

Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças com Deficiência na Escola Luz do Saber do Município de Várzea Grande – MT

Assessment of Quality of Life in Children with Disabilities in the School *Luz do Saber* in the Municipality of Varzea Grande – MT

Anáquea Laura Ferreira^a; Irany Dias de Oliveira^a; Viviane Aparecida Martins Mana Salicio^b; Marcos Adriano Salicio^b; Walkiria Shimoya-Bittencourt^{a*}

^aUniversidade de Cuiabá, Curso de Fisioterapia, MT, Brasil

^bCentro Universitário, Curso de Fisioterapia, MT, Brasil

*E-mail: wshimoya@yahoo.com.br

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida das crianças com deficiência que frequentam a Escola Estadual de Educação Especial “Luz do Saber”, situada no município de Várzea Grande-MT. O estudo realizado é de caráter transversal e analítico, no qual foram entrevistadas em outubro de 2009, 94 pessoas responsáveis pelos cuidados e educação das crianças. Dentre os entrevistados, 45 pessoas exerciam alguma função na instituição e 49 pessoas eram pais ou responsáveis. Para a coleta dos dados, utilizou-se o questionário genérico SF-36. Após o recolhimento dos questionários, os dados foram analisados utilizando-se o programa Excel 2007, sendo obtida, para cada domínio, a média, a mediana, a mínima, a máxima e o desvio padrão. Os melhores resultados estão relacionados à capacidade funcional (84,34), seguida pelos aspectos sociais (81,57) e aspectos emocionais (80,21), enquanto os piores resultados foram estado geral de saúde (62,82), seguido por vitalidade (66,53) e dor (70,79). A qualidade de vida é uma compreensão pessoal difícil de quantificar, e suas definições mudam de acordo com interesses individuais. O estado geral de saúde, a vitalidade e a dor são fatores potencialmente interferentes na qualidade de vida dos entrevistados.

Palavras-chaves: Deficiência. Cuidadores. Fisioterapia.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the quality of life in children with disabilities, attended the State School of Special Education “Luz do Saber” situated in the municipality of Varzea Grande – MT. It is a transversal study with analytic character carried out in October 2009, in which 94 individuals responsible for children’s education. Among them, 45 exerted some function in the institution, and 49 were parents or responsible for the children. The generic questionnaire SF-36 was used for data collection, and data were analyzed by Excel 2007, obtaining mean, median, minimum, maximum, and standard deviation for each domain. The best results are related to functional capacity (84.34), followed by social aspects (81.57) and emotional aspects (80.21). The worst results were general state of health (62.82), followed by vitality (66.53), and pain (70.79). Life quality is a difficult personal comprehension to quantify, and its definitions change according to individual interests. The general state of health, vitality, and pain are factors that interfere potentially in quality of life of the individuals.

Keywords: Disabled. Caregivers. Physical Therapy Specialty.

1 Introdução

Evidências científicas apontam que qualidade de vida afeta a saúde, que por sua vez influencia a vida do indivíduo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS, saúde é um termo empregado para descrever o estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente pela ausência de doença ou enfermidade. Qualidade de vida pode ser definida como a capacidade de percepção do indivíduo de sua posição social, cultural, seus valores, objetivos, padrões, preocupações e expectativas. Sendo assim, fica subentendido que a qualidade de vida é subjetiva, multidimensional e inclui elementos de avaliações tanto positivas quanto negativas e deve ser assegurada para todos os indivíduos (VAZ; OLIVEIRA, 2007).

Para assegurar igualdade de oportunidade para pessoa com deficiência a qualidade de vida não pode entendida de forma individual; trata-se de uma questão coletiva que deve ser vista de forma clara e as necessidades fundamentais e sociais devem ser levadas em consideração com responsabilidade, além do

campo de intervenção da saúde (FERNANDES; OLIVEIRA; FERNANDES, 2003; BRASIL, 2006).

O artigo 3º, em seu inciso primeiro, do Decreto nº 3.298/1999, considera deficiência a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999).

De acordo com artigo 4º da Lei complementar Nº 114 de 25 de novembro de 2002, a deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de plegias (ausência total de movimento), paresias (perda parcial de movimento), amputação ou ausência de um membro, deformidades congênitas ou adquiridas, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de atividades. A referida lei trata como deficiência mental o funcionamento intelectual significativamente inferior à média,

que se manifesta antes da fase adulta, causando limitações que interferem em pelo menos duas habilidades adaptativas aos cuidados pessoais, à saúde ou ao convívio social. Ainda existe a deficiência múltipla, que é caracterizada pela associação de duas ou mais deficiências (MATO GROSSO, 2002).

