

MARCO ANTONIO MELO FRANCO

**PARALISIA CEREBRAL E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS:
(in)apropriações do discurso médico**

MARCO ANTONIO MELO FRANCO

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina/UFMG
2009

Franco, Marco Antonio Melo.
F825p Paralisia cerebral e práticas pedagógicas [manuscrito]; (in)apropriações do discurso médico. / Marco Antonio Melo Franco. - - Belo Horizonte: 2009.
132f.
Orientador: Alysson Massote Carvalho.
Co-orientadora: Leonor Bezerra Guerra.
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1.Paralisia Cerebral. 2.Ensino. 3. Criança. 4. Dissertações Acadêmicas.
I. Carvalho, Alysson Massote. II. Guerra, Leonor Bezerra. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título
NLM: WS 342

MARCO ANTONIO MELO FRANCO

**PARALISIA CEREBRAL E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS:
(in)apropriações do discurso médico**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Alysson Massote Carvalho;

Co-Orientadora: Profa. Dra. Leonor Bezerra Guerra;

Área de concentração: Saúde da Criança e do adolescente.

Belo Horizonte

Faculdade de Medicina/UFMG

2009



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina

Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Ciências da Saúde.

Tese intitulada "*Paralisia cerebral e práticas pedagógicas: (in)apropriações do discurso médico*", de autoria do Doutorando Marco Antonio Melo Franco, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Orientador: Prof. Dr. Alysso Massote Carvalho
Universidade Federal de Minas Gerais

Co-orientadora: Profa. Dra. Leonor Bezerra Guerra
Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Santuza Silva Amorim
Universidade do Estado de Minas Gerais

Dra. Ligia Maria do Nascimento Sousa
Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

Prof. Dr. Leandro Fernandez Malloy-Diniz
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 24 de abril de 2009.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Alysson Massote e Leonor Guerra, que orientaram minhas reflexões acerca deste estudo;

Às famílias das crianças com paralisia cerebral que aceitaram o convite e sempre se mostraram disponíveis;

Às escolas que abriram suas portas e aos educadores que prestaram grande contribuição ao trabalho;

À Rede Sarah que possibilitou a realização da pesquisa;

Aos profissionais da Rede Sarah que acompanharam grande parte das interlocuções com as escolas;

Aos meus pais e familiares pela torcida incondicional;

Ao Antonio, em especial, pelo carinho, companheirismo e paciência;

À Jane que esteve sempre presente, sempre solidária e amiga, sempre preocupada e cuidadora, sempre torcendo pela concretização deste trabalho e que hoje já não se encontra mais entre nós.

Aos amigos Carlos e Jorge por fazerem parte da minha vida há muitos anos e mais uma vez compartilharem mais uma etapa;

Às amigas Giuliana e Patricia pela paciência e pela força nos momentos difíceis e cansativos;

Às professoras Marisa Mancini, Juliane Correa e Janete Ricas pelo diálogo e contribuições teórico-metodológicas.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que esse momento se concretizasse.

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

RESUMO

O discurso médico tem influenciado o processo de ensino-aprendizagem, sobretudo, quando professores dele se utilizam como forma de justificar o fracasso de certo número de crianças, fazendo com que a culpabilidade pelo mesmo permaneça com as próprias crianças. Assim, os efeitos do discurso médico no processo escolar, particularmente, que discurso médico sobre Paralisia Cerebral tem chegado às escolas; como ele tem sido apropriado pelo corpo docente e os seus efeitos nas práticas pedagógicas dos educadores, constituem o escopo desse estudo. A abordagem metodológica foi qualitativa, com um modelo de investigação do tipo estudo de caso. Participaram 17 educadores ligados, direta ou indiretamente, ao processo de ensino-aprendizagem de 8 crianças com idades entre 6 e 12 anos, com diagnóstico de paralisia cerebral, em processo de escolarização nos anos iniciais do ensino fundamental e acompanhadas pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação na cidade de Belém do Pará. Para a coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas com os educadores no início e no término do ano letivo, além de prontuários gerados a partir das visitas escolares realizadas pela equipe da rede Sarah. Os dados foram analisados em três etapas. A primeira diz respeito às entrevistas iniciais. A análise desses dados revelou a inconsistência teórica dos educadores sobre os conceitos de inclusão e paralisia cerebral. Indicou o desconhecimento sobre o diagnóstico das crianças e práticas pedagógicas baseadas em discurso médico e de senso comum que circulam na sociedade, geralmente por meio de mídias. Em segundo lugar, os dados dos prontuários indicam que a interlocução entre os profissionais da saúde e da educação, tendo como foco um objeto comum, no caso, a criança com paralisia cerebral, produziu modificações no discurso dos educadores e em suas práticas. Por fim, a análise dos dados coletados nas entrevistas finais, confirma os achados descritos anteriormente e reforça o processo de subjetivação e de apropriação do discurso médico pelos educadores e o seu uso na elaboração das ações pedagógicas.

Palavras-chave: Paralisa cerebral; Discurso Médico; Práticas pedagógicas

ABSTRACT

The medical discourse has influenced the process of teaching-learning, overall when teachers use it like a way to justify the process of fail in certain number of children, leading the responsibility by the fail process to last with the children by their own. Consequently, the medical discourse effects, particularly the medical discourse about Cerebral Palsy, have got to the schooling course; how it has been appropriated by the docent body and its effects on the pedagogic practices of educators, constitute the goal of this study. The methodological approach was qualitative, with a case study model of investigation. 17 educators linked, directly or indirectly, to the process of teaching-learning of 8 children, age between 06-12 years old, diagnosed with Cerebral Palsy, in the schooling course during the school initial years and accompanied by the Sarah Hospitals Net (SHN) of rehabilitation in the capital city of Pará, Belém. Data collection was made by semi-structured interviews with the educators in the beginning and in the end of the teaching year, in addition to medical records generated from school visits carried out by the SHN team. The data was analyzed in three stages. The first was about the initial interviews. These data analyses revealed the theoretical inconsistency of the current use of concepts of inclusion and Cerebral Palsy by the educators. Indicated ignorance about the children diagnoses and of pedagogic practices based on the medical discourse and of common sense, generally disseminated by medias. In second place, the medical records data indicate that the interlocution between educational and health professionals, that has a common objective, in case, the child with Cerebral Palsy, produced modifications in the educators discourse and practices. At last, the analyses of the data collected in the final interviews, confirms the findings described previously and reinforces the process of subjectivation and of appropriation of the medical discourse by the educators and its use in the elaboration of pedagogic actions.

Key-Words: Cerebral Palsy; Medical Discourse; Pedagogic Practices.

RÉSUMÉ

Le processus d'enseignement-apprentissage est influencé par le discours médical, surtout quand des enseignants s'en utilisent comme justification des échecs d'un certain nombre d'enfants, en culpabilisant les enfants eux-mêmes de cet échec. Ainsi, les effets du discours médical dans le processus scolaire, surtout, quel discours médical sur Paralyse Cérébrale arrive aux écoles, comment les enseignants s'en approprient et ses effets dans les pratiques pédagogiques des éducateurs, ont constitué la cible de cette étude. L'approche méthodologique a été qualitative, avec un modèle de recherche du type étude de cas. Dix-sept éducateurs y ont participé liés, directement ou indirectement, au processus d'enseignement-apprentissage de 8 enfants entre 6 et 12 ans, porteurs de paralysie cérébrale, en processus de scolarisation dans les années initiales de l'enseignement fondamental et suivies par le Réseau Sarah d'Hôpitaux de Réhabilitation Physique dans la ville de Belém du Pará. Pour le recueil de données on a utilisé des interviews sémi-structurées avec les éducateurs au début et à la fin de l'année scolaire, outre des journaux de bord produits à partir des visites scolaires réalisées par l'équipe du Réseau Sarah. Les données ont été analysées dans trois étapes. La première apporte les interviews initiales. L'analyse de ces données a révélé l'inconsistance théorique des éducateurs sur les concepts d'inclusion et de paralysie cérébrale. Elle a indiqué également l'ignorance sur le diagnostic des enfants et des pratiques pédagogiques basées sur des discours médicaux et de sens commun qui circulent dans la société, en règle générale à travers les médias. La deuxième étape, concernant les données des journaux de bord indiquent que l'interlocution entre les professionnels de la santé et ceux de l'éducation, en ayant comme focus un objet commun, dans le cas, l'enfant avec paralysie cérébrale, a produit des modifications dans le discours des éducateurs et dans leurs pratiques. Finalement, l'analyse des données rassemblées dans les interviews finales rassure ce qui a été décrit au début et renforce le processus de subjectivation et d'appropriation du discours médical par les éducateurs et son utilisation dans l'élaboration des actions pédagogiques.

Mots-clés: Paralyse Cérébrale; Discours Medical; Pratiques Pédagogiques.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Paralisia cerebral – Classificações piramidais e extrapiramidais.....	30
Quadro 2: Relação de educadores e participações.....	60
Quadro 3 - Quadro sintético sobre o percurso de análise.....	67
Quadro 4 - Concepções dos educadores – entrevistas iniciais.....	70
Quadro 5 - Síntese sobre a evolução das visitas escolares e a interlocução entre profissionais da Saúde e da Educação.....	88
Quadro 6 – Quadro comparativo das entrevistas iniciais e finais.....	98

LISTA DE ABREVIações

Análise do discurso.....	AD
Formação Discursiva.....	FD
Paralisia Cerebral.....	PC
Traumatismo Cranioencefálico.....	TCE

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO I	20
PRESSUPOSTOS TEÓRICOS	20
1.1 - Fracasso escolar: contextualização.....	20
1.2 - Entre o normal e o patológico.....	25
1.3 - Paralisia Cerebral	29
1.3.1 - Classificação da paralisia cerebral	30
1.3.2 - Paralisia cerebral segundo padrões de funcionalidade	33
1.4 – Inclusão: social e escolar	35
1.4.1 - Inclusão escolar e paralisia Cerebral	38
1.5 - Educação, Medicina e Discursos (Significados?)	41
1.6 - Discurso: uma concepção Foucaultiana	45
1.7 - A produção de um discurso excludente	47
1.8 - Espaços de circulação do discurso: modos de subjetivação	50
CAPÍTULO II	55
MÉTODO	55
2.1 Modelo de investigação	55
2.2 Contexto da pesquisa.....	56
2.2.1 Perspectivas de atuação	57
2.3 Caracterização dos participantes	58
2.3.1 Crianças e adolescentes	58
2.3.2 Profissionais das escolas	59
2.3.3 Instrumentos de coleta de dados	61
2.3.3.1 Entrevista	62
2.3.3.2 Observação	62
2. 4 - Percurso de coletas de dados	63
2. 5 - Percurso de análise de dados	65
CAPÍTULO III	69
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
3 – O primeiro contato com as escolas	69

3.1 - Integração ou Inclusão: do discurso à prática	70
3.2 Do visível tratável ao invisível negligenciado: “o que os olhos não vêem o coração não sente”	74
3.3 A prática pedagógica: uma Pedagogia da boa vontade e da intuição?	80
3.4 Sintetizando	83
CAPÍTULO IV.....	85
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	85
4 Visitas escolares: diálogos entre Saúde e Educação	85
4.1 Interlocução entre Saúde e Educação: saberes movimentando a prática	85
4.2. Sintetizando	96
CAPÍTULO V.....	97
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	97
5. Resultados das entrevistas finais	97
5.1. Do início ao final do ano letivo: algumas possíveis mudanças	97
5.2 Os ventos que sopram, os caminhos que se fazem	103
5.3 Entre discursos e práticas	107
5.4 Sintetizando	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	122
ANEXOS	128

INTRODUÇÃO

A investigação aqui proposta tem origem na inquietação acerca dos olhares colocados sobre as diferentes práticas pedagógicas observadas ao longo da minha atuação profissional. A formação em pedagogia me proporcionou adentrar no universo escolar e vivenciar experiências diversas no processo de escolarização, desde o ensino fundamental até o ensino superior. Como professor do curso de Pedagogia, tive a oportunidade de interagir com os alunos e conhecer as vivências de cada um, seus sucessos e suas dificuldades no cotidiano escolar. Em atividade de consultoria às escolas públicas, pude acompanhar e discutir com os professores as suas práticas, bem como repensá-las, conjuntamente.

Embora sejam espaços de atuação diferentes, eles me conduziram a questionamentos semelhantes, no caso, a prática pedagógica do educador e os discursos que a constituíam, particularmente, o discurso médico. Observei muitos professores justificarem o não-aprender de crianças para as quais não havia laudo ou diagnóstico que justificasse a sua dificuldade, baseados em conhecimentos que se tornaram senso comum.

No interior das escolas ou mesmo nas falas de minhas alunas, multiplicavam-se as justificativas de não-aprendizagem por algum distúrbio desconhecido ou, como estava em moda, por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Proliferavam dentro das escolas crianças, supostamente, com TDAH. Junto com elas, mas em menor número, crianças com paralisia cerebral, síndrome de Down, entre outros. Essas crianças começaram a ser inseridas na escola, em um crescente, causando desconforto às mesmas, levando os profissionais da educação a se questionarem quanto aos seus saberes e às suas práticas.

Posteriormente a essas experiências, iniciei a atuação como professor hospitalar na Rede Sarah de Hospitais. Essa atuação tem me oportunizado participar, efetivamente, no e do processo de reabilitação de crianças com paralisia cerebral. Trata-se de uma experiência que me coloca em contato, concomitantemente, com

dois campos de conhecimento diferentes: a saúde e a educação. Atuando no processo de reabilitação das crianças com paralisia cerebral, tenho a possibilidade de manter contato com as instituições escolares em que as crianças, assistidas pela Rede Sarah, se encontram matriculadas e com elas dialogar sobre o processo de aprendizagem escolar dessas crianças. Nessa nova experiência, deparei-me, de forma recorrente, com o desconhecimento teórico e o despreparo prático do professor para lidar com o diferente.

Além disso, observo que as formas de justificarem o não-aprender dessas crianças se repetem. O olhar colocado sobre a aparência física do aluno e/ou o laudo médico, costumam ser os instrumentos mais utilizados. A observação desses aspectos me levou a questionamentos como, por exemplo: o pseudo olhar “clínico” do professor seria uma maneira fácil e ágil de resolver uma situação incômoda? Seria esse um retrato do seu desconhecimento ou uma evidência da necessidade de se rediscutir a formação docente e as condições de trabalho desse educador? Pode o diagnóstico médico ser um instrumento usado para a exclusão ou a inclusão dos alunos? Ao aluno deficiente pode ser negado o direito de participar do processo de escolarização regular a partir de seu diagnóstico e da interpretação e do uso que se faz dele? Como os diferentes discursos, particularmente, o discurso médico que circula na sociedade por meio da mídia e de outros canais comunicativos, subjetivam o educador e orientam sua prática pedagógica? Essas são questões que trouxeram inquietações e contribuíram para a construção do objeto dessa investigação e da busca de possíveis explicações para o fenômeno pesquisado.

Para tanto, é importante salientar que, tradicionalmente, a escola aperfeiçoou-se em atender às necessidades educativas comuns. Isso significa que sua especialidade é lidar com crianças e adolescentes que aprendem. No caso de alunos que apresentam déficits cognitivos e/ou motores, a dificuldade pedagógica emerge. Muitos profissionais da educação não se sentem capacitados para atuarem, outros, reclamam a falta de condições de trabalho. Na verdade, o aprendiz acaba responsabilizado por não aprender, e muitas vezes, subjugado na sua capacidade e potencialidade. Nesse sentido, o discurso pedagógico, muitas vezes, busca no discurso médico elementos para justificar o não-aprender de algumas crianças. De maneira indevida, costuma se apropriar de termos e elementos discursivos para tal

justificação. São freqüentes as confusões entre déficits motores e cognitivos. Muitos costumam fazer diagnósticos e prognósticos e atribuir o não-aprender às dificuldades motoras como se elas fossem, também, cognitivas.

Assim, compreendemos que, os professores, ao diagnosticarem os alunos, sem fundamentação consistente para isso, reforçam as estruturas excludentes dos processos e procedimentos escolares. Utilizam-se de um discurso médico, do qual não têm conhecimento e propriedade para justificar um não-aprender de crianças que muitas vezes, trazem questões de outra ordem que dificultam a sua aprendizagem, mas não a impedem.

Nesse sentido, a escola continua ensinando os que aprendem e excluindo aqueles que demandam do corpo docente um fazer pedagógico diferenciado. Exclui ainda, aqueles que necessitam de um olhar, de uma escuta capaz de ler para além de um pseudo-sintoma estampado no aspecto físico.

Presenciamos, ao longo das últimas décadas, o crescente movimento de inclusão escolar. Trata-se de um movimento mundial com repercussões importantes. A noção de escola inclusiva ganha força com a Declaração de Salamanca que a compreende como o processo de inclusão de indivíduos com necessidades educacionais especiais ou de distúrbios de aprendizagem na rede regular de ensino em todos os seus níveis. Eles devem ser acomodados dentro de uma pedagogia que atenda às suas necessidades e demandas (UNESCO, 1994).

O desafio que confronta a escola inclusiva é no que diz respeito ao desenvolvimento de uma pedagogia centrada na criança e capaz de bem sucedidamente educar todas as crianças, incluindo aquelas que possuam desvantagens severas. O mérito de tais escolas não reside somente no fato de que elas sejam capazes de prover uma educação de alta qualidade a todas as crianças: o estabelecimento de tais escolas é um passo crucial no sentido de modificar atitudes discriminatórias, de criar comunidades acolhedoras e de desenvolver uma sociedade inclusiva (UNESCO, 1994, p.4).

Esse movimento surge como forma de romper com o paradigma até então predominante. O pensamento que socialmente imperou trazia em seu cerne o ideal de padronização e de homogeneização do ensino e, por conseguinte, dos

ensinados. Essa concepção foi construída e historicamente legitimada pela concepção de modernidade e implicou em atitudes de exclusão daqueles que fugiam aos padrões de normalidade (SILVA, 2005). Vimos, até os dias atuais, nos cursos de formação docente, o reflexo dessa concepção. Em sua maioria, eles laboram na perspectiva de ensinar a ensinar os alunos que aprendem.

A emergência de novas demandas sociais concomitantemente com as mudanças dos modelos socioeconômicos mundiais, bem como com o avanço do pensamento intelectual nas últimas duas décadas, colaboraram para o repensar do processo educacional e da necessidade de se construir novos modelos que atendam às demandas sociais de forma mais ampla. Nesse contexto, a perspectiva de uma sociedade mais inclusiva e, conseqüentemente, de uma educação menos excludente, ganha a pauta nas políticas públicas em governos mundiais.

A declaração mundial sobre Educação reforça esse pensamento, enfatizando a necessidade de se construir uma abordagem que tenha a criança como foco, garantindo um processo de escolarização bem sucedido. Para tanto, “a adoção de sistemas mais flexíveis e adaptativos, capazes de mais largamente levar em consideração as diferentes necessidades das crianças irá contribuir tanto para o sucesso educacional quanto para a inclusão” (UNESCO, 1994, p.8). Cabe então às escolas, promover oportunidades curriculares apropriadas que atendam às diferentes necessidades e demandas, considerando as diferenças.

Assim, considerando esse contexto amplo de significações, de construção de formas de pensamento e modelos sócio-econômicos e de diversidade sócio-cultural, voltamos nosso olhar para uma particularidade destes, propondo um estudo que parte da hipótese de que os professores têm usado e reproduzido o discurso médico como forma de justificar o fracasso de certo número de crianças, fazendo com que a culpabilidade pelo fracasso permaneça com as próprias crianças. Investigou-se, portanto, os efeitos do discurso médico no processo de ensino-aprendizagem escolar, particularmente, que discurso médico sobre paralisia cerebral tem chegado às escolas; como ele tem sido apropriado pelo corpo docente e os seus efeitos nas práticas pedagógicas dos educadores.

O estudo apresenta como objetivos: a) descrever os conceitos que os educadores possuem sobre inclusão escolar e paralisia cerebral; b) identificar e analisar aspectos da apropriação do discurso médico na constituição de práticas pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem de crianças com paralisia cerebral; c) analisar o processo de interlocução entre os profissionais da saúde e os da educação acerca da escolarização da criança com paralisia cerebral; d) analisar as práticas pedagógicas dos educadores, posteriormente, ao processo de interlocução entre as equipes.

Uma vez que estamos lidando com crianças com paralisia cerebral, entendemos ser importante definir o uso de uma terminologia a ser utilizada ao longo do estudo. Utilizaremos as seguintes terminologias: criança com paralisia cerebral, pessoas com deficiência e deficiente(s). Evitaremos o uso dos termos portadores de paralisia cerebral, portadores de necessidades especiais. Justifica essa opção, a tentativa de se evitar que esse tipo de criança seja vista como alguém que porta ou carrega uma necessidade especial da qual poderia se livrar em um dado momento. Evitaremos também, a terminologia “pessoas com necessidades especiais” por entendermos ser ela abrangentes demais (BRASIL, 2001).

Optamos também por manter a nomenclatura de escola *regular* diferenciando de escola comum. Estamos cientes de que na literatura existe certa confusão entre os termos regular e comum¹. Mesmo assim, pensamos ser mais coerente mantermos a nomenclatura *regular*, considerando sua abordagem nos documentos oficiais.

Procuramos, ao longo da revisão de literatura, considerar aspectos pertinentes ao objeto de estudo com o intuito de compor o *corpus* da pesquisa de forma objetiva e clara. Para tanto, buscamos dividir de maneira didática as abordagens teóricas, objetivando construir paulatinamente os argumentos que fundamentam o estudo.

¹ De acordo com o Parecer CNE/CEB 11/2000: “vale lembrar que o conceito de regular é polivalente e pode se prestar a ambigüidades. Regular é, em primeiro lugar, o que está sub-lege, isto é, sob o estabelecido em uma ordem jurídica e conforme a mesma. Mas, a linguagem cotidiana o expressa no sentido de caminho mais comum. Seu antônimo é irregular e pode ser compreendido como ilegal ou também descontínuo. Mas, em termos jurídico-educacionais, regular como oposto o termo livre. Neste caso, livres são os estabelecimentos que oferecem educação ou ensino fora da Lei de diretrizes e Bases. É o caso, por exemplo, de escolas de língua estrangeira.”

Encontramos em Pessoti (1984), Patto (1999), Souza (1998), Najmanovich (2001), Silva, (2005) subsídios para situar historicamente a proximidade entre saúde e educação, particularmente, a entrada da Medicina nos processos educacionais e suas explicações para o fracasso escolar. Na mesma linha, autores como Fijalkow (1989), Moysés e Collares (1992), Griffo (1996), Silveira Bueno (2004), Januzzi (2006) contribuem para que possamos compreender a construção sócio-histórica da dicotomia entre a educação especial e a educação regular, dos processos de segregação e de exclusão social e escolar. Além disso, esses autores abordam o processo de “biologização” da educação, a forte influência do modelo organicista na construção de modelos pedagógicos de ensino e a relação médico-pedagógica e suas implicações.

Autores como Serpa Jr. (2006), Silveira Bueno (2004), Januzzi (2006), Canguilhem (2006), Putinni e Pereira Jr. (2007), apresentam elementos que nos ajudam a compreender a influência do pensamento positivista e mecanicista na formação de profissionais da saúde e da educação. Eles contribuem para que possamos perceber e identificar que a dicotomia entre o “normal” e o “patológico” não é exclusiva do campo das ciências da saúde. Para além do biológico, é possível identificar a forte presença deste pensamento no campo da educação. Ao nos remeter à constituição histórica das classes especiais, Silveira Bueno (2004) reforça essa dicotomia que se vê refletida na concepção de modelos de escolarização, na segregação e na exclusão escolar e social e na concepção de políticas públicas que contemplem a diversidade ou privilegiem a homogeneidade.

Considerando o fracasso escolar, a constituição de classes especiais e regulares, a dicotomia entre o “normal” e o “patológico”, a construção de políticas públicas para atender às diferenças sociais, separando e segregando os indivíduos, chegamos aos participantes da pesquisa: as crianças com paralisia cerebral. Autores como Bleck e Nagel(1982), Bleck (1987), Swaiman (1994), Braga (1995), Campos da Paz Jr., Burnett e Nomura (1996), Souza (1996), nos conduzem à abordagens que conceituam paralisia cerebral, bem como nos fornecem um espectro sobre os parâmetros de classificação. Mancini et al. (2002), Mancini et al. (2004), Chagas et al., (2004), Chagas e Mancini (2004), Farias e Buchala (2005), contribuem para o

debate ao abordarem as manifestações funcionais na paralisia cerebral e o modelo biopsicossocial.

Autores como Rossi (1999) e Moura (2004), nos auxiliam na discussão sobre a inclusão do deficiente, particularmente da criança com paralisia cerebral. Já no aspecto sócio-cultural Mantoan (1998), (2003), (2005), L.Marques (2001a/b), C.Marques (2001), Sanchez (2005), Sasaki, (2005) trazem discussões sobre as dificuldades de acessibilidade, formação docente, e entrada de pessoas com deficiência nas escolas regulares de ensino. Estes autores reforçam o processo de estigmatização e rotulação de crianças que fogem ao modelo ideal de aprendiz.

Por fim, teóricos como Collares e Moysés, (1996), Moita Lopes (1998), Bakhtin/Volochinov, (1929/1999), Foucault (1999), Queiroz (1999), Foucault, (2000a), (2000b), Miranda et.al (2000), Moysés (2001), Orlandi (2003), Brandão (2004), Gregolim (2004), Navarro-Barbosa (2004), Baronas (2004), Gregolim, (2007), Thompson (2008) nos subsidiam na compreensão dos processos discursivos, modos de circulação do discurso e formas de subjetivação. Os autores apresentam e fundamentam o conceito de discurso e de práticas discursivas que nos ajudam a entender o papel da linguagem na constituição dos sujeitos e de suas práticas cotidianas. Além disso, nos situam, historicamente, quanto à constituição da noção de significado. Estes conceitos são fundamentais para que possamos discutir e analisar a constituição de práticas pedagógicas de educadores que lidam com crianças com paralisia cerebral, bem como para compreender as formas sociais de circulação do discurso e os efeitos do discurso da instituição médica na elaboração das práticas pedagógicas.

Para a melhor compreensão de todos esses aspectos teóricos, já nominados e também daqueles relativos ao método e análise dos dados obtidos, o presente estudo foi organizado em cinco capítulos conforme descrição a seguir:

No primeiro capítulo, a fundamentação teórica, abordaremos à relação entre saúde e educação, mais especificamente, a relação médico-pedagógica, a constituição de classes de ensino especial, processo de segregação e exclusão social e escolar.

Trataremos do conceito e concepções sobre paralisia cerebral e inclusão escolar de crianças com PC. Além disso, discutiremos os conceitos de discurso, formas de circulação social do discurso e processo de subjetivação discursiva.

No segundo capítulo, trataremos dos aspectos metodológicos e sua fundamentação, em particular sobre a pesquisa qualitativa, bem como a opção pela análise do discurso. Em seguida, apresentaremos o processo metodológico de constituição da amostra, a caracterização dos participantes, o desenvolvimento do processo de coleta de dados e, por conseguinte, o processo de análise dos dados coletados.

No capítulo seguinte, analisaremos os dados referentes à primeira entrevista com os profissionais da educação. Participam desse primeiro momento, professores e coordenadores pedagógicos direta ou indiretamente ligados ao processo de escolarização de crianças com paralisia cerebral, assistidas pela Rede Sarah. Abordaremos suas concepções sobre inclusão escolar, conceito de paralisia cerebral, fundamentos que orientam a elaboração de práticas pedagógicas.

