
CAPÍTULO – II

REVISÃO DA LITERATURA

O Capítulo da Revisão da literatura contempla o enquadramento teórico e conceptual do estudo e analisa a literatura disponível sobre o mesmo. Este capítulo divide-se em seis partes fundamentais. Na primeira são abordadas as perspectivas sobre o conceito de deficiência, enquanto que na segunda parte, é feita uma resenha histórica da evolução cronológica dos programas para pessoas com deficiência. Na terceira parte faz-se referência à inclusão e às diferenças entre escola inclusiva e de integração. Na quarta e quinta parte deste capítulo, são abordadas as perspectivas e conceitos de atitude e as teorias de comportamento respectivamente. Na última parte deste capítulo, faz-se referência a estudos já realizados sobre esta temática.

2. DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE CIF

A Deficiência em geral não é um conhecimento do qual a Humanidade se possa orgulhar do ponto de vista dos Direitos Humanos. Na História, a atitude social mostra-se ambivalente, ora de rejeição e segregação (selecção ao nascimento; apedrejamento em hasta pública; institucionalização/prisão; esterilização/eutanásia; Holocausto), ora de protecção (pensamento misericordioso) e ainda de um proteccionismo religioso, face à deficiência.

Impedidas de exercerem a sua cidadania, as pessoas com deficiência foram condenadas à mais completa ignorância, propiciadora de desconhecimento sobre os direitos que lhes assistiam, e sujeitas à vontade e decisão das famílias, da sociedade e, dos legisladores que decidiam sobre a sua participação e, em última análise, sobre a sua própria vida.

As deficiências adquiridas na idade adulta resultantes das guerras, acidentes de trabalho e acidentes de viação deram origem à formação de grupos de pessoas conscientes dos direitos que lhes assistiam e da forma discriminadora como a sociedade se estruturava, sem considerar as suas especificidades e necessidades.

O desenvolvimento de uma terminologia formal relacionada à funcionalidade e à incapacidade constitui um desafio, especialmente devido à ambiguidade conceptual dentro deste campo. A Classificação Internacional e Funcionalidade (CIF) é uma grande fonte de termos relevantes, conceitos e relações necessárias para o desenvolvimento de terminologias formais, e assim oferece um importante ponto de partida neste desafio (Brunel, 2002).

Durante décadas foram disponibilizadas ferramentas úteis para colectar dados sobre causas de morte e formas de estimar a mortalidade da população. Embora as disciplinas da reabilitação tenham produzido inúmeros instrumentos de avaliação e medidas de qualidade de vida, faltava uma completa classificação que pudesse assegurar colecta de dados confiáveis e comparabilidade internacional. Esta foi a primeira motivação que levou ao desenvolvimento da CIF, que agora serve como modelo da OMS para saúde e incapacidade, como base conceptual para a definição, medidas e formulações da política para todos os aspectos da deficiência ou incapacidade (McDowell, 1996 e Bickenbach, 2003).

Ao construir as definições das categorias da CIF, foram consideradas características ideais das definições operacionais. São consideradas características ideais por terem um significado e consistência do ponto de vista lógico, identificando unicamente o conceito mencionado pela categoria; e serem exclusivas e precisas, apresentando as características ou qualidades essenciais do conceito e obedecendo às regras de taxionomia. Os termos utilizados devem ser neutros, sem conotações negativas. Cada definição contém, como também se observa na CID, notas de inclusão com sinónimos e exemplos, bem como notas de exclusão para alertar sobre possíveis confusões com termos relacionados (CIF, 2003).

A seguir são alistadas as definições dos componentes da CIF.

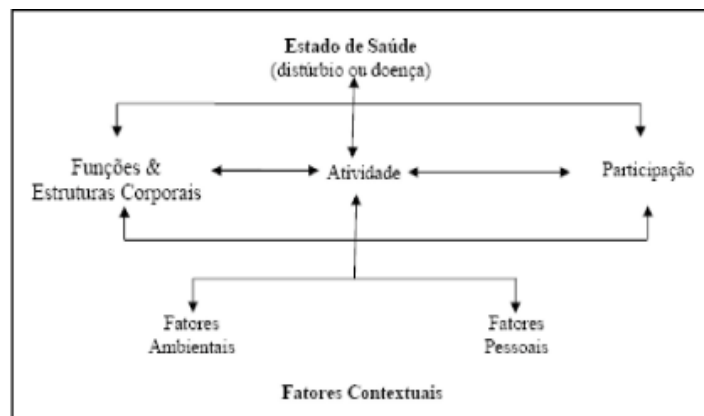
- Funções Corporais: são as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas do corpo.
- Estruturas Corporais: são as partes anatómicas do corpo tais como órgãos, membros e outros componentes.
- Deficiências: são problemas na função ou estrutura corporal, tais como um desvio ou perda significativos.
- Funcionalidade: refere-se a todas as funções do corpo e desempenho de tarefas ou acções como um termo genérico.

- Incapacidade: serve como um termo genérico para deficiências, limitações de actividades e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho. A CIF também alista factores ambientais que interagem todos estes construtos (Üstüm, 2002).

Na CIF, o termo deficiência corresponde, a alterações apenas no nível do corpo, enquanto o termo incapacidade seria bem mais abrangente, indicando os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e factores contextuais (factores ambientais ou pessoais), (CIF, 2003), ou seja, algo que envolva uma relação dinâmica. Um indivíduo pode apresentar uma deficiência (no nível do corpo) e não necessariamente viver qualquer tipo de incapacidade. De modo oposto, uma pessoa pode viver a incapacidade sem ter nenhuma deficiência, apenas em razão de estigma ou preconceito (barreira de atitude).

A CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde, trazendo uma visão diferente da saúde, que permite entender a condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos (Harris, 2003). Como classificação de saúde, a CIF introduz um novo modo de compreender a situação de saúde de indivíduos ou populações, mais dinâmico e mais complexo, compatível com o quadro multidimensional que envolve a experiência completa de saúde.

O modelo dinâmico da CIF é mostrado abaixo, na Figura 1, incluindo os factores contextuais.



Fonte: OMS, CIF, 2003

Figura 1 – Interações entre os componentes da CIF

Uma importante característica da abordagem que foi adoptada na CIF é a "universalização" do entendimento de deficiência ou incapacidade, pois reconhece a população inteira como sendo passível de apresentar uma doença crónica, deficiência ou incapacidade, como uma condição humana compartilhada (Brunel, 2002). O esquema da CIF não fornece limites para definir quem é deficiente e quem não é; em vez disso, ela reconhece aspectos e graus de deficiência ou incapacidade ao longo de toda a população.

2.1. EVOLUÇÃO CRONOLÓGICA DOS PROGRAMAS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

No ano de 1980 a Organização Mundial da Saúde criou a – “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (CIDID). O Ano Internacional das Pessoas com Deficiência (1981) e o Programa Mundial de Acção relativo às pessoas com deficiência constituíram um marco fundamental de consciencialização da sociedade para os direitos humanos das pessoas com deficiência. Em 1993, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovava as Regras Gerais sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência. Estas Regras “Têm implícito o firme compromisso moral e político dos Estados de adoptar medidas para conseguir a plena participação e a igualdade.” Em 1994 foi criada, a Declaração de Salamanca e o enquadramento para a acção na área das Necessidades Educativas Especiais. A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia consagra dois artigos às pessoas com deficiência: Artigo 21.º que integra a deficiência nos factores de não discriminação e Artigo 26.º -Integração das pessoas com deficiência. Em 27 de Novembro de 2000, o Conselho da União Europeia aprova a Directiva 2000/78/CE que estabelece um quadro geral de igualdade de tratamento no emprego e na actividade profissional.

É também aprovada em Novembro de 2001 a Directiva 2001/85/CE do Parlamento Europeu em que no seu Artigo 3.º determina: “Os veículos da classe I devem ser acessíveis às pessoas com mobilidade reduzida, incluindo os utilizadores de cadeiras de rodas...”