Segundo Tagliari, Tres e Oliveira (2006), os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE demonstram que o Brasil possui cerca de 26,5 milhões de pessoas com deficiência, sendo que 14% deste total possuem apenas deficiência física. Sendo a deficiência física entendida como o comprometimento da mobilidade, coordenação motora geral ou da fala, causado por lesões neurológicas, neuromusculares e ortopédicas ou, ainda, por má formação congênita ou adquirida.

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da educação nacional, lei 9394/96 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as bases de educação nacional no Capítulo 5º da educação especial, artigo 58 parágrafo § 2º, relata que o atendimento educacional ao portador de necessidade especial será feito em classes, escolas ou serviços especializados, em função das condições específicas dos alunos, se não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular (BRASIL, 1996).

A Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios no meio de transporte e de comunicação. Nesta mesma lei, define-se acessibilidade como possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários, e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes, dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2000).

Conforme o artigo 24, parágrafo § 5º do Decreto nº 3.298/1999, os estabelecimentos de ensino devem ser construídos ou reformados conforme as normas técnicas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, relativas à acessibilidade, para garantir acessibilidade dos alunos especiais às áreas administrativas, à prática esportiva, recreação, alimentação, salas de aula, laboratórios, bibliotecas, centros de leitura e demais ambientes pedagógicos (BRASIL, 1999).

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, no artigo 53, é direito de toda criança e adolescente portador de necessidades especiais o acesso e a permanência na educação pública e de qualidade, sendo que o artigo 54 do estatuto estabelece o dever do Estado no atendimento educacional especializado (BRASIL, 1990).

Recuperar a função e melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência física é importante além dos aspectos clínicos, pois os profissionais da saúde necessitam olhar para os pacientes como um todo, levando em consideração os aspectos psicossociais e suas adaptações. A convivência entre paciente e fisioterapeuta, além de proporcionar a reabilitação, faz com que os pacientes desenvolvam uma sensação de

confiança e segurança com o profissional. A fisioterapia é de extrema importância do ponto de vista motor, neurológico e respiratório, prevenindo deformidades e alterações respiratórias, melhorando assim, a qualidade de vida do paciente (FELÍCIO *et al.*, 2005; SOARES *et al.*, 2006).

A fisioterapia pode auxiliar através do desenvolvimento de programas de treinamento para capacitar o educador que trabalha com estudantes portadores de deficiência física, orientando quanto às técnicas de posicionamento e métodos que auxiliem na independência funcional da criança. Sendo assim, a qualidade de vida pode sempre fazer parte da rotina de avaliação do paciente portador de deficiência física, com o objetivo do profissional da saúde em alcançar a satisfação e a melhora da qualidade de vida do indivíduo (TAGLIARI, TRÊS, OLIVEIRA, 2006; VIDO, FERNANDES, 2009).

Tagliari, Tres e Oliveira (2006) consideram o papel do fisioterapeuta essencial na escola, para garantir condições de acesso e permanência de crianças com deficiências. Estes profissionais podem expor os problemas existentes no ambiente escolar, tanto interno como externo e, também, propor mudanças e inovações para garantir a permanência e a qualidade de vida dos estudantes especiais nas escolas.

Portanto, o presente trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida das crianças com deficiências que frequentam a Escola Estadual de Educação Especial “Luz do Saber”, situada no município de Várzea Grande-MT.

2 Material e Métodos

O estudo realizado é de caráter transversal e analítico. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá sob registro de nº 076 CEP/UNIC/2009 com protocolo nº 2009-079. As crianças com deficiência da Escola Estadual de Educação Especial “Luz do Saber” possuem idade entre zero a 14 anos e apresentam deficiências físicas variáveis, sendo muitas delas associadas à deficiência mental. Sessenta e quatro alunos estavam matriculados no ensino infantil e 1º ciclo do ensino fundamental, modalidade educação especial, em período integral, de segunda a sexta-feira. O ensino infantil atende crianças entre 0 a 5 anos, enquanto o ensino fundamental educandos de 6 a 14 anos. Dos alunos envolvidos na pesquisa, 14 não foram localizados por alteração de endereço não informada à instituição e, portanto, foram excluídos do estudo.