No quarto e no quinto capítulos, trataremos do processo de interlocução² entre os profissionais das áreas da saúde e da educação e dos dados coletados nas entrevistas finais, respectivamente. No quarto capítulo, analisaremos o processo considerando as percepções e ações dos educadores no momento da primeira visita escolar, os esclarecimentos sobre o diagnóstico de paralisia cerebral feitos pela equipe de reabilitação, a reprodução do discurso médico no interior da escola e os efeitos da interlocução na elaboração das práticas pedagógicas dos educadores. Já no quinto capítulo, analisaremos as entrevistas realizadas, no final do ano letivo, com os educadores que acompanharam as crianças em seu processo de escolarização. Para tanto, foi mantido o mesmo roteiro da entrevista inicial. Retomaremos as categorias que emergiram no terceiro capítulo e analisaremos as

² Para conceituação de interlocução, buscamos em Charaudeau e Mangueneau o conceito de interlocutor. Para os autores, “no sentido comum, o interlocutor é a pessoa que dialoga, discute, conversa com um outro. (...) Em linguística da língua e em linguística do discurso, esse termo é retomado em seu sentido comum para designar, no plural, os parceiros de um ato de troca verbal, em situação de comunicação oral, sendo que cada um deles toma sucessivamente a palavra (...) interlocutores no plural, refere-se exclusivamente aos atores de um ato de comunicação que se encontram em situação de interlocução (...)” (CHARAUDEAU & MANGUENEAU, 2004, p. 287).

possíveis modificações das concepções e práticas resultantes de processos de interlocução e intervenção.

Por fim, nas considerações finais, buscamos realizar reflexões acerca das questões levantadas no *corpus* da pesquisa. Essas reflexões contribuíram para melhor compreensão da relação médico-pedagógica, da importância da interlocução entre saúde e educação e dos efeitos da apropriação do discurso médico na organização das práticas pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem de crianças com paralisia cerebral.

CAPÍTULO I

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Algumas questões exploradas na literatura a respeito de práticas educacionais orientadas por temas como, fracasso escolar, exclusão e inclusão social e escolar, classes especiais e regulares, discurso médico³, contribuem para a composição do quadro teórico que fundamenta o processo de pesquisa. Uma delas e, especialmente aquela que orienta o *corpus* teórico deste estudo, diz respeito ao discurso médico, sua produção e seus efeitos no discurso e nas práticas pedagógicas escolares, mantendo o foco no processo de ensino-aprendizagem de crianças com paralisia cerebral inseridas no modelo regular de escolarização.

Outro aspecto importante aqui abordado refere-se à produção do fracasso escolar, o processo de exclusão e de inclusão escolar. Trataremos aqui de aspectos históricos sobre a educação especial, as relações entre medicina e educação, os impactos e efeitos da interação em dados momentos históricos antigos e atuais.

1.1 - Fracasso escolar: contextualização

Falar sobre fracasso escolar tem sido algo complexo e, às vezes, de difícil conceituação. Isso se deve ao fato das múltiplas facetas que ele possui e, por conseguinte, das diferentes possibilidades de explicações que podem surgir, conforme a abordagem que se faça. Este estudo foca esta questão no discurso produzido pela Medicina sobre paralisia cerebral e os seus efeitos no espaço escolar.

³“O discurso médico (...) não pode ser dissociado da prática de *“rituais da palavra”* que está a determinar, ao mesmo tempo, propriedades singulares e papéis preestabelecidos para os sujeitos que falam. Nesse sentido, o ritual não só prescreve a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam, mas também define todo o conjunto de signos que deve acompanhar o discurso como gestos, comportamentos e circunstâncias. Estabelece, pode-se dizer, leis do discurso com relação ao fato mesmo da enunciação e ao conteúdo e forma do enunciado.” (SOUZA, 1998, p.10)

É preciso primeiramente, compreender, conforme Pessoti (1984) que data da antiguidade a exclusão de pessoas com deficiência física. Para o autor, na antiguidade, era comum a eliminação ou o abandono de pessoas que desviassem de um determinado padrão físico e mental, socialmente aceitos. Estão englobadas nesse grupo as pessoas com deficiência física, mental, com quaisquer características que implicassem na dependência econômica ou na incapacidade para o trabalho.

Segundo Silva (2005), a prática de eliminação e/ou de abandono passou a ser reprimida com o surgimento do Cristianismo. Sob a ética cristã, todos eram considerados filhos de Deus e, por conseguinte, dotados de alma. Posteriormente, na Idade Média, a perseguição retorna aos deficientes, tratados naquela época como “endemoniados”, sendo confinados em instituições prisionais.

Tal comportamento da época refletia a concepção preformista, que acreditava na inteligência como algo divinamente predestinada e preformada, isenta da influência do meio. Conforme Silva (2005), a partir do século XVI, essa concepção sofre alterações em função das grandes mudanças ocorridas no ocidente nos campos da economia, social, científico e político. Para Najmanovich (2001) essas mudanças revelaram novas formas de se pensar o mundo, bastante diferentes das produzidas na Idade Média. O mundo passa a ser compreendido sob a ótica de um novo paradigma, denominado *Modernidade*. Para a autora, modernidade pode ser compreendida como uma rede complexa de idéias, conceitos, modos de abordagem e de pensamento, de perspectivas intelectuais, formas de ação e de atuação, de atitudes e de valores que definem e caracterizam um determinado período histórico.

A Modernidade traz em seu cerne a superação de uma era de superstições, de crenças no divino, em argumentos teológicos, sobrenaturais e religiosos e apresenta argumentos fundados na razão e na objetividade.

O discurso *moderno* foi, pois, construído a partir de um conjunto de conceitos e pressupostos fundados, entre outras coisas, na valorização da racionalidade humana dos métodos e dos conhecimentos científicos; na noção de progresso linear; nas possibilidades de ordenação e classificação da realidade, inauguradas pela construção, difusão e imposição de padrões e instrumentos de medida (SILVA, 2005, p.57).

Data desta época os modelos escolares que buscaram uniformizar e homogeneizar o processo educacional. Os currículos, os métodos de avaliação, os procedimentos didáticos, os tempos e espaços escolares foram pensados e organizados dentro dessa nova concepção e de um novo paradigma. Instituem-se então padrões de normalidade, consolidando as práticas de segregação e de exclusão já existentes e que perduraram ao longo da história.

De acordo com Marques (2001a), com a evolução das ciências biológicas as noções preformistas dão lugar ao modelo predeterminista. A inteligência não mais é atribuída a dons divinos e forças sobrenaturais, mas a determinantes biológicos, geneticamente herdados. Esse pensamento tem impacto direto no processo educacional e na constituição de modelos pedagógicos de ensino-aprendizagem. As ações educativas que visam a modificabilidade cognitiva tornam-se inúteis na medida em que a origem dos distúrbios, deficiências e lesões encontram-se no organismo humano.

Com a realização de estudos e teorias no século XVII, esse modo de pensar começa a ser questionado. Em ensaio publicado na época, John Locke apresenta questionamentos aos fatores sociais que poderiam interferir no desenvolvimento intelectual. Com a teoria da *tabula rasa*, na qual as idéias e operações mentais resultariam de experiências sensoriais, inaugura-se a possibilidade de que a deficiência mental, como um exemplo, poderia então, ser concebida não somente como uma lesão irreversível, como também por déficit de estimulação cognitiva.

Com isso, estudiosos europeus da época começam a pensar o processo educacional sob nova ótica. Atribuem ao ensino o papel de suprir as carências e empreendem esforços na elaboração de métodos para o processo educacional de deficientes auditivos e mentais. É importante ressaltar que esses deficientes até aquele momento, à margem do processo de escolarização, assim o continuam. A eles serão ofertadas classes especiais com metodologias específicas. Mesmo com muitos esforços eles permanecem estigmatizados e excluídos dos modelos socialmente aceitos.

Segundo Fonseca (1995), por quase todo século XIX, a maioria dos indivíduos com deficiência não era assistida por programas educacionais e a eles restava o enclausuramento em instituições prisionais, como os hospícios, manicômios, conventos, entre outros. Silveira Bueno (2004) sintetiza essa situação dizendo que o desenvolvimento da educação especial na Europa, no século XIX, embora refletisse o aumento de oportunidades educacionais para os deficientes, parece ter respondido muito mais às exigências de uma nova ordem social que se instalava. No caso, a formação de um exército de trabalhadores que atendessem à demanda industrial emergente.

Por outro lado, é no século XX que veremos refletido o movimento ocorrido no século anterior. A expansão da educação especial no século XIX impulsiona sua institucionalização como um subsistema dentro do sistema educacional no século seguinte (SILVEIRA BUENO, 2004). Temos também, no século XX, a Psicologia assumindo um papel de destaque no tocante à questão da deficiência mental.

Patto (1999), em um estudo sobre o fracasso escolar, revela que no início do século XX surge a produção de estudos relacionados à medicina social. Esses estudos, que influenciaram a educação, se deram tanto na vertente comportamentalista como na vertente neuropsiquiátrica, com influência da Psicanálise (Souza, 1998). De acordo com Patto (1999), desses trabalhos e diálogos entre os campos de conhecimento nascem explicações decisivas para o insucesso escolar e o seu tratamento. O trabalho desenvolvido pelos médico-psicólogos chegou às clínicas de orientação infantil e às secretarias de Educação.

A entrada dos médicos e dos psicólogos na Educação e, particularmente, nas escolas, traz para essa área possibilidades de explicar o não-aprender de algumas crianças. Devido ao lugar de prestígio social ocupado pela Medicina, como ciência, o insucesso escolar de alguns passa a ser justificado por ela como um processo biológico. De acordo com Moysés e Collares, (1992, p.31): “pode-se constatar, assim, a concretização no cotidiano da sala de aula do processo de “biologização” das questões sociais (no caso, educacionais), processo este de cunho ideológico inegável”.

Temos assim, o surgimento do emprego do termo “distúrbios de aprendizagem” nas escolas e, por conseguinte, a manutenção da rotulação e da estigmatização dos alunos que passam a ser os responsáveis pelos seus fracassos. Isto significa que, uma vez diagnosticados como doentes, a eles está atribuído o insucesso no meio escolar. O termo distúrbio de aprendizagem aparece para justificar esse fracasso e designar o responsável por ele. Ele se traduz, conforme Moysés e Collares (1992), como uma doença que acomete o aprendiz, que passa a ser portador individual e orgânico de um mal, devendo ser tratado por profissionais competentes, no caso, os médicos.

Para as autoras, embora os professores não tenham claro o significado do discurso médico sobre distúrbios de aprendizagem, seus critérios e seus usos, eles o utilizam com o propósito de se referirem a uma doença e a um problema que se encontra localizado no aprendiz. Temos visto que, ao longo de séculos, os saberes de determinadas áreas do conhecimento adquiriram força de lei, entre esses aqueles relacionados à Medicina. Tratamos aqui como discurso médico, o discurso organizado por essa instituição, mais especificamente, a partir do surgimento da Medicina moderna onde, no final do século XVIII e início do século XIX, juntamente com o surgimento da anatomia patológica, os médicos passam a organizar o discurso sobre a manifestação da doença no corpo do homem. Assim, no presente trabalho, discurso médico significa todo discurso produzido pela instituição médica e caracterizado por normas, regras, poder e saber⁴, capazes de subjetivar o pensamento cotidiano. Traz no seu bojo o “conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico” (FOUCAULT, 2000a, p.206).

Retomando a perspectiva da estigmatização e da culpabilidade, estudos como os desenvolvidos por Griffo (1996) revelam que quando se classifica uma criança como disléxica ou deficiente mental educável, ou mesmo quando a criança é classificada como portadora de distúrbio psicomotor, distúrbio de aprendizagem, entre outros, é

⁴ “Um saber é aquilo de que podemos falar em uma prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um status científico (...) é o conjunto das condutas, das singularidades, dos desvios (...) é também o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso” (FOUCAULT, 2000a, p. 206).

possível explicar tais classificações por meio da concepção organicista. Esta teoria tem sua origem no final do século XIX e possui os médicos higienistas como seus precursores. De acordo com a abordagem organicista, os distúrbios de aprendizagem estão relacionados às características congênitas, hereditárias, a antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais que provocariam possíveis lesões cerebrais, entre outras (FIJALKOW, 1989). Embora este autor tenha aprofundado seus estudos nos aspectos pertinentes à leitura, em muito contribuiu para compreendermos o papel da Medicina nas políticas e práticas pedagógicas. Para Fijalkow (1989), a teoria organicista estabelece três categorias capazes de explicar a não-aprendizagem da leitura por determinadas crianças. São elas: a lesão cerebral, a hereditariedade e o atraso na maturação do sistema nervoso central. Para o autor, segundo esta teoria, os aspectos referentes às condições socioculturais, econômicas entre outros não eram considerados como relevantes.

Tais considerações podem ser observadas também nos estudos de Moysés e Collares (1992). Para as autoras, os processos de “patologização” e “biologização” dos problemas de aprendizagem isentam o sistema social vigente e a escola de responsabilidades que lhe competem. Além disso, excluem os aspectos sócio-culturais que possam influenciar no insucesso dos aprendizes.

Essas afirmações nos conduzem a necessidade de contextualização de tal abordagem. Sabemos que a concepção organicista se constitui historicamente, baseada em pensamentos positivistas que muito influenciaram o processo educacional. Nesse sentido, a seguir trataremos de aspectos como a normalidade e o patológico e suas implicações no processo educacional, no intuito de melhor compreendermos a relação entre Medicina e Pedagogia ao longo da história.

1.2 - Entre o normal e o patológico

A discussão entre o normal e o patológico é sempre muito complexa. Não caberá a este estudo abordar esta complexidade. Trataremos desse tema, considerando o aspecto histórico e as implicações pedagógicas.

Iniciaremos apresentando o autor comumente citado quando abordamos a relação entre a normalidade e o patológico. Trata-se de Canguilhem, filósofo e médico francês nascido no início do século XX (1904). Em sua tese de doutorado (1943), o autor realiza reflexões a cerca dos conceitos de normal e patológico, usados desde o século XIX como forma de “designar uma variação quantitativa de um padrão tido como referência. É justamente essa dimensão quantitativa que, na terapêutica, autorizava a intervenção médica” (PUTINNI E PEREIRA JR, 2007, p. 455). Para Canguilhem (2006, p.13):

A identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos, aparentemente tão diferentes, aos quais a experiência humana atribuiu valores opostos, tornou-se durante o século XIX uma espécie de dogma cientificamente garantido, cuja extensão no campo da filosofia e da psicologia parecia determinada pela autoridade que os biólogos e os médicos lhe reconheciam.

A tese do autor se divide em duas partes, orientadas por uma questão central cada uma delas. A primeira parte se orienta pela pergunta: “seria o estado patológico apenas uma modificação quantitativa do estado normal?” (CANGUILHEM, 2006, p.9). Nesta etapa, o autor realiza uma abordagem histórica do pensamento científico e desenvolve uma análise crítica acerca da relação entre o normal e o patológico, hegemônica no século XIX e, que considerava o patológico como uma variação quantitativa do normal (SERPA JR. 2006). Desenvolve sua crítica a partir de reflexões sobre o pensamento positivista de Comte e mecanicista de Claude Bernard. Na segunda parte, Canguilhem desenvolve seu estudo orientado pela pergunta: “existem ciências do normal e do patológico?”. Nesta etapa, o autor explicita sua posição a cerca dos conceitos de “normal e o patológico” numa perspectiva fenomenológica e experiencial desses conceitos.

Essa discussão sobre o normal e o patológico não se limita somente ao campo biológico e médico. Ela é fundamental para que possamos compreender os processos de constituição de classes especiais escolares. Estudos como os de Silveira Bueno (2004) contribuem para tal compreensão, uma vez que polemizam as dicotomias existentes entre “Educação especial e Educação regular; Deficiência e normalidade; Integração e segregação social” (id.,ibid., p. 23). O autor também ressalta que tal dicotomia não contribuiu para a superação das dificuldades de escolarização e integração social de crianças com deficiências.

Institucionalizada no final do século XVIII e início do século XIX, a educação de crianças deficientes surge “no conjunto das concretizações possíveis das idéias liberais” (JANUZZI, 2006). No Brasil, esse movimento foi tímido, sendo o atendimento ao deficiente iniciado, provavelmente, por meio de Câmaras Municipais ou confrarias particulares (id., ibid., 2006). A literatura descreve o surgimento da educação especial por volta do século XVIII na Europa, voltada para o atendimento de surdos e cegos. Ela tinha como função oferecer a escolarização para indivíduos portadores de anormalidades que não os possibilitava usufruírem do processo regular de ensino. Diferentemente da educação regular, que era realizada em instituições abertas, a educação especial acontecia em internatos, caracterizando a segregação dos “anormais” (SILVEIRA BUENO, 2004).

Na verdade, sob o manto da excepcionalidade são incluídos indivíduos com características as mais variadas, cujo ponto fundamental é o desvio da norma, não a norma abstrata, que determina a essência a-histórica da espécie humana, mas a norma construída pelos homens nas suas relações sociais (Id., ibid., 2004, p.64).

Historicamente, o período que antecede o desenvolvimento da sociedade moderna, pode ser considerado, para o atendimento ao deficiente, como um período extenso de gestação (SILVEIRA BUENO, 2004). O autor relata que, primeiramente, esses sujeitos foram subjugados a maus tratos e piedade, sendo que, posteriormente, essa situação tende a mudar quando são oferecidas oportunidades educacionais e de integração social. Nos tempos atuais, esse quadro passa por alterações significativas com a discussão e implementação de políticas de inclusão social.

No decorrer desse processo histórico, é importante ressaltar que ao longo de décadas a vertente médico-pedagógica orientou a prática de professores nas escolas.

O despertar dos médicos nesse campo educacional pode ser interpretado como procura de respostas ao desafio apresentado pelos casos mais graves, resistentes ao tratamento exclusivamente terapêutico, quer no atendimento clínico particular, quer no, muitas vezes, encontro doloroso de crianças misturadas às diversas anomalias em lugares que abrigavam todo tipo de doente, inclusive loucos. (JANUZZI, 2006, p. 31)

No Brasil, por volta do final do século XIX e início do século XX, a Medicina cumpre papel fundamental na elaboração de propostas educacionais. Além de exercerem a função de médicos, muitos desses profissionais também eram responsáveis pela

direção de instituições educacionais. Os órgãos e profissionais da área de Higiene e Saúde pública realizavam inspeções sanitárias em escolas, gerando medidas disciplinadoras com base em preceitos de higiene.

A relação entre Medicina e Pedagogia se estreita e resulta na criação de instituições escolares ligadas a hospitais psiquiátricos, abarcando crianças que conviviam com adultos loucos (JANUZZI, 2006). Várias instituições se formaram para atender a um público que não poderia ser inserido no ensino regular. Além disso, vários médicos teorizaram sobre o tema produzindo obras como: “Da educação e tratamento médico-pedagógico dos idiotas”, “Débeis mentais na escola pública” e “Higiene escolar e pedagogia”.

Do conjunto de políticas vigentes na época (início século XX), surgem propostas que acabam por reforçar a separação entre normais e patológicos. São adotados critérios relacionados ao potencial cognitivo (grau de inteligência) para avaliação da anormalidade e, em consequência, a catologação e categorização dos indivíduos. Passamos a ter não mais somente os deficientes orgânicos segregados como também surgiram categorias como “anormais intelectuais, morais e pedagógicos” (JANUZZI, 2006, p. 40). Conforme as categorias, os indivíduos seriam assistidos por profissionais específicos. É importante salientar que a responsabilidade direta pelo processo educacional desses indivíduos pertencia à classe médica. Em conjunto com os médicos e orientados por eles, os pedagogos agiam no processo educacional.

Até aqui tentamos situar um pouco os feitos históricos que contribuíram para a constituição da relação médico-pedagógica ao longo de séculos. Abordamos aspectos macro dessa relação como os processos de segregação social, classificação entre o que é normal e não normal, a constituição de práticas de ensino orientadas por conhecimentos médicos, entre outros. Uma vez situada tal abordagem, passaremos agora a focar nossas discussões em contextos mais específicos deste estudo. Inicialmente trataremos da paralisia cerebral, os seus aspectos intrínsecos e as implicações educacionais. Posteriormente, serão abordadas concepções de discurso que nos ajudarão a compreender as abordagens macro e micro aqui contempladas.

1.3 - Paralisia Cerebral

Ao longo de anos, muitas definições de paralisia cerebral foram oferecidas. Em 1843, William John Little, cirurgião inglês, descreveu pela primeira vez a encefalopatia crônica da infância, ao estudar um grupo de 47 crianças com rigidez espástica. Em 1897, Freud, ao estudar a síndrome de Little, propõe o termo paralisia cerebral, que mais tarde foi detalhada por Phelps, ao se referir a um grupo de crianças com transtornos motores devido à lesão no sistema nervoso central (BLECK 1987, GAUZZI e FONSECA 2004, ROTTA 2002). Para Bleck 1987, paralisia cerebral pode ser definida como uma desordem não progressiva do movimento ou postura que se inicia na infância e é causada por um mau funcionamento ou dano no cérebro. Outra definição como sendo uma “(...) desordem do movimento secundária a uma lesão não progressiva do cérebro em desenvolvimento”, nos é dada por Braga (1995, p.9).

São muitas as causas da paralisia cerebral e podem ser classificadas conforme a temporalidade da ocorrência como: pré-natal (antes do nascimento), perinatal (durante o nascimento) e pós-natal (depois do nascimento). Dentre os fatores de risco para lesões pré-natais temos as infecções intra-uterinas (rubéola, toxoplasmose, citomegalovirus), sofrimento fetal, entre outros que podem interferir no desenvolvimento normal do cérebro. Quanto aos fatores perinatais, consideramos a prematuridade, a anóxia durante o parto e a hiperbilirrubinemia grave. Já no período pós-natal, os principais fatores de risco ou as possíveis causas podem ser infecções no sistema nervoso central, acidentes vasculares cerebrais, anóxias, paradas cardiorespiratórias (BLECK 1987).

Conforme Braga (1995), ao longo dos anos, tem-se observado o aprimoramento sobre o conhecimento etiológico, parâmetros de classificação e a definição conceitual de paralisia cerebral. O avanço tecnológico, como, por exemplo, o uso de imagens como mais um instrumento para definição de diagnóstico, também, em muito tem contribuído para esse aprimoramento.

1.3.1 - Classificação da paralisia cerebral

A classificação que foi amplamente aceita sobre paralisia cerebral foi descrita em 1956 por Minear e era composta por sete categorias maiores e 34 menores (CAMPOS DA PAZ JR. BURNETT & NOMURA, 1996). Atualmente, a literatura apresenta uma gama ampla de possibilidades de classificações, que pode ser vista como natural, uma vez que também é amplo o espectro de variações no tocante à lesão e às repercussões no quadro clínico da criança (BRAGA, 1995).

Swaiman (1994) oferece uma classificação que nos parece mais didática. O autor divide a paralisia cerebral em dois blocos: a) lesões piramidais e b) lesões extrapiramidais. A essa classificação ele associa o tipo de movimento (classificação fisiológica) e a topografia (membros envolvidos). Considerando o tipo de envolvimento motor (tipo de movimento), a paralisia cerebral pode ser classificada como espástica e coreoatetose (movimentos involuntários), conforme demonstrada no quadro a seguir:

QUADRO 1

Paralisia cerebral – Classificações piramidais e extrapiramidais

Classificação fisiológica	Classificação topográfica	Membros envolvidos
Lesões Piramidais	Hemiplegia espástica	Membros inferior e superior, de um lado do corpo
	Diplegia espástica	Membros inferiores
	Triplegia espástica	Predomínio em três membros
	Tetraplegia espástica	Membros superiores e inferiores, tronco e pescoço
Lesões extrapiramidais	Coreoatetose	Predomínio de distribuição tetraplégica
	Distonia	Distribuição tetraplégica

A paralisia cerebral espástica ocorre por lesões piramidais e se caracteriza pelo aumento do tônus muscular, diminuição da força muscular e hiperreflexia. Os movimentos requerem um esforço excessivo e são restritos em amplitude (SOUZA,

1996). A coreoatetose é uma lesão extrapiramidal que ocorre particularmente nos núcleos da base. Estes são responsáveis por inibirem movimentos espontâneos comandados pelo córtex. Em função da lesão e por ausência da inibição (BRAGA, 1995), o indivíduo apresenta dificuldade no controle dos movimentos. Aos movimentos mais grosseiros, rápidos e de imprecisão rítmica, chamamos de coreicos e aos movimentos mais lentos e contínuos, chamamos de atetose. Também decorrente de lesão extrapiramidal, a distonia caracteriza-se por “(...) movimentos de torção intermitentes, secundários à contração simultânea, co-contração da musculatura aceleradora e frenadora.” (BRAGA, 1995, p. 15).

A literatura também nos apresenta outras classificações para a paralisia cerebral como: atáxica, hipotônica e mista. A ataxia se caracteriza pela deficiência no equilíbrio, no posicionamento espacial e movimentos incoordenados. Observa-se marcha rude com alargamento da base e sinais clínicos como: disdiadococinesia, dismetria movimentos decompostos, nistagmo e disartria. É consequente de lesões no cerebelo ou no trato cerebelar (BRAGA, 1995). Outro tipo de envolvimento motor é a hipotonia. Caracteriza-se pela diminuição do tônus muscular, apresentando pouca resistência ao movimento passivo. Conforme Braga (1995) são poucos os autores que consideram a hipotonia como um tipo de paralisia cerebral. Compreendem-na como uma etapa transitória no desenvolvimento dessas crianças. Por fim, os tipos mistos de paralisia cerebral são aqueles em que há uma combinação de dois dos tipos, onde se associa lesões piramidais e extrapiramidais. Nesse caso, costuma-se classificar conforme a alteração motora predominante.

No que se refere à topografia, a paralisia cerebral pode ser classificada em monoplegia, quando há envolvimento de apenas um membro; a hemiplegia, quando estão envolvidos membros superior e inferior de apenas um lado do corpo; a diplegia, quando há envolvimento das extremidades dos membros superiores e inferiores, porém observa-se um comprometimento maior nos inferiores. Na triplegia, observamos um comprometimento de três membros sendo, na maioria das vezes, dois membros inferiores e um membro superior. Já na tetraplegia, vemos um comprometimento dos quatro membros.

Além da disfunção motora, presente na totalidade dos casos, outras alterações podem estar associadas. Dentre elas, encontramos a epilepsia, retardo mental, disartria, transtornos de alimentação, sialismo, bruxismo, déficits auditivos, visuais e sensoriais, desordens perceptuais e visomotoras.

Em relação aos episódios convulsivos, sabe-se que eles são frequentes em crianças com paralisia cerebral. Estudos demonstram que ocorrem em 86% das crianças com espasticidade, em 55% das crianças com hemiplegia e em 12 % de crianças com coreoatetose (BLECK & NAGEL, 1982).

O retardo mental está presente em um número significativo de crianças com paralisia cerebral. Segundo Nelson (1994) citado por Souza (1996), o retardo mental é observado em 50% das crianças com paralisia cerebral que passam por testes de inteligência e metade dessas crianças avaliadas encontra-se abaixo do nível de classificação como educáveis. Conforme Campos da Paz Jr., Burnett & Nomura (1996), nos estudos desenvolvidos por Hohman (1953) foram avaliadas 600 crianças com paralisia cerebral. O autor concluiu que 75% dessas crianças apresentavam atraso no desenvolvimento cognitivo e que os demais 25% apresentavam inteligência normal.

A deficiência visual é outro aspecto de importante discussão. Diversos problemas visuais são encontrados em crianças com paralisia cerebral. O mais comum é o estrabismo. São identificados também, a miopia, mais presente nos casos de prematuridade; o nistagmo, muitas vezes nos casos de ataxia e a hemianopsia nos casos de hemiplegia (CAMPOS DA PAZ JR., BRUNETT & NOMURA, 1996).