Dando corpo a uma antiga aspiração do movimento internacional das pessoas com deficiência, a Organização Mundial de Saúde, aprova em Maio de 2001, (resolução WHA54.21) a “International Classification of Functioning, Disabilities and Health”. O ano de 2003 é o Ano Europeu da pessoa com Deficiência.

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa consagra, desde 1976, um Artigo dedicado às pessoas com deficiência. Neste é afirmada não só a igualdade dos cidadãos com deficiência perante os direitos consagrados na Lei Fundamental como a obrigação do Estado em realizar uma política de reabilitação e em apoiar as organizações representativas dos cidadãos com deficiência. Em 1989, por pressão das ONG, é aprovada por unanimidade a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, revista em 2001. Em 2003 surge a versão oficial da OMS em língua portuguesa – “CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”.

Em 2006 – I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (Resolução do Conselho de Ministros nº 120/2006 de 21-09-2006).

No ano de 2008 – Lei nº3/2008 – Ensino Especial (em concordância com a CIF). A “International Classification of Functioning, Disabilities and Health”, (ICF), em Portugal é designada por “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” (CIF), tem como objectivo principal: proporcionar uma linguagem unificada e padronizada que sirva como quadro de referência para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, revogando o DL. 319/91.

2.2. MODELO MÉDICO/MODELO SOCIAL

O conceito de educação inclusiva insere-se na mudança do conceito de deficiência tradicionalmente existente, baseado num modelo médico e assente na ideia de que todos os problemas das pessoas com deficiência advêm, exclusivamente, da sua deficiência e que a sua participação na vida social depende, unicamente, do seu esforço de adaptação, para um modelo social em que se realça como causa decisiva desses problemas, a forma como a sociedade os encara.

2.2.1. Modelo Médico

A Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, publicada em 1980 define a Deficiência da seguinte forma: “perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, reflectindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.” Esta definição assenta essencialmente no Modelo Médico de deficiência. Este modelo baseia-se numa perspectiva da Integração ou seja a inserção da pessoa deficiente preparada para conviver na sociedade. O Modelo Médico está na base de uma construção social de uma imagem que tende a desvalorizar a pessoa com deficiência.

A Classificação Internacional do Funcionamento, deficiência e saúde (CIF) refere a este propósito: “No modelo médico, a deficiência é entendida como um problema da pessoa, consequência directa de uma doença, de um traumatismo ou de outro problema de saúde, que necessita de cuidados médicos fornecidos sob a forma de tratamento individual por profissionais. O tratamento da deficiência visa a cura ou a adaptação do indivíduo, ou a alteração do seu comportamento. Os cuidados médicos são entendidos como sendo a questão principal e, a nível político, a principal resposta consiste em modificar ou reformar as políticas de saúde.” (CIF-OMS, 2003).

Este conceito começou a sofrer profundas alterações impondo-se uma nova abordagem da deficiência. Em 1976, a UPIAS (União dos Fisicamente Disfuncionais contra a Segregação) elaborou um documento pedindo a formação de um grupo que desse voz aos propósitos das pessoas com deficiência. Isto levou à criação do Modelo Social da Deficiência.

2.2.2. O Modelo Social

No modelo social da deficiência, segundo a CIF (2003) “...a deficiência é entendida como sendo principalmente um problema criado pela sociedade e uma questão de inclusão completa dos indivíduos na sociedade. A deficiência não é um atributo da pessoa, mas uma consequência de um conjunto complexo de situações, das

quais um número razoável são criadas pelo meio ambiente social. Assim, a solução do problema exige que as medidas sejam tomadas em termos de acção social e, é responsabilidade colectiva da sociedade no seu conjunto, introduzir as mudanças ambientais necessárias para permitir às pessoas com deficiência, participarem plenamente em todos os aspectos da vida social. A questão é pois da ordem das atitudes ou ideologias; necessita de uma alteração social, o que, ao nível político se traduz em termos de direitos da pessoa humana. Segundo este modelo, a deficiência é uma questão política.”

Outra definição de deficiência que se adapta ao modelo social é a de Hughes, (2002): “Deficiência não é um problema médico ou um problema pessoal, mas um conjunto de barreiras físicas e sociais que constrange, regula e discrimina pessoas com incapacidades... A deficiência deve ser encarada não como um déficit corporal mas em termos do modo como as estruturas sociais excluem e oprimem as pessoas com deficiência ”

Desta forma, o modelo social assenta no reconhecimento de que a incapacidade não é inerente à pessoa, considerando-a como um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social, mudando o enfoque da anomalia ou deficiência para a diferença. Nesta perspectiva, está bem patente a valorização da responsabilidade colectiva no respeito pelos direitos humanos, na construção de uma “sociedade para todos” e no questionamento de modelos estigmatizantes ou pouco promotores da inclusão social. Este modelo baseia-se numa perspectiva da Inclusão ou seja, na modificação da sociedade como pré-requisito para que a pessoa com necessidades especiais possa desenvolver e exercer a sua cidadania.

2.3. INCLUSÃO

Para Rodrigues (2006) o conceito de inclusão no âmbito da Educação implica, antes de mais, rejeitar por princípio a exclusão, quer presencial quer académica, de qualquer aluno da comunidade escolar. A escola que pretende seguir uma política de Educação Inclusiva, desenvolve políticas, culturas e práticas que valorizam o contributo activo de cada aluno para a construção de um conhecimento construído e partilhado e desta forma atingir a qualidade académica e sócio cultural sem discriminação.

Wilson (2002) refere que documentos analisados sobre a inclusão em particular provenientes do *Center for Studies on Inclusive Education*, indicou que o que se entende por uma Escola Inclusiva pressupõe uma escola centrada na comunidade, livre de barreiras (desde as arquitectónicas às curriculares), promotora de colaboração e de equidade. Por outro lado, Hegarty (2003) ao confrontar os objectivos ambiciosos da Escola Inclusiva defende que o debate inclusão/segregação tem recebido um interesse excessivo e que é sobretudo necessário investir numa verdadeira “Educação para Todos”.

2.3.1. Objectivos da Escola Inclusiva

O princípio filosófico da Inclusão é definido pela metáfora do “caleidoscópio”, assim concebido: “o caleidoscópio precisa de todos os pedaços que o compõem. Quando se retiram pedaços dele, o desenho torna-se menos complexo, menos rico. As crianças desenvolvem-se, aprendem e evoluem em ambientes ricos e variados” (Mantoan, 1997).

A educação inclusiva caracteriza-se como um processo de incluir os portadores de necessidades educacionais especiais ou com distúrbios de aprendizagem na rede regular de ensino. A pedra angular da Educação Inclusiva, é garantir que o contacto quotidiano com outras formas de pensar e de agir, trará profundas alterações e mudanças, no pensamento social. Com efeito, o contacto que passamos a ter com outras formas de pensar e agir, nos colocam frente a mudanças e alterações no pensar da sociedade.

As escolas inclusivas devem atender a todos, a Declaração de Salamanca diz que: "O princípio fundamental das escolas inclusivas consiste em que todos os alunos devam aprender juntos sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. As escolas inclusivas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todos, através de currículos adequados, de uma boa organização escolar, de estratégias pedagógicas, de utilização de recursos e de uma cooperação com as respectivas comunidades, é preciso portanto, um conjunto de apoio de serviços para satisfazer o conjunto de necessidades especiais dentro da escola."

Rodrigues (2006) refere como objectivos da Escola Inclusiva a promoção e o desenvolvimento de projectos Educativos e Curriculares baseados na inclusão, na equidade e na convivência democrática, envolvendo os professores, os alunos, as famílias e a comunidade social em que a escola se insere; Procurar atingir uma educação que garanta simultaneamente os princípios da “equidade” e da “qualidade; Pretende-se no fundo, desenvolver uma escola para todos em que o sistema de apoios, sejam eles internos ou externos à escola, aumente a sua competência, para uma resposta eficaz, face à diversidade dos alunos; Potenciar os processos de ensino e de aprendizagem numa perspectiva activa, através da mobilização de todos os recursos da escola e da comunidade assim como as oportunidades oferecidas pelas tecnologias de informação e de comunicação; Promover a participação de todos os alunos nas actividades da sala de aula e do âmbito extra-escolar, de modo a que se tenha em conta o conhecimento e a experiência por estes adquiridos fora da escola.