Também fizeram parte do estudo os cuidadores informais que, conforme Martins, Ribeiro e Garrett (2004), são indivíduos não remunerados, familiares ou amigos que assumem para si a responsabilidade pela assistência da pessoa dependente, sendo representados, em sua maioria, por mães, seguidas por pais, avós e tios, totalizando 48 responsáveis. Já os funcionários e educadores da instituição envolvidos na pesquisa somaram-se 46.

Nesta escola, os alunos são matriculados apenas após a avaliação pela equipe multidisciplinar, composta por um fisioterapeuta, um psicopedagogo, um psicólogo e um assistente social. Cada criança avaliada é, então, enturmada

conforme seu grau de desenvolvimento neuropsicomotor observado no relatório da equipe.

Cada sala abriga duas turmas simultaneamente e, cada turma, com no máximo 8 alunos, possui apenas um pedagogo. O auxiliar de desenvolvimento ajuda os pedagogos nos cuidados com os alunos, principalmente no momento de higiene pessoal e alimentação.

Todos os participantes foram previamente informados sobre o estudo pelos pesquisadores e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para fazerem parte da pesquisa.

Utilizou-se o questionário genérico, validado e traduzido para o português, SF-36, *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*, composto por 36 itens, agrupados em oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O questionário foi aplicado e respondido individualmente por cada entrevistado participante (CASTRO *et al.*, 2003).

As questões do SF-36 possuem escores definidos que, depois de calculados pelo *Raw Scale*, cada domínio recebe uma nota que varia de zero, mais comprometido, a 100, nenhum comprometimento. Assim, cada domínio avaliado possui um resultado único e individualizado. Não existe um único valor que resuma todos os domínios da avaliação. Isso evita que sejam mascarados ou distorcidos os problemas reais, relacionados à condição do entrevistado e, conseqüentemente, à qualidade de vida das crianças.

Após o recolhimento dos questionários, os dados foram analisados utilizando-se o programa Excel 2007. Foram obtidos, para cada domínio, a média, a mediana, a mínima, a máxima e o desvio padrão.

3 Resultados e Discussão

No presente estudo, foi entrevistado, *in loco*, em outubro de 2009, um total de 94 pessoas, responsáveis pelos cuidados e educação das crianças. Dentre os entrevistados, 81 eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino. Dos participantes da pesquisa, 45 pessoas exerciam alguma função na instituição, entre funcionários e educadores, sendo que 2 recusaram-se a responder o questionário da entrevista. Dos pais ou responsáveis que participaram, somam-se 49 pessoas, sendo

que apenas um pai recusou-se a responder o questionário da entrevista. Houve duas exceções, um participante da pesquisa respondeu apenas um questionário como responsável, mas possui duas crianças aos seus cuidados, ambas gêmeas e matriculadas na instituição. Outro participante respondeu o questionário como responsável, pois possui um filho matriculado na instituição, e também é funcionário da escola.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação LDB e a Resolução nº 2/2001 do Conselho Nacional de Educação - CNE e da Câmara de Educação Básica - CEB estabelecem as diretrizes da educação especial na educação básica. O artigo 3º da resolução trata, por educação especial, o processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica. Na escola Luz do Saber, os alunos necessitam de todo tipo de apoio para garantir seu desenvolvimento educacional. As turmas são compostas conforme o artigo 2º da Portaria nº 253/2008 da Secretaria de Estado de Educação de Mato Grosso - SEDUC/MT, por no mínimo 5 e máximo 8 alunos para os ensinos infantil e fundamental (BRASIL, 1996; 2001; 2008).

A análise da qualidade de vida por medidas genéricas, como o SF-36, tem suas raízes nas pesquisas sociológicas clássicas sobre trabalho, vida familiar e bem-estar. Podem ser aplicadas tanto em pessoas saudáveis como em afetadas por uma condição específica. Nessas medidas, predominam, como foco, as experiências e percepções subjetivas do indivíduo estudado e neste estudo específico, do cuidador. A utilização de medidas genéricas pode auxiliar a distribuição de recursos entre os múltiplos sistemas de serviços existentes na sociedade, a fim de garantir às crianças o atendimento de suas necessidades de desenvolvimento e a manutenção do seu bem-estar (PREBIANCHI, 2003).