Quanto aos distúrbios perceptuais e visomotores, de acordo com Abbercrombie (1964) citado por Souza (1996), deve-se fazer uma distinção entre os resultados apontados por testes que avaliam a capacidade perceptual e o desempenho em testes que avaliam capacidades visomotoras e construtivas.

Uma desordem perceptual segundo o autor, é aquela na qual a criança não pode perceber relações espaciais, isto é, vê os objetos de uma maneira distorcida. Assim sendo, muitas vezes, o que a criança está demonstrando é a dificuldade de reprodução devido à limitação motora e não a percepção distorcida dos objetos. (SOUZA, 1996, p.4).

É importante salientar que as evidências de que a criança com paralisia cerebral vê as coisas de uma maneira distorcida são pouco conclusivas e o que existe é baseado em testes para “desordens perceptuais” que requerem visão e movimento (SOUZA 1996).

Quanto ao prognóstico de crianças com paralisia cerebral, Bleck (1987) contribui dizendo que ele está diretamente ligado à gravidade da lesão neurológica. Além disso, ressalta a relevância do tratamento, do ambiente no qual a criança está inserida. Vale lembrar que quanto maior o comprometimento do membro pior será o prognóstico. Nos casos de mau prognóstico, há a necessidade de auxílio locomoção que pode se dar por meio de bengalas, andadores ou cadeiras de roda. Além disso, o nível de comprometimento pode restringir a independência para as atividades cotidianas como alimentação, vestuário e higiene.

1.3.2 - Paralisia cerebral segundo padrões de funcionalidade

Outra perspectiva de classificação da paralisia cerebral tem a ver com a funcionalidade. Autores que desenvolvem estudos nessa perspectiva definem a PC como sendo uma “encefalopatia crônica não progressiva da infância, em consequência de uma lesão estática, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional” (MANCINI et.al, 2002, p.446).

Trata-se de uma abordagem, historicamente, mais recente e que ganha espaço com a aprovação da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) em maio 2001. A classificação tem por objetivo unificar e padronizar a linguagem e a estrutura de trabalho para descrição da saúde e de estados relacionados à saúde (OMS, 2003). Utiliza termos como funcionalidade e incapacidade caracterizando-os respectivamente como funções do corpo, formas de participação, atividades, limitações, deficiências, restrições de participação. Esta

abordagem vai além da aplicação de conceitos isolados e considera como fator relevante a interação entre esses conceitos descritos e os aspectos ambientais:

Embora a condição de PC possa resultar em alterações de certa forma previsíveis no sistema musculoesquelético, as manifestações funcionais dessa condição devem ser avaliadas individualmente, uma vez que o desempenho funcional é influenciado não só pelas propriedades intrínsecas da criança, mas também pelas demandas específicas da tarefa e pelas características do ambiente no qual a criança interage (MANCINI, et.al, 2004, p.254).

Podemos aqui inferir quanto à perspectiva de uma mudança de foco, que privilegia o “doente” e o seu contexto em detrimento da “doença”. “Duas pessoas com a mesma doença podem ter níveis diferentes de funcionamento e, duas pessoas com o mesmo nível de funcionamento, não têm necessariamente a mesma condição de saúde” (FARIAS E BUCHALLA 2005, P.189).

Os conceitos apresentados na CIF trazem um novo paradigma para se pensar e atuar frente à deficiência. Trata-se da mudança de uma visão biomédica para uma visão biopsicossocial. Neste caso, a deficiência e a incapacidade não são somente compreendidas como consequências das condições de saúde ou de doença. Elas são diretamente influenciadas pelas condições contextuais, pelo ambiente físico e social, pelos fatores culturais, disponibilidade de serviços e legislação (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

Para Chagas et.al (2008), no caso da paralisia cerebral, a literatura atual tem procurado classificar as crianças conforme sua independência funcional, considerando as funções motoras grossas e finas. Para tanto, são utilizados dois sistemas de classificação sendo eles: o *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) e o *Manual Abilities Classification System* (MACS) com o objetivo, conforme os autores, de categorizar os aspectos de mobilidade e de função manual de crianças com paralisia cerebral. Além dos dois sistemas, existem testes como o *Gross Motor Function Measure* (GMFM-66) e o *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) (CHAGAS e MANCINI, 2004) também utilizados na avaliação funcional de crianças com PC.

Em estudo com 30 crianças com PC, Chagas et.al (2004) analisaram a função motora grossa e o desempenho funcional dessas crianças com base nos testes citados. As crianças foram divididas em grupos conforme classificação funcional, considerando os parâmetros do GMFCS e do MACS. Segundo os autores, esses sistemas de classificação demonstraram sua eficiência na avaliação da capacidade funcional de ambulatória e das habilidades manuais de crianças com PC, podendo ser considerados como bons indicadores de avaliação.

Consideramos que as classificações de paralisia cerebral, tanto baseada nos princípios biomédicos quanto nos princípios biopsicossociais, são de fundamental importância para refletirmos sobre os processos de inclusão social de crianças com deficiência, particularmente crianças com PC. Ambos contribuem para que possamos compreender o diagnóstico e pensarmos estratégias inclusivas que considere o sujeito, as suas particularidades, o seu contexto, a sua cultura, entre outros. Além disso, contribuem para o debate sobre a dicotomia entre os modelos educacionais e pedagógicos de base biomédica, historicamente cristalizados, e o paradigma emergente da inclusão que privilegia a diversidade, a diferença aproximando-se do modelo biopsicossocial.

1.4 – Inclusão: social e escolar

Abordar inclusão escolar não é somente trazer à tona modelos educacionais cristalizados e a dificuldade de se produzir e incorporar novas leituras desses modelos. Significa também evidenciar os programas, os projetos e as propostas atuais sobre o tema. Para Montoan (2005), existe uma tensão entre os velhos costumes, práticas escolares e o que a discussão sobre a inclusão traz de novo. Isto ocorre quando as escolas regulares têm que enfrentar os problemas advindos da entrada de crianças deficientes no seu espaço sem, contudo, poder devolver para as escolas especiais a responsabilidade de educar essas crianças. Para a autora, uma das principais barreiras imposta à inclusão está no fato de as escolas ainda estarem organizadas para atender a alunos idealizados: “é como se o espaço escolar fosse, de repente, invadido e todos os seus domínios fossem tomados de assalto” (MANTOAN, 2003, P.49).

Essa observação pode ser reforçada no estudo desenvolvido por Marques (2001a), no qual a autora constata que, parte expressiva das escolas que temos, não está preparada para oferecer uma educação de qualidade para todos os alunos e sim para um determinado grupo de alunos que, “cuja capacidade cognitiva, permita a eles superar, por si mesmos, possíveis déficits reais ou circunstanciais” (SILVA, 2005, p.66).

Desta forma, autores como Mantoan (1998), (2003); L.Marques (2001a/b), C.Marques (2001), caracterizam inclusão como um novo paradigma capaz de modificar as estruturas excludentes próprias de modelos vigentes até o momento, promovendo a superação dos modelos cristalizados e reorganizando os sistemas sociais e educacionais. Este novo paradigma traz questionamentos aos padrões existentes, reformula as classificações e hierarquizações. Além disso, contribui para evidenciar faces de conflitos constitutivos das relações sociais, muitas vezes camuflados ou ignorados.

A inclusão no campo da educação traz a exigência da reformulação de valores éticos e da construção de novas leituras sociais, do repensar pedagógico e das práticas cotidianas escolares. Trata-se do inusitado, que requer flexibilidade ao mesmo tempo em que nos desafia na construção de novos caminhos e modelos mais abertos, e de alternativas até então inexistentes. De acordo com Barros (2003, p.103), a presença do diferente “força as amarras, flexibiliza o pensar, faz a rede social vibrar [...] nos promete novidades quanto aos nossos próprios limites, nos permite assumir a ambivalência que nos constitui.”

Para Sanchez (2005, p.11):

A filosofia da inclusão defende uma educação eficaz para todos, sustentada em que as escolas, enquanto comunidades educativas devem satisfazer as necessidades de todos os alunos, sejam quais forem as suas características pessoais, psicológicas ou sociais (com independência de ter ou não deficiência).

Trata-se então, de estabelecer as bases sólidas para que a escola seja capaz de educar com sucesso a diversidade de seu alunado e assim, colaborar para a erradicação das desigualdades sociais. A educação inclusiva deve ser compreendida como uma tentativa de atender às necessidades e demandas de

qualquer aluno no sistema educacional, assegurando a esse aluno o direito de acesso e participação ativa no contexto escolar e social.

Segundo Sasaki (2005), as experiências pioneiras em inclusão aconteceram por volta da metade dos anos 80, mas somente na década de 90 ganharam projeção. Para ele, é importante considerar que a inclusão se difere substancialmente do que até a década de 80 se tinha como forma de inserção escolar de pessoas com deficiência ou com outras necessidades. Para Sasaki, as concepções que antecedem o conceito de inclusão partiam do pressuposto de que para haver a inserção escolar seria necessária a vigência de dois sistemas educacionais: o regular e o especial. Os alunos com alguma deficiência poderiam estudar nas escolas regulares se fossem capazes de acompanhar os demais colegas “normais”. O autor ainda argumenta que a origem dessa concepção encontra-se no *modelo médico de deficiência*, “segundo o qual o problema está na pessoa deficiente e, por esta razão, ela precisa ser “corrigida” (melhorada, curada, etc) a fim de poder fazer parte da sociedade” (SASSAKI, 2005, p.20).

Esse modelo foi longamente combatido por movimentos que apresentavam visões e leituras diferentes do processo de inserção social. Eles se contrapunham à crença de que a responsabilidade pela inserção caberia ao sujeito deficiente, que no caso, teria que provar a sua capacidade de participar dos diferentes contextos sociais e educacionais. Para isso, defendiam que a sociedade e as escolas deveriam se reorganizar e se adequarem às necessidades e demandas dos sujeitos sociais. Esse pensamento deu origem “ao conceito conhecido como o *modelo social da deficiência*” (SASSAKI, 2005, p.20).

Nesse sentido, a inclusão pressupõe a modificação e a adequação dos sistemas sociais vigentes de tal maneira que sejam eliminados os diversos fatores que contribuem para a exclusão de pessoas.

Pois, para incluir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada a partir do entendimento de que ela é que precisa ser capaz de atender às necessidades de seus membros. O desenvolvimento, por meio da educação, reabilitação, etc, das pessoas com deficiência deve ocorrer dentro do processo de inclusão e não como um pré-requisito, como se essas pessoas precisassem pagar ingressos para poderem fazer parte da

sociedade (das escolas comuns, das empresas comuns, etc) (Id., Idib., 2005, p. 21).

1.4.1 - Inclusão escolar e paralisia Cerebral

Se para que a inclusão educacional de fato aconteça, é necessária a reorganização do pensamento e do funcionamento social e escolar, podemos dizer que, no caso da paralisia cerebral, conforme Rossi (1999), a concepção de educação das crianças tem passado por importantes modificações conceituais nas últimas décadas. Historicamente, o lugar dado à criança com paralisia cerebral foi a escola especial. A entrada delas na escola regular tem provocado reações diferenciadas, múltiplas interpretações e, às vezes, práticas pouco pedagógicas.

Na escola, as reações são bastante diversificadas, desde uma aceitação mais emotiva, cheia de pena e de sentimentos meio “melados” e superficiais que não devem durar muito ou serão prejudiciais ao desenvolvimento do aluno, até uma rejeição formal: “não temos condições nessa escola”; “Ele não vai acompanhar”; “Volte quando ele tirar a fralda” (só que ele é portador de uma mielomeningocele ou de uma paralisia cerebral grave, e não vai poder tirá-la, mas ninguém sabe disso na escola, nem cogita perguntar, informar-se) (MOURA, 2004, p.400).

A falta de conhecimento, preparo e formação dos profissionais da educação, em muito, contribuem para o reforço da exclusão. Além disso, o que sabem sobre paralisia cerebral, muitas vezes, pertence ao campo do senso comum. Esse saber, fruto de um discurso socialmente produzido, costuma resultar na estigmatização e rotulação dos aprendizes. Por conseguinte, o sujeito passa a ser o culpado pelo seu fracasso.

Esse desconhecimento pelos educadores sobre o diagnóstico da criança com paralisia cerebral e suas repercussões no desenvolvimento neuropsicomotor, contribui em muito para reforçar o quadro de estigmatização social atual. Muitas confusões são feitas quanto aos diagnósticos. A mais comum delas é atribuir à criança com paralisia cerebral, com comprometimentos motores severos e comprometimentos de fala, por exemplo, a incapacidade mental. Como a criança apresenta dificuldade na linguagem expressiva, seja verbal ou não-verbal, costuma ser estigmatizada e marginalizada no seu processo de aprendizagem e muitas vezes não aceita no espaço escolar regular, por a julgarem deficiente mental. Esse é

apenas um dos possíveis exemplos em relação aos aspectos dificultadores da inserção e inclusão escolar dessas crianças.

Muitas pesquisas demonstram que as crianças com paralisia cerebral, além do déficit motor, apresentam outros déficits associados como, por exemplo, visual, auditivo, de linguagem, de fala, viso-espaciais, entre outros. No entanto, para definir se uma criança aprende ou não, é necessária a utilização de instrumentos que sejam capazes de medir o seu potencial cognitivo. Para isso, podem ser utilizados instrumentos formais de avaliação tanto qualitativos quanto quantitativos. É importante ressaltar que eles devem ser adequados aos objetivos e metas a serem atingidas, bem como adaptados às necessidades dos avaliados. Nesse sentido, inferimos que as escolas se encontram em condições precárias para avaliar. Além da falta de conhecimento dos docentes na área neuropsicológica, faltam à escola instrumentos adequados de avaliação.

Outro aspecto segregador no contexto escolar, de acordo com Moura (2004), é o modelo educacional competitivo. Crianças com comprometimentos motores importantes nem sempre são bem vindas a grupos de trabalho em sala de aula. A impressão que se tem é que o cognitivo somente se desenvolve se o motor funciona bem. Nesses casos, as aparências costumam enganar. Muitas dessas crianças costumam ter um desenvolvimento cognitivo compatível com sua faixa etária, uma ótima compreensão que os habilita a participar ativamente de diferentes contextos sociais, ressaltando as dificuldades motoras que exigirão uma maior atenção.

Nesse sentido, o estudo de Braga (1995) pode contribuir para que possamos melhor compreender o processo de cognição e ação motora. A autora traz questionamentos e reflexões importantes sobre ação, manipulação de objetos e cognição. Em sua abordagem sobre a teoria piagetiana, Braga (1995) discute a relação direta entre as experiências sensório-motoras e o desenvolvimento cognitivo normal. Conforme a autora, a teoria de Piaget admite que as estruturas cognitivas se desenvolvam em estágios que dependem da estruturação de estágios anteriores, alcançados pela experiência com a ação direta sobre o objeto. Nesse sentido, estariam prejudicados, em seu processo de desenvolvimento cognitivo, indivíduos com comprometimentos motores que tivessem experiências sensório-motoras limitadas.

Esse pensamento também é reforçado pela autora ao abordar as teorias de Leontiev e Zporozhets. Ela comenta que, embora esses autores considerem que o processamento mental inicia-se a partir de estímulos externos, consideram que os “processos perceptivos e cognitivos são relacionados diretamente com os movimentos” (YOUNG, 1991 apud BRAGA, 1995, p 153), o que implica na manipulação direta do objeto pela criança para o desenvolvimento da percepção e da representação do mesmo (BRAGA, 1995).

Nesse sentido, a autora indaga acerca do significado de agir sobre o objeto. Se tal ação envolve o contato tátil ou motor, acredita-se que as teorias mencionadas não são capazes de explicarem o desenvolvimento de crianças com comprometimentos motores como, por exemplo, crianças com coreoatetose. Porém, conforme as teorias de Von Cranach e Valach, essa ação pode ser pensada em outra perspectiva. De acordo com Braga (1995) esse autores, ao analisarem o desenvolvimento da criança e considerarem os pressupostos piagetianos, construíram uma teoria com seis postulados importantes e consideram que o conceito de ação não está diretamente relacionado ao contato motor e tátil. Nesse caso,

As crianças com formas graves de paralisia cerebral e movimentos involuntários não têm condições de agir motora e taticilmente sobre o objeto mas, a princípio, não estão limitadas em relação ao planejamento ou intenção de ação, ao controle cognitivo, à representação consciente, à atenção, ao afeto, à motivação e à relação social . (BRAGA, 1995, p.55).”

Seguindo essa linha de pensamento e, considerando que a ação depende do pré-estabelecimento de um planejamento que deve ser elaborado e ajustado a contextos sociais e que acontece em situações interacionais, a autora levanta a hipótese de que as crianças coreoatetoides possam desenvolver suas ações mediadas por terceiros.

Desta forma, retomando as discussões anteriores sobre a segregação de crianças com comprometimento motor, podemos pensar que na sala de aula muitas delas deixam de participar de atividades devido aos seus limites motores. Os educadores, seja por desconhecimento teórico ou por inexperiência prática, costumam reproduzirem modelos e elaborarem ações pedagógicas que não contribuem para o processo de inclusão de crianças deficientes. Nesse caso, o aspecto motor acaba

por se sobrepor ao possível potencial cognitivo, que muitas vezes não é devidamente estimulado para se transformar em aquisição, ficando a criança apenas por ocupar um espaço cativo na sala de aula.

Assim, lidar com a diversidade e com a diferença tem sido um desafio para os professores. O que é questionável, nesse processo, é a tendência da escola, em resolver os problemas da diversidade que se manifestam no âmbito escolar, por meio de soluções práticas e pouco teóricas e reflexivas acerca do processo de inclusão e de participação efetiva da criança com deficiência. Costuma-se reproduzir discursos prontos e de senso comum, como, por exemplo: “essa criança tem problema de coordenação”, “ele tem problema de cabeça”, como também, discursos médicos que justifiquem o não-aprender ou o não-fazer pedagógico adequado à situação e demanda da criança. Os docentes costumam se sentir à vontade para, a partir de conhecimentos superficiais, dizer que determinadas crianças não aprendem porque têm deficiências. No caso da paralisia cerebral, muitas vezes o comprometimento motor se torna déficit cognitivo e, por conseguinte, justificativa para o não-aprender da criança e álibi para equívocos pedagógicos.

Considerando a abordagem realizada até o momento, estaremos, em seguida, discutindo outras facetas do processo de exclusão social e escolar. Situiremos autores que, por meio do conceito de discurso e de práticas discursivas, nos fornecerão elementos para melhor compreender o fenômeno aqui investigado.

1.5 - Educação, Medicina e Discursos (Significados?)

É possível identificar, na produção do fracasso escolar, um discurso que tende à “patologização” das dificuldades manifestadas pelas crianças em seu processo de ensino-aprendizagem. Não têm sido raras as falas de professores que dizem que os alunos não aprendem porque têm problemas como, também, não sabem identificar com clareza quais são esses problemas.

Como educador, tenho observado que o discurso produzido no interior da escola a respeito do não-aprender pelas crianças, tem sido cada vez mais excludente e conformista. Conformista no sentido do não se ter nada a fazer, uma vez que as

crianças apresentam doenças que somente a medicina pode resolver. Excludente, porque com isso o professor continua ensinando àqueles que aprendem e deixando de lado aqueles que não conseguem acompanhar o que ele quer ensinar. Nesse sentido, busco aqui refletir sobre o como compreender esse discurso produzido no espaço escolar. Em “As Palavras e as Coisas”, Foucault (1999) desenvolve uma metodologia caracterizada como arqueológica. Procura encontrar a materialidade de práticas discursivas que constituem o homem e o surgimento de saberes que o tomam como objeto. Assim, é possível compreender a “Arqueologia” como a busca da origem, a escavação de significados secretos. Seria então, buscar no discurso os sentidos presentes na materialidade das palavras no contexto em que são produzidas? Esta, talvez seja, num primeiro momento, a questão que nos orienta na busca pela compreensão do fenômeno a investigar.

Para tanto, torna-se relevante explicitarmos que, quando nos referimos ao termo práticas discursivas, estamos nos referindo ao discurso como uma forma de agir no mundo e que acontece nas relações de força sociais (CHARAUDEAU E MANGUENEAU, 2004). Numa perspectiva foucaultiana, podemos dizer que:

(...) é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou lingüística dada, as condições de exercício da função enunciativa.

Nesse sentido, para Foucault está em primeiro plano a historicidade do discurso e as condições institucionais de legitimação da enunciação (CHARAUDEAU e MANGUENEAU, 2004). Quanto ao termo discurso, consideraremos, em princípio, como sendo:

(...) um conjunto de enunciados, na medida em que se apóiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência. (FOUCAULT, 2000b, p. 135).

Fazemos aqui uma primeira caracterização do que estamos chamando de práticas discursivas e de discurso. Ao longo da discussão teórica, retomaremos esses conceitos e apresentaremos outras possíveis abordagens que acreditamos

acrescentarem elementos relevantes a tal conceituação, além de melhor esclarecer a abordagem aqui adotada.

Retomamos então a questão anteriormente levantada e trazemos um outro questionamento, feito por Foucault (2000a, p.179) para a reflexão: “em uma sociedade como a nossa que tipo de poder é capaz de produzir discursos de verdade dotados de efeitos tão poderosos?” Essa segunda questão nos conduz a problematização dos significados produzidos pelos discursos que circulam no espaço escolar e, por conseguinte, das relações de poder, formas de inclusão e de exclusão escolar e social. Para Foucault (2000a, p.179):

(...) em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso.

Para se chegar à idéia de significado, é preciso, inicialmente, lembrar a trajetória proposta por Foucault em “As Palavras e as Coisas”. O autor percorre a arqueologia da *episteme* ocidental, da Era Medieval ao século XIX, onde apresenta condições para que o homem torne-se objeto de estudo. São três os momentos de seus estudos, conforme descrito a seguir. O primeiro, refere-se à Idade Medieval. Nele o autor apresenta a relação entre as palavras e as coisas marcada pela similitude, pela semelhança. O mundo e as palavras encontravam-se diretamente relacionados, unidos.

Até o final do século XVI, a semelhança desempenhou um papel construtor no saber da cultura ocidental. Foi ela que, em grande parte, conduziu a exegese e a interpretação dos textos; foi ela que organizou o jogo dos símbolos, permitiu o conhecimento das coisas visíveis e invisíveis, guiou a arte de representá-las (FOUCAULT, 1999, p.23).

Isso significa dizer que até o século XVI, a similitude e a semelhança, marcaram as relações entre as coisas e o que as nomeava, igualando magicamente as palavras e as coisas.

No segundo, já entre os séculos XVII e XVIII, há uma mudança nos saberes, nasce a *episteme*⁵ clássica, assim chamada por Foucault. As coisas não mais se assemelham às palavras, elas são representadas pelas palavras. Isso quer dizer que “no começo do século XVII, nesse período que, com razão ou não, se chamou de Barroco, o pensamento cessa de se mover no elemento da semelhança” (FOUCAULT, 1999, p.70). Inicia-se então uma nova forma de compreender as relações entre as palavras e as coisas. “A similitude não é mais a forma do saber, mas antes a ocasião do erro, o perigo ao qual nos expomos quando não examinamos o lugar mal esclarecido das confusões” (FOUCAULT, 1999, p.70). Está marcada, assim, a passagem das crenças nas superstições ou mágicas para a entrada em uma nova ordem: a ordem científica.

O terceiro momento é marcado pelo nascimento dessa nova ordem. Uma *episteme* que abre espaço para o surgimento do homem, diferentemente das *epistemes* anteriores, em que não havia lugar para ele. Esse momento, também chamado de “idade da interpretação”, abre a possibilidade de tematizar o homem como objeto e sujeito do conhecimento. “O homem, como objeto do saber, só poderá surgir na investigação empírica de suas atividades; como ser que trabalha, que vive, que fala, preso à produção, à vida e à linguagem” (QUEIROZ, 1999, p.37). De acordo com o pensamento foucaultiano, é possível pensar que o século XIX marca uma nova forma de se compreender a relação entre o mundo e o que o nomeia. As coisas não mais se assemelham e nem são representadas pelas palavras. Elas dão lugar à interpretação, aos significados que podem ser produzidos em contextos variados.

Nesse sentido, ao pensar como tema de estudo os efeitos do discurso médico no processo de ensino-aprendizagem escolar, particularmente, que discurso médico sobre Paralisia Cerebral tem circulado nas escolas, como ele tem sido apropriado pelos educadores e os efeitos desse discurso e de sua apropriação na elaboração das práticas pedagógicas; torna-se necessário compreender os significados que esse discurso possui nos contextos de sua produção.

⁵ Conjunto de relações que liga tipos de discursos e que corresponde a uma dada época histórica: “são todos esses fenômenos de relações entre as ciências ou entre os diferentes discursos científicos que constituem aquilo que eu denomino a *episteme* de uma época”. (REVEL, 2005, p. 41)

1.6 - Discurso: uma concepção Foucaultiana

Em sua obra “A Arqueologia do saber”, Foucault (1969/2000b) procura responder às críticas feitas às suas obras anteriores. Ele propõe a retomada, de forma metodológica, daquilo que fizera meio às cegas em obras anteriores. Procura dar significado à palavra arqueologia, algo que não havia feito com precisão. Na arqueologia, Foucault realiza reordenamentos “sendo o mais importante deles a aproximação de Foucault com as teses da “nova história”, o que traz como efeito a centralidade da relação entre práticas discursivas e a produção histórica dos sentidos”. (GREGOLIM, 2004, p.85). Nesse sentido, ele procura um fundamento teórico para os fatos discursivos.

Nessa retomada e busca de sentido para os fatos discursivos, Foucault realiza o movimento de afastamento e proximidade com alguns autores, que resulta no distanciamento do estruturalismo bachelardiano e do marxismo althusseriano. Os principais conceitos ligados à teoria do discurso emergem desse distanciamento e da discussão sobre o conceito de história e de sua relação com o método arqueológico.

Conforme o pensamento foucaultiano, a história é construída por jogos enunciativos e por batalhas discursivas. Assim, a materialidade histórica é evidenciada na existência material de enunciados.

Para Foucault, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar o discurso seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas nos discursos (FISCHER, 2001, p. 198).

Para tanto, torna-se necessária a compreensão de alguns conceitos abordados pelo autor, como acontecimento discursivo, enunciado, formação discursiva, que privilegiaremos aqui. A literatura foucaultiana é extensa, porém cabe à discussão proposta limitar a abordagem de temas e conceitos em relação ao objeto investigado. Acreditamos que a compreensão de tais conceitos possa elucidar a abordagem aqui realizada e auxiliar na compreensão das relações entre discurso médico e discurso pedagógico.

Em primeiro lugar, abordaremos o conceito de acontecimento discursivo. Ele emerge das discussões do autor em que propõe uma desconstrução histórica e o descentramento do homem. Para isso, revela que “a emergência de saberes não obedece a uma lógica contínua e evolutiva” (NAVARRO-BARBOSA, 2004, p.107). Considerar o discurso como acontecimento significa despojá-lo de toda e qualquer relação com a origem supostamente determinável ou com a idéia de causalidade entre as palavras e as coisas. Há, nesse momento, uma mudança teórica que pressupõe a substituição do conceito de *episteme* (“As Palavras e as Coisas”) para a noção de práticas discursivas (“Arqueologia do saber”). O discurso passa a ser compreendido então, como práticas discursivas, localizado entre a estrutura (regras da língua) e o acontecimento (aquilo que é dito).