2.3.2. Diferença entre Integração e Inclusão

Correia (2001) refere que a integração pressupõe uma “participação tutelada” numa estrutura com valores próprios e aos quais o aluno “integrado” se tem que adaptar. Rodrigues (2001, 2003) refere que, a Escola Inclusiva pressupõe uma participação plena numa estrutura em que os valores e as práticas são delineados tendo em conta todas as características, interesses, objectivos e direitos de todos os participantes no acto educativo.

Pelo facto de o movimento inclusivo se ter desenvolvido após o movimento integrativo e ter adaptado frequentemente os mesmos agentes e recursos, diz-se que a Inclusão é uma evolução ou mesmo um novo nome da Integração. Para Rodrigues (2006) a “Inclusão não é, a nosso ver, uma evolução da Integração. Isto por três razões principais”: Em primeiro lugar a Integração deixou intocáveis os valores menos inclusivos da escola. A Integração criou frequentemente uma escola especial paralela à escola regular em que os alunos que tinham a categoria de “deficientes” tinham condições especiais de frequência: aulas suplementares, apoio educativo, possibilidade de estender o plano escolar de um ano em vários, condições especiais de avaliação, etc.

Em segundo lugar, a escola Integrativa separava os alunos em dois tipos: “os “normais” e os “deficientes”. Para os alunos “normais”, era mantida a sua lógica

curricular, os mesmos valores e práticas; para os “deficientes” seleccionava condições especiais de apoio ainda que os aspectos centrais do currículo continuassem inalterados” (Rodrigues 2006). A escola Integrativa fazia a diferença só quando ela assumia o carácter de uma deficiência e, neste aspecto encontrava-se bem longe de uma concepção inclusiva.

Em terceiro lugar, o papel do aluno com deficiência na escola integrativa foi sempre condicionado. “Era implícito ao processo que o aluno só se poderia manter na escola enquanto o seu comportamento e aproveitamento fossem adequados. Caso contrário poderia sempre ser “devolvido” à escola especial. Assim o aluno com dificuldades não era um membro de pleno direito da escola mas tão só uma benesse que a escola condicionalmente lhe outorgava” (Rodrigues 2006).

Assim, quando se fala de Escola Integrativa trata-se de uma escola em tudo semelhante a uma escola tradicional, em que os alunos com deficiência recebiam um tratamento especial. A perspectiva da Escola Inclusiva é sim, bem oposta à da Escola Tradicional e Integrativa ao promover uma escola de sucesso para todos e ao encarar os alunos como todos diferentes e necessitados de uma pedagogia diferenciada (Perrenoud, 1996) e cumprindo o direito à plena participação de todos os alunos na escola regular.

O conceito de educação inclusiva pode ser definido como “o desenvolvimento de uma educação apropriada e de alta qualidade para alunos com necessidades especiais na escola regular” (Hegarty, 1994).

Para Rodrigues (2000), este conceito é simultaneamente muito simples e muito radical. A sua radicalidade situa-se na “educação apropriada e de alta qualidade” e nos alunos com “necessidades educativas especiais”. Deste modo e, no seguimento dos motivos que conduziram à sua obrigatoriedade e universalidade, a educação não é já só para alunos com condições de deficiência encontradas numa lógica médico-psicológica, mas para alunos com qualquer necessidade especial.

Na escola tradicional, a diferença é proscrita e remetida para as “escolas especiais”. A escola integrativa procura responder à diferença desde que ela seja legitimada por um parecer médico-psicológico, ou seja, desde que essa diferença seja uma deficiência. A escola inclusiva procura responder, de forma apropriada e com alta qualidade, não só à deficiência mas a todas as formas de diferença dos alunos (culturais, étnicas, etc.).

Desta forma, a educação inclusiva recusa a segregação e pretende que a escola não seja só universal no acesso mas também no sucesso (Rodrigues, 2000).

2.3.3. A Escola Inclusiva em Portugal

Na década de 60, a Segurança Social foi a responsável pela criação de centros de educação especial, pelo desenvolvimento de estratégias de apoio financeiro às instituições privadas e também pela realização dos primeiros programas de formação especializada de professores. Às crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais era-lhes reconhecido o direito à educação especializada e à reabilitação, processada em estruturas específicas, com a intervenção de professores e técnicos devidamente habilitados. Paralelamente à criação dos centros de educação especial, foram-se disseminando classes especiais, que funcionavam nas escolas primárias oficiais, destinadas aos alunos que apresentavam dificuldades de aprendizagem ou repetido insucesso escolar.

Em 1976 são criadas as Equipas de Ensino Especial que têm como objectivo promover a integração familiar, escolar e social das crianças e jovens com deficiência, estabelecendo elos de ligação entre a educação especial e a escola regular. Mas só em 1988 estas equipas, que passam a designar-se como Equipas de Educação Especial, são legalmente reconhecidas, definindo-se que no âmbito das suas atribuições, devem contribuir para o despiste, a observação e o encaminhamento de crianças e jovens com necessidades educativas especiais, decorrentes de problemas físicos ou psíquicos, desenvolvendo o atendimento directo em moldes adequados.

Durante os primeiros anos da década de 80, o atendimento prestado pelas Equipas de Ensino Especial, dirigia-se apenas aos alunos portadores de deficiências sensoriais ou motoras, mas com capacidade para acompanhar os currículos escolares. Para a grande maioria da população deficiente em idade escolar – os alunos com deficiência intelectual o único recurso consistia em escolas especiais, continuando o atendimento a esta população a ser partilhado entre o Ministério dos Assuntos Sociais e o Ministério da Educação.

Mais recentemente, as concepções que norteiam a Reforma do Sistema Educativo, nomeadamente as medidas tendentes a reforçar a autonomia da escola, a interdisciplinaridade e os novos planos curriculares, bem como a actual legislação, têm

contribuído para uma abertura do espaço escolar a todas as crianças, incluindo as que apresentam necessidades educativas especiais. Estas novas orientações lançam aos professores o enorme desafio que consiste em romper com todas as formas de exclusão escolar implicando-os directamente na construção de uma nova escola, isto é, uma escola inclusiva “onde todos os alunos devem aprender juntos independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentam” (Declaração de Salamanca, 1994).

2.3.4. Possibilidades para a Inclusão na Área da Educação Física

A Educação Física como disciplina curricular não pode ficar indiferente ou neutra face a este movimento de Educação Inclusiva. Fazendo parte integrante do currículo oferecido pela escola, esta disciplina pode-se constituir como um adjuvante ou um obstáculo adicional a que a escola seja (ou se torne) mais inclusiva (Rodrigues, 2003).

A Educação Física escolar com diz Caputo (1998), partindo do princípio de adequação à criança, deve favorecer à mesma, um pleno desenvolvimento de acordo com a sua necessidades e a sua capacidade de aquisição de movimento, pois parte do princípio que elas têm necessidades naturais de movimento. Então o professor não pode dispensar a oportunidade destes alunos participarem na aula, pois mesmo apresente uma deficiência física, mental, auditivo, visual e até mesmo apresentando condutas típicas (os portadores de síndromes, quadro psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos) eles têm necessidade de realizar actividades que desenvolvam a sua relação social, motora e afectiva.

Cruz (1999), diz que o aluno com Necessidades Educativas Especiais, necessita tanto de actividades especializadas quanto o aluno considerado “normal”. Um bom trabalho na área de educação ajuda o aluno a amenizar as suas frustrações. O profissional que opta por desenvolver um trabalho assim, deverá ter acima de tudo, boa formação teórica, um conhecimento amplo na área de Educação Especial e de Educação Física. Desta forma a Educação Física poderá ter um papel facilitador da inclusão de pessoas portadoras de necessidades educativas especiais.