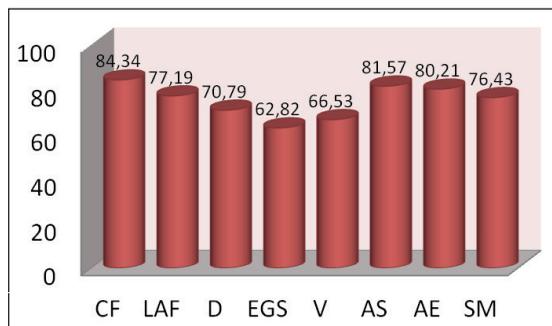
O questionário SF-36 foi respondido por 91 cuidadores de crianças PNE, da Escola “Luz do Saber”, sendo 48 responsáveis e 43 educadores e funcionários da instituição. Foram encontradas 8 notas para cada domínio envolvido na análise proposta pelo questionário, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1: Análise descritiva da qualidade de vida por meio do SF-36

| Domínios do SF-36 | Média | Mediana | Mínima | Máxima | Desvio Padrão |
|--------------------------------|-------|---------|--------|--------|---------------|
| Capacidade Funcional | 84,34 | 90 | 20 | 100 | 18,54 |
| Limitação por Aspectos Físicos | 77,19 | 100 | 0 | 100 | 33,25 |
| Dor | 70,79 | 72 | 10 | 100 | 25,69 |
| Estado Geral de Saúde | 62,82 | 65 | 17 | 92 | 13,97 |
| Vitalidade | 66,53 | 65 | 10 | 100 | 18,71 |
| Aspectos Sociais | 81,57 | 100 | 25 | 100 | 24,95 |
| Aspectos Emocionais | 80,21 | 100 | 0 | 100 | 34,09 |
| Saúde Mental | 76,43 | 84 | 0 | 100 | 20,33 |

A média dos melhores resultados, representada na Figura 1, está relacionada à capacidade funcional (84,34), seguida pelos aspectos sociais (81,57) e aspectos emocionais (80,21), enquanto que os piores resultados foram estado geral de saúde (62,82), seguido por vitalidade (66,53) e dor (70,79). Estes três domínios interferem diretamente no desenvolvimento de atividades rotineiras sejam no trabalho, nas atividades de vida diária e, principalmente, nos cuidados as crianças.

Figura 1: Comparação da média dos resultados obtidos nos oito domínios do SF -36



CF: Capacidade Funcional; LAF: Limitação por aspectos físicos; D: Dor; EGS: Estado geral de saúde; V: Vitalidade; AS: Aspectos sociais; AE: Aspectos emocionais; SM: saúde mental.

O aspecto dor está relacionado ao nível de dor e seu impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais. A vitalidade é a percepção subjetiva do estado de saúde, assim como o domínio estado geral de saúde (PREBIANCHI, 2003). No presente estudo, esses domínios apresentaram os menores escores.

No estudo de Sousa *et al.* (2008), foi realizada a avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. Os autores consideram que o cuidado e o amparo a pessoa com deficiência frequentemente transformam-se em sobrecarga para a família, pois os pacientes necessitam de assistência em período integral, além de cuidados específicos. No estudo acima citado, houve a comparação de um grupo de cuidadores (9 indivíduos) e um grupo controle (11 indivíduos) e, como resultado, os aspectos dor e vitalidade também mostraram relevância negativa para a qualidade de vida, apesar de o estado geral de saúde não ser abalado.

Os dados do presente estudo também demonstraram que o cuidado com crianças com deficiência torna-se um problema familiar, pois devido à necessidade de um cuidador para assistência desta criança, este geralmente necessita parar de trabalhar e, conseqüentemente, a renda familiar torna-se reduzida. Porém, nota-se que o domínio estado geral de saúde apresentou influencia negativa para a qualidade de vida, discordando com o estudo acima.

O estudo de Henao *et al.* (2000) salienta maior comprometimento da qualidade de vida em pacientes (41 indivíduos) que sofreram Acidente Vascular Encefálico

isquêmico - AVEi nos domínios capacidade funcional e limitação por aspectos físicos, enquanto que o aspecto dor obteve a segunda melhor nota. Conforme os autores, este último apresenta uma nota elevada pelo fato do paciente com sequela de AVEi apresentar problemas de sensibilidade e parestias. O estudo da qualidade de vida de crianças especiais, através de seus cuidadores, pode apresentar uma variação entre os resultados obtidos e a sua condição real, devido à presença de crianças com comprometimento do sistema nervoso entre os alunos da escola “Luz do Saber”. Tais observações são semelhantes às encontradas no estudo de Henao *et al.* (2009), em que os pacientes não percebem a dimensão dor como um domínio importante. Apesar disso, o aspecto dor demonstra ser o terceiro item responsável pela piora da qualidade de vida encontrada no presente estudo.

