio pesquisador

d. Professor Orientador: **Prof. Dr Alexandre de Araújo Pereira**

Pesquisador Responsável:

(x) Estudante de Pós-graduação () Professor Orientador

3. Objetivo da pesquisa:

Compreender a percepção de profissionais de medicina com necessidades educacionais especiais, especificamente deficiências físicas (auditivas, visuais e motoras) sobre sua formação médica. Pretende-se descrever marcos legais regulatórios da inclusão deste processo de inclusão e identificar as dificuldades encontradas e soluções encontradas por esses médicos durante sua formação acadêmica, buscando estratégias de inclusão desses alunos no Curso de Medicina.

4. Justificativa da pesquisa:

O crescente ingresso de alunos com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior, promove uma relevante necessidade de reflexão sobre educação inclusiva.

Essa necessidade de reflexão se torna mais significativa quando se trata de cursos da área de saúde, como por exemplo na medicina; pois estes cursos envolvem além da aquisição de conhecimento teórico, o desenvolvimento de habilidades técnicas que exigem funções motoras e sensoriais.

Portanto, torna-se de grande importância compreender como tem sido a passagem desses alunos pelos cursos médicos e se tem havido, de fato, uma inclusão adequada desses alunos no âmbito institucional.

5. Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:

Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica e técnica de análise de conteúdo.

Os dados serão coletados por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas e que serão posteriormente transcritas. O roteiro da entrevista será elaborado contendo itens que caracterizem a deficiência física, perfil sócio demográfico dos participantes, o contexto sócio

familiar durante o período de formação médica, instituições onde ocorreram a formação médica na graduação e na pós graduação, inserção profissional, além das questões específicas sobre os obstáculos enfrentados durante a trajetória de formação profissional.

6. Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:

(x) Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto

O presente trabalho apresenta um pequeno risco, pelo constrangimento de responder a entrevista. Porém, há a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados, e o participante do estudo poderá abandoná-lo quando desejar.

7. Descrição dos benefícios da pesquisa:

Inúmeras pesquisas vêm abordando a questão dos alunos com necessidades educacionais especiais no Ensino Superior Brasileiro; porém ainda há pouca informação sobre a inclusão desses alunos nos cursos da área de Saúde e, em particular, do curso de medicina.

Portanto, torna-se de grande importância compreender como tem sido a passagem de alunos pelos cursos médicos e se tem havido, de fato, uma inclusão adequada desses alunos no âmbito institucional.

8. Despesas, compensações e indenizações:

- a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.
- b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

9. Direito de confidencialidade:

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.

- b. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados da pesquisa:

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

11. Liberdade de retirada do consentimento:

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Professor Orientador: **Prof. Dr Alexandre de Araújo Pereira**

Telefone: (31) 988668081

Email: alex68@uol.com.br

Pesquisador: **Dra Nayara Neves Mariano**

Telefone: (35) 99130 3000

Email: nayara.cardioped@gmail.com

13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Tel: (35) 3299-3137

Email: comitedeetica@unifenas.br

segunda à sexta-feira das 14:00h às 16:00h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Alfenas, ____ de _____ de _____

Assinatura Dactiloscópica

Voluntário

Representante Legal

Pesquisador Responsável

Voluntário	Representante Legal

APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**Roteiro de Entrevista Semiestruturada****ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS SOBRE A SUA FORMAÇÃO E ATUAÇÃO MÉDICA**

Entrevista nº _____

Data: ____/____/____

1. Nome: _____
2. Idade: _____

1ª PARTE: Caracterização individual

1. E mail: _____
2. Data de nascimento: _____
3. Sexo: MASCULINO? FEMININO? _____
4. Cor autodeclarada: _____
5. Classe social: _____
6. Ensino fundamental e/ou ensino médio realizado em Escola Pública: _____
7. Ano em que adquiriu a deficiência física: _____
8. Qual o tipo de sua deficiência? _____
9. Cidade onde mora atualmente: _____
10. Cidade onde trabalha atualmente: _____

2ª PARTE: Contexto Familiar

11. Constituição do seu núcleo familiar: _____
12. Sua família incentivou sua escolha de cursar Medicina? Como? _____
13. Em quais aspectos sua família foi importante durante a graduação de Medicina? _____