Não são poucos os estudos que têm evidenciado a existência de ganhos consideráveis nas propostas de inclusão nas aulas de educação física, quando existe de facto uma predisposição dos grupos em receber a criança ou jovem com necessidade

especial (Obrusníkova, Válkova & Block, 2003). Ressalva-se como muito útil, o esclarecimento desses grupos, que assume um papel fundamental para a geração de uma atitude inclusiva.

Indiscutivelmente, uma das alternativas para as propostas de inclusão corresponde aos projectos de inclusão às avessas. Em outras palavras, gradualmente a escola especial pode ampliar seus espaços de convivência, para o seu meio externo. Por meio das aulas de educação física nas escolas especiais, encontra-se um campo fértil para a abertura das escolas especiais à comunidade e para o cultivo de espaços para uma política de inclusão (Winnick, 2004).

Indivíduos com Necessidades Educativas Especiais, marcados, muitas vezes, por restrições estruturais e funcionais podem encontrar dificuldades em apresentar os padrões de movimento típicos de indivíduos normais. Na busca de interagir no seu ambiente, esses indivíduos, em algumas ocasiões empregam estratégias motoras não usuais. São várias as ocasiões em que essas estratégias reflectem um dinamismo no seu comportamento motor. Esses meios alternativos reflectem uma propriedade presente no comportamento motor do ser humano denominado de equivalência motora (Manoel, 1996).

A valorização desses meios alternativos tende a elevar a auto-estima e a aprimorar a competência motora do aprendiz. Quando o processo de avaliação também leva em consideração parâmetros desta natureza a relação "normal" e "deficiente" modifica-se, incitando um repensar sobre conceitos como aptidão e capacidade (Gimenez, 2000).

Cabe destacar o inquestionável papel do grupo que acolherá a criança com necessidades especiais. Para tal, não se encerra em palestras e discussões isoladas o esclarecimento dos integrantes desse grupo. Esta questão deve, gradualmente, compor o rol de actividades do quotidiano escolar e das aulas de Educação Física. Os próprios Parâmetros Curriculares Nacionais integram a importância de se focarem nesses aspectos do projecto educacional na perspectiva de temas transversais (Parâmetros Curriculares Nacionais Da Educação Física, 1999).

Reid (2000), por exemplo, sugere que essa preparação deva acontecer no âmbito do próprio curso de graduação em Educação Física. Mais especificamente isso aconteceria por meio de: cursos únicos de Educação Física adaptada; estágios e experiências práticas; cursos de especialização ou infusão. Em particular essa última

modalidade corresponde à discussão de conceitos e a caracterização de várias deficiências no âmbito de todo um curso de graduação e de forma diluída entre as várias disciplinas.

Por outro lado, Cruz & Ferreira (2005) sugere que essa formação não se encerra no contexto da graduação ou dos cursos de especialização, mas advém, sobretudo da experiência quotidiana, o que corresponde a uma construção diária.

Contudo, cabe destacar também que, a possibilidade de troca entre diferentes áreas somente acontece quando os diferentes profissionais têm algo a oferecer ao grupo. Nesse sentido, urge para a área da Educação Física, conquistas no plano conceptual, no entendimento mais aprofundado de cada deficiência e do ser humano de modo geral, bem como, o estabelecimento de uma própria identidade para a sua área de intervenção. Em outras palavras, a superação desses desafios dependem fundamentalmente de uma atitude interdisciplinar.

2.4. ATITUDE

Ao nível da linguagem do senso comum, confunde-se atitude com comportamento. A atitude é uma tendência para responder a um objecto social situação, pessoa, acontecimento – de modo favorável ou desfavorável. A atitude não é, portanto, um comportamento mas uma predisposição, uma tendência relativamente estável para uma pessoa se comportar de determinada maneira (Nunes, 2007).

As atitudes não são directamente observáveis, mas a partir de uma atitude podemos prever um comportamento. Assim, se soubermos que um professor de educação física tem uma atitude negativa face à inclusão de alunos com deficiência intelectual, podemos prever o seu comportamento, face à inclusão de alunos com estas dificuldades.

2.4.1. Definição

O conceito de atitude permite identificar o posicionamento de um indivíduo face à realidade social, ou seja, a sua predisposição para responder a um objecto, pessoa ou situação de uma forma positiva ou negativa. Parece ser assim uma ideia ou tendência

para responder perante determinadas situações. O termo atitude evoca uma linguagem comum, uma maneira de sentir e de uma certa forma, uma opinião assumida em determinadas circunstâncias (Lima, 1993).

Atitude pode ser também definida, segundo Krech et al (1969), como “uma organização duradoura de avaliações, positivas ou negativas, sentimentos emocionais e tendências de acção, favoráveis ou desfavoráveis, com relação a objectos sociais”. As atitudes referem-se a experiências subjectivas, expressam o posicionamento de um indivíduo ou de um grupo, construído a partir da sua história e, portanto, com um carácter aprendido. Assim, Vian et al. (1973) acreditam que “atitude é uma maneira organizada e coerente de pensar, sentir e reagir em relação a pessoas, grupos, questões sociais ou, mais genericamente, a qualquer acontecimento ocorrido no nosso meio circundante”.

Segundo a definição de Azjen (1988), na qual se baseia o nosso questionário, “atitude é uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento”.

A partir da compilação de uma série de definições, Rodrigues (1996), classifica atitude como “uma organização duradoura de crenças e cognições, em geral dotada de carga pró ou contra um objecto social definido, que predispõe a uma acção coerente com as cognições e afectos relativos a esse objecto” e resgata as seguintes definições tidas como clássicas: “uma resposta afectiva, relativamente estável, a um objecto”.

Verdugo (1995) apresenta-nos uma definição de atitude que engloba as suas diferentes componentes descrevendo-a como “uma ideia carregada de emoção que predispõe a um conjunto de acções face a um determinado tipo de situações sociais.” Nesta definição encontram-se as três componentes da atitude: a ideia - componente cognitiva; a emoção - componente afectiva; a predisposição para a acção - componente comportamental.

Mais especificamente considera:

- 1 - A componente cognitiva refere-se ao conjunto de pensamentos, ideias, crenças, opiniões ou percepções acerca do objecto, que se encontram representadas na memória dos indivíduos e onde é possível distinguir antecedentes e consequentes cognitivos;
- 2 - A componente afectiva relaciona-se com as emoções e sentimentos na presença de um objecto e que levam o sujeito a aproximar-se (se positivos) ou a afastar-se (se negativos). Está ligada às necessidades e motivações;

3 - A componente comportamental traduz-se nas reacções de um sujeito relativamente ao objecto da atitude (Verdugo, 1995).

Embora se fale de estabilidade é necessário contudo relativizar esta característica, visto que a atitude é susceptível de mudança, denotando-se no entanto, frequentemente, resistências. As atitudes formam-se cedo no indivíduo e desenvolvem-se, gradualmente, pela experiência e pela aprendizagem, sendo frequentemente a consequência de interacções ou de experiências anteriores. As atitudes e as crenças exprimem percepções e pensamentos e funcionam como filtros na interpretação da realidade, podendo influenciar comportamentos (Malouf & Schiller, 1995).

Para Triandis (1974) e Rodrigues (1984), a presença do componente cognitivo e afectivo não garante a ocorrência da componente comportamental. Rodrigues refere, que as três componentes devem ser internamente consistentes, entretanto, às vezes surgem certas inconsistências entre atitudes e comportamentos expressos pelas pessoas (Rivoire, 2006).

Segundo Triandis (1974) seria ingénuo, no entanto, “chegar a conclusão de que não existe uma relação entre a atitude e o comportamento”. O que esse autor sugere é que é necessário compreender que “as atitudes implicam o que nós pensamos de, sentimos a respeito de, e como gostaríamos de nos comportar em relação a um objecto da atitude”. Assim, o comportamento não é só determinado pelo que as pessoas gostariam de fazer, como também pelo que elas pensam que devem fazer, pelo que geralmente têm feito, ou seja, com os seus hábitos e pelas consequências que imaginam que virão a partir dos seus comportamentos.