Do mesmo modo, as notas obtidas para vitalidade também foram responsáveis pela piora da qualidade de vida de cuidadores de pessoas dependentes, como as crianças deste estudo. Tanto a vitalidade quanto a dor referidas no estudo realizado por Blanes, Carmagnani e Ferreira (2007), que avaliaram a qualidade de vida de 60 cuidadores de pacientes paraplégicos decorrentes de lesão da medula espinhal por trauma, demonstraram ser responsáveis pela piora na qualidade de vida destes indivíduos. Segundo os autores, isso pode ser explicado pelo fato de cerca de 40% dos pacientes paraplégicos sofrerem de doenças crônicas, levando ao menor valor nestes itens.

Além disso, os autores supracitados destacam que os serviços públicos deveriam dar assistência adequada às pessoas com deficiência e aos seus cuidadores. O apoio aos cuidadores e uma política educacional voltada ao preparo destes merece destaque para a melhoria na qualidade de vida das crianças e de seus responsáveis que assumem, para si, os cuidados dos alunos em estudo (BLANES, CARMAGNANI, FERREIRA, 2007).

Durante as entrevistas, foram observadas peculiaridades. Alguns pais elogiaram o desenvolvimento dos filhos na escola e relatam que os filhos adoram o ambiente escolar, enquanto um responsável relatou que sua criança está traumatizada e com medo do ambiente escolar, por ter sofrido maus tratos por alunos da escola. Isso pode influenciar o desempenho na escola e, conseqüentemente, no seu aprendizado.

De acordo com Lopes Neto (2005), a violência é um problema de saúde pública importante, que vem aumentando no mundo, levando à graves conseqüências individuais e sociais. A violência nas escolas tem se tornado um problema social sério e complexo e, presumidamente, o tipo mais frequente e notável da violência entre jovens. O termo “violência escolar” refere-se aos comportamentos agressivos e antissociais, incluindo os conflitos interpessoais, danos patrimoniais e atos repreensíveis. Esse comportamento agressivo gera preocupação e temor. É resultante da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos social, familiar, escolar e comunitário. Lamentavelmente, o estudante

reproduz o seu mundo exterior dentro do ambiente escolar (LOPES NETO, 2005).

Os professores trabalham em regime de 20 horas semanais com alunos e 10 horas-atividades sem a presença dos mesmos. Os demais funcionários cumprem regime de 30 horas semanais. Então, nos períodos matutino e vespertino, os professores e funcionários não são os mesmos. Alguns professores passam 4 horas diárias em período matutino com as crianças e outros professores passam 4 horas em período vespertino, enquanto que os funcionários passam 6 horas diárias à disposição das necessidades dos estudantes. De acordo com Costa, Lima Braúna (2009), a saúde do trabalhador é mantida quando as exigências do trabalho e do ambiente não ultrapassam as suas limitações energéticas e cognitivas. As relações interpessoais no trabalho interferem, especialmente, sobre a saúde mental, gerando estresse, depressão, ansiedade, entre outros. No educador, a saúde envolve habilidades de relacionamento, responsabilidade, compromissos, conflitos e tensões geradas na escola e também no meio externo, contribuindo, assim, para que este profissional seja mais susceptível ao estresse (COSTA; LIMA; BARAÚNA, 2009).

O acesso dos alunos à escola é feito de forma variada. Alguns possuem meio de transporte próprio e são deixados na instituição pela família. Outros moram a poucos quilômetros da escola e vão a pé, enfrentando todo tipo de barreiras arquitetônicas, além das condições climáticas variadas. Há, também, o transporte escolar com ônibus adaptado, fornecido pela Secretaria Estadual de Educação. O ônibus possui um motorista e um ajudante, para auxiliar na locomoção e acomodação das crianças. O veículo possui elevador para os cadeirantes. Tanto o motorista quanto seu auxiliar trabalha em regime de 30 horas semanais. Assim, a equipe que transporta os estudantes de casa para a escola, pela manhã, não é a mesma que transporta da escola para casa, ao fim do dia.

A questão da acessibilidade, conforme Cosenza e Resende (2006), não tem sido adequadamente considerada e desenvolvida no que se refere a (re)organização da cidade. Já existe um desenho urbano para todos, mas ainda não está implementado. Mais do que um espaço físico, a cidade representa um espaço de convivência, cidadania, conflitos, revoluções e conquistas, que deve estar ao alcance de todos os cidadãos. Caso contrário, ela se torna um grande instrumento de exclusão, agravando as desigualdades sociais.