Outro conceito importante é o de enunciado. Pode ser compreendido como a unidade menor do discurso. É um acontecimento que nem a língua e nem mesmo o sentido conseguem esgotar por total. “O enunciado é a unidade elementar do discurso, situada entre a língua como sistema de regras e o *corpus* como discurso efetivamente pronunciado” (NAVARRO-BARBOSA, 2004, p. 110). Para que um enunciado possa ser compreendido como tal e não como um conjunto de signos lingüísticos, torna-se necessária a sua existência material. Isso significa que o enunciado deve ser dotado de um suporte, um local, uma data, um contexto de produção.

A materialidade do enunciado remete, portanto, às condições de possibilidades – um mesmo espaço de distribuição, a mesma repartição de singularidades, a mesma ordem de lugares e locais e a mesma relação com o meio instituído – o que o torna repetível (NAVARRO-BARBOSA, 2004, p.111).

Nesse sentido, o discurso deve ser entendido não como um conjunto de signos e sim como uma prática que abrange regras que são historicamente determinadas. Daí a sua materialidade. O enunciado segue, portanto, as regras da instituição. No caso, ele segue tanto as regras da instituição médica como as regras da instituição pedagógica. O discurso médico que orienta a prática pedagógica se constitui histórica e contextualmente, assim como outros discursos que circulam no âmbito escolar e que orientam a ação docente. Não cabe aqui uma idéia maniqueísta e sim

a noção de práticas discursivas que envolvem os sujeitos, passam pela história, e tem a ver com a própria materialidade do enunciado.

O terceiro conceito anunciado é o de formação discursiva-FD. Concebendo discurso na perspectiva foucaultiana, como dispersão, como elementos que não estão ligados por um princípio de unidade, torna-se necessário identificar o que então, regula o discurso, ou seja, regras que organizam o discurso. Essas regras, segundo Brandão (2004), possibilitariam a explicitação dos elementos que compõem o discurso tais como: os *objetos* que coexistem e se transformam no interior de um mesmo espaço discursivo; os *tipos de enunciação* que permeiam o discurso; os *conceitos* que se relacionam no interior de um mesmo sistema, aparecem e se transformam em campos discursivos, e os *temas e teorias* compreendidas como relações entre as diversas estratégias que respondem por uma formação discursiva. Contudo, o conceito de formação discursiva:

Não se trata, todavia de qualquer ato discursivo: enunciados do cotidiano, por exemplo, mas de “atos discursivos sérios”, isto é, enunciados que manifestam uma incessante “vontade de verdade”. Esses enunciados sérios então se relacionam com enunciados do mesmo ou de outros tipos e são condicionados por um conjunto de regularidades internas, constituindo um sistema relativamente autônomo, denominado de formação discursiva (BARONAS, 2004).

Isto significa que a própria formação discursiva pode ser compreendida como uma lei, como princípio da dispersão e de repartição dos enunciados. Lei essa que define as regularidades dos enunciados que constituem a FD. Por conseguinte, essas regularidades instituem os objetos sobre os quais incidem a fala, legitimam os sujeitos dessa fala, delimitam os conceitos com os quais operarão e as estratégias que definiram a reanimação dos temas e teorias (BARONAS, 2004).

1.7 - A produção de um discurso excludente

Entendendo que há uma dificuldade da escola em lidar com as diferenças e, portanto, uma tendência em justificar, de maneira simplória, essa dificuldade por meio de uma “patologização” dos sintomas manifestados pelos alunos, penso ser necessária a compreensão desse fenômeno e do discurso utilizado pelos educadores, para tal justificação. Tenho claro que não é qualquer discurso que é

produzido na instituição escolar e sim um discurso de poder, institucionalizado, no caso, sustentado por uma outra instituição, a medicina.

Assim, pensar o discurso é pensar a linguagem como elemento de mediação entre o homem e sua realidade. É o lugar do conflito e do confronto ideológico.

A linguagem enquanto discurso não constitui um universo de signos que serve apenas como instrumento de comunicação ou suporte de pensamento; a linguagem enquanto discurso é interação, e um modo de produção social; ela não é neutra, inocente e nem natural, por isso o lugar privilegiado de manifestação da ideologia (BRANDÃO, 2004, p.11).

Sendo a linguagem o elemento de mediação, torna-se necessário compreender os diferentes significados que pode produzir nos variados contextos em que se origina e se constitui. No caso do discurso médico, reproduzido pela escola, é necessário buscar uma análise que permita compreender como esse discurso circula na escola e que apropriação é feita dele, pelos educadores.

Para tanto, a noção de discurso aqui adotada passa pela concepção de que:

A verdadeira substância da língua não é constituída por um sistema abstrato de formas lingüísticas, nem pela enunciação monológica isolada, nem pelo ato psicofisiológico de sua produção, mas pelo fenômeno social da interação verbal realizada através da enunciação ou enunciações (BAKHTIN/VOLOCHINOV, 1929/1999 , p. 123).

Como também passa pela perspectiva histórica, analisada por Foucault, em que discurso pode ser compreendido como:

(...) um conjunto de enunciados que podem pertencer a campos diferentes, mas que obedecem, apesar de tudo, a regras de funcionamento comuns. Essas regras não são somente lingüísticas ou formais, mas reproduzem um certo número de cisões historicamente determinadas (por exemplo, a grande separação entre razão/desrazão): a “ordem do discurso” própria a um período particular possui, portanto, uma função normativa e reguladora e coloca em funcionamento mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas (REVEL, 2005, p.37).

Assim, pensar como o discurso médico circula e é reproduzido no espaço escolar, significa entender, conforme Bakhtin/Volochinov (1929/1999), que a palavra se materializa no processo de comunicação por meio dos signos sociais, que estão diretamente determinados pelo conjunto de leis sociais, culturais e econômicas, construídas em um processo histórico.

Por outro lado, considerá-lo na perspectiva foucaultiana é também, ir para além dos aspectos estruturais da língua, privilegiando os aspectos sociais e históricos das produções discursivas, as leis que as regulam e os campos aos quais se filiam.

Considerando essas abordagens, podemos pensar na constituição do discurso que a escola vem (re)produzindo a respeito das deficiências. Além disso, em como eles circulam nos contextos educacionais e sociais e em como os alunos têm sido estigmatizados por meio de um olhar diagnóstico do educador que, muitas vezes, se baseia em discursos já apropriados pelo senso comum. Muitas vezes imbuídos de autoridade que o discurso médico fornece, costumam diagnosticar de qual mal sofre a criança que não aprende e assim, definir seu percurso acadêmico.

Um dos estudos que contribuem para que possamos compreender o poder do discurso médico e de sua reprodução no espaço escolar é o de Moysés (2001). Em sua tese de livre docência, a autora desenvolve uma investigação sobre as crianças que não aprendem na escola e revela como elas estão confinadas a uma institucionalização que categoriza como invisível. Para Moysés (2001), as crianças que não conseguiram derrotar o caráter excludente da escola são, muitas vezes, levadas ao consultório médico para um possível diagnóstico que confirme o seu distúrbio (não-aprender), promovendo assim, a conformidade e justificando, perante a sociedade, a dificuldade manifestada pela criança.

Em suas investigações, a autora não estuda especificamente o discurso sobre paralisia cerebral. Ela aborda o diagnóstico médico como forma de aquietar os ânimos escolares e familiares, caso o resultado seja positivo. Isso significa que se o diagnóstico feito pelo médico confirmar uma doença, um distúrbio, a família e a escola possuem um instrumento concreto para justificar o fracasso da criança. Caso ele seja negativo, é possível que a escola o rejeite porque não confirma crenças e preconceitos já instituídos nesse espaço.

Podemos assim, entender que a escola vem se apropriando de determinados discursos e construindo ao longo de sua existência preconceitos e crenças que revelam a sua capacidade de exclusão. Para Moysés (2001), a escola é nesse

processo, muitas vezes, isenta da responsabilidade sobre o aprendizado daqueles que não aprendem por algum motivo que ela desconhece. Assim, as causas do fracasso, em sua maioria, são de responsabilidade das crianças e, em segundo plano, de suas famílias. A autora revela ainda que a relação entre o discurso dos profissionais da Saúde e dos profissionais da Educação é tão intensa que se torna difícil distinguir quando é um ou o outro profissional que está falando sobre um determinado tema ou distúrbio.

Refletindo sobre discurso e suas facetas, Orlandi (2003, p.62) afirma que “ (...) por definição, todo discurso se estabelece na relação com um discurso anterior e aponta para outro. Não há discurso fechado em si mesmo, mas um processo discursivo do qual se podem recortar e analisar estados diferentes.”

Dessa forma, a autora nos possibilita inferir que para compreender o objeto de investigação desta pesquisa, é necessário ir além dos aspectos linguísticos do discurso. É preciso compreender seus limites, possibilidades e os mecanismos que o orientam como forma de poder significá-lo no contexto investigado.

1.8 - Espaços de circulação do discurso: modos de subjetivação

O termo “subjetivação” designa, para Foucault, um processo pelo qual se obtém a constituição de um sujeito, ou, mais exatamente, de uma subjetividade (REVEL, 2005, p.82).

Considerando essa colocação, torna-se fundamental tomar o discurso como uma prática social, historicamente determinada, que constitui sujeitos e objetos. No caso deste estudo, essa afirmação nos induz a pensar em espaços de circulação de discurso, na interação discursiva e, particularmente, em como determinados discursos são apropriados pelos sujeitos.

Pensando na relação entre o discurso médico e o discurso pedagógico, tornam-se necessárias algumas considerações sobre as possíveis formas de subjetivação discursiva. Para considerarmos que o professor, muitas vezes, orienta sua prática

pedagógica por meio de conhecimentos de domínio médico, faz-se necessário entender como esses conhecimentos chegam ao sujeito professor.

Uma primeira possibilidade está no laudo médico ou no diagnóstico que a família recebe ao consultar a criança. De posse desse diagnóstico, a família costuma encaminhá-lo à escola, que por sua vez, passa a lidar com a criança, sendo orientada pelo laudo. Assim, podemos pensar que a escola age com base em um documento que lhe dá sustentação para justificar, muitas vezes, o não-aprender de algumas crianças. Para Collares e Moysés, (1996) e Miranda et.al (2000), essa forma de pensar e agir da escola tem bases históricas. As autoras correlacionam essa forma às transformações políticas e econômicas ocorridas no início do capitalismo que demandaram novas perspectivas de organização da vida das pessoas e novas formas de conformação familiar. Esse novo modelo traz a preocupação com a formação de sujeitos úteis e produtivos. Não cabia mais o desperdício. Era necessário rever as taxas de mortalidade, principalmente a infantil. Nesse contexto, surge a necessidade da constituição de um novo modelo de família que implicará na necessidade da construção do papel de mãe e do papel de criança. Essas mudanças trazem também a preocupação com a propagação das doenças no meio da população, particularmente, a população infantil, implicando assim, em medidas que ensinem, à população ignorante, normas e condutas de cuidados. Um dos movimentos surgidos entre meados e final do século XIX é o da puericultura, que centra as orientações nos cuidados da criança na tentativa de instruir as mulheres do povo (MIRANDA, 2000).

Nesta época a Medicina ganha estatuto de ciência moderna e o seu discurso perde o tom coloquial e assume um caráter normatizador:

A ignorância é a grande responsável pelas altas prevalências de doença. Então, a solução só pode ser por meio do “ensino”. Neste campo a Medicina exerce seu papel normatizador com grande eficiência. E essas idéias perduram até hoje, seja na formação de profissionais, seja no famoso “senso comum”, reflexo das concepções ideológicas dominantes (COLLARES e MOYSÉS, 1996, p.74).

A ampliação quantitativa dos serviços médicos, a incorporação crescente das populações a esses serviços e a normatividade da Medicina, contribuem para a

consolidação da atuação medicalizante da Medicina e, conseqüentemente, sua imersão no cotidiano das pessoas. Com isso, podemos observar que o processo de subjetivação e apropriação do discurso médico pela população é histórico. A constituição de um novo modelo de família surge impregnada de um discurso fortemente normatizador que atribuía à ignorância a responsabilidade pelos altos índices de prevalência de doenças. O modelo normatizador torna-se forte, principalmente, com a expansão da prática médica, implicando assim na medicalização da sociedade (COLLARES e MOYSÉS, 1996).

A expansão e a consolidação social de um discurso médico, que prioriza o aspecto biológico, trazem questionamentos ao processo de aprendizagem escolar e, por conseguinte, atrelam a doença às dificuldades de aprender.

Deve-se fazer aqui uma ressalva, no sentido de que esta concepção não é privilégio dos profissionais da educação e muito menos oriunda deles. Trata-se da forma dominante de se pensar saúde na própria ciência médica, em corrente que se pretende neutra e objetiva, portanto científica, e que se vincula à filosofia positiva (COLLARES E MOYSÉS, 1996, p. 76).

Assim, ao longo de décadas, a natureza classificatória do pensamento e do conhecimento médico de base positivista, se vê disseminada na sociedade, conformando um pensamento hegemônico que adentra os portões das instituições escolares e orienta práticas pedagógicas. Embora ainda presente com muita força no imaginário social, outros modelos emergem como novos paradigmas, trazendo outros discursos e novas subjetivações. O modelo ecológico formulado por Gordon em 1920 é um exemplo dessas mudanças. Ele faz uma analogia do processo saúde/doença, relacionando-o aos aspectos sócio-culturais e ao ambiente, não sendo mais possível abordar temas sobre condições de vida, educação e saúde sem considerar esses aspectos (MIRANDA, et al., 2000). Não somente na Medicina, mas fundamentalmente na área educacional, os modelos sociais e antropológicos ganham espaço e influenciam de maneira importante nas explicações sobre as dificuldades escolares.

Uma outra forma de circulação do discurso e talvez a mais abrangente delas é a mídia. Com a democratização do acesso aos meios de comunicação, os indivíduos

passam a ter acesso mais facilmente a diferentes modelos, à informação, formas de pensamento, entre outros.

Considerando a linguagem como mediadora da interação entre sujeitos e por meio da qual se produz sentido (MOITA LOPES, 1998), podemos pensar a mídia como prática discursiva, produto da linguagem e do processo histórico e assim tentar apreender seu funcionamento (GREGOLIM, 2007). Para tanto, é importante analisar os enunciados e suas formas de circulação, as situações e contextos de produção do discurso bem como os sujeitos e suas posições (sociais, culturais, entre outras).

Thompson (2008), em seus estudos sobre o papel social da mídia, ressalta que ela cria novas formas de interação na sociedade, novos tipos de relações sociais, novas perspectivas de leitura do mundo. As relações entre os indivíduos podem ser alteradas a partir da informação veiculada por ela. Para Gregolim (2007), “o que os textos da mídia oferecem não é a realidade, mas uma construção que permite ao leitor produzir formas simbólicas de representação da sua relação com a realidade concreta”.

Nesse sentido, podemos inferir que na sociedade contemporânea, a mídia pode ser vista como um dispositivo discursivo de fundamental importância na constituição da história. É, talvez em grande parte, por meio do discurso por ela proferido que nos constituímos como sujeitos históricos e elaboramos nossas práticas e nossas ações. A mídia “interpela incessantemente o leitor através de textos verbais e não-verbais, compondo o movimento da história presente por meio da resignificação de imagens e palavras enraizadas no passado” (GREGOLIM, 2007, p. 16).

Para Thompson (2008),

A apropriação das formas simbólicas – e, em particular, das mensagens transmitidas pelos produtos da mídia – é um processo que pode se estender muito além do contexto inicial da atividade de recepção. As mensagens da mídia são comumente discutidas por indivíduos durante a sua recepção e depois, elas são, portanto, elaboradas discursivamente e compartilhadas com o círculo mais amplo de indivíduos que podem ter participado (ou não) do processo inicial de recepção. Desta e de outras maneiras, as mensagens podem ser retransmitidas para outros contextos de recepção e transformadas através de um processo contínuo de repetição, reinterpretação, comentário, riso e crítica. Este processo pode

acontecer numa variedade de circunstâncias – em casa, ao telefone, no lugar de trabalho – e pode envolver uma pluralidade de participantes.

Como os sujeitos e os sentidos são sociais e históricos, podemos pensar que os discursos tendem a se confrontar e a produzir significados em contextos diversos. Nesse sentido, as práticas e ações dos sujeitos são construções discursivas. A participação dos sujeitos em diferentes contextos de circulação do discurso evidencia uma situação de subjetivação e produção de verdades. Considerando essas verdades como históricas, podemos pensá-las em movimento, em reconfiguração permanente, além de instáveis e relativas. Para Foucault (2000a), esses movimentos representam uma microfísica do poder. Esses micropoderes promovem uma luta constante e permanente pelo estabelecimento de verdades e encontram-se espalhados por todo contexto social.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo que busca investigar os efeitos do discurso médico no processo escolar, particularmente, que discurso médico sobre Paralisia Cerebral-PC tem chegado às escolas e como ele tem sido apropriado pelo corpo docente e os seus efeitos na elaboração de práticas pedagógicas de um grupo de educadores de crianças com PC. Essas crianças encontram-se inseridas nas séries iniciais do ensino fundamental e realizam tratamento na Rede Sarah de hospitais de reabilitação.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Belém, no estado do Pará, Brasil, como descrita no tópico 2.2, denominado Contexto da pesquisa.

2.1 Modelo de investigação

Para a realização de uma pesquisa, é fundamental a escolha de uma abordagem teórico-metodológica que responda às necessidades da investigação proposta. A pesquisa deve buscar uma articulação entre o problema, a sua manifestação, os procedimentos e a interação com o contexto. O estudo proposto orienta-se por uma metodologia fundamentada na abordagem qualitativa. De acordo com Santos Filho (1995), a pesquisa qualitativa privilegia o entendimento da verdade como relativa e subjetiva e o entendimento da realidade como socialmente construída, compreendendo o homem como sujeito e ator dessa construção, que é produto da interação. Para Santos Filho (1995, p.43), “o pesquisador precisa tentar compreender o significado que os outros dão às suas próprias situações”. Conforme Lüdke & André (1986), a pesquisa qualitativa traz como características fundamentais: a ênfase no processo e não no produto final; os dados mediados pelo instrumento humano, no caso, o pesquisador; a interação do pesquisador com a situação estudada e, ainda, o contato direto e prolongado com o campo pesquisado.

Entendendo a pesquisa qualitativa como diretamente relacionada ao desvelamento dos significados que os sujeitos atribuem ao seu mundo, optamos por explorar esse referencial teórico-metodológico e adotar técnicas e instrumentos como: a observação, notas de campo, a entrevista semi-estruturada com possível utilização de gravação em áudio.

Para Flick (2004), as abordagens de dados verbais constituem correntes metodológicas da pesquisa qualitativa e requerem diferentes estratégias e precauções quanto à estruturação da coleta de dados.

No caso da observação, sabe-se que ela requer não somente as percepções visuais, como a integração dos demais sentidos, possibilitando ao pesquisador descobrir efetivamente como as coisas funcionam. Já as notas de campo, se constituem em um instrumento fundamental no processo de observação. As anotações devem ser cuidadosas e, posteriormente, é necessária que seja feita a distinção entre o que foi observado e o que foi condensado pelo observador em suas anotações ou resumos (FLICK, 2004).

Quanto à entrevista semi-estruturada, sua escolha se deve ao fato de ser mais provável que os sujeitos entrevistados expressem seus pontos de vista em uma situação onde o planejamento seja relativamente aberto do que em uma situação mais padronizada e estruturada (FLICK, 2004).

2.2 Contexto da pesquisa

Em dezembro do ano de 2007, inaugurou-se na cidade de Belém, uma nova unidade da Rede Sarah de Hospitais, que aqui trataremos por Sarah ou Rede Sarah. É importante ressaltar que esse projeto de pesquisa foi pensado e adequado ao contexto de inauguração de uma nova unidade. Faz parte da proposta teórico-metodológica a inicialização da pesquisa concomitantemente com a inauguração da unidade, uma vez que se trata de um estudo que pressupõe contatos periódicos entre a Rede Sarah e as instituições escolares.

Deve-se destacar que essa é a primeira unidade da Rede Sarah no estado do Pará. O modelo de trabalho da instituição, as abordagens sobre o desenvolvimento infantil, o tratamento e a reabilitação infantil, as formas de contato com as outras instituições, em particular, as instituições escolares, não eram, ainda, experiência vivenciada pela população local. O processo de acompanhamento escolar de pacientes atendidos pelo Sarah estava por se iniciar em Belém, sendo uma novidade para as escolas.

2.2.1 Perspectivas de atuação

A Rede Sarah tem por objetivo desenvolver o trabalho de reabilitação, contando com equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento. São profissionais como médicos (diferentes especialidades), enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, pedagogos, psicólogos, educadores físicos, nutricionistas entre outros. A unidade de Belém conta com todos os profissionais acima descritos, sendo que a equipe médica é composta, exclusivamente, por pediatras.

Essa multiplicidade de profissionais, formados em diferentes áreas do conhecimento, tem como um dos principais objetivos a formação de equipes multidisciplinares de trabalho com atuação interdisciplinar. Tendo como foco o paciente, a equipe atua em conjunto buscando a interação dos diferentes saberes para melhor pensar, elaborar e executar programas de reabilitação para o mesmo. No caso de Belém, no momento, fazem parte do programa as crianças com paralisia cerebral e/ou traumatismo cranioencefálico (TCE).

Os programas de reabilitação são pensados e elaborados considerando aspectos individuais de cada paciente e aspectos gerais da reabilitação. Um dos aspectos macro desses programas é a realização de visitas escolares pela equipe de profissionais. Tais visitas têm por objetivo o acompanhamento do paciente em seu local de escolarização, bem como a discussão e a reflexão acerca de estratégias de inclusão social e escolar que considerem seus potenciais e limites.

Considerando esse princípio e essas perspectivas de atuação, e a instalação da primeira unidade da Rede Sarah em Belém, optamos por desenvolver uma pesquisa

que acompanhasse alguns dos pacientes em seu processo de escolarização. Tal acompanhamento contou com visitas periódicas às escolas juntamente com outros profissionais da equipe de reabilitação.

2.3 Caracterização dos participantes

Estaremos aqui descrevendo os participantes deste estudo. Iniciaremos pelas crianças acompanhadas pela Rede Sarah e, em seguida, situaremos os educadores que participaram do processo de ensino-aprendizagem dessas crianças.

2.3.1 Crianças e adolescentes

A seleção dos participantes foi elaborada tendo como referência uma listagem de pacientes atendidos no Sarah (unidade de Belém) na ocasião de sua inauguração. Primeiramente, foram selecionados todos os pacientes cadastrados entre os meses de dezembro de 2007 e janeiro de 2008, sendo cerca de 79 pacientes.

O primeiro critério de seleção para a definição da amostragem foi baseado no diagnóstico. No caso, foram selecionadas crianças com paralisia cerebral, independente da classificação topográfica. Até então, o número de possíveis participantes se manteve conforme mencionado no parágrafo anterior.

O segundo critério foi o de inserção escolar em escola regular. A criança deveria estar inserida no processo de escolarização, independente de estar em escola pública ou particular. Ao selecionar a amostra, observamos que várias crianças não se encontravam inseridas na escola. Esse novo dado contribuiu para o repensar da constituição da amostragem. Considerando a seleção gradual da amostragem e o princípio básico da amostragem teórica (FLICK, 2004), a seleção acontece conforme critérios concretos que dizem respeito ao conteúdo teórico e não a critérios metodológicos abstratos. A opção pela amostragem teórica implica em considerar que o tamanho da amostra não é, a priori, definido e que é possível a formulação repetida da amostragem com critérios a serem redefinidos no decorrer das etapas da pesquisa (FLICK, 2004).

O terceiro critério diz respeito à idade dos pacientes. Considerando a idade escolar regular para as séries iniciais do ensino fundamental entre 6 e 10 anos, optamos por selecionar crianças com faixa etária entre 6 e 12 anos de idade. A elevação da idade final de 10 para 12, como critério de inclusão, baseou-se em possíveis dificuldades cognitivas, já constatadas na literatura de crianças com paralisia cerebral. Tais dificuldades costumam implicar no atraso do percurso escolar em alguns anos. Essa projeção da idade para cima (12 anos) contribuiu para possibilitar o aumento nas possibilidades de seleção dos participantes da pesquisa. Assim, o número final de participantes foi cerca de 16.

Após seguir os critérios anteriormente descritos, selecionamos, de forma aleatória, 12 pacientes para um primeiro contato. Dos doze selecionados, 9 aceitaram participar da pesquisa. O procedimento seguinte consistiu no contato escolar. Nesse contato, apenas 7 escolas responderam positivamente à participação. Retornamos então, à lista de pacientes e conseguimos a inclusão de mais um, totalizando oito participantes. Houve aqui, a preocupação de não ter um número muito reduzido de participantes, considerando que, no percurso de um ano, prazo de coleta dos dados e acompanhamento das crianças, poderia haver perdas como, por exemplo, a desistência de alguma das crianças, de seus familiares e/ou das instituições escolares, por motivos imprevisíveis.

Outro motivo que levou a amostra a se manter no número de 8 crianças, trata-se da saturação. Durante a realização das entrevistas iniciais, observou-se a repetição no padrão de respostas, evidenciando práticas e concepções semelhantes, entre os entrevistados, que justificavam os objetivos da investigação.

2.3.2 Profissionais das escolas

Uma vez que podemos pensar que a prática pedagógica se faz subjetivada por diferentes discursos (sociológico, antropológico, psicológico, didático, etc), torna-se fundamental compreender as ações e estratégias adotadas pelos professores e demais profissionais da escola a partir dos diferentes saberes. No caso da paralisia cerebral, não só os saberes acima referidos nos interessam, como o discurso médico é fundamental. Observar a prática pedagógica influenciada por esse discurso

é o foco da pesquisa. Nesse caso, entendemos que a formação docente pode ser um diferencial na produção de um discurso pedagógico e na elaboração de práticas mais especificamente orientadas.

Os educadores selecionados para participar das entrevistas estavam de alguma forma, direta ou indiretamente, ligados ao processo de ensino-aprendizagem das crianças. São eles professores e coordenadores pedagógicos que elaboram tanto o programa de ensino da instituição escolar, como constroem as práticas pedagógicas cotidianas da escola. A seguir apresentamos um quadro demonstrativo para melhor compreensão da participação dos educadores.

QUADRO 2
Relação de educadores e participações⁶

Nome dos educadores ⁷	Formação	Entrevista inicial	Visitas escolares					Entrevista final
01-Vagner	Pedagogia (em curso)	P	P	P	P	P	P	
02-Suzana	Pedagogia	P	P	P	P	P	P	
03-Nubia	Pedagogia (em curso)	P	P	P	P	NA	P	
04-Nilma	Pedagogia	P	P	P	P	NA	P	
05-Beatriz	Pedagogia	P	NP	NP	P	P	P	
06-Telma	História	NP	P	P	P	P	P	
07-Nilda	História	NP	P	P	P	P	P	
08-Flávia	Direito (em curso)	NP	NP	NP	P	P	P	
09-Bianca	Pedagogia	NP	NP	P	P	P	NP	
10-Fabiana	Direito (em curso)	P	P	P	NP	NP	NP	
11-Selma	Pedagogia	P	P	NP	NP	NP	NP	
12-Nara	Pedagogia	P	NP	NP	NP	P	NP	
13-Janete	Pedagogia	P	NP	NP	NP	NP	NP	
14-Graça	Pedagogia	P	NP	NP	NP	NP	NP	
15-Sonia	Pedagogia	P	NP	NP	NP	NA	NP	
16-Sofia	Pedagogia	P	NP	NP	NP	NA	NP	
17-Neusa	Pedagogia	P	NP	NP	NP	NP	NP	

⁶ LEGENDA: P = PARTICIPOU; NP = NÃO PARTICIPOU; NH = NÃO ACONTECEU

⁷ Os nomes dos educadores são pseudônimos.