2.4.2. Teorias

As teorias são um conjunto de factos, ideais inter-relacionadas que influenciam, de forma frequente o comportamento. Neste sentido vamos realizar uma abordagem às teorias da Psicologia Social, que de certa forma nos explicam as mudanças de atitudes e prenúncio do comportamento, que estão na base do desenvolvimento da nossa pesquisa/do instrumento de avaliação por nós utilizado.

2.4.2.1. Teoria da Acção Reflectida

Segundo a teoria de Fishbein & Ajzen (1980) denominada de Teoria da Acção Reflectida, a atitude junto a um objecto pode ser mensurada como a soma do conjunto de crenças sobre os atributos dos objectos, ponderada pela avaliação desses atributos.

O principal objectivo desta teoria, é vaticinar e perceber o comportamento individual. Identificar e medir o comportamento de interesse (Ajzen, 1988; Ajzen & Fishbein, 1980). Para vaticinar um comportamento específico, temos que ter acesso de forma igual, a intenções específicas, e estas não põem ter mudado no intervalo de tempo em que foi conjecturada e o tempo em que foi observado o comportamento (Ajzen & Madden, 2005). Depois de o comportamento estar completamente definido, é possível perguntar o que determina o comportamento. Fishbein e Ajzen assumem que a maioria das acções de relevo social estão sobre o controlo voluntário.

Interessa perceber quais as causas que antecedem esse comportamento voluntário (Ajzen, 1988). O passo seguinte, passa pela identificação das determinantes das intenções comportamentais. (Ajzen, 1985, 1988; Ajzen & Fishbein, 1980).

A Teoria da Acção Reflectida explica, de uma forma matemática, a relação entre crenças, atitudes e comportamentos. Esta teoria é bastante misteriosa, na medida em que os seus autores defendem que a maioria dos comportamentos humanos pode ser predita quase exclusivamente nos termos das crenças individuais e atitudes (Pety & Cacioppo, 1981).

Segundo esta teoria, as atitudes são funções das crenças. Uma pessoa que acredita que colocando em prática um determinado comportamento este conduzirá, sobretudo, a resultados positivos. Assim sendo, adoptará uma atitude favorável face ao desempenho do comportamento. Por outro lado uma pessoa que acredita que colocando em prática um determinado tipo de comportamento conduzirá, sobretudo, a resultados negativos, terá um comportamento desfavorável face ao mesmo (Ajzen, 1988; Ajzen & Fishbein, 1980; Bamberg, Ajzen & Schmidt, 2003).

Ajzen e Fishbein apesar de reconhecerem a importância de factores como as características demográficas, traços de personalidade, entre outros, referem que estes não fazem parte integral da sua teoria mas, em vez disso, são consideradas variáveis externas. Estas podem ter influência nas crenças que um indivíduo preserva. Então, não existe necessariamente relação entre uma qualquer variável externa e o comportamento.

Uma variável externa terá efeito no comportamento, na medida em que afecta as determinantes do comportamento. (Ajzen & Fishbein, 1980).

2.4.2.2. Teoria do Comportamento Planeado

A teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1985) desenvolveu-se a partir da teoria da acção reflectida (Ajzen & Fishbein, 1980), à qual foi adicionado o conceito de percepção de controlo do comportamento.

A teoria da acção reflectida foi desenvolvida para explicar comportamentos motivados, que dependem da vontade do indivíduo. No que concerne ao exercício físico, o comportamento é determinado pelas próprias intenções de desempenhar ou não o exercício. Assim, as intenções são o factor imediato e único do comportamento nesta teoria. Por sua vez, os determinantes das intenções são as atitudes acerca do exercício e a influência das forças normativas sociais (Culos-Reed, 2001).

O reconhecimento de que as intenções não levam ao comportamento quando existe incapacidade de desempenho, barreiras situacionais ou incerteza das próprias intenções (Matos & Sardinha, 1999) permitiu o desenvolvimento da teoria do comportamento planeado. De facto, a percepção de controlo do comportamento, para além das intenções, como mais um factor previsto do comportamento, permite incluir no modelo os comportamentos não motivados, ou seja, aqueles que não dependem da vontade própria.

Este facto é importante porque estende a aplicabilidade da teoria para além do comportamento facilmente executável (comportamento motivado), aplicando-se, também, a comportamentos e objectivos complexos que dependem do desempenho de uma série complexa de outros comportamentos, mas que são consideravelmente importantes em termos de resultados para a saúde, por exemplo: deixar de fumar, aderir a uma alimentação saudável e aderir a uma vida mais activa, abandonando hábitos sedentários (Conner & Spark, 1996).

Estabelece-se, assim, a hipótese de que existe uma ligação directa entre a percepção de controlo do comportamento e os comportamentos não motivados, tal como o exercício onde o indivíduo, independentemente da sua intenção, pode enfrentar limitações reais ou percebidas para aderir à actividade física (Culos-Reed, 2001).

A teoria do comportamento planeado propõe que a intenção de uma pessoa para executar um comportamento é o determinante fundamental desse comportamento, porque reflecte o nível de motivação da pessoa e a prontidão para implementar esforços no desempenho do comportamento (Courneya et al. 2000; Conner & Spark, 1996).

A intenção, por sua vez, é determinada pela atitude, pela norma subjectiva e pela percepção de controlo do comportamento.

A atitude reflecte-se numa avaliação positiva ou negativa do comportamento executado; a norma subjectiva reflecte a percepção da pressão social que os indivíduos podem sentir para executar ou não o comportamento; a percepção de controlo do comportamento é definida como a percepção da facilidade ou dificuldade em executar o comportamento, e que, também, pode influenciar directamente o comportamento se isso for a reflexão exacta do actual controlo da pessoa sobre o comportamento (Courneya et al. 2000). Este conceito é semelhante ao conceito de percepção de auto-eficácia de Bandura (1977), que consiste na crença pessoal nas capacidades para desempenhar um determinado comportamento, e atingir determinado resultado (Culos-Reed, 2001).

A atitude é a percepção que o indivíduo tem sobre as vantagens e desvantagens, as consequências e importância das consequências em relação ao comportamento em causa (Matos & Sardinha, 1999). É, assim, determinada por crenças salientes em relação ao comportamento - crenças comportamentais -, e pela avaliação pessoal das consequências desse comportamento - avaliação das consequências - (Calmeiro & Matos, 2004).

De outra forma, podemos dizer que as atitudes são função de crenças sobre a percepção das consequências em desempenhar um comportamento e a avaliação pessoal dessas consequências (Culos-Reed, 2001). Por exemplo, um indivíduo que pratica actividade física regularmente pode acreditar que o exercício é importante para se manter saudável (crença no comportamento) e, por outro lado, valorizar muito esse estilo de vida (avaliação das consequências). Estas crenças podem ser adquiridas, directamente, através da experiência pessoal ou, indirectamente, através da interacção com os outros (família, pares, escola, comunidade, meios de comunicação, etc.).

A norma subjectiva consiste na percepção do indivíduo acerca das influências sociais. É determinada pelas crenças normativas do indivíduo, isto é, a percepção do que os outros significativos pensam acerca do que o indivíduo deve ou não deve fazer e, por outro lado, pela motivação que o indivíduo tem para corresponder às expectativas

desses significativos (Calmeiro & Matos, 2004). Representa, no fundo, a pressão para a adesão ao comportamento por parte dos outros significativos, sendo função da percepção das expectativas dos outros significativos (crenças normativas) e da motivação para cumprir essas expectativas (motivação para agir) (Culos-Reed, 2001). Por exemplo, se o indivíduo acredita que a sua mulher quer que ele se mantenha activo e valoriza a opinião dela, as suas normas subjectivas para o exercício serão elevadas, o que irá influenciar positivamente as suas intenções.

A percepção de controlo do comportamento é determinada por dois factores: as crenças de controlo, que constituem as percepções dos recursos e oportunidades de realização do comportamento e as percepções acerca das barreiras previstas, por um lado; e o poder de controlo, que consiste na percepção de domínio que o indivíduo exerce sobre as crenças de controlo (Calmeiro & Matos, 2004). Deste modo, “cada crença de controlo é atenuada por uma correspondente medida de percepção de poder” (Calmeiro & Matos, 2004, p.142).