3ª PARTE: Período de Graduação em Medicina

14. Cidade onde cursou a Faculdade de Medicina: _____

15. Faculdade onde se formou: _____
16. Ano de início na Faculdade de Medicina: _____
17. Ano de conclusão da Graduação em Medicina: _____
18. Alguém lhe auxiliou durante seu percurso na graduação de Medicina?
19. Se positivo, quem e de que forma?
20. Durante a sua graduação você teve acesso a algum programa de auxílio à estudantes com necessidades educativas especiais oferecido pela Faculdade?
21. Durante a sua graduação você teve acesso a algum programa de auxílio à estudantes com necessidades educativas especiais oferecido pelo Governo?
22. A Faculdade em que se graduou possuiu adaptações para sua deficiência no ambiente físico? Quais?
23. A Faculdade em que se graduou possuiu estratégias pedagógicas adaptadas para sua deficiência? Quais?
24. Qual a maior dificuldade enfrentada em relação ao ambiente físico (locomoção) durante sua Graduação?
25. Qual o maior obstáculo enfrentado em relação ao processo de ensino – aprendizagem?
26. Qual a disciplina você teve maior dificuldade? Quais foram essas dificuldades?
27. Você acha que a sua deficiência o/a prejudicou em seu processo de aprendizagem durante sua Graduação em Medicina? Por que?
28. Se você pudesse, mudaria algo no processo de ensino – aprendizagem? O que?
29. Você acredita que sofreu preconceito durante sua Graduação? Se SIM, como e em que situações ele acontecia? Como?
30. Você acha que os professores da Faculdade estavam preparados para lidar com a sua deficiência? Por que?
31. O tratamento que seus professores dispensavam a você era diferente? Se SIM, como você percebia essa diferença? Como e em que situações ela aparecia? Como?

4ª PARTE: Período de Pós Graduação

32. Fez residência médica ou especialização? Quais?
33. Sua deficiência física influenciou na escolha de sua especialidade? Como ?
34. Qual a maior dificuldade encontrada durante a residência ou especialização?
35. A Instituição onde realizou sua residência ou especialização possuía adaptações no ambiente físico para o seu tipo de deficiência? Qual?

36. A Instituição onde realizou sua residência ou especialização possuía adaptações no processo ensino-aprendizagem? Qual?
37. Você acha que a sua deficiência prejudicou em seu processo de aprendizagem durante sua Residência ou Especialização? Como?
38. Quais os pontos, no seu ponto de vista, poderiam ser melhorados em sua Residência ou Especialização para que os alunos com algum tipo de deficiência física se sintam realmente incluídos?

5ª PARTE: Mercado de Trabalho

39. Atualmente, qual a sua área de trabalho?
40. Você teve alguma dificuldade de entrar no mercado de trabalho? Qual?
41. O seu local de trabalho possui adaptações? Quais?
42. Possui quais vínculos empregatícios: Público? Privado?
43. Qual a maior dificuldade encontrada no mercado de trabalho?
44. Você enfrenta alguma dificuldade com os pacientes por causa da sua deficiência? Se SIM, qual? Qual a maior dificuldade enfrentada com os pacientes?
45. Comparando sua remuneração financeira com a de outros profissionais da sua mesma área de atuação, você se sente prejudicado? Como?
46. Você acha que sofreu preconceito no Mercado de trabalho? Se SIM, como esse preconceito se deu? Você poderia relatar algum caso? Como?

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS PORTADORES DE NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS SOBRE A SUA FORMAÇÃO MÉDICA

Pesquisador: NAYARA NEVES MARIANO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 03141918.6.0000.5143

Instituição Proponente: Universidade José Rosário Vellano/UNIFENAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.037.879

Apresentação do Projeto:

Adequada

Objetivo da Pesquisa:

Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rodovia MG 179 km 0

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137

Fax: (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 3.037.879

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1259494.pdf	20/11/2018 19:33:44		Aceito
Folha de Rosto	Texto_folharosto.pdf	20/11/2018 19:19:12	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_brochura.docx	18/11/2018 21:53:01	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito
Cronograma	Texto_cronograma.docx	18/11/2018 21:50:44	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito
Orçamento	Texto_orcamento.docx	18/11/2018 21:40:11	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	texto_termo_anuencia.pdf	18/11/2018 21:31:56	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	texto_tcle.docx	18/11/2018 21:30:26	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito
Outros	texto_entrevista.docx	18/11/2018 21:30:06	NAYARA NEVES MARIANO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 26 de Novembro de 2018

Assinado por:
MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador(a))

Endereço: Rodovia MG 179 km 0
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br