Neste quadro, buscamos descrever, de forma sintética, a participação dos educadores no decorrer da pesquisa. Como é possível observar, alguns tiveram uma participação mais efetiva e outros por motivos que descreveremos a seguir, participaram em determinadas situações.

Os Professores Vagner, Suzana, Nubia e Nilma participaram do processo durante todo o período letivo. A professora Beatriz não pode estar presente em duas visitas por motivos de agenda, porém acompanhou todo o processo junto a outros profissionais da sua escola. Em relação à entrevista inicial, as professoras Bianca e Flávia não participaram porque, na ocasião, não faziam parte do quadro de docente das escolas. A professora Flávia iniciou sua participação no segundo semestre, quando passou a compor o quadro de docentes da escola. A professora Bianca iniciou a participação em meados do primeiro semestre nas visitas escolares, não participando da entrevista inicial e não se dispondo a participar da entrevista final. Os demais educadores deixaram de fazer parte do quadro de profissionais das escolas, com exceção da professora Nara, que não participou de todos os encontros por motivos de agenda e da professora Janete, visto que esta assumiu a vice-direção da escola.

Ressaltamos que ao longo do contato com as escolas, por meio de visitas escolares, outros profissionais da educação (professores) também participaram das discussões sobre o diagnóstico das crianças. Porém, para efeito da pesquisa, foram resguardados os devidos cuidados. Procuramos manter as entrevistas e as interlocuções centradas nos professores de referência ou diretamente ligados ao processo de ensino-aprendizagem das crianças.

Como forma de resguardar a identidade dos participantes da pesquisa, usamos aqui pseudônimos para nos referirmos a todos os participantes.

2.3.3 Instrumentos de coleta de dados

Esclarecemos que os procedimentos éticos previstos na legislação foram seguidos. Os TCLEs foram apresentados aos participantes e por eles assinados. Somente após esses procedimentos iniciamos a coleta de dados.

Para desenvolver a pesquisa foram utilizados instrumentos como a entrevista semi-estruturada (ANEXO B), que teve como recurso o gravador de áudio e a observação direta. A seguir descreveremos estes instrumentos, suas funções e usos nesta pesquisa.

2.3.3.1 Entrevista

Para Bogdan e Biklen (1994), a entrevista tem como objetivo a coleta de dados descritivos na linguagem do sujeito entrevistado e permite ao entrevistador ter uma idéia de como o entrevistado interpreta determinados aspectos do mundo. Nesse sentido, optou-se pelo uso da entrevista semi-estruturada por entender que é “(...) mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário” (FLICK, 2004 p. 89). A entrevista (ANEXO B) constou de questões que orientaram o diálogo entre entrevistador e entrevistados. Ressaltamos aqui, que as questões que orientaram a primeira entrevista com os profissionais da escola foram as mesmas do momento final da pesquisa. Procurou-se gravar as entrevistas em áudio para posterior transcrição.

Foram entrevistados um total de 16 profissionais, sendo 10 pedagogos e 2 estudantes de pedagogia, 2 estudantes de direito e 2 formados em História. Desses profissionais, treze realizaram as entrevistas iniciais. Daqueles que participaram da primeira entrevista, cinco repetiram a entrevista ao final do processo de coleta de dados. Os outros três educadores que realizaram as entrevistas finais participaram do processo de visitas escolares, sendo que dois deles estiveram presentes em todas elas e um deles participou de duas visitas finais.

2.3.3.2 Observação

A literatura aponta diferentes concepções quanto ao processo de observação e quanto ao papel do observador. Esse tem sido um dilema crucial na história da pesquisa qualitativa (FLICK, 2004). No entanto, é inegável que ela permite ao pesquisador verificar como um determinado contexto funciona. A observação pode

ser classificada em diferentes categorias (FRIEDRICHS, 1973 apud FLICK, 2004), sendo para alguns autores costumam trabalhar com duas abordagens mais macro como: observação direta e observação participante.

Para Bogdan e Biklen (1994), na observação direta o pesquisador não participa de nenhuma atividade no local onde acontece a pesquisa. No caso da observação participante, é importante e necessário que o observador tenha clareza quanto à forma de participação e a sua intensidade. Ambas devem ser orientadas pelo objeto do estudo proposto.

Neste estudo, a observação se deu de maneira informal. Durante o processo de visita escolar e de interlocução entre as equipes de reabilitação da Rede Sarah e de educadores foram observados os aspectos da arquitetura escolar, espaços para deslocamento da criança, estratégias pedagógicas, espaços da sala de aula, entre outros.

Para registro dos dados observados foram utilizadas notas de campo que se transformaram em registros nos prontuários dos pacientes. Esses prontuários serviram de instrumento para análise e compreensão do objeto investigado.

2. 4 - Percurso de coletas de dados

O percurso de coleta iniciou-se após a seleção dos sujeitos, conforme descrito anteriormente. O próximo passo foi o contato com as famílias/responsáveis pelas crianças. Aos familiares/responsáveis foram explicitados os objetivos da pesquisa, seu tempo de duração e implicações. Àqueles que concordaram em participar da pesquisa foi entregue o termo de consentimento para que lessem e assinassem. Em seguida, iniciou-se a abordagem das instituições escolares para agendamento do primeiro contato, no caso, a entrevista.

Considerou-se importante que se iniciasse a coleta de dados no primeiro mês de aula. Isso se deve, primeiro, ao fato de ser esse o momento em que se estabelecem os primeiros contatos entre professor e alunos, definição de papéis, formas de participação, regras, entre outras (CASTANHEIRA, 2000). Em segundo lugar, trata-

se de uma pesquisa que se propôs a acompanhar o processo de escolarização das crianças ao longo do período letivo.

Para tanto, tornou-se necessário estabelecer que os contatos com as instituições escolares, por meio de coordenadores pedagógicos e professores, aconteceriam no mês de fevereiro para a realização de entrevistas.

Outro motivo para que o início da coleta se desse no primeiro mês de aula se deve ao fato de que as entrevistas a serem realizadas com os profissionais das escolas deveriam anteceder a agenda de visitas escolares a serem realizadas pela equipe de reabilitação. Era imprescindível que os profissionais das escolas respondessem à entrevista a partir das experiências e conhecimentos que possuíam e com os quais elaboravam suas práticas pedagógicas. Os contatos foram realizados por telefone e o agendamento para a entrevista se deu conforme disponibilidade das agendas dos escolares, sendo todas elas realizadas pessoalmente pelo pesquisador.

Para a realização das entrevistas, foi usado gravador, quando permitido pelo entrevistado. Em um total de 21 (vinte e uma) entrevistas, 13 (treze) iniciais e 8 (oito finais), apenas duas não foram gravadas. Por se tratar de entrevista semi-estruturada fica difícil, para o pesquisador, estabelecer uma simetria entre perguntas e respostas orais e as anotações escritas dessas respostas. Ressalto que esse fato não compromete e nem invalida os dados coletados. Trata-se do uso do recurso da escrita como forma de registro em um contexto de interação oral.

Após cada entrevista, foram então, agendadas as visitas escolares. Tais visitas ocorreram ao longo de um ano letivo, iniciando-se no mês de março e finalizando no mês de dezembro. Nos meses de novembro e dezembro também foram realizadas novas entrevistas com os profissionais escolares que acompanharam as crianças. Seguiu-se o mesmo modelo de entrevista.

Quanto às visitas escolares, elas foram realizadas em períodos com intervalos de aproximadamente dois meses, perfazendo um total de 3 a 4 visitas por criança. Essa diferença numérica se deve às dificuldades de agenda tanto dos profissionais das

instituições escolares quanto da equipe de reabilitação do Sarah. Foram realizadas uma/duas visitas (no primeiro semestre e mais uma/duas no segundo semestre).

Ao chegar à escola, a equipe era recebida por coordenadores e em outros momentos pelo próprio professor da criança. Nessas visitas dialogamos sobre o diagnóstico, o desempenho global da criança, seus potenciais, seus limites, as percepções dos professores quanto à aprendizagem e desempenho acadêmico, as percepções da equipe do Sarah sobre o desenvolvimento global da criança. Visitamos os espaços escolares de circulação do aluno, como: sala de aula, quadra de esporte, banheiro, entre outros. Conversamos também sobre as estratégias pedagógicas adotadas ou a serem adotadas no processo de ensino-aprendizagem, visando um melhor desempenho acadêmico e o sucesso da criança.

2. 5 - Percurso de análise de dados

A análise aqui proposta considera que a interação verbal constitui a realidade histórica da língua. Para isso, é preciso considerar a relação entre o discurso produzido e suas condições de produção.

Nessa perspectiva, a Análise do Discurso, pode contribuir para uma possível compreensão dos fenômenos da linguagem, particularmente do discurso. Brandão (2004) citando Maingueneau aponta três aspectos fundamentais da análise do discurso que a distingue no campo lingüístico: o primeiro, diz que a enunciação é fortemente delimitada pela instituição em que o discurso é produzido; o segundo, ressalta os embates históricos, sócio-culturais que cristalizam o discurso, e o terceiro, diz do espaço que o discurso configura para si no interior do interdiscurso.

Essa posição nos revela que o discurso não pode ser compreendido somente na sua estrutura, mas fundamentalmente no seu contexto de produção. Portanto, para se desenvolver uma análise do discurso, no caso, o discurso médico que circula na escola e de seus efeitos na elaboração da prática pedagógica, é necessário considerar aspectos que vão para além do sistema interiorizado de regras lingüísticas. Para Bakhtin/Volochinov (1929/1999, p. 33) “um signo é um fenômeno

exterior” que pode estar para além da realidade em que se materializa, bem como, representando uma outra realidade.

Nesse sentido, analisar discurso significa tentar compreender como se produzem verdades e como elas são enunciadas. Para tanto, é fundamental que se articule a materialidade e a historicidade dos enunciados para alcançar os efeitos discursivos. Nesse sentido, Orlandi (2003) afirma que o ponto inicial para a análise do discurso é a compreensão do mesmo como objeto simbólico que produz sentido.

A transformação da superfície lingüística em objeto discursivo é o primeiro passo para essa compreensão. Inicia-se o trabalho de análise pela configuração do corpus, delineando-se seus limites, fazendo recortes, na medida mesma em que se vai incidindo um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções, pois a análise de discurso tem um procedimento que demanda um ir-e-vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise. (ORLANDI, 2003, p.66)

Como o objetivo principal do estudo foi examinar o processo de apropriação do discurso médico pelo discurso pedagógico, e como tal processo pode influenciar na elaboração de práticas pedagógicas para o ensino de crianças com paralisia cerebral nas séries iniciais do ensino fundamental, entendemos ser importante estabelecer algumas questões específicas que possam orientar a análise dos dados. Tais questões tiveram por objetivo definir o percurso da análise com vistas a responder à hipótese inicial apresentada na introdução deste estudo. Assim, o percurso de análise dos dados está organizado em três etapas. No quadro a seguir são apresentadas as questões que orientam cada etapa da análise, procurando possibilitar ao leitor uma melhor compreensão da organização de todo o processo analítico. Ao longo de cada capítulo de análise, buscou-se responder essas questões.

QUADRO 3

Quadro sintético sobre o percurso de análise

Questão geral: Identificar e analisar os efeitos do discurso médico na elaboração de práticas pedagógicas no processo de ensino-aprendizagem escolar de crianças com paralisia cerebral, nas séries iniciais do ensino fundamental, em escolas particulares e públicas da cidade de Belém do Pará, atendidas pela Rede Sarah.
1ª etapa da análise de dados: o primeiro contato com as escolas, as entrevistas:
Questões específicas: Como as escolas se organizam para ensinar crianças com paralisia cerebral? Como recebem essas crianças? O que pensam sobre o processo de inclusão social e escolar? Quais são as estratégias pedagógicas adotadas? Fundamentos que orientam a prática?
2ª etapa dos dados: Visitas às escolas: A inserção na sala de aula
Questões específicas: Discurso médico e elaboração da ação pedagógica. Como a professora busca incluir a criança no cotidiano escolar? O que fundamenta a prática pedagógica do professor no processo de ensino-aprendizagem da criança com paralisia cerebral?
3ª etapa dos dados: Contato final – novas entrevistas
Questões específicas: Como as discussões realizadas nas visitas escolares influenciaram a prática pedagógica dos professores? Quais são os atuais discursos produzidos pelos professores, sobre paralisia cerebral? Em que esses discursos influenciam na prática pedagógica? Como a interação entre campos de conhecimento (Saúde e Educação) pode interferir no processo de ensino-aprendizagem do deficiente?

Conforme Quadro 3, a análise dos dados encontra-se organizada em 3 (três) etapas, tendo cada uma as suas especificidades. Primeiramente, partimos de uma questão mais ampla, orientadora de todo o processo investigatório. Em seguida, subdividimos em etapas que apresentam questões mais específicas que permitem uma análise mais focada.

Na primeira etapa, objetivou-se identificar, por meio de entrevistas, quais os conhecimentos, sobre inclusão social e escolar e paralisia cerebral, os profissionais das escolas possuíam e em que bases teóricas fundamentavam a suas práticas pedagógicas. Por meio das entrevistas, buscou-se identificar os elementos do discurso médico presentes no discurso pedagógico sobre o processo de ensino-aprendizagem das crianças com paralisia cerebral.

Na segunda etapa, objetivou-se descrever, o cotidiano de escolarização da criança com paralisia cerebral, sua inserção nas práticas cotidianas da escola, formas de participação, construção de estratégias pedagógicas pelos educadores. Para tanto, utilizou-se dados das visitas escolares que tiveram por objetivo a interlocução e troca de conhecimentos entre profissionais da saúde (reabilitação) e profissionais da educação, sobre o desenvolvimento, aprendizagem, escolarização, limites e potenciais da criança com paralisia cerebral.

Por fim, as questões que orientaram a terceira etapa objetivaram identificar os resultados da interlocução entre saúde e educação, os processos de subjetivação presentes nos discursos dos profissionais da educação, as estratégias pedagógicas construídas e elaboradas a partir dessas interlocuções. Para a realização dessa etapa foram utilizados os dados iniciais (entrevistas), os processuais (visitas escolares) e, principalmente, os finais, coletados por meio de entrevistas que têm como base as mesmas questões que orientaram o primeiro contato com as escolas e seus profissionais.

CAPÍTULO III

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Consideramos importante ressaltar que na análise e discussão dos resultados estaremos privilegiando aspectos relacionados às práticas discursivas, seus contextos e as produções de sujeitos do discurso. Abordaremos o movimento identificado na constituição das práticas pedagógicas dos educadores, considerando as apropriações que fazem do discurso médico que circula na sociedade. Procuraremos nos orientar pelas questões apresentadas na primeira etapa do quadro sintético sobre o percurso da análise.

3 – O primeiro contato com as escolas

Estaremos, neste capítulo, apresentando um panorama do primeiro contato do pesquisador com os profissionais das escolas. Como referido anteriormente, o contato foi estabelecido sem que houvesse, a priori, qualquer interlocução entre a equipe de reabilitação da Rede Sarah e os profissionais das escolas. Foram realizadas entrevistas que produziram o material de análise tendo como foco o objeto de investigação.

Primeiramente, abordaremos os aspectos macro da análise. Chamamos de aspectos macro o conjunto de dados que envolvem os conceitos de inclusão social e escolar e de paralisia cerebral presentes nas falas dos profissionais de educação.

Em seguida, apresentaremos as categorias de análise que surgiram da interpretação dos aspectos macro. Com base na abordagem dos conceitos acima referidos, foi possível gerar duas categorias: 1) dicotomia entre os aspectos motores e cognitivos das crianças com paralisia cerebral e 2) constituição de práticas pedagógicas “intuitivas”.

Entendemos que elas resumem as concepções, conceitos, práticas e, fundamentalmente, o discurso que orienta as ações pedagógicas dos profissionais

das escolas. Será apresentada uma análise mais focada em pontos específicos que permitam compreender os diferentes elementos que orientam a prática pedagógica dos educadores no processo de escolarização de crianças com paralisia cerebral.

3.1 - Integração ou Inclusão: do discurso à prática

Para melhor observar e analisar as concepções sobre inclusão, procuramos demonstrar no quadro a seguir, um conjunto de concepções que se repetem nos discursos produzidos por profissionais da educação. A partir das respostas apresentadas nas entrevistas identificamos concepções semelhantes ou próximas sobre o tema inclusão.

QUADRO 4
Concepções dos educadores – entrevistas iniciais

Tema	Concepções	Quantidade
INCLUSÃO	Participação, socialização (oportunizar)	05
	Forma de acesso à escola (estrutura física e metodologia)	04
	Forma de acolhimento pela escola	02
	Garantia legal (lei)	02
	Sem definição clara	02

A divisão ou categorização acima nos permite uma visão global do que pensam os educadores sobre o processo de inclusão. Como já dito anteriormente, inclusão é um tema que vem sendo amplamente discutido, porém ainda há muitas controvérsias sobre a ação prática desse conceito.

A partir das entrevistas, foi possível identificar que o conceito de inclusão ainda é algo obscuro para a maioria dos docentes. Em suas falas poucos conseguiram identificar claramente o conceito. Embora participação e oportunização apareçam em maior escala, não significa que os docentes tenham clareza do conceito.

Tal constatação pode ser feita a partir de falas como:

“a gente tem que incluir a criança num ambiente para ela estar ali na sala de aula”, “incluir aquela pessoa com dificuldade na sociedade e sem olhar ela com ar de pena, de coitadinho...”, “Mas eu penso que, realmente eles têm que estar integrados com as outras crianças, não só para benefício deles, mas para benefício das outras, que elas não sejam crianças que cresçam adultos com discriminação.”

Conforme Mantoan (1998), é preciso ter claro os significados dos conceitos de integração e inclusão. Para a autora, o termo integração pode expressar fins diferentes como pedagógicos, filosóficos, sociais, entre outros. Sua construção é recente e data da década de 1960.

Uma das opções de integração escolar denomina-se *mainstreaming*, ou seja, “corrente principal” e seu sentido é análogo a um canal educativo geral em que seu fluxo vai carregando todo tipo de aluno com ou sem capacidade ou necessidade específica. Esse processo de integração se traduz por uma estrutura intitulada *sistema de cascata*, que deve favorecer o “ambiente o menos restritivo possível”, dando oportunidade ao aluno, em todas as etapas da integração, para transitar no “sistema”, da classe regular ao ensino especial (MANTOAN, 1998, p. 4).

Já o conceito de inclusão traz em seu conteúdo o questionamento ao conceito de *mainstreaming*, bem como as políticas e a organização da educação regular e especial. Aqui o objetivo é incluir o aluno e não adaptá-lo a uma realidade social. Para Mantoan (1998), a inclusão se refere a um processo anterior de exclusão. Portanto, para se pensar a inclusão escolar é preciso considerar as necessidades de todos os alunos. Além disso, ela provoca uma mudança na perspectiva educacional. O foco desloca-se do sujeito, que é inserido no processo de escolarização, e passa para o conjunto que compõe esse sistema como: docentes, coordenadores, sistema de ensino, instituições governamentais e alunado.

Considerando as abordagens da autora, é possível inferir que os discursos apresentados pelos profissionais que compõem esta pesquisa, encontram-se muito mais próximos do conceito de integração. Considerar inclusão como oportunidade, forma de acesso à escola, forma de acolhimento, exercício da lei, está longe de entender às reais necessidades de uma criança incluída.

O discurso também se apresenta como apaziguador e tenta transmitir uma noção de que tudo está sendo feito em prol da não discriminação das crianças. Expressões como:

“acho que tem que levar ele normalmente; ele não é discriminado na sala; é separado porque ele tem essa deficiência; trabalho normalmente com ele.” (Profa. Selma)

A idéia aqui expressa, é de que é preciso incluir. Assim diz a lei e assim deve ser feito. Porém, o que observamos de fato é que os fundamentos que orientam a prática pedagógica não ficam claros no discurso dos educadores. Eles não conseguem definir o que seja inclusão e o que deve ser feito a partir de tal concepção. Sabem que as crianças adentram as escolas e que devem participar do cotidiano escolar. Porém, não sabem o que fazer com elas. Essa impressão pode ser traduzida na resposta a seguir:

“(...) a escola não se recusa a receber esses alunos, mas com eles, a gente tem dificuldade de trabalhar, com esses alunos específicos, que a gente não conhece, muito, é, de como trabalhar para que o aluno, ele possa se sentir aqui uma pessoa dentro, vamos dizer, não se pode dizer normal, mas que ele possa estar participando das atividades...”. (Profª. Nara)

Para este docente, a escola deve receber as crianças com deficiência. É importante que ela participe do cotidiano escolar, mas como fazer isso acontecer foge aos seus conhecimentos.

Assim como ele, muitos outros docentes também apresentaram o conceito de inclusão como o direito de acesso, algo garantido pela lei e que deve ser executado pelas instituições escolares. Porém, não apresentam fundamentos teóricos de maneira consistente, que subsidiam as práticas pedagógicas. O discurso pedagógico produzido no interior das escolas denota uma falta de base teórica e, ao mesmo tempo, um repetição de discurso midiático como: “educação é direito de todos”.

Se considerarmos a perspectiva foucaultiana de discurso, veremos que o discurso sobre inclusão que circula nas escolas participantes da pesquisa, indica a subjetivação de alguns educadores por discurso da legalidade. Observamos a reprodução de discurso focado no direito ao acesso e no dever de atender à demanda social. Não aparecem nas falas mencionadas anteriormente, elementos

discursivos que indiquem uma clareza do fazer pedagógico diante da situação de inclusão escolar. Também indicam que o conceito de integração está muito mais presente do que o conceito de inclusão. A criança deve ser recebida pela escola, mas o que fazer com ela?

Quando focamos na particularidade da deficiência, no caso crianças com alterações motoras e cognitivas como seqüelas da paralisia cerebral, observamos uma mudança no foco. Passamos então do discurso da legalidade para o discurso médico.

Primeiramente, identificamos um total desconhecimento sobre paralisia cerebral. Ao serem perguntados sobre a concepção de paralisia cerebral, ouvimos como respostas:

“Não, eu vou te ser sincera, que a gente ainda não teve a preocupação de fazer essa leitura, entendestes?” (Profª. Nara)

“Não, não discutimos”; (Profª. Graça)

“Eu ainda nunca li.” (Prof. Vagner)

“...então na semana pedagógica... nós trouxemos uma pessoa que falou um pouco da dificuldade de ensino-aprendizagem.” (Profª. Beatriz)

“Nunca trabalhei com isso antes. Já tive um sobrinho com PC. Ele não conseguiu falar, mas é incrível como ele entende as coisas.” (Profª. Fabiana)

“Não, não há novidade e eu não tenho conhecimento não” (Profª. Nubia)

“...quanto a paralisia, eu não sei se afeta cerebralmente, afeta? (Prof. Vagner)

A reação inicial das pessoas entrevistadas, ao serem questionadas sobre o conhecimento a respeito de paralisia cerebral, foi surpreendente. A maioria já havia escutado falar sobre o assunto, porém não conseguia explicitar o conceito. É importante considerarmos que esses educadores participam ativamente do processo de ensino-aprendizagem dessas crianças. Uma vez que não conhecem o diagnóstico, não possuem conhecimento conceitual sobre a paralisia cerebral, perguntamos: como ensinam essas crianças? Como pensar aqui o conceito de inclusão? Reforçamos então, que a concepção de integração está muito mais presente e implícita na prática docente do que o conceito de inclusão?

Considerando que esse foi o primeiro contato com as instituições escolares, podemos inferir que eles vêm trabalhando com base no que observam e no que já ouviram falar. Elementos teóricos que embasam a prática, nesse caso, estão distantes de fazerem parte do pensar e fazer pedagógico. Então, permanece a pergunta: como ensinam essas crianças? Esta é uma questão que não poderemos responder a priori, mas ao longo de nossa análise chegaremos às práticas pedagógicas, discursos que as orientam e mudanças dessas práticas a partir de interlocuções entre campos de saberes diferentes.

3.2 Do visível tratável ao invisível negligenciado: “o que os olhos não vêem o coração não sente”

Estaremos aqui chamando de visível aquilo que salta aos olhos, que pode ser visto, identificado e nomeado. Invisível, chamaremos aquilo que embora não apareça, que não seja observado por não saltar aos olhos, interfere, diretamente, no desempenho acadêmico de crianças com paralisia cerebral. No caso, a dicotomia entre os aspectos motores e cognitivos dessas crianças.

Nesse primeiro contato com os educadores, foi muito presente em suas falas a preocupação com os aspectos motores das crianças. A maioria delas, na visão dos profissionais da educação, não apresenta dificuldades no aprendizado. Se alguma criança não aprende, esse não aprender pode ser atribuído às dificuldades motoras.

Nesse caso, crianças coreicas, espásticas, distônicas, terão dificuldades em aprender a ler e escrever em função de não possuírem habilidades grafomotoras. As falas a seguir ajudam a ilustrar esta observação:

“...ele não consegue escrever como as outras crianças que são ditas normais...” (Profª. Nubia)

“Mas tem essa dificuldade porque olha só, ela tem vinte alunos na sala e aí ele precisa de uma atenção mais individual...”, “...você vai pegar a cor que você quiser, aí você vai pegar pra pintar é essa dificuldade né,... pra tentar chegar lá e fazer a atividade.” (Profª. Nara)

“É motora. Ele não consegue escrever na mesma agilidade que as outras crianças.” (Profª Beatriz)

Considerando que as crianças que compõem o quadro de participantes da pesquisa encontram-se matriculadas nas séries iniciais do ensino fundamental, podemos

inferir que boa parte delas está em processo de aquisição do sistema de escrita. Nessas falas é possível identificar que o foco da alfabetização está no processo motor, mais especificamente, no aspecto grafomotor. Isso significa que para as crianças aprenderem a ler e a escrever é importante que possam pegar no lápis e desenhar as letras. Ora, se estamos lidando com crianças que apresentam limitações motoras, é no mínimo questionável que seja exigido delas a habilidade para a escrita, da mesma forma que das demais crianças da sala de aula que não apresentam comprometimentos semelhantes. Por que então focar no aspecto grafomotor? Será que treinando essas crianças elas conseguirão escrever como as demais? É nisso que acreditam os professores?

Para analisarmos esta situação, é importante que consideremos a formação docente. Não há nos cursos de Pedagogia nenhum enfoque específico no estudo de deficiências. Atualmente, com o movimento de inclusão, muitos cursos têm passado por adaptações curriculares e incluem em seus currículos aspectos sobre a inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais. Porém, não há uma abordagem específica sobre determinadas doenças e alterações neurológicas que possam interferir na aprendizagem dos sujeitos. Sendo assim, em que se baseiam os educadores para pensarem o ensino de crianças com deficiência, mais especificamente com paralisia cerebral?

Podemos aqui inferir que a prática docente tem sido orientada por discursos de domínio popular e por aquilo que salta aos olhos. Acreditam que o treino motor pode contribuir para a aprendizagem da escrita. Para exemplificar podemos observar algumas falas como:

“Eles passam atividades diferenciadas, passam trabalhos de coordenação motora, tipo traçado. Percebemos que as crianças avançam com o treino” (Profª. Suzana)

“...há o comprometimento motor, então a estimulação é altamente favorável né, e essa estimulação no caso dela, a gente precisaria estar explorando algumas possibilidades físicas, corporais...” (Profª .Sofia)

“...ela tem dificuldade assim, um pouco para escrever... ela não conseguia passar para o papel, a dificuldade dela da escrita, esse negócio todo.” (Profª. Graça)

É preciso situar, historicamente, que a pedagogia, ao longo do tempo e em seus diálogos com outros campos de conhecimento, desenvolveu métodos e técnicas de ensino. Até a década de 1980, havia uma rigidez metodológica nos processos de escolarização, principalmente, nas séries iniciais (FRADE, 2005).