Deste modo, pode-se afirmar que quanto mais favoráveis forem as atitudes e as normas subjectivas em relação a um comportamento, e quanto maior for a percepção de controlo desse comportamento, mais forte será a intenção da pessoa para realizar esse comportamento Ajzen (1991). Por outro lado, as pessoas que acreditam não ter recursos ou oportunidades para realizar um determinado comportamento têm menor probabilidade de formar intenções comportamentais para a sua realização, independentemente de manterem atitudes favoráveis em relação ao comportamento e acreditarem que os outros significativos aprovariam a realização desse comportamento. Para além deste efeito indirecto da percepção de controlo do comportamento sobre o comportamento (via intenção), a teoria do comportamento planeado sugere também a possibilidade de um efeito directo. No entanto, Ajzen (1991) salvaguarda que este efeito só ocorre quando a percepção de controlo do comportamento reflecte com precisão o controlo real sobre a realização do comportamento.

Um exemplo prático aplicado ao comportamento de actividade física pode ser um adolescente que considera que a prática de actividade física é efectivamente benéfica, não só como forma de perder algum peso, mas também como forma de obter a condição física suficiente (atitude). Os pais e os amigos são unânimes na opinião de que a prática de alguma actividade física, para além das aulas de educação física, será benéfica e profícua (norma subjectiva). Contudo, o adolescente apresenta uma baixa

percepção da sua competência para praticar actividade física no ginásio mais próximo, pois os tipos de actividade existentes não são aqueles para que se sente mais capacitado (percepção de controlo do comportamento). Por este motivo, o adolescente tem uma baixa intenção para praticar actividade física, apesar de apresentar atitudes e normas subjectivas favoráveis.

De acordo com Conner e Spark (1996) a percepção de controlo do comportamento é ainda influenciada por factores de controlo interno (inerentes ao próprio indivíduo), e factores de controlo externo (dependentes da situação).

Os factores internos envolvem, por um lado, informação sobre o comportamento e competências para a sua realização, e por outro, as emoções, o stress e compulsões. Para modificar o primeiro grupo de factores, podemos servir da experiência, da aquisição de informação e da aprendizagem das competências necessárias, aumentando, assim, o grau de controlo. Modificar o segundo grupo de factores revela-se mais difícil, pois um indivíduo que está sobre pressão emocional não tem qualquer controlo sobre o seu comportamento, não sendo, por isso, responsável por este (Conner & Spark, 1996).

Os factores externos podem também ser agrupados em dois grupos: oportunidades e dependência de outros. No primeiro caso, se a oportunidade é decisiva para a realização de um comportamento, a falta de oportunidades indica a existência de um obstáculo directamente envolvido à sua execução, e que poderá alterar a intenção de o executar. A dependência dos outros influencia na medida em que o indivíduo necessita que o outro esteja disposto a colaborar para a realização do comportamento (Conner & Spark, 1996).

É neste sentido que Ajzen (1988) salienta que a maioria dos comportamentos se situa entre dois extremos opostos que representam a percepção de controlo do comportamento, ou seja, entre a facilidade e dificuldade em realizar o comportamento (Conner & Spark, 1996).

Num extremo situam-se os comportamentos “fáceis” de realizar e, por isso, com escassos problemas de controlo. No outro extremo estão os comportamentos “difíceis” de realizar, e sobre os quais se tem pouco controlo, porque exigem recursos e capacidades especiais. Passear pela rua ou ver montras é, por exemplo, uma acção sem problema de controlo, mas adoptar um regime de actividade física regular quando se é sedentário, deixar de fumar ou de beber, são acções que colocam muitos problemas de controlo. É por esta razão que as pessoas provavelmente aderem mais a

comportamentos agradáveis e desejáveis, sobre os quais têm controlo, e tendem a abandonar comportamentos sobre os quais o controlo é mais difícil (Conner & Spark, 1996).

2.4.2.3. Teoria da Dissonância Cognitiva

A Teoria da Dissonância Cognitiva foi desenvolvida por Leon Festinger a meio do século XX. Ele define a Dissonância como uma tensão entre o que uma pessoa pensa ou acredita e aquilo que faz. Quando alguém faz uma acção que está em desacordo com aquilo que pensa, gera-se essa tensão e mecanismos psíquicos para repor a consonância são prontamente activados. Das duas uma, ou aquilo que sabemos ou pensamos se adapta ao nosso comportamento, ou o comportamento adapta-se ao nosso conhecimento. Festinger (1957) considerava que a necessidade de se esquivar da dissonância é tão importante como as necessidades de segurança ou da alimentação.

Ainda mais, Festinger (1964) descobriu que forçar alguém a fazer algo contra aquilo em que acredita, pode ser suficiente para levar a pessoa a mudar a sua opinião. Se por exemplo conseguirmos levar alguém a fazer um discurso em que defende alguma coisa contrária aquilo em que essa pessoa acredita, pode ser suficiente para levar a pessoa a mudar a sua opinião para ficar de acordo com o seu comportamento.

Uma forma de reduzir a dissonância é fazer self-disclosures selectivos (uma exposição selectiva de nós mesmos). Nós seleccionamos a informação que lemos e vemos de acordo com o nosso conhecimento e as nossas crenças, seleccionamos pessoas que têm a ver connosco, etc. Basicamente, o processo de fazer amigos é uma forma de auto-propaganda para nos sentirmos em segurança (Festinger, 1964).

Dissonância cognitiva é uma teoria sobre a motivação humana que afirma ser psicologicamente desconfortável manter crenças contraditórias. A teoria prevê que a dissonância, por ser desagradável, motiva a pessoa a substituir sua crença, atitude ou comportamento. Foi explorada detalhadamente pela primeira vez pelo psicólogo social Leon Festinger, que assim a descreveu:

Dissonância e consonância são relações entre crenças, ou seja, entre opiniões, crenças, conhecimentos sobre o ambiente e conhecimentos sobre as próprias acções e sentimentos. Duas opiniões, ou crenças, ou itens de conhecimento são dissonantes entre si quando não se encaixam um com o outro, isto é, são incompatíveis. Ou quando,

considerando-se apenas os dois itens especificamente, um não decorrer do outro (Festinger, 1957).

Festinger argumenta que existem três maneiras de se lidar com a dissonância cognitiva, não os considerando mutuamente exclusivos.

Pode-se tentar substituir uma ou mais crenças, opiniões ou comportamentos envolvidos na dissonância; pode-se tentar adquirir novas informações ou crenças que irão aumentar a consonância existente, fazendo assim com que a dissonância total seja reduzida; pode-se tentar esquecer ou reduzir a importância daquelas cognições que mantêm um relacionamento dissonante (Festinger, 1957).

Por exemplo, as pessoas que fumam sabem que fumar é um mau hábito. Algumas justificam o seu comportamento olhando para o lado bom: dizem a si mesmas que fumar ajuda-as a manter o peso e que o excesso de peso representaria um perigo maior para a saúde do que o fumo. Outras param de fumar. A maioria de nós é inteligente o bastante para inventar hipóteses ou justificativas para salvar ideias que nos são caras. O fato de sermos levados a racionalizar por estarmos tentando reduzir ou eliminar a dissonância cognitiva não explica por que não podemos aplicar essa inteligência de uma forma mais competente (Hyman, 1999). Pessoas diferentes lidam com o desconforto psicológico de formas diferentes. Algumas dessas formas são claramente mais razoáveis que outras. Portanto, algumas pessoas reagem à dissonância com competência cognitiva, enquanto que outras respondem com incompetência.

A dissonância cognitiva já foi chamada de "o melhor amigo do controlador de mentes" (Levine, 2003). Assim mesmo, um exame superficial revela que não é ela, mas sim a forma como as pessoas lidam com ela, que seria objecto do interesse de um indivíduo que tentasse controlar os outros quando as evidências parecessem estar contra ele.