4 Conclusão

A qualidade de vida é uma compreensão pessoal difícil de quantificar e suas definições mudam de acordo com interesses individuais, de seu grupo cultural e de seus próprios valores. A qualidade de vida compreende um conceito global que aborda diferentes aspectos da vida de um indivíduo, como a saúde, família e meio ambiente. Existe consenso entre os especialistas de que o apoio clínico, educacional e social são indispensáveis para melhorar a qualidade de vida de crianças

com deficiências, aumentando, assim, sua independência e inclusão social.

O estado geral de saúde, a vitalidade e a dor são fatores potencialmente interferentes na qualidade de vida dos entrevistados. A qualidade de vida dos cuidadores reflete diretamente nos cuidados com os alunos da escola “Luz do Saber”. É necessário acompanhamento constante e orientação dos cuidadores para minimizar prejuízos à saúde e bem-estar que, por sua vez, melhora os cuidados às crianças.

Referências

- BLANES, L.; CARMAGNANI, M.I.S.; FERREIRA, L.M. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord*, v.45, p.399-403, 2007.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.
- 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 a integração da pessoa portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. O Presidente da República, Brasília, DF.
- BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. O Presidente da República, Brasília, DF.
- BRASIL. Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de fevereiro de 2001. Institui as diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Portaria nº 253, de 06 de outubro de 2008. Dispõe sobre os critérios para composição de turmas das unidades escolares da rede estadual de ensino. O Secretário de Estado de Educação, Cuiabá, MT.
- CASTRO, M. *et al.* Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.49, n.3, p. 245-9, 2003.
- COSENZA, I.F.; RESENDE, A.P.C. A cidade e as pessoas com deficiência: barreiras e caminhos. *Soc. Nat.*, v.18, n.35, p. 23-34, dez. 2006.
- COSTA, D.S.; LIMA, K.S.; BARAÚNA, K.M.P. Avaliação da qualidade de vida dos professores de ensino fundamental da rede pública e particular através do questionário SF-36. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/27736/1/avaliacao-da-qualidade-de-vida-dos-professores-de-ensino-fundamental-da-rede-publica-e-particular-atraves-do-questionario-sf-36/pagina1.html>> Acesso em: 11 maio 2013.
- FELICIO, D.N.L. *et al.* Atuação do fisioterapeuta no atendimento domiciliar de pacientes neurológicos: a efetividade sob a visão dos cuidadores. *Rev. BPS*, v.18, n.2, p.64-69, 2005.
- FERNANDES, J.D.; OLIVEIRA, M.R.; FERNANDES, J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.37, n.2, p.35-42, 2003.

- HENAO, A.S. *et al.* Calidad de vida em pacientes post evento cerebrovascular isquêmico em dos hospitales de La ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, v.25, n.1, p.73-79, 2009.
- LOPES NETO, A.A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *J. Pediatr.*, v.81, n.5, p.164-172, 2005.
- MARTINS, T.; RIBEIRO, J.L.P.; GARRETT, C. Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal (QASCI) – reavaliação das propriedades psicométricas. *Rev. Referência*, v.11, p.17-31, 2004.
- MATO GROSSO. Lei Complementar nº 114, de 25 de novembro de 2002. Dispõe sobre o Estatuto das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais no âmbito do Estado de Mato Grosso, O Governador do Estado de Mato Grosso, Cuiabá: Secretaria de Estado da Saúde, 2002.
- PREBIANCHI H.B. Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos. *Psicol. Teor. Prát.*, v.5, n.1, p. 57-69, 2003.
- SOARES, J.A. *et al.* Fisioterapia e qualidade de vida de pacientes com amiotrofia espinal progressiva tipo: relato de caso. *Arq. Ciênc. Saúde*, v.13, n.1, p.44-47, 2006.
- SOUZA, A.G. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas. *Conscientiae Saúde*, v.7, n.4, p.497-502, 2008.
- TAGLIARI, C.; TRES, F.; OLIVEIRA, S.G. Análise de acessibilidade dos portadores de deficiência física nas escolas da rede pública de Passo Fundo e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. *Rev. Neurociênc.*, v.14, n.1, p.10-14, 2006.
- VAZ, A.C.; OLIVEIRA, A.P.R. Impacto da vertigem na qualidade de vida em pacientes com disfunção vestibular. *Fisioter. Mov.*, v.20, n.1, p.71-76, 2007.
- VIDO, M.B.; FERNANDES, R.Q. *Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida*. 2009. Disponível em: <<http://www.dashirleydecamos.com.br/>> Acesso em: 10 dez. 2013.