Mesmo que o aluno não aprendesse ou que aprendesse de outras formas, ainda que já soubesse mais do que era trabalhado, mesmo que o método fosse eficiente apenas para algumas situações, muitos professores e escolas ficavam presos ao mesmo lugar e não modificavam suas práticas. (id., ibd., 2005, p.15)

Nesse sentido, embora os educadores, muitas vezes, não expliquem conceitualmente a sua prática, ela vem sendo ao longo do tempo fundamentada em diferentes correntes de pensamentos e conhecimentos. Quando um educador privilegia o aspecto motor em detrimento de outros no processo de aquisição da escrita, é possível dizer que a sua prática está fundamentada em saberes que acreditavam na eficiência desse modelo. Sabemos hoje que a aquisição da escrita não passa, necessariamente, pelo ato motor da grafia. Ele é antes de tudo um processo de cognição.

Patto (1999), Silveira Bueno (2004) e Jannuzzi (2006) nos ajudam a compreender e situar historicamente esse processo quando discutem a entrada da psicologia e da medicina no processo educacional formal. Esses autores contribuem para que possamos identificar no discurso pedagógico, elementos do discurso médico e outros que orientam a prática docente.

Quando a instituição escolar se diz inclusiva e seus profissionais ao lidarem com crianças deficientes adotam técnicas, métodos e práticas focadas em determinados aspectos, no caso o motor, eles evidenciam noções didáticas que foram construídas historicamente, subjetivadas ao longo das experiências cotidianas e intelectuais desde suas formações iniciais à formação atual. Nesse caso, entendemos que a prática docente, objeto de investigação, evidencia discursos constituídos ao longo das experiências vivenciadas. Se consideramos a linguagem como mediadora das relações (MOITA LOPES, 1998), podemos pensar que os sujeitos são produzidos por discursos, assim como os produzem em situações e contextos de uso social da linguagem.

No caso dos educadores que focam o aspecto motor e acreditam no treino como estratégia para a aprendizagem e participação em eventos escolares, vemos uma generalização de um único modelo para situações diversas no trabalho com crianças com paralisia cerebral. Modelos esses calcados em estudos que fortemente orientam práticas não só pedagógicas como em outros campos de conhecimento.

Podemos aqui, questionar a eficiência pedagógica nesses casos. As estratégias, embora equivocadas, consideram que as crianças com paralisia cerebral aprenderão a escrever, a falar (no caso de disartria), a participar de eventos de socialização, de atividades de educação física, quando melhorarem o desempenho motor. Nesse caso, estamos falando do que é visível, do que salta aos olhos. Enquanto o foco se mantém nesse aspecto, perguntamos: e o cognitivo? Essas crianças não apresentam nenhum déficit no desenvolvimento cognitivo? Pelas respostas obtidas, vimos que nesse primeiro contato com os educadores, foram poucos os que pensaram em alguma possibilidade de atraso cognitivo. A maioria respondeu com falas como:

“Ela entende bem. Assimila a matéria. Pra mim é uma criança normal.” (Profª. Fabiana)

“...assim, porque a gente percebe que a questão cognitiva dele, ele não tem problema...” (Profª. Nara)

“...só que ele é igual às outras pessoas porque ele pensa, né, ele pensa com a mente dele, ele age...” (Profª. Nubia)

“A gente tem observado que não há nenhum comprometimento cognitivo...a oralidade dela a gente tem observado que tem cada vez mais, sabe, fluído...” (Profª. Sofia)

Todas as crianças as quais essas falas estão relacionadas foram avaliadas por profissionais da Rede Sarah, sendo diagnosticado atraso no desenvolvimento cognitivo ou alguma dificuldade específica como, visomotoras, visoconstrutivas, cálculo matemático, entre outros. É importante situar que tais dificuldades em turmas de 20, 30 alunos não aparecem como aparece o aspecto motor. A preocupação dos educadores, com exceções, está muito mais centrada no que veem e não na capacidade de aprendizagem, que se mostra invisível.

Muitos se preocupam, sobretudo, com o acolhimento que farão a essas crianças, do que com a sua aprendizagem. Surge assim, uma outra categoria que merece uma análise cuidadosa. Trata-se do acolher, do cuidar daquele que é deficiente. Chamarei aqui de “pedagogia da boa vontade”. Acreditam que acolhendo essas crianças e delas cuidando estarão contribuindo para a sua aprendizagem.

É importante ressaltar que na discussão entre o normal e o patológico, percebe-se, nas falas dos educadores, a preocupação e a busca da normalidade. Além de serem comparadas às crianças que não possuem deficiência, elas também passam a não serem deficientes a não ser pelo aspecto motor. Mais uma vez, podemos identificar um discurso que não surge do vazio. Ele é resultado de práticas discursivas historicamente construídas e se reproduz em contextos e terrenos férteis.

A discussão da “normalidade e do patológico” tem construto histórico. A pedagogia não se apropria de tal discurso por mero acaso. Ele constituiu e constitui um tipo de pensamento que tem orientado práticas seculares em diferentes áreas do conhecimento. Portanto, ao focar os aspectos motores no processo de ensino-aprendizagem escolar de crianças com paralisia cerebral, os docentes não estão fazendo nada diferente do que reproduzir práticas orientadas por discursos historicamente construídos.

Tal constatação também pode ser exemplificada na fala acima quando os educadores dizem que a fala da criança está “fluindo”. Acreditam que o exercício da fala poderá contribuir para uma fala inteligível. Estamos neste caso, falando de uma criança com disartria grave, resultante de uma lesão cerebral, portanto uma alteração neurológica que não se modificará. Mas, junto com as dificuldades de movimentação é o que mais aparece e o que merece atenção e tentativas de igualar ao modelo de normalidade. Voltamos então ao que chamamos de invisível: a cognição. Será que essa criança aprende? Será que ela tem potencial cognitivo para aprender a ler, escrever, fazer cálculos? Será que não tem alterações nas funções executivas?

Nesse caso específico, trata-se aqui de uma criança com potencial para aquisição do sistema de escrita (Aluna Tania), mas com dificuldades a serem consideradas em

relação ao pensamento matemático, especificamente, o cálculo. Até o momento, essa dificuldade não havia sido percebida pela escola. Acreditamos que isso possa estar relacionado ao fato de ela não saltar aos olhos e nem tão pouco distanciar a criança de um estado de normalidade. Em meio a tantos outros alunos que também não fazem operações matemáticas com precisão e são ditos “normais”, essa criança passa despercebida em sua deficiência. Não apresentar a capacidade de fazer cálculos matemáticos a coloca em igualdade com as crianças normais. Não identificar essas diferenças ou não atentar o olhar para esses aspectos, poderia ser considerada uma deficiência na formação docente? No olhar do educador?

Por outro lado, falas que apontam em direção oposta também foram observadas. Foram poucas, mas entendemos ser importante considerá-las. Elas nos apontam pensamentos divergentes em alguns aspectos, pois a maioria converge para o que vimos abordando até o momento. São falas como:

“...é mais lento...tanto o motor quanto o cognitivo. Porque um puxa o outro, não é?” (Profª. Selma)

“...tem inclusões que são visíveis, tem as inclusões que não são... a dislexia,... você tem que descobrir ao longo do tempo que você tá com o aluno.” Profª. Graça)

Foram duas entrevistas que apontaram para além do que temos visto até o momento. São duas educadoras que possuem experiência e formação em educação especial. É importante ressaltar que, embora poucas sejam essas falas, elas revelam a produção de um discurso subjetivado por aspectos que vão para além do que apenas salta aos olhos. Indicam um olhar mais voltado para as especificidades individuais.

Aparece aqui, um aspecto importante da formação docente. Isso não significa que a formação garanta um olhar diferenciado, mas pode contribuir. Ressaltamos que outros docentes entrevistados também possuem formação (pós-graduação), mas não se colocaram da mesma maneira. Mesmo assim, o que podemos inferir de tudo isso é que o pensamento pedagógico independente de privilegiar aspectos visíveis ou não, é orientado por discursos historicamente construídos. Até o momento, a interlocução dos educadores contribuiu para que produzissem um determinado tipo de ação, que provavelmente será modificado ao longo de suas experiências.

Refletindo sobre a prática pedagógica, estaremos agora entrando na discussão de outra categoria que se constituiu a partir do discurso produzido pelos docentes. Já anunciada anteriormente, essa categoria é importante para que possamos compreender mais uma etapa desse processo.

3.3 A prática pedagógica: uma Pedagogia da boa vontade e da intuição?

A prática pedagógica é um outro elemento fundamental neste estudo. Uma vez abordando o processo de subjetivação discursiva, torna-se fundamental identificar e analisar como as práticas pedagógicas dos educadores se constituem no cotidiano escolar, particularmente, quando na escola têm que lidar com a criança com deficiência.

Lançamos um questionamento no título desse tópico, uma vez que entendemos ser de fato um aspecto a ser interrogado. Atribuiremos ao fazer pedagógico dos educadores um caráter intuitivo e de boa vontade? Será que esse aspecto merece uma abordagem pejorativa ou deve ser mais bem explicitado e compreendido em suas diferentes nuances?

Dizer que uma prática é intuitiva é, no mínimo, uma tentativa de tirar-lhe toda a cientificidade. Dizer que ela é de “boa vontade”, seja talvez reduzi-la apenas ao aspecto cuidador. Nas entrevistas realizadas, podemos observar que, inicialmente, alguns docentes acreditam que é preciso acolher e prestar cuidados à criança deficiente como, por exemplo:

“Pra ele chegar na escola, a escola ser acolhedora, para ele se sentir bem...” (Prof. Vagner).

“...adequar nossa realidade mais próxima da realidade da criança. Como ela disse, a nossa boa vontade, ela começa aí...” (Profª. Sonia).

“Os alunos adoram o Sandro, né, cada dia um leva para o recreio e volta do recreio...” (Profª. Beatriz)

“Aí eu fui, fui com ele até, coitadinho dele...era...mas ele ainda pega direitinho na caneta, mas esse, ele era todo mesmo, a gente tinha que dar merenda para ele na boca.” (Profª. Selma)

Sabemos que é fundamental para o processo de aprendizagem que o indivíduo se sinta bem no espaço escolar, que seja bem recebido pelos profissionais da escola. Porém, entendemos que isso deve ser aplicado para todas as crianças e não somente para aqueles com deficiência ou pela escola, chamadas de especiais. Não

deve ser privilégio de crianças deficientes o olhar e o gesto cuidadoso do docente. Além disso, temos claro que o acolhimento é apenas um dos aspectos sociais que podem contribuir para um bom processo de escolarização. No caso do deficiente, acreditamos na importância do acolhimento no espaço escolar, mas não podemos transformá-lo em um ato de preconceito. A criança com alguma deficiência não deve ser mais cuidada por ser diferente. Pensamos que ela deve receber adaptações necessárias às suas demandas e não cuidados em excesso por ser diferente.

O trabalho pedagógico deve ser pensado e elaborado conforme demandas e necessidades da turma, considerando os parâmetros que orientam a estrutura curricular de cada ano escolar. No caso das crianças com algum distúrbio e, particularmente, crianças com paralisia cerebral, o currículo deve ser adaptado para as suas necessidades e potencialidades educacionais, considerando a sua etapa de desenvolvimento.

Nesse sentido, algumas falas apontam para o que chamaremos de acolhimento qualificado. Trata-se de procurar atender às demandas e necessidades da criança e pensar o trabalho pedagógico a partir de observações realizadas no cotidiano escolar.

“(...) a gente tá buscando... (...) está construindo uma prática e que tá reabilitando o cotidiano da criança aqui na escola, até agora... não sabe até quando isso vai dar certo...” (Profª. Sonia)

“(...) no meu caso, eu fico acompanhando o aluno na sala de aula, tem professor de classe, mas eu estou ali também, acompanhando meu aluno.” (Profª. Selma)

“(...) não é uma redoma de vidro que ela vai ter (...) tem que abrir um espaço para ela poder se pronunciar, pra ela botar em evidência o que ela sabe, o que ela não sabe fazer.” (Profª. Graça)

Junto ao acolhimento aqui discutido, observamos a preocupação em construir estratégias de participação. Ressaltamos que a fundamentação das estratégias não é bem evidenciada. Não ficam claras quais são as bases teóricas, solidamente construídas, que embasam a prática pedagógica desses educadores. Observamos vestígios de conhecimentos socialmente disseminados e consolidados pelo discurso que podem nos remeter à hipótese de construção de uma prática intuitiva subjetivada por discursos que circulam na sociedade. Isso pode ser melhor ilustrado nas falas seguintes:

“Muito é da medicina, a parte educacional...”, “Procedimento pedagógico, efetivamente, ainda não tem assim a clareza, um campo aparentemente novo por conta que a gente não..., tem material no qual se embasar...” (Profª. Roberta)

“ Eu gosto muito de ler (...) nós temos revistas...” (...) nós nos reunimos e fizemos um estudo sobre tipos de inteligência, tipos de dificuldade, tudinho.” (Profª. Graça)

“Já trabalhei com educação especial. Percebi que as crianças tinham de participar de tudo.” (Profª. Suzana)

“Temos crianças com TDAH e vemos que são várias crianças assim.” (Profª. Suzana)

“Confundimos TDAH com falta de limite. Aconselho a procurar o neurologista.” (Profª. Janete)

Retornamos, portanto, ao dilema: como abordar a prática pedagógica aqui investigada? Apenas intuição e cuidados ou podemos de alguma forma qualificá-la? Acreditamos que nas falas dos educadores é possível observar diferentes aspectos que nos conduzem ao entendimento de que o que estamos denominando de intuição e cuidado tem algum passado histórico. Não há uma intuição pela intuição e nem um cuidar pelo cuidar.

Histórica e socialmente, a prática pedagógica foi construída e consolidada ao longo de séculos. O caráter acolhedor tem explicações também históricas e contextuais que podem ser, por exemplo, remetidas ao processo de feminização do magistério. A entrada das mulheres no processo educacional escolar traz para a escola o aspecto materno que não pode ser desconsiderado quando abordamos os temas acolhimento e cuidado (WERLE, 2005). Porém, não é possível atribuir a esse contexto histórico a explicação e a responsabilidade pela construção das práticas pedagógicas atuais. É importante considerarmos a produção discursiva social e a constituição dos sujeitos históricos ao longo de décadas e séculos. Trata-se de um conjunto de fatores que contribue para a formação de um pensamento e, por conseguinte, das práticas atuais.

O que podemos observar, em relação às falas apresentadas anteriormente, é que os profissionais da educação têm se deparado com uma situação que os remete a conflitos, que esperamos sejam positivos. Os educadores aprenderam a lidar com crianças que aprendem. As demais, com marcas do preconceito, ficaram fora do sistema regular de ensino. A elas foi dado o espaço da escola especial e da privação da participação ampla no contexto social e cultural (SILVEIRA BUENO, 2004,

JANUZZI, 2006). Não podemos aqui desconsiderar que esse fato é contextual, pois correríamos o risco da leviandade e de reforçarmos uma posição maniqueísta da sociedade, em que sempre vencem dominantes e perdem dominados. Ressaltamos que a abordagem teórica que orienta esse estudo se pauta na perspectiva de exercício de poder e no uso da linguagem como produção de sentido e do sujeito e não na relação de dominantes e dominados.

Nesse sentido, entendemos que, por mais que consideremos intuitiva e cuidadora a prática pedagógica, ela se justifica como tal, sendo esses, aspectos importantes de sua composição. Por outro lado, é preciso ir além desses aspectos e considerar que uma prática pedagógica de qualidade deve ser elaborada a partir de conhecimentos teórico-práticos consistentes. Em um primeiro momento e nas entrevistas iniciais realizadas no começo do ano letivo, não foi possível identificar essa consistência, tanto no discurso quanto na prática dos educadores. Identificamos lacunas na formação docente e, por conseguinte, uma prática calcada no senso comum e nas aparências. Poderíamos tratá-las como ações empíricas de tentativa e erro, na busca de fazer o melhor para promover a inclusão e formar crianças com alguma deficiência.

3.4 Sintetizando

Procuramos nesse capítulo, abordar concepções e categorias construídas a partir da análise dos dados fornecidos pelas entrevistas iniciais, realizadas no começo do ano letivo de 2008. São elas respectivamente: conceitos de inclusão social e escolar e de paralisia cerebral, a dicotomia entre os aspectos motores e cognitivos das crianças com paralisia cerebral, e a constituição de práticas pedagógicas intuitivas e cuidadoras. Elas nos permitiram identificar, por meio de recortes/segmentos de fala, a concepção de inclusão e paralisia cerebral dos docentes que lidam com crianças PC. Além disso, vimos também em que se pautam os educadores para pensarem suas práticas pedagógicas no ensino de crianças com alguma deficiência, particularmente, a paralisia cerebral.

Foi possível identificar que os educadores têm muito pouco conhecimento sobre o que seja inclusão, bem como sobre discussões atuais a respeito do assunto e seu

processo de constituição histórica. Eles costumam discursar sobre inclusão confundindo-a com o conceito de integração. Quanto à paralisia cerebral, também há um desconhecimento generalizado sobre o conceito. Mesmo lidando com crianças PC, tratam de sua aprendizagem da mesma forma que abordam as demais crianças. Há uma busca pela normalidade e uma tentativa de igualar as crianças em seu processo de aprendizagem. Para tanto, privilegiam o treino motor, pois a deficiência motora é a que mais salta aos olhos. Nesse caso, o aspecto cognitivo acaba sendo relegado a um segundo plano. Além disso, observamos pouca consistência e fundamentação teórica para a construção de estratégias pedagógicas para o ensino de criança PC.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4 Visitas escolares: diálogos entre Saúde e Educação

Neste capítulo, abordaremos as visitas escolares realizadas durante o período letivo do ano de 2008. Essas visitas fazem parte do cotidiano da Reabilitação Infantil da Rede Sarah e, geralmente, acontecem quando há demanda da família ou da instituição escolar.

Foram realizadas cerca de três a quatro visitas por aluno participante da pesquisa. Elas aconteceram em intervalos de dois a três meses e tiveram por objetivo a interlocução com a escola sobre as habilidades e dificuldades de cada criança, o esclarecimento do diagnóstico e a elaboração compartilhada de estratégias de inclusão escolar. Assim, neste capítulo procuramos analisar como a interlocução entre os profissionais da saúde (reabilitação) e os educadores pode influenciar na elaboração e reelaboração da prática pedagógica.

4.1 Interlocução entre Saúde e Educação: saberes movimentando a prática

Para se fazer a análise dos dados presentes nos prontuários, a partir da realização de visitas escolares, optamos por, inicialmente, condensar algumas informações em um quadro ilustrativo. Identificamos alguns aspectos que entendemos fundamentais para o processo e que refletem os objetivos deste estudo, e os organizamos em categorias, explicitadas no quadro. Com ele, pretendemos evidenciar, de maneira sintética, como aconteceram as visitas escolares, os aspectos abordados, as observações, intervenções e resultados. Em seguida, realizaremos a análise qualitativa que melhor explicitará esses aspectos sintéticos.

O quadro encontra-se dividido em seis partes que buscam refletir o processo e a evolução da interlocução entre os profissionais da saúde e da educação. A seguir, exporemos cada parte e as suas características.

A primeira parte consta do nome da criança e da classificação topográfica da paralisia cerebral. Ressaltamos que usamos um pseudônimo como forma de preservar a identidade dos participantes. Identificamos primeiramente a criança, pois as visitas escolares aconteceram em função do acompanhamento de cada uma delas. Optamos por apresentar a classificação topográfica como forma de possibilitar e facilitar a melhor compreensão de alguns aspectos constantes no quadro. Estamos nos referindo a alguns aspectos do diagnóstico ou de ações pedagógicas que podem ser mais bem compreendidos quando nos remetemos à classificação.

A segunda parte denominamos de “Aprendizagem (percepções dos educadores)”. Nesse espaço serão apresentados alguns aspectos observados em relação às percepções que os educadores evidenciaram sobre as dificuldades, limites e potenciais de cada criança, anteriormente à visita dos profissionais da Rede Sarah.

Na terceira parte, “Aprendizagem (ações dos educadores)”, procuramos evidenciar aspectos relacionados ao fazer pedagógico dos educadores. A partir das suas observações, cada profissional da educação apresentou um tipo de ação pedagógica objetivando a aprendizagem da criança. Aqui tentamos relacionar essas ações, explicitadas pelos educadores. Ressaltamos que elas também estão relacionadas ao primeiro contato entre as equipes. As percepções e ações que aconteceram após o primeiro contato fazem parte de outro momento que também compõe o quadro sintético.

Após apresentarmos as percepções e ações, optamos por evidenciar aspectos da interlocução. Nessa parte, a equipe da Rede Sarah esclareceu sobre o diagnóstico, suas sequelas, tipo de classificação topográfica, aspectos funcionais, limites e potenciais de cada criança.

Na quinta parte, aparecem algumas sugestões de estratégias que podem ser adotadas no cotidiano escolar e que influenciam no processo de participação e aprendizagem da criança com paralisia cerebral. Essas sugestões foram discutidas com os educadores após o esclarecimento do diagnóstico, tendo-o como base, além de considerar o prognóstico, o potencial e a funcionalidade inerente ao processo de cada criança.

Por fim, retornamos ao aspecto da aprendizagem. Chamamos essa parte de “Aprendizagem, percepções e ações: resultados”. Nela abordamos as reelaborações da prática pedagógica dos educadores. Procuramos evidenciar as percepções modificadas ou não, a partir do processo de interlocução e, por conseguinte, as ações pedagógicas realizadas no cotidiano escolar.

Em seguida, apresentamos o quadro que sugere a evolução das visitas escolares e suas repercussões na prática docente e no processo de ensino-aprendizagem escolar das crianças com paralisia cerebral.

QUADRO 5

Síntese sobre a evolução das visitas escolares e a interlocução entre profissionais da Saúde e da Educação

Nome da criança e classificação topográfica	Aprendizagem (percepções dos educadores)	Aprendizagem (ações dos educadores)	Interlocução, diagnóstico e esclarecimentos	Sugestões	Aprendizagem, percepções e ações: Resultados
Carlos (diplegia)	<ul style="list-style-type: none"> • lentidão p/ responder e acompanhar outras crianças • dificuldade para escrever • dificuldade motora 	<ul style="list-style-type: none"> • Pegar na mão para escrever • Treino motor escrita • Jogo de ping-pong • Conduzir ao banheiro 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é PC • Dificuldades visoespaciais, visomotoras, visocontrutivas • Transferências • Deslocamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • não treinar a escrita e não pegar na mão • economia de escrita • atividades orais • transferências • atividades esportivas • alterar avaliação de escrita para oral • uso de prancha alfanumérica 	<ul style="list-style-type: none"> • diminuição atividades de escrita e investimento em atividades orais • leitura coletiva • avaliações orais • foco no desenvolvimento da leitura • orientação para realizar atividades em casa com a prancha • melhor participação • desenvolvimento da leitura
Eder (Hemiplegia - leve)	<ul style="list-style-type: none"> • lentidão para escrever • momentos de distração • desempenho igual aos colegas • distorções no grafismo é característico da idade • desempenho igual aos colegas • problemas de caligrafia 	<ul style="list-style-type: none"> • Indica aula de reforço • Mesmas estratégias usadas para os demais alunos 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é PC • Dificuldade em manter atenção • Comprometimento motor leve • Dificuldade visoespaciais e de planejamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Estruturar atividades • Fragmentar para melhor compreensão • Construção de rotinas organizadoras • Sem restrições para realizar atividades motoras • Usar seqüência pequena de comandos • Seqüência de desafios para manter a atenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção das mesmas estratégias, não havendo modificações

QUADRO 5

Síntese sobre a evolução das visitas escolares e a interlocução entre profissionais da Saúde e da Educação

Nome da criança e classificação topográfica	Aprendizagem (percepções dos educadores)	Aprendizagem (ações dos educadores)	Interlocução, diagnóstico e esclarecimentos	Sugestões	Aprendizagem, percepções e ações Resultados
Fernando (Coreoditoni)	<ul style="list-style-type: none"> identifica bom potencial cognitivo dificuldade de fala dificuldade em manter foco atencional 	<ul style="list-style-type: none"> uso de projetos pedagógico pegar na mão da criança para ela desenhar 	<ul style="list-style-type: none"> o que é PC cognitivo compatível com faixa etária dificuldade em coordenar movimentos disartria formas de recepção e expressão da linguagem 	<ul style="list-style-type: none"> diversificação de atividades uso de prancha alfanumérica coletiva observar como expressa o que compreende participação dos colegas nos processos de aprendizagem em atividades coletivas 	<ul style="list-style-type: none"> uso de textos e músicas uso dos membros inferiores para escrever com prancha criança diminui a frustração ajuda dos colegas nas atividades em sala melhora no tempo atencional
Fernanda (Diplegia)	<ul style="list-style-type: none"> cansaço para locomover lentidão na escrita boa memória desempenho igual ao dos colegas esquecimentos esporádicos que não interferem no desempenho escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Proteção para que não caia (colo) Treino escrita para ganhar velocidade Socialização Não participa da Ed. Física direciona foco atencional 	<ul style="list-style-type: none"> O que é PC Dificuldade com cálculo matemático Lentidão no processamento da informação Dificuldade em planejar seqüência de ações 	<ul style="list-style-type: none"> Economia de escrita Avaliações orais Medicação e uso de material concreto para cálculo matemático Uso do andador para deslocamentos Promover autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> Oscilações no desempenho acadêmico Economia de escrita Atividades coletivas Questiona sobre tipos de calçado adequado Diminuição de quedas Avaliações orais

QUADRO 5

Síntese sobre a evolução das visitas escolares e a interlocução entre profissionais da Saúde e da Educação

Nome da criança e classificação topográfica	Aprendizagem (percepções dos educadores)	Aprendizagem (ações dos educadores)	Interlocução, diagnóstico e esclarecimentos	Sugestões	Aprendizagem, percepções e ações Resultados
Mauro (Diplegia)	<ul style="list-style-type: none"> • Desatenção • Lentidão na escrita • Insegurança e necessidade da presença da mãe • Dificuldade para correr • Dificuldade motora 	<ul style="list-style-type: none"> • Treino com atividades físicas para ganhar desempenho em corridas • Realização das mesmas atividades que os colegas 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é PC • Lentidão no processamento da informação • Dificuldade de planejamento da ação • Habilidades no uso da linguagem oral • Dificuldade de deslocamento e necessidade de uso do andador 	<ul style="list-style-type: none"> • Economia de escrita • Estimular o potencial oral • Adaptação de atividades físicas • Adaptação curricular • Introdução do andador no cotidiano da criança 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com a dispersão • Maior participação dos colegas orais • Avaliações com questões objetivas • Maior diálogo entre docente e aluno com resultado produtivo • Maior participação da criança • Ações docentes para estimular o uso de andador na escola
Sandro (diplegia)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade motora • Lentidão e cansaço para escrever • Lentidão na execução da avaliação • Bom desempenho cognitivo • Uso da carteira escolar regular • Bom desempenho na matemática • Bom potencial de leitura • Desatenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Adequação do tempo de avaliação • Participação na Ed. Física • Transferência da cadeira de rodas para a carteira 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é PC • Lentidão para escrita • Dificuldade visoconstrutiva • Habilidade oral • Dificuldade expressiva no cálculo matemático • Tempo atencional curto 	<ul style="list-style-type: none"> • Economia de escrita • Valorização da oralidade • Uso de materiais concretos para cálculo • Avaliações objetivas e/ou orais • Estimular a autonomia no uso da cadeira de rodas • Melhor posicionamento com cadeira de rodas na sala 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitam maior interlocução • Observações sobre dificuldade com matemática • Alteração no processo de avaliação • Preocupação com atenção mais individualizada para o aluno • Preocupação com a progressão escolar • Envolvimento maior da turma

QUADRO 5

Síntese sobre a evolução das visitas escolares e a interlocução entre profissionais da Saúde e da Educação

Nome da criança e classificação topográfica	Aprendizagem (percepções dos educadores)	Aprendizagem (ações dos educadores)	Interlocução, diagnóstico e esclarecimentos	Sugestões	Aprendizagem, percepções e ações docentes Resultados
Tania (Coreoatetosis)	<ul style="list-style-type: none"> • Vontade de aprender da criança • Não pega no lápis • Dificuldade em realizar atividades motoras • Dificuldade de posicionamento em sala de aula • Potencial cognitivo • Cansaço para realizar atividades orais 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentativa de trabalhar a fala (treino) • Desenhos realizados por terceiros e ditados pela criança • Atividades como as dos colegas 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é PC • Movimentação involuntária • Potencial cognitivo bom • Boa compreensão • Dificuldade de expressão verbal e gestual • Disartria 	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento adequado e uso da cadeira de rodas • Estímulo à participação coletiva em sala de aula • Uso de prancha alfanumérica por sistema de varredura e material ilustrativo • Adaptação de avaliações 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do potencial cognitivo • Identificação das dificuldades em matemática • Uso de material concreto • Estimulo a participação coletiva • Envolvimento da família nos processos escolares • Adequação da avaliação • Diálogo constante com a criança sobre as adaptações
William (Diplegia)	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca flexibilidade e nas regras • Dificuldade em escrever • Dificuldade em organizar a escrita • Dificuldade com atividades de colorir nos espaços indicados • Rotações de letras 	<ul style="list-style-type: none"> • Pegar na mão da criança para que escreva • Escrever dentro de espaços delimitados • Treino motor da escrita • Estimulo ao deslocamento com andador 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é PC • Locomoção • Dificuldades na reprodução gráfica, visoespacial e visoespacial • Dificuldade na construção de narrativas • Dificuldade com memória de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de letras móveis • - não pegar na mão da criança para escrever • Posicionamento em sala de aula • Uso do andador para deslocamento • Respeito ao tempo da criança • Mediação na construção de narrativas orais 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de letras móveis • Construção de narrativa oral respeitando o tempo da criança • Estimulo a maior interação entre os colegas • Adequação de avaliações (orais e objetivas) • Estimulo à autonomia cognitiva

A partir dos aspectos gerais sintetizados e apresentados no quadro 5, podemos definir três contextos importantes que se constituem e constituem o diálogo entre os profissionais da saúde e da educação. Os primeiros profissionais reproduzem, no espaço escolar, um discurso médico sobre o diagnóstico da criança e os segundos, reelaboram suas práticas orientados por esse discurso. Temos assim demonstrado por meio do quadro, uma estrutura linear que nos ajuda a melhor compreender a sequência do processo realizado. No primeiro momento, temos a realização das visitas e a exposição verbal dos educadores sobre as suas concepções a respeito do diagnóstico, as suas percepções das dificuldades e habilidades das crianças e as suas ações pedagógicas. O segundo momento refere-se à interlocução entre campos de saberes diferentes que acontece ao longo de todo o processo das visitas escolares e, por fim, as percepções e ações docentes reelaboradas.