2.4.2.4. Teoria do Contacto

A teoria do contacto é uma das abordagens teóricas mais utilizadas para o estudo das atitudes dos profissionais e dos pares, em relação aos indivíduos com deficiência (Allport, 1954). O contacto entre membros de grupos diferentes permitiria aos indivíduos descobrirem que, afinal, têm mais semelhanças entre si do que inicialmente julgavam, nomeadamente, nos sentimentos, nos valores ou nas atitudes. Esta premissa,

segundo a teoria da atracção interpessoal, facilitaria a compreensão mútua, e poderia permitir, após repetidos contactos bem sucedidos, a criação de condições favoráveis à interacção cooperante.

Allport (1954), na sua obra «A Natureza do Preconceito», afirma que era necessário especificar em que condições o contacto facilitaria a percepção de semelhanças entre os membros de diferentes grupos. Para Allport, a teoria do contacto pressupõe a ideia de que o preconceito pode ser reduzido através de um igual tratamento no contacto entre grupos majoritários e minoritários no alcance de objectivos comuns.

Allport (1954), concebeu uma taxonomia dos factores a ter em consideração nos estudos a desenvolver com a teoria do contacto. Assim, para que haja um resultado positivo na eficácia do contacto na diminuição do preconceito, deverá ter-se em conta, para além de outros, os seguintes factores: conferir o mesmo estatuto aos diferentes indivíduos ou grupos, a obtenção de objectivos comuns, a cooperação interpessoal ou grupal e uma atmosfera social envolvente. Para o mesmo autor, a importância da igualdade de estatuto dos membros dos grupos, pode facilitar a atracção entre eles e reduzir os preconceitos mútuos negativos.

A teoria do contacto é utilizada não apenas para manter as pessoas unidas como também para a integração, que promove atitudes positivas, através de experiências planeadas de interacção e de um ambiente organizado (Sherrill, 1998). Para a mesma autora se for cuidadosamente estruturado e implementado, o contacto entre as pessoas pode reduzir o preconceito e os estereótipos. A teoria de contacto pressupõe que quando a população tem interacções directas, agradáveis, frequentes e significativas com indivíduos que tenham incapacidades se irá produzir uma mudança positiva de atitude.

No que diz respeito à cooperação interpessoal e a obtenção de objectivos comuns, Allport (1954) defendia o pressuposto teórico da hipótese do contacto que da importância da percepção de semelhança para facilitar a atracção decorria que o contacto se traduzisse numa tarefa de cooperação para atingir um objectivo comum. Colaborar com os outros para atingir uma mesma finalidade deveria facilitar o aumento de percepção de semelhanças entre os grupos.

Relativamente à atmosfera social envolvente, Allport (1954), citado por Monteiro (1997), preconiza que o preconceito pode ser reduzido através do contacto, em condições de igual estatuto entre grupos majoritários e minoritários que perseguem objectivos comuns. O efeito pode ser altamente potencializado se este contacto for

sancionado institucionalmente, quer pela Lei, pelos costumes ou pelo clima ambiental. Assim, para além da igualdade de estatuto e da cooperação na obtenção dos objectivos comuns as normas sociais externas reguladoras dos valores e das atitudes em relação ao outro grupo deveriam apoiar a redução do preconceito e fomentar as relações positivas entre grupos. A existência de normas ou de apoio social favorável ao contacto e á cooperação parece ser uma condição, se não necessária, pelo menos, facilitadora da redução do preconceito e discriminação; de qualquer modo, nunca suficiente para a garantir (Monteiro, 1997).

2.5. ESTUDOS REALIZADOS SOBRE ATITUDES DOS ALUNOS FACE À INCLUSÃO AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

A inclusão dos alunos com deficiência nas aulas de Educação Física tem que ter em conta as atitudes e intenções dos professores e dos alunos sem necessidades educativas especiais. A revisão da literatura sobre as atitudes dos alunos face à inclusão de indivíduos com deficiência nas aulas de Educação Física, permite-nos dividir a nossa temática em duas áreas, de acordo com a possibilidade de análise de diferentes variáveis:

- Variáveis relacionadas com os alunos sem deficiência: género; nível de ensino; contacto prévio com a deficiência; ser competitivo ou não competitivo;
- Variáveis relacionadas com a Mudança de Atitudes: verificada através da aplicação de um pré e pós-teste relativamente à intervenção.

Um estudo realizado por Tripp et al. (1995), comparou atitudes de dois grupos de alunos, com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos, em que um grupo teve um prévio contacto directo com alunos com Necessidades Educativas Especiais nas aulas de Educação Física e o outro não teve. Os resultados deste estudo mostram-nos que o contacto com alunos com Necessidades Educativas Especiais não influenciou significativamente as atitudes dos alunos sem Necessidades Educativas Especiais. Segundo Tripp et al. (1995), o facto de a turma ter um elevado número de alunos (45 alunos) e três alunos com Necessidades Educativas Especiais possuírem diferentes tipos de deficiência pode ter limitado a intensidade e qualidade do contacto de forma a produzir efeitos na mudança de atitude dos alunos. No entanto, verificou significância

nas variáveis “Género”, em que as raparigas apresentaram uma atitude mais positiva do que os rapazes. Para Tripp et al. (1995), o facto de ter havido um contacto com alunos com deficiência física na situação de aula de Educação Física pode ter desencadeado atitudes negativas, pelo facto de a sua participação nas actividades possa ter tornado mais lentas assim como ter diminuído a capacidade competitiva das equipas que integram alunos com deficiência física.

O estudo de Slininger et al. (2000), utilizou, um pré e pós-teste destinados a aferir os efeitos do contacto estruturado nas atitudes e intenções dos alunos face à inclusão de alunos com deficiência mental severa e com uso de cadeira de rodas. Os participantes pertenciam a três turmas regulares que foram seleccionadas aleatoriamente para três níveis de contacto nas actividades da aula de Educação Física: contacto estruturado; contacto não estruturado e sem contacto (turma de controlo). É de referir que todos os alunos receberam formação em deficiência e no uso de cadeira de rodas ainda antes do pré-teste e as actividades foram preparadas especificamente para serem de natureza cooperativa e facilitadoras de interacção. Na turma do contacto estruturado foram seleccionados dois alunos com a função de dar todo o apoio directo aos seus pares com deficiência encorajando e proporcionando a mobilidade dos mesmos. Na turma do contacto não estruturado, os alunos com deficiência foram incluídos apenas nas actividades de aquecimento sendo que nas restantes actividades ficavam junto das linhas laterais dos campos. Na turma sem contacto não foram incluídos alunos com deficiência. Os resultados mostraram que as atitudes foram mais positivas para as raparigas, mas as atitudes destas não sofreram mudanças durante a intervenção, enquanto as atitudes dos rapazes revelaram mudanças mais significativas entre o pré e o pós-teste, na turma do contacto estruturado. No entanto, as mudanças de atitude esperadas para a turma do contacto estruturado não ocorreram, mesmo após decorridas 20 sessões de jogos cooperativos. Slininger et al. (2000), refere que o facto de as turmas terem um elevado número de alunos, 37 a 49 alunos, pode ter limitado a intensidade e qualidade do contacto de forma a produzir efeitos na mudança de atitude dos alunos. Referem ainda que talvez uma formação e instrução mais intensa sobre como interagir, jogar, e apoiar os alunos com deficiência pode resultar em mais mudanças positivas de atitude. Slininger et al. (2000), realça ainda, que todos os alunos das três turmas já apresentavam atitudes positivas aquando da aplicação do pré-teste, e que tiveram formação prévia. Assim sendo, os resultados da intervenção não foram significativos,

no pós-teste pois os alunos sem deficiência já tinham atitudes positivas para com os alunos com deficiência.