Tomando o primeiro momento para análise, podemos identificar que a percepção dos educadores sobre os limites e as possibilidades de desempenho acadêmico das crianças tem como foco o aspecto motor. É praticamente unânime, por parte dos docentes, a preocupação com o escrever. Nesse caso, estamos falando sobre o ato motor da escrita. A concepção de escrita evidenciada pelos educadores significa a habilidade motora para colocar no papel as letras do alfabeto. Assim, como os demais colegas, a criança PC deveria aprender a ler e a escrever treinando a escrita motora.

Observamos um ritual na busca pela normalidade e uma necessidade de adaptação do sujeito ao modelo (SASSAKI, 2005). Embora não digam a origem dos fundamentos que orientam a prática pedagógica, os educadores evidenciam a crença de que o treino motor poderá garantir o desenvolvimento da habilidade motora da escrita. Isso também significa a adoção de um método único (FRADE, 2005), para o coletivo escolar, independente das diferenças individuais. Não pretendemos sugerir a adoção de metodologias individuais para o ensino coletivo. Pelo contrário, reafirmamos a importância de se pensar o coletivo como coletivo, porém, não se pode desconsiderar a individualidade nesse coletivo.

A dimensão coletiva, social, não se constrói pela simples somatória de indivíduos, nem se manifesta linearmente em cada um. A interação entre duas totalidades, a coletiva e a individual, ambas socialmente construídas,

resulta em que cada indivíduo seja expressão da dimensão coletiva, porém transformando-a segundo suas próprias particularidades. De outro lado, a cada vez que se exprime na totalidade individual que é cada pessoa, a própria dimensão coletiva se transforma. Nem somatória, nem expressões lineares; ambas unas e indivisíveis, construindo-se e transformando-se mutuamente (MOYSÉS, 2001, p.45)

A construção de práticas pedagógicas que objetivam o ensino não pode ser isolada da aprendizagem. Nesse caso, a individualidade e as diferenças devem orientar o trabalho docente, objetivando a construção do conhecimento de maneira coletiva.

Identificamos, no processo de visitas, que a percepção docente sobre as capacidades e sobre os limites de cada criança possui uma determinada consistência. Porém, pode ser muito mais atribuída ao aspecto empírico do processo de ensino-aprendizagem do que ao conhecimento teórico. As observações são construídas no cotidiano da escolarização e, a partir delas, embasadas por subjetivações discursivas, social e historicamente construídas, o educador elabora suas ações. Observamos que é nas ações que se evidenciam a inconsistência teórica e, por conseguinte, uma prática baseada em erros e acertos. Levantamos então algumas questões para reflexão como, por exemplo: como lidar com o que não conhecemos? Cabe ao professor elaborar práticas pedagógicas consistentes e inclusivas apenas com discursos que circulam na mídia ou que superficialmente ouviram em suas formações?

Entendemos que a formação do professor é fundamental para o exercício de sua prática. Observamos que em suas tentativas de acertos e erros ele age embasado por discursos que o subjetivaram. Ao pegarem na mão da criança para que ela escreva, demonstram que seus saberes sobre a escrita é que sua aquisição está diretamente relacionada ao ato motor, crença justificada historicamente (PATTO, 1999; MOYSÉS, 2001; BUENO, 2004; JANUZZI, 2006). Nesse caso, reproduzem modelos que já foram verdades em uma determinada época.

Com essa afirmação, começamos então a responder, em parte, a essas perguntas. Não é possível negar que o educador elabore suas práticas por conhecimentos adquiridos ao longo de sua história pessoal. Mas, seriam esses conhecimentos consistentes o suficiente para lidar com situações adversas? Entendemos que o

discurso midiático e de senso comum, muitas vezes, contribuem para a elaboração de práticas pouco fundamentadas. Além disso, uma formação de qualidade duvidável ou mesmo o pouco investimento do profissional em sua formação, também, pode contribuir para práticas pouco consistentes.

Nessa perspectiva, identificamos que, ao longo das visitas escolares e da interlocução entre as equipes de reabilitação e pedagógica, numa relação que envolve teoria e o contexto da prática, foi possível a construção de novos olhares sobre as crianças, seus limites e seus potenciais, e a sua participação no ambiente escolar.

Observamos também que para a equipe de reabilitação esse contato torna possível compreender, mesmo que minimamente, o universo escolar, o fazer pedagógico e o distanciamento entre as duas áreas no tocante a inclusão de crianças com paralisia cerebral. Para a equipe pedagógica, observamos a grande expectativa por acesso ao que até o momento era desconhecido, ou seja, por um conhecimento que orientasse a ação.

Ao se aproximar do universo escolar, adentrar o seu espaço, estabelecer o diálogo, a equipe de reabilitação procura conhecer o cotidiano escolar da criança que acompanha. Além disso, busca esclarecer sobre o diagnóstico, discutir sobre as demandas e necessidades da criança inserida na rede de ensino regular, evidenciar seu potencial, pensar adequações e adaptações que contribuam para o seu processo de inclusão, o seu bem estar e para um bom desempenho acadêmico. Nesse caso, a abordagem envolve tanto os aspectos clínicos quanto pedagógicos, inerentes ao quadro patológico da criança.

Observamos que o esclarecimento sobre o diagnóstico traz ao educador mais dúvidas sobre a sua ação pedagógica. Essa dúvida tende a levar a questionamentos sobre a sua ação e estratégias elaboradas até o momento. Nesse caso, apenas o esclarecimento diagnóstico não se revela suficiente para o repensar da prática pedagógica. É importante que o conhecimento clínico venha acompanhado de

aplicabilidade, ao que chamaremos de “conhecimento clínico aplicado”⁸. Além disso, observou-se que a frequência periódica de vistas, cerca de dois meses, contribui para a fluência do discurso. Não se trata de estreitamento de laços entre os profissionais, mas de discussão e compreensão de diagnóstico, de limites e de potenciais da criança e da construção de estratégias educacionais inclusivas.

Podemos inferir que os resultados dessa interlocução foram positivos quanto à reelaboração das práticas pedagógicas. Observamos no quadro sintético que a percepção e a adoção de estratégias pelos educadores se modificaram ao longo do processo. Aparece, então, um fazer pedagógico subjetivado por um discurso médico que busca esclarecer o diagnóstico e sugerir ações com base em conhecimentos pertinentes a essa área. A reelaboração pedagógica não se reduz a uma lista indicada por um determinado grupo. Ela se refaz no e pelo discurso produzido em situações interacionais (BAKHTIN/VOLOCHINOV, 1929/1999). Não há nada obscuro ou escondido por traz do discurso. Há enunciados e relações que são colocadas em funcionamento pelo próprio discurso (FISCHER, 2001).

Entendemos assim, que as reelaborações são resultados de discursos produzidos em situações de interação. Essas reelaborações não são únicas e nem padrão. Elas são atravessadas pelos aspectos e características individuais e contextuais, modificando maneiras de perceber a realidade e de nela intervir. Alterar suas percepções e pensar a ação a partir das novas leituras que se faz da realidade indica movimento. Movimento realizado por aquilo que subjetiva, que toca o sujeito. As práticas pedagógicas foram construídas pelo significado que cada docente atribuiu ao discurso ouvido e do qual participou. Não nos cabe aqui, questionar a duração dessas práticas, mas sim, evidenciar resultados de interlocuções, de práticas discursivas produzindo sujeitos em contextos sociais, culturais e históricos. Também não nos cabe julgar se as ações foram positivas ou negativas, ou mesmo quanto ao conteúdo das mesmas. Cabe dizer que as práticas discursivas subjetivam e produzem sujeitos em contextos sociais de produção e uso do discurso. As palavras não mais nomeiam, produzem significados.

⁸ Grifo nosso.

4.2. Sintetizando

Neste capítulo, apresentamos um quadro que evidencia as concepções anteriores e posteriores às visitas escolares realizadas pela equipe da Rede Sarah. Primeiramente, observamos que as práticas pedagógicas são focadas no treino das habilidades motoras e na busca da normalidade. Os docentes tendem a igualar o desempenho das crianças com paralisia cerebral ao desempenho das demais crianças em sala de aula.

Observamos que a interlocução entre as equipes de saúde e educação traz benefícios à prática pedagógica. Identificamos um movimento de reelaboração das práticas de ensino a partir do acesso ao conhecimento. Identificamos ainda, a presença de elementos do discurso médico nas falas e práticas dos educadores, que evidenciam práticas discursivas e, por conseguinte, processos de subjetivação.

CAPITULO V

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5. Resultados das entrevistas finais

Neste capítulo, abordaremos os dados das entrevistas realizadas ao final do ano letivo com 8 educadores que participaram do processo de ensino aprendizagem das crianças com paralisia cerebral. Esses educadores são os mesmos que participaram do processo de interlocução com a equipe da Rede Sarah, ao longo do mesmo período. Dentre eles, 4 participaram integralmente, desde a entrevista inicial até a final; 1 esteve presente nas duas entrevistas e em duas visitas; 2 participaram das visitas e da última entrevista e apenas 1 participou da entrevista final e parcialmente das visitas. As entrevistas tiveram por objetivo identificar, após os contatos estabelecidos, as suas concepções sobre inclusão, paralisia cerebral e, principalmente seus discursos e práticas pedagógicas.

Dividiremos este capítulo em duas partes. Na primeira, realizaremos uma comparação entre as concepções e posições dos educadores que participaram das entrevistas iniciais e finais. Na segunda, abordaremos, de maneira mais global, as mudanças identificadas nos discursos e práticas dos educadores ao final do ano letivo.

5.1. Do início ao final do ano letivo: algumas possíveis mudanças

Iniciaremos este tópico com a apresentação de um quadro comparativo entre algumas falas dos 5 educadores que foram entrevistados no início e ao final do ano letivo. Relembramos que a primeira entrevista antecedeu aos contatos entre os profissionais da Rede Sarah e os educadores, diferentemente da segunda entrevista.

O quadro encontra-se dividido em quatro partes. Na primeira, apresentaremos o nome fictício de cada educador. Na segunda, abordaremos as concepções de

inclusão social e escolar. Na terceira, apresentaremos as concepções de paralisia cerebral e, por fim, as práticas pedagógicas.

QUADRO 6

Quadro comparativo das entrevistas iniciais e finais

NOME	CONCEPÇÕES DE INCLUSÃO		CONCEPÇÕES DE PC		PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	
	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais
Prof. Vagner	- Oportunizar, abrir a escola a todos - acolhimento	- Oportunizar, perceber as diferenças, participar	- nunca leu nada, - - foco no motor, naquilo que é visível	- percebe que há diferenças entre as crianças, umas podem ser mais afetadas que as outras - percebe para além do motor, identifica dificuldades de linguagem e cognitivas	- pega na mão da criança para que ela escreva - treino e repetição como método	- ênfase na leitura - uso de prancha para escrita - identifica avanços na aprendizagem da criança
Profa. Suzana	- perspectiva de participação, focado na socialização	- escola como instrumento de inclusão social - participar	- Não tem conhecimento técnico - não soube explicitar	- possível comprometimento motor e cognitivo	- atividades de coordenação motora - treino motor	- Foco também no cognitivo - mudança na forma de avaliar
Profa. Nubia	- não tem definição clara - exemplifica com “não tratar diferente”	- participar socialmente - promover acessibilidade	- Não tinha conhecimento - imaginava crianças sem movimentação nenhuma, imóvel	- sabe que existem tipos diferentes de PC - identifica diferença de potencial entre os aspectos motores e cognitivos	- treino, repetição para diminuir o tremor - foco no motor - trabalhos coletivos	- observa dificuldades e facilidades altera a atividade para facilitar para facilitar - observa a criança para traçar estratégias

QUADRO 6

Quadro comparativo das entrevistas iniciais e finais

- NOME	CONCEPÇÕES DE INCLUSÃO		CONCEPÇÕES DE PC		PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	
	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais	Iniciais	Finais
Profa. Nilma	- participação - aproximar da normalidade	- respeito às diferenças - participação	- não tem clareza - sabe de alguma dificuldade motora	- diferenciação entre comprometimento motor e cognitivo	- foco no motor - tentativas (erro e acerto) - pouca clareza do que fazer em sala	- envolve a família - participação dos colegas - posicionar de frente para a criança - observação dos aspectos cognitivos e potenciais da criança
Profa. Beatriz	- melhoria de barreiras arquitetônicas - participação (parâmetro de normalidade)	- igualdade de oportunidade - respeito às diferenças	- não tem conhecimento específico - sabe algo sobre dificuldade motora que é mais aparente	- diferenciação entre comprometimento motor e cognitivo - alterações neurológicas	- treino motor (cópia do quadro negro) para melhorar a velocidade de escrita - estudos genéricos sobre dificuldade de aprendizagem - tempo além da aula para escrever (cópias)	- aproximação com a família - revê formas de avaliar - identifica processo de aprendizagem (aquisições mais e menos fáceis) - estudos mais específicos sobre o tema

Com os dados apresentados no quadro 6, é possível identificar, em relação à concepção inicial de inclusão, que os educadores apresentam noções semelhantes. Eles privilegiam a perspectiva da participação em eventos sociais e de oportunizar a entrada no ambiente escolar. Falas como as apresentadas a seguir confirmam essas perspectivas.

“...quando a gente fala de uma maneira assim bastante técnica é abrir a escola, às vezes a gente pensa que é incluir o deficiente, mas é incluir quem está fora da escola também” (Prof. Vagner)

“ Já trabalhei com educação especial. Percebi que as crianças tinham que participar de tudo.” (Profª. Suzana)

“Então a escola não era estruturada para isso” (Profª. Beatriz)

Essas falas denotam concepções de inclusão calcadas no senso comum. Incluir é dar oportunidade para aqueles que, de certa forma, estão fora do sistema social. Mas o que é estar fora desse sistema? É não estar na escola? É não ter acesso a bens de consumo? Entendemos que isso não fica explícito nas falas dos educadores. Eles apenas repetem, sem se dar conta disso, discursos comuns e de circulação ampla. É um discurso muito comum na mídia e de fácil apropriação (THOMPSON, 2008). O desafio está em compreender o conceito e no como fazer se concretizar. Não identificamos essa compreensão clara nos discursos dos professores, mas foi possível identificar mudanças nesses discursos, como, por exemplo:

“Como é que eu posso dizer, é participar das outras coisas que as pessoas ditas normais participam, na escola, no trabalho, no lazer, na sociedade em si. “ (Profª. Nubia)

“Inclusão é uma abertura para o novo, do diferente, que a gente acha de diferente, e poder ter esse contato, poder ajudar e poder conhecer essa pessoa e o que ela pode fazer” (Profª. Nilma)

“...tentar fazer com que ele tenha a mesma oportunidade de aprendizagem que os demais, apesar da sua deficiência, das suas dificuldades, seja ela corporal ou mental ou de aprendizagem mesmo” (Profª. Beatriz)

Embora não sejam mudanças profundas, as falas demonstram que o conceito foi reelaborado ao longo do ano. Os educadores não conseguem explicitá-lo em uma

linguagem mais científica, mas o evidenciam de alguma forma. Se considerarmos os conceitos de acontecimento discursivo, enunciado, formação discursiva (NAVARRO-BARBOSA, 2004), podemos observar que a materialidade discursiva dos docentes segue regras tanto da instituição médica quanto da instituição pedagógica. Não é um discurso vazio. Ele busca elementos mais substanciais característicos de áreas de saberes para se fazer verdade (FOUCAULT 2000a).

O mesmo pode ser identificado em relação à concepção de paralisia cerebral. Em um primeiro momento, era algo desconhecido para a maioria. A manutenção do foco no aspecto motor reforça a idéia de que as práticas pedagógicas, desses profissionais, são orientadas muito mais pelo empírico do que pelo teórico. Isso pode ser identificado quando evidenciam não terem clareza do que seja paralisia cerebral e até mesmo não saberem o diagnóstico da criança.

“...porque quando a mãe dele veio ela disse, ah, tem uma equipe, como tu falou né, que acompanha pelo Sarah, então eu aqui ainda não fui orientado...eu ainda não tenho nenhum procedimento que seja assim específico para trabalhar com ele. Eu to trabalhando assim, quase que normalmente, pegando na mão, não sei se é o método melhor...” (Prof. Vagner)

“...aí fica tremendo muito, ele não tem o controle. Aí o quê é que eu digo, William, você tem que se concentrar, por que é assim, eu por exemplo, escrevo com a direita, não é isso? Se eu for escrever com a esquerda...” (Profª. Nubia)

Não podemos negar que mesmo orientados por experiências empíricas, elas se constituíram a partir de práticas discursivas que propiciaram esse tipo de elaboração, planejamento e intervenção. Ao apresentarmos as falas obtidas no final do período letivo, identificamos que a participação em contextos diferenciados e o contato com os profissionais da saúde refletem mudanças discursivas e também práticas. Como, por exemplo, ao questionarmos o professor Vagner se o comprometimento motor limitava a aprendizagem de seu aluno ele responde:

“Eu vejo que o aspecto motor não, porque diante daquele trabalho que tu trouxeste, ele tá conseguindo ler, não lê assim a mil maravilhas, mas eu vejo que ele deu uma avançada significativa” (Prof. Vagner).

Este depoimento é fundamental para observarmos o movimento feito pelo professor. Anteriormente, toda a sua preocupação estava em tornar o seu aluno um escritor. Para isso, ele pegava em sua mão e treinava com ele. Ao focar na leitura, ele passou a valorizar o potencial da criança e a criar estratégias mais eficazes de aprendizagem para essa criança. Entendemos ser isso possível, a partir da compreensão que o docente passa a ter sobre o diagnóstico da criança. Percebemos que ele, assim como os demais, não consegue explicitá-lo verbalmente com propriedade porém, dá demonstrações de apropriação do conceito ao iniciar o movimento de modificação da prática pedagógica para ensinar a criança com paralisia cerebral.

Se inicialmente, estudos constataram que, ao longo do tempo, há uma tendência quanto à “biologização” dos processos e dificuldades escolares (MOYSÉS e COLLARES 1992), observamos aqui que o esclarecimento diagnóstico, juntamente com o acompanhamento periódico da equipe de saúde (reabilitação) e a interlocução in loco com objetos comuns, no caso a escola e, a criança com paralisia cerebral, pode ser um instrumento positivo no processo de inclusão. Mesmo que as modificações no cotidiano escolar não tenham sido substanciais, o movimento realizado pelo grupo de educadores é um indicador fundamental dos efeitos discursivos e do processo de subjetivação e apropriação social do discurso (FOUCAULT, 1998).

No próximo tópico estaremos abordando os aspectos aqui ressaltados, porém o faremos de uma maneira mais global. Assim, traremos para o debate os conceitos de inclusão, paralisia cerebral, discurso, subjetivação e práticas pedagógicas. Apresentaremos recortes de falas com o objetivo de compreendermos o movimento de apropriação discursiva feito pelos educadores.

5.2 Os ventos que sopram, os caminhos que se fazem

Para iniciarmos a análise, entendemos ser importante retomarmos alguns conceitos. Começaremos pelo conceito de inclusão. Conforme Mantoan (1998), (2003), L. Marques (2001), C. Marques (2001), a inclusão pode ser entendida como a

modificação de estruturas excludentes, a superação de modelos vigentes e a reorganização de sistemas sociais e educacionais que atendam às necessidades e demandas sociais.

Nesse sentido, se pensamos que a inclusão educacional pressupõe a organização do sistema escolar para atender a todos sem discriminação, satisfazendo suas necessidades, independente das características pessoais, psicológicas ou sociais (SANCHEZ, 2005), podemos inferir que muito se tem feito, porém, ainda há muito que se caminhar. Não se mudam concepções e práticas de forma tão rápida. Sabemos que são processos históricos e de lutas de poderes.

Neste estudo, em uma caminhada de cerca de um ano, observamos que práticas pedagógicas inclusivas foram se constituindo, fruto de interlocuções travadas entre equipes com saberes e práticas diferentes, cujo objeto central foi a criança com paralisia cerebral e suas particularidades.

A princípio, nos primeiros contatos estabelecidos, observamos que muitos educadores disseram estar diante de uma situação nova e que não sabiam muito bem como lidar com ela. Ao final do ano letivo, ao entrevistarmos esses educadores novamente, ouvimos suas posições sobre inclusão conforme pode ser observado nas falas a seguir:

“(...) saber quais as necessidades das crianças e não incluir de somente colocar na sala de aula, mas tentar fazer com que ele tenha a mesma oportunidade de aprendizagem que os demais, apesar da sua deficiência, das suas dificuldades, seja ela corporal ou mental ou de aprendizagem mesmo.” (Profª. Beatriz)

“Pra mim inclusão é uma abertura para o novo, do diferente, (...) poder ajudar e poder conhecer essa pessoa e o que ela pode fazer, não limitá-la, mas conhecer suas limitações sem antes conhecer e ir já falando que não pode(...)” (Profª. Nilma)

“Como eu posso dizer, é participar das outras coisas que as pessoas ditas normais participam na escola, no trabalho, no lazer, na sociedade em si.” (Profª. Núbia)

“A criança precisa estar incluída numa sociedade igual a todos.” “Nós não podemos também, porque ela tem uma limitação, deixar ela a parte.” (Profª. Telma)

Essas falas dos educadores indicam o movimento de suas concepções acerca do conceito de inclusão. Quando questionados sobre o que pensavam, foram unânimes em dizer sobre a oportunidade, a participação do deficiente em contextos sociais

diversos independente de suas limitações. Entendemos que esse é um dado importante para que o processo inclusivo de fato aconteça. Embora sejam falas e não práticas, podemos inferir sobre a mudança discursiva dos educadores. Se antes não conseguiam muito bem conceituar inclusão, algo se alterou ao longo da interlocução entre as equipes de saúde e educação.

Não cabe aqui, tratar se chegamos a um nível ideal ou não, mas pensarmos sobre o movimento que se constitui. Identificamos uma preocupação com o não limitar, o não dificultar o percurso de pessoas com deficiência. Embora não observemos um discurso claro, bem fundamentado, com conceitos bem explícitos sobre inclusão, identificamos as alterações.

Oportunizar e participar se associam a não limitar, não deixar de fora da participação na sociedade. Além disso, nas falas apresentadas, não observamos a busca enfática pela normalidade. Participar, aqui, vem junto com a concepção de respeito aos limites de cada pessoa.

Não somente o conceito de inclusão se altera na concepção dos docentes, como também, o conceito de paralisia cerebral ganha novas conotações:

“Sei que ele tem uma parte do cérebro afetada, tem um problema [inaudível], então eu tenho um conhecimento rasteiro.” (Profª. Nilda)

“Eu consegui ver que a criança adquire algumas dificuldades dependendo da área que é afetada, pode ser coordenação motora, pode ser outras áreas...” (Profª. Flávia)

“Eu vejo que pode ser diferente pela questão da gravura (gravidade) da paralisia, por exemplo, se tiver crianças [ininteligível], tem crianças que são muito mais afetadas, que às vezes não conseguem fazer movimentos, nem falar quase (...) eu acho que devido ao comprometimento da doença, compromete às vezes neste aspecto da aprendizagem.” (Prof. Vagner)

“Tem comprometimento motor e cognitivo também. O motor aparece muito mais rápido e o cognitivo, vai aparecer ao longo do crescimento” (Profª. Suzana)

“(...) a psicóloga nossa trouxe material sobre paralisia cerebral, a gente começou a estudar um pouco sobre isso e vimos com vocês e pela nossa experiência também com o Sandro que não é só motora, que tem um lado cognitivo e que também pode ser afetado, mas que com cuidado ou com alguma dinâmica, com alguma metodologia específica ele pode ter uma aprendizagem alcançada também, então isso mudou para a gente, com certeza mudou.” (Profª. Beatriz)

Identificamos que as falas produzidas pelos profissionais da educação, encontram-se carregadas de elementos de um discurso pouco característico da área pedagógica. “Comprometimento motor e cognitivo”, “dependendo da área que é afetada”, entre outros, são discursos característicos da área da saúde. Podemos identificar, nessas falas, que a concepção de paralisia cerebral, antes tão distante do universo pedagógico investigado, se apresenta mais consistente. Há um discurso mais fluído sobre o que seja uma pessoa com paralisia cerebral, embora não haja uma conceituação clara ou mesmo, um dizer explícito sobre o diagnóstico de cada criança.