No estudo realizado por Murata et al. (2000), que entrevistou 12 dos 22 alunos que tinham participado num estudo sobre o efeito da intervenção de técnicos especializados e pares tutores na inclusão de três alunos com múltiplas Necessidades Educativas Especiais na Educação Física Regular (Murata & Jansma, 1997). Os alunos que eram inicialmente negativistas em relação à inclusão viram esses sentimentos mudar, passando a ter frequentes interações e atitudes positivas para com os seus pares com Necessidades Educativas Especiais assim como começaram a apreciar e aceitar as diferenças individuais.

Block e Obrusnikova (2007), utilizaram uma metodologia com um grupo onde realizaram um pré e pós-teste, onde mediram as atitudes de 430 alunos de duas escolas básicas. O programa de intervenção consistiu em simulações de Deficiências, recriando situações de dificuldades de mobilidade, orientação, com os olhos vendados, deslocções em cadeira de rodas e utilizando a comunicação visual por sinais. Os resultados demonstraram mais uma vez que as atitudes positivas das raparigas foram estatisticamente significativas após a intervenção, enquanto os rapazes apresentaram alguma moderação mas não significativas.

Hutzler (2003), em estudos sobre atitudes de alunos face à inclusão de alunos com deficiência nas aulas de Educação Física, verificou que o facto de ser rapariga (Block, 1995; Tripp, French, & Sherrill, 1995; Woodward, 1995; Loovis & Loovis, 1997; Slininger, Sherrill, & Jankowski.,2000;),e o de se ter algum familiar ou amigo próximo com deficiência (Block, 1995), estão directamente relacionados com atitudes mais positivas face à inclusão de alunos com deficiência.

Mais recentemente, Hutzler e Levi (2008), realizaram um estudo com o intuito, de validar em Israel, uma versão do *Children's Attitude towards Inclusion in Physical Education* (CAIPE-R) (Block, 1995) e, de analisar as atitudes dos alunos face à inclusão de alunos com deficiência em diferentes contextos: aulas em geral; aula de Educação Física; actividade desportiva mais competitiva e simultaneamente analisar diferentes variáveis como: comparar atitudes de alunos participantes em actividades desportivas competitivas e alunos que não participam nessas actividades; comparar atitudes de alunos que tiveram contacto prévio com alguém com deficiência na escola, na aula de Educação Física ou têm algum familiar ou amigo com deficiência e aqueles que não

tiveram esse contacto. Os autores formaram a hipótese de que os alunos participantes no desporto competitivo terão atitudes menos positivas e os alunos que tiveram um contacto prévio com alguém com deficiência, terão atitudes mais positivas. Dos 120 alunos participantes, 25 participaram activamente em sessões específicas de Desporto e os restantes apenas nas aulas de Educação Física. Cinquenta e dois por cento dos estudantes afirmaram ter tido contacto prévio com alunos com alguma deficiência nas aulas de educação física, vinte por cento tiveram esse contacto na escola e trinta e oito por cento têm um membro da família com deficiência. Em termos de resultados, não foram encontradas diferenças de atitude entre os alunos que participaram nas aulas de Educação Física e os que participaram na actividade de Desporto. Os autores verificaram que os alunos que tiveram contacto prévio com alunos com deficiência exibiram menor atrito face à inclusão destes na aula de Educação Física. Entretanto, pelo contrário, esta variável (contacto prévio) não teve qualquer significância na actividade desportiva competitiva. De acordo com Hutzler e Levi (2008), estes resultados sugerem que não há correlação entre as atitudes na aula regular de Educação Física e as atitudes na actividade específica de Desporto.

Panagiotou et al. (2008), realizaram na Grécia um estudo onde tiveram como finalidade analisar o efeito de um programa de intervenção denominado de “Dia Escolar Paralímpico” (PSD) nas atitudes de alunos do 5º e 6º ano sem deficiência, assim como analisar o efeito da diferença de Género face à inclusão de alunos com deficiência nas aulas regulares de Educação Física. Participaram neste estudo 178 alunos, de três escolas urbanas de ensino regular, que foram divididos em dois grupos – 86 alunos no grupo experimental e 92 alunos no grupo de controlo. O grupo experimental participou no PSD enquanto que o grupo de controlo realizou o programa curricular normal de Educação Física. O PSD consistia na simulação de actividades desportivas adaptadas, incluindo jogos de cooperação não competitivos, materiais de divulgação e informação sobre os Jogos Paralímpicos, visualização de vídeos e contactos com atletas paralímpicos. Foi utilizado o questionário CAIPE-R (Block, 1995), tendo sido feita uma análise comparativa entre o pré e pós-teste, atendendo a duas subcategorias de atitudes: Gerais e Específicas-Desportivas. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental, no que diz respeito à subcategoria das Atitudes Gerais, não se verificando o mesmo nas questões relacionadas com Atitudes Específicas

Desportivas. Paralelamente não foram encontradas diferenças significativas quanto ao Género.

É de realçar que a intervenção do PSD já tinha sido realizada em seis países europeus. Na Bélgica e República Checa foram estudados mais detalhadamente os resultados obtidos usando a metodologia referida no estudo de Panagiotou et al. (2008). Na Bélgica, Van Biesen, Busciglio e Vanlandewijck (2006), verificaram que a implementação do PSD influenciou positivamente as atitudes dos alunos sem deficiência face à inclusão de alunos com deficiência nas aulas regulares de Educação Física. Apuraram também diferenças estatisticamente significativas quanto ao Género, sendo que as raparigas apresentaram mais mudanças positivas de atitude. Conferiram ainda correlação entre a competitividade e atitudes: quanto mais competitivos se afirmaram os alunos menos atitudes positivas demonstram. Por outro lado, a variável do prévio contacto com pessoas com deficiência não apresentou valores estatisticamente significativos. Também na República Checa, Ješina, et al, (2006), obtiveram resultados idênticos, confirmando uma mudança positiva nas atitudes dos alunos através de uma intervenção, que foi verificada entre o pré e o pós-teste.

Panagiotou et al. (2008), chegaram à conclusão de que os programas de intervenção influenciam positivamente a mudança de atitude dos alunos sem deficiência face à inclusão de alunos com deficiência. Estes autores consideram que não há suficientes estudos científicos que contribuam para uma implementação generalizada deste tipo de programas de intervenção nas escolas sendo por isso muito pertinente e urgente mais investigação neste domínio.

Assistimos hoje em dia, num contexto global, a mudanças rápidas, tão rápidas, que o que hoje é o último grito tecnológico e científico, está amanhã considerado como completamente obsoleto. Não obstante, a mudança faz-se quase sempre com resistência, face a uma realidade que sentimos segura, em relação a algo que não se domina ou que se desconhece.

Ao nível da mudança de atitudes, a resistência parece ser ainda maior, pois está relacionada com o espectro íntimo, algo que não se modifica por decreto.

Estes pressupostos, parecem-nos importantes, uma vez que a conclusão da revisão da literatura despoletou em nós a noção clara, de que o sucesso da inclusão de alunos com deficiência nas aulas regulares de Educação Física, está directamente

relacionado, com as atitudes dos alunos sem deficiência, face a esta realidade. Assim parece-nos óbvia a necessidade de se aprofundarem estudos nesse domínio. No decorrer da pesquisa bibliográfica da revisão tivemos oportunidade de fazer menção a alguns estudos internacionais que embora utilizando metodologias similares, na abordagem a esta questão, se diferenciavam ao nível da forma de intervenção.

Porém, não nos parece absolutamente conclusivo quando se analisam, as diferentes variáveis possíveis, apesar de alguns resultados reveladores de consistência interpretativa.

Face ao exposto, sentimos que a pertinência do presente estudo está justificada, pretendendo ser um móbil reflexivo sobre o presente e, vector de mudança consertada para o futuro, e espaço de articulação especializada (professores de Educação Física), apontando estratégias que melhorem a prática e se traduzam numa melhor prestação diária, no sentido de que a inclusão dos alunos com deficiência se faça naturalmente e com crescimento mútuo, entre os alunos/professores que estão a incluir alguém diferente, com uma realidade e condição diferentes porém com capacidades efectivas de saber estar e saber ser. Uma vez que melhor conhecimento, se traduzirá inequivocamente em formas de actuação, logo de inclusão.