Como dissemos anteriormente, não buscamos analisar se nos aproximamos do ideal e sim os resultados e as subjetivações e apropriações (FOUCAULT, 1998, 2000a), acerca dos temas abordados nas interlocuções entre as equipes. Identificamos nas falas dos educadores, mais uma vez, o movimento que nos indica a produção de sujeitos discursivos que se constituem e constituem o discurso em contextos de interação (MOITA LOPES, 1998), (BAKHTIN/VOLOCHINOV, 1929/1999).

Outro aspecto importante observado é que ambas as equipes, reabilitação e educação, mesmo que tenham conhecimentos teóricos distintos e que atuem em suas áreas orientadas por esses conhecimentos, tinham em comum algo que os possibilitou travarem uma interlocução produtiva. A criança com paralisia cerebral seria, então, o elo das equipes e o objeto que orientou a interlocução. Esse objeto comum possibilitou às equipes falarem do lugar de atuação, das experiências e das práticas de cada um.

Assim, observamos que o significado é produzido a partir de discursos que se convergem em função do desenvolvimento e da aprendizagem de crianças com deficiências. Citando novamente Foucault (2000a, p.179):

(...) em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso.

Nesse caso, o autor nos auxilia a compreender que a produção de significado se dá em contextos específicos de produção discursiva, sendo o homem objeto e sujeito do conhecimento, que surge na investigação empírica de suas atividades, como aquele que trabalha, que vive, que está vinculado à produção e à linguagem (QUEIROZ, 1999). Reforçamos aqui, que a interlocução se faz produtiva, uma vez que os interlocutores dialogam em função de objetos comuns.

Entendemos assim, que os ventos que semeiam os discursos nos levam a colher o movimento. Os sujeitos produzidos pelo discurso modificam seus pensamentos e suas práticas por aquilo que são tocados, que são subjetivados. No caso dos educadores, identificamos um novo discurso que resulta das interlocuções. Surge então uma questão: as práticas pedagógicas também se modificam ou será que permanecemos apenas no campo discursivo? Este tema passa a ser abordado no tópico seguinte. Nele, exemplificaremos, por meio das falas dos educadores, a elaboração ou a reelaboração de práticas pedagógicas condizentes ou não com os seus discursos atuais.

5.3 Entre discursos e práticas

Um ponto importante a ser abordado refere-se às mudanças na prática pedagógica. Observamos no tópico anterior que os discursos dos educadores se revelam subjetivados por elementos do discurso médico, porém não podemos dizer de uma mudança nas ações como consequência das mudanças discursivas. Não há uma relação direta de causa e efeito entre elas.

No capítulo que tratamos das visitas escolares, observamos que as práticas docentes se modificaram ao longo das interlocuções. Aqui, abordaremos a produção discursiva dos educadores sobre possíveis ações práticas, buscando identificar uma coerência entre a reformulação das concepções de inclusão e paralisia cerebral e as ações pedagógicas.

A seguir, apresentamos algumas falas que nos ajudam a iniciar a discussão sobre o tema. Elas indicam percepções e ações que os educadores desenvolveram em seu cotidiano escolar.

“Agora, eu vejo assim: ele tem as barreiras para não mandar o movimento certo para ele andar, pro braço dele fazer isso assim, mas eu vejo que para o conhecimento dele, pra adquirir uma leitura, ele consegue. Isso daí, é o nosso trabalho, é esse que é o papel do educador, diferenciar isso [...] aonde a gente acelera, conhecer que ele já cansou realmente, conhecer até aonde a energia dele, aonde ele tá motivado...” (Prof. Vagner)

“Então a gente vai tentar para 2009 trabalhar um pouco a independência desses novos alunos do quinto ano, inclusive do Sandro que vai estar no meio deles, então a gente vai ter que trabalhar um pouco com ele e, ao mesmo tempo, trabalhar com os professores do sexto ano já preparando-os para essa atenção especial que precisa ser dada durante as aulas, durante as explicações, durante as atividades avaliativas que apresentaram maior dificuldade este ano.” (Profª. Beatriz)

“Na verdade eu fui buscar muito com a mãe também, porque ela tem esse caminho desde o nascimento. Eu fui conhecer mais pra saber como eu poderia ajudar e não me desesperar. Porque acaba sendo desesperador quando a gente não sabe o que fazer.” (Profª. Nilma)

“Porque até então eu deixava ele assim, igual a todos, porque antes eu pensava na inclusão, ele tá aqui, então ele tem que estar igual a todo mundo e tem que sentar igual a todo mundo. Depois eu fui despertada por vocês. Ele tem uma limitação, então a gente tem que ver ele diferente, avaliar ele diferente. Então aí eu fui mudando a minha metodologia me preocupando em fazer a leitura para ele.” (Profª. Telma)

Observamos que cada educador apresenta falas específicas do contexto em que atua. O que verificamos de comum entre elas é que indicam mudanças no olhar, na leitura que fazem sobre o processo de aprendizagem da criança, suas limitações e suas potencialidades. Temos aqui, uma mudança significativa nesse olhar que transita do mais visível para o menos visível, ou seja, o foco sobre o aspecto motor vai cedendo lugar ao foco sobre a cognição.

Inicialmente, os educadores tinham o aspecto motor como foco de sua atuação. Seguravam nas mãos de algumas crianças para que elas conseguissem escrever e acreditavam que treino motor faria delas escritoras. Podemos identificar que o aspecto cognitivo começa a ganhar ênfase. Os educadores começam a se preocupar com o aprender dessas crianças e com as estratégias que elaborarão para que isso se concretize. Quando o Prof. Vagner acentua que é papel do educador identificar o que a criança é capaz de fazer, ele revela a importância de se compreender o processo de aprendizagem de cada um para melhor atuação docente. Mesmo que seja difícil para ele fazer essas mudanças e adaptações, de certa forma, nos indica o movimento que realizou ao longo do ano. Suas percepções se alteraram na compreensão da criança com paralisia cerebral, no caso, seu aluno.

Outras estratégias importantes também são reveladas na fala da professora Nilma. Ela buscou no conhecimento da família orientações para direcionar a sua prática. Observamos então, a valorização do conhecimento familiar que entendemos ser de fundamental importância. São conhecimentos da prática, do cotidiano da criança que em muito podem ajudar na elaboração de estratégias no espaço escolar. Não podemos desconsiderar que o conhecimento familiar também é atravessado por discursos diversos e, principalmente, o discurso médico. A família, provavelmente, já ouviu por diversas vezes o diagnóstico, já recebeu instruções de como lidar com a criança e já construiu estratégias a partir das orientações médicas e das experiências do dia-a-dia. Podemos assim, novamente identificar a circulação do discurso na sociedade e a construção de práticas e novos discursos. A linguagem media a produção de sentidos (MOITA LOPES, 1998) e as práticas refletem os significados atribuídos aos discursos em situação de interação.

Identificamos essa perspectiva, também na fala da professora Telma. Ela revela uma prática anterior orientada pela noção de normalidade. Incluir seria, para ela, uma tentativa de tornar a criança normal em um espaço de “normais”. Nesse sentido, bastava ao professor promover o espaço da participação e, caso a criança não conseguisse apresentar desempenho como os demais colegas, acabava por ser responsabilizada por seu fracasso. Ao dizer que foi “despertada” para outras possibilidades, ela presta um depoimento evidenciando ter sido tocada por discursos que a fizeram perceber a realidade sobre outro foco. Considerando que ela se refere a um grupo de pessoas específico “vocês” – equipe da Rede Sarah - inferimos a subjetivação da professora pelo discurso produzido por essa equipe ao longo dos acompanhamentos escolares, sendo ele, caracteristicamente o discurso de uma instituição médica.

“Então eu vejo que às vezes a gente acaba passando uma culpa para o aluno que às vezes a gente sabe, que a gente é cheio de falhas; às vezes a gente não tem o conhecimento para estar considerando isso” (Prof. Vagner)

A fala do professor Vagner reforça essa impressão e é também a hipótese inicial deste estudo. Além disso, identificamos a apropriação do discurso demonstrada pela capacidade de relacioná-lo à sua prática e ao cotidiano escolar. Em uma lógica meritória e competitiva (MOURA, 2004), acabamos por responsabilizar a criança por

não alcançar ou atingir objetivos para ela desejados. Estabelecemos metas a serem alcançadas e costumamos não considerar as reais capacidades de cada um. Ao lidarmos com crianças com deficiência, particularmente a criança com paralisia cerebral, sabemos que por limitações motoras e, muitas vezes cognitivas, elas apresentarão dificuldades de alcançarem os objetivos que terceiros determinarão para elas. No caso da aprendizagem escolar, as adaptações são de fundamental importância. Porém, essas adaptações acontecerão se o educador identificar os potenciais e limites da criança e elaborar estratégias para sua aprendizagem.

Nesse sentido, esbarramos no problema da formação acadêmica. Este foi um dos aspectos reclamados pelos educadores. Muitos revelaram que a formação é de fundamental importância, pois o desconhecimento conduz a práticas equivocadas.

Na fala da professora Nilda, podemos identificar esse aspecto:

“Eu acho de fundamental importância, porque essa formação ela vai instrumentalizando. A partir dessa formação tu vai saber lidar com essa situação desse cidadão que tu pegas na sala de aula, quando tu não tem essa formação fica bem mais difícil.

Sabemos que a formação deve ser um processo contínuo, porém temos claro que nem sempre, ou na maioria das vezes, as condições para uma formação adequada e de qualidade são propícias. Observamos que os educadores trabalhavam no limite de seus conhecimentos e de suas suposições. A partir das observações empíricas, traçam estratégias de atuação docente sem clareza dos possíveis resultados, positivos ou negativos, e, muitas vezes, sem respaldos teóricos consistentes.

O atual discurso produzido pelos educadores, também não revela uma fundamentação teórica consistente na elaboração de suas práticas. Elas são resultados de interlocução entre campos de saberes diferentes que dialogaram em função do desenvolvimento e aprendizagem de um determinado indivíduo. Observamos subjetivações discursivas, mas, salvo algumas poucas situações, houve uma busca do conhecimento para além da interlocução. Podemos aqui situar o caso da professora Nilma que buscou na pós-graduação aporte teórico para sua prática. Professoras como Beatriz, Nubia e Telma, revelaram buscas pelo

conhecimento em discussões com colegas de trabalho e alguns estudos esporádicos.

Entendemos ser importante ressaltar que, embora a fundamentação teórica que orienta a prática seja frágil e pouco consistente, o movimento realizado pelos educadores é de suma relevância. Ele é resultado de subjetivações discursivas e de construção de novos olhares sobre os conceitos e as práticas escolares cotidianas.

Outro dado importante são os resultados observados pelos educadores sobre a interlocução entre saúde e educação. É nítida, em suas falas, a importância atribuída a essa interlocução, como por exemplo:

“Eu acho essencial”. (Profª. Nilda)

“Sem sombra de dúvida, contribui muito, porque a partir daquilo que eu não sei, [inaudível] eu vou modificando [inaudível] esse indivíduo, e as próprias ações pedagógicas que eu vou estar possibilitando para ele, elas vão estar pautadas nessas relações [inaudível], e sem ela você fica como um cego no tiroteio”. (Profª. Nilda)

“Com certeza. Nos ajudou porque a princípio a gente não conhecia nada sobre a paralisia. Imaginávamos que era só o motor [...] E quando vocês começaram a dar aquelas informações de como ele realizava as atividades lá, que era muito bom, a gente começou a perceber que algumas áreas do conhecimento ele tinha dificuldade e outras não.” (Profª. Beatriz)

“Com certeza, até mesmo a evolução do trabalho do professor na sala de aula com certeza seria bem melhor.” (Profa. Flávia)

Observamos que essas falas são unânimes em considerar importante dialogar sobre a criança, seu processo de aprendizagem, realizar trocas de informações. Porém, se pensarmos na importância de se realizar uma formação docente de qualidade, não podemos deixar que ela seja substituída por uma aproximação entre equipes de áreas diferentes que se propõem dialogar sobre um objeto comum a ambas. O cuidado com a generalização é fundamental. Levantamos essa questão, pois, pode haver uma tendência, a partir da interlocução entre as equipes, de se generalizar procedimentos para crianças que apresentem algum tipo qualquer de deficiência. Não observamos essa perspectiva nas falas dos educadores, porém ressaltamos que essas escolas não recebem muitas crianças com deficiência. Portanto, o risco de generalização pode ser menor. Mas se outras crianças com paralisia cerebral

forem matriculadas nessas escolas, será que a prática pedagógica idealizada para um determinado indivíduo não se estenderá a outro?

Entendemos que esse é um risco, assim como em outras situações do universo escolar. Se retomarmos a discussão sobre a constituição de metodologias de ensino (FRADE, 2005), perceberemos que o ensino é pensado para uma situação coletiva (CAGLIARI, 1999), portanto, são adotadas metodologias que possam responder a essa perspectiva. A tendência à generalização é histórica no processo de escolarização. As metodologias são pensadas para o ensino coletivo e não para a aprendizagem individual (CAGLIARI, 1999). Fazer a distinção entre o ensino e a aprendizagem, ou melhor, entre o potencial de aprendizagem, etapa do desenvolvimento, para elaborar estratégias de ensino é uma prática ainda pouco utilizada no campo educacional.

Assim, o cuidado deve ser inerente ao discurso a ser produzido pelos profissionais da saúde no campo pedagógico, considerando os objetivos a serem alcançados. Como o significado é produzido em contextos de interação (BAKHTIN/VOLOCHINOV, 1929/1999) e depende da interpretação dos sujeitos envolvidos, de suas histórias pessoais, experiências, níveis de compreensão, inferências e outros, não é possível exercer um controle sobre os resultados. O controle pode ser exercido sobre o discurso a ser produzido e dele se espera resultados coerentes, mas não sabemos de fato os seus efeitos. Eles serão visíveis e observáveis nas ações resultantes das práticas discursivas e assim, controláveis à medida que novos discursos forem produzidos.

No caso da interlocução entre as equipes de reabilitação da Rede Sarah e dos educadores, identificamos mudanças. Elas se deram no campo discursivo e nas práticas pedagógicas dos educadores que passaram a se preocupar em oferecer um processo de aprendizagem e de participação no universo escolar de melhor qualidade. Mudaram o foco de seu olhar sobre a criança, procurando compreender suas necessidades e demandas motoras e cognitivas e adequar a prática pedagógica a elas. Porém, entendemos que não é o suficiente para a adoção de práticas mais amplas e generalizadas. A interlocução entre as equipes não se configura em um processo de formação plena. Ele diz respeito ao diálogo sobre uma criança

específica, suas características, formas de participação social e escolar, etapas de desenvolvimento entre outros.

5.4 Sintetizando

Neste capítulo, foi possível constatar, a partir das entrevistas finais com os educadores, a construção de um movimento do repensar a prática pedagógica com crianças com paralisia cerebral. Primeiramente podemos identificá-lo na concepção de inclusão e paralisia cerebral. Embora os educadores não tenham conseguido explicitar, verbalmente, esses conceitos, identificamos que a reelaboração das práticas de ensino evidenciam alguma apropriação conceitual. Vimos também que o acesso ao conhecimento do diagnóstico e a interlocução com outras áreas de conhecimento, no caso a saúde, pode contribuir para esse repensar.

Em segundo lugar, identificamos a construção de novos olhares sobre os modelos de ensino e de novas leituras sobre os limites e possibilidades das crianças com paralisia cerebral. Além disso, os educadores incorporam em suas falas elementos do discurso médico e deles fazem uso para se referirem ao seu aluno.

Por fim, observamos o movimento que desloca, um pouco, o foco do aspecto motor e caminha, com maior ênfase, para os aspectos cognitivos, na elaboração da ação docente no ensino das crianças com paralisia cerebral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na introdução deste estudo, foi relatada a experiência vivenciada pelo pesquisador durante alguns anos de trabalho e observações que o levaram ao desenvolvimento desta pesquisa. Na convivência com professores em formação e em contextos de atuação foi possível observar a tendência em transferir, para o aluno, a responsabilidade pelo seu fracasso escolar. Essas observações produziram questionamentos sobre os fatores que poderiam influenciar tal tendência.

Vimos nos estudos de Moysés e Collares (1992) e Moysés (2001) que o insucesso escolar de algumas crianças costuma ser justificado por aspectos biológicos. As autoras chamam esse fenômeno de “biologização” dos processos educacionais. Isso significa que seus estudos confirmam a tendência, dos educadores, em justificar por meio do discurso médico o não-aprender de algumas crianças que, muitas vezes, não apresentam distúrbio algum. As autoras reforçam a hipótese de que os professores costumam utilizar o discurso médico para localizar no aprendiz um distúrbio ou uma doença que justifique o não aprender ou dificuldades no processo de aprendizagem.

Outros estudos, como os de Patto (1999), Silveira Bueno (2004), Januzzi (2006), nos ajudam a compreender que essa prática se constitui historicamente. Ao longo do tempo, a relação médico-pedagógica vem contribuindo para a formação desse tipo de pensamento.

Neste estudo, partimos do pressuposto acima mencionado. Entendemos que os professores têm justificado o não-aprender de algumas crianças se utilizando de elementos do discurso médico, sem muita clareza do que estão reproduzindo e das repercussões e efeitos dessa reprodução.

Os resultados apresentados, a partir dos dados obtidos na primeira entrevista com os educadores, nos revelam que a maioria dos docentes ensina crianças com paralisia cerebral sem noção do diagnóstico dessas crianças. Utilizam, com elas, as

mesmas metodologias que usam com outras crianças que não apresentam alterações neurológicas.

Observamos que a prática pedagógica ainda se encontra muito calcada em modelos de repetição e de treino. Para as crianças com alterações motoras, isso se torna mais evidente. Os docentes procuram treinar a coordenação motora como se o treino fosse garantir a melhora das habilidades de escrita, desenho, entre outras. Tal prática evidencia o desconhecimento diagnóstico bem como formas de atuação no ensino de crianças com paralisia cerebral. Além disso, evidenciam também, ações pedagógicas que têm a normalidade como referência.

Observamos professores pegando na mão das crianças para que escrevessem, outros dizendo que não tratam os alunos com diferença, pois todos são iguais. Será que em uma sala de aula todos os alunos devem ser tratados igualmente? Entendemos que a sala de aula, assim como outros espaços coletivos, são locais privilegiados para a manifestação da diversidade. Não é possível tratar com igualdade todas as crianças no contexto escolar, principalmente, quando falamos de crianças com alguma deficiência.

No caso das crianças com paralisia cerebral, muitas vezes, o comprometimento motor é evidente. Isso já requer uma adequação metodológica que viabilize a aprendizagem desse aluno. Tratá-lo com igualdade é tentar aproximá-lo da normalidade. Conforme Silveira Bueno (2004), tal tentativa somente reforça a dicotomia entre deficiência e normalidade e não contribui para a superação das dificuldades de escolarização dessas crianças.

Observamos que, em relação à paralisia cerebral, os educadores tanto desconhecem o diagnóstico de seus alunos, como também não conseguem explicitar claramente o conceito de inclusão escolar e social. Percebemos que a inclusão é um corpo estranho que vem tomando espaço no contexto escolar. Dizemos isso, por identificar que os educadores falam sobre a inclusão, dizem que ela é importante, não a conceituam e, com resistência, aceitam ensinar as crianças com deficiência justificando que atualmente a escola deve ser inclusiva. Conforme Mantoan (2005) há uma tensão entre os velhos costumes escolares e o que a

discussão sobre inclusão traz de novo. Essa tensão pode ser identificada na democratização do acesso das crianças deficientes à escola regular e, por conseguinte, na responsabilidade de educá-las sem devolvê-las às escolas especiais.

Constatamos então, a partir dos dados das entrevistas iniciais, que os educadores desenvolvem metodologias no ensino de crianças com paralisia cerebral numa perspectiva de tentativa e erro. A partir do cotidiano escolar, da prática diária e da observação tentam realizar o ensino. Não observamos formação consistente que garantisse uma prática orientada. Identificamos que a prática pedagógica é baseada em treinos e repetições e de abrangência coletiva, ou seja, ela é única para todos os alunos. No caso de crianças com paralisia cerebral, esse treino deve ser reforçado uma vez que elas apresentam déficit motor. O desconhecimento sobre o diagnóstico leva a uma abordagem centrada no desempenho motor e coloca de lado o desenvolvimento cognitivo. Além disso, costumam priorizar os cuidados gerais e a socialização, em detrimento da aprendizagem formal, julgando a incapacidade de aprender em função da aparência física e do comprometimento motor.

Essa perspectiva de compreensão do diagnóstico, do conceito de paralisia cerebral e de inclusão apresentou mudanças a partir de interlocuções entre equipes da saúde e da educação. Observamos que o contato periódico entre as duas equipes proporcionou a construção de novos olhares sobre a criança com paralisia cerebral no contexto escolar.

Se o desconhecimento do diagnóstico de PC implicava no exercício de ações pedagógicas pouco diferenciadas, o seu conhecimento e o entendimento de como as crianças com paralisia cerebral aprendem, a identificação e o reconhecimento de seus potenciais e limites serviram para reorientar essas ações. Tais constatações nos levam a reflexão sobre os conceitos de práticas discursivas, subjetivação, apropriação discursiva e exercício de poder (FOUCAULT, 1996, 2000a/b). Tomando as práticas discursivas como a linguagem em ação SPINK e FREZZA, (2000), podemos inferir que essa é a maneira pela qual as pessoas produzem sentido, se posicionam discursiva e socialmente e atribuem significado às coisas (FOUCAULT, 1999).

Nesse sentido, se considerarmos as interlocuções entre as equipes e a troca de informações é possível identificar um movimento de subjetivação e de apropriação discursiva. Percebemos com isso, que há um exercício de poder por diferentes instituições e entre os indivíduos. Isso nos leva a inferir que é no exercício do poder e por meio de práticas discursivas que os significados são produzidos.

Nesse caso, ao abordarmos as visitas escolares periódicas e as interlocuções advindas delas, observamos que os educadores foram, ao longo de suas trajetórias, modificando seus discursos, suas formas de pensamento e suas práticas. É importante ressaltar que essa não é uma via de mão única. Quando falamos em exercício de poder, falamos em movimento de ir e vir constante. Portanto, a equipe de saúde também é subjetivada pelo discurso pedagógico. Como não foi esse o nosso foco, e sim as práticas pedagógicas influenciadas pelo discurso médico, não consideramos, ao longo do estudo, tais subjetivações.

Assim, constatamos que os educadores, em geral, se apropriaram do discurso médico sobre paralisia cerebral, mesmo que não soubessem explicitá-lo verbalmente. Além disso, passaram a reelaborar suas práticas pedagógicas com base nesse discurso. A cada visita escolar foi possível identificar essas mudanças e discutir sobre novas possibilidades.

Por fim, ao analisarmos os dados coletados nas entrevistas finais, podemos reafirmar essas constatações. Não observamos discursos sistematizados e de consistência teórica sobre inclusão e paralisia cerebral. Porém, percebemos que os discursos produzidos pelos educadores reproduziam elementos do discurso médico, muitas vezes utilizados pela equipe de saúde, quando da ocasião das visitas escolares.

Se inicialmente pressupomos que os educadores utilizam o discurso médico para justificar o não-aprender de crianças com alguma deficiência ou algum distúrbio de aprendizagem, podemos reafirmar essa assertiva nos achados iniciais da pesquisa. Por outro lado, constatamos que esses elementos do discurso médico podem ser utilizados para repensar o processo de ensino-aprendizagem dessas crianças.

Observamos que, quando dois campos de saber estabelecem uma interlocução, tendo como foco um objeto comum a ambos, os resultados podem ser produtivos. Não há um resultado uniforme e sim significados atribuídos aos discursos ou mesmo resultados de práticas discursivas. Não há um controle prévio do significado a ser produzido, do que será ou não subjetivado pelo sujeito.

Não sabíamos se as práticas pedagógicas seriam ou não reelaboradas a partir da interlocução. Esperávamos identificar no discurso pedagógico elementos do discurso médico que, de certa forma, pudessem orientar as ações docentes. Este estudo nos mostrou não somente a presença de elementos do discurso médico no discurso pedagógico, como a reelaboração de práticas pedagógicas com base neles.

Ressaltamos que as práticas pedagógicas que emergiram a partir da interlocução entre as equipes tiveram efeito positivo no processo de ensino-aprendizagem da criança com paralisia cerebral. Como exemplo, podemos considerar as alterações nos modelos e formas de avaliar com adoção de práticas de avaliação oral para as crianças oralizadas e provas objetivas para crianças que leem, mas não escrevem; economia de escrita para crianças que escrevem, porém são lentas e possuem dificuldades motoras; a inclusão em atividades recreativas e esportivas; a atenção mais individualizada; o envolvimento dos colegas de turma no processo de escolarização da criança, entre outros. Essa constatação nos traz questões importantes para reflexão acerca da relação entre saúde e educação.

Se é secular a relação médico-pedagógica, como nos afirmam Patto (1999), Silveira Bueno (2004) e Januzzi (2006), e se ao longo do tempo ela pode ter servido de instrumento de segregação e ainda o serve, como podemos observar nos estudos de Collares e Moysés (1996) e Moysés (2001), essa relação, segundo este estudo, também pode ser produtiva. O mesmo discurso que serve para justificar o não-aprender de crianças com algum distúrbio ou deficiência, pode também servir para orientar a construção de ações pedagógicas que conduzam a aprendizagem.

Torna-se então fundamental compreender como os sujeitos são subjetivados por determinados discursos e os usos que são feitos desses discursos. Para compreendermos como os educadores elaboram suas ações para o ensino dos

alunos, é necessário considerarmos sua formação e os discursos que o subjetivaram nesse processo, assim como em sua história individual. Fazendo um recorte na história do educador e centrando, portanto, em sua formação, podemos inferir que o discurso médico, em um determinado momento histórico, deixou de compor o currículo acadêmico. Se no século XIX e meados do século XX a relação médico-pedagógica era bastante presente nos processos educacionais, ela perde força no final do século XX e passa a dar espaço para uma visão mais social e antropológica do processo de escolarização.

Considerando a formação do professor como fundamental para a sua atuação docente, entendemos que ao se discutir e propor modelos educacionais calcados na igualdade de direitos e na valorização da diversidade, torna-se de suma relevância a revisão curricular na formação do educador. Para lidar com a inclusão escolar, o educador não deve apenas contar com uma estrutura material para sua prática como também com conhecimentos que possam orientar a elaboração dessa prática.

Devemos, então, considerar que a multiplicidade de saberes presentes na formação do educador não deve privilegiar um ou outro aspecto do conhecimento e sim conhecimentos que possam ser fundamentos de sua ação docente. No caso dos saberes médicos, entendemos ser, atualmente, fundamentais para que o educador possa atuar com crianças deficientes. Não podemos negar às crianças com deficiência o direito de acesso ao espaço escolar e a uma educação de qualidade. Acreditamos que a má qualificação docente reforça as práticas excludentes tão debatidas e discutidas pelos autores aqui citados.

Neste sentido, se buscamos privilegiar a diversidade, não cabe na escola ou no processo de escolarização das crianças com deficiência, ações docentes orientadas para a normalidade. Cabe ao educador identificar potenciais de aprendizagem e com eles trabalhar. Para isso, ele necessita de recursos não só didáticos, como estruturais e, fundamentalmente, de conhecimento. Não se atua com o que não se conhece. Não se ensina uma criança com paralisia cerebral se não se sabe o que é paralisia cerebral. Portanto, não é possível exigir do educador ações consistentes no ensino dessas crianças se ele não tem conhecimento para isso.

Acreditamos que a inclusão das crianças com deficiência na escola regular é de fundamental importância. É esse o espaço que pode, de certa forma, proporcionar acessos antes negados. A manutenção dessas crianças em classes especiais reforça modelos de segregação social, hoje combatidos. Porém, faz-se necessária a revisão do modelo de formação de professores para que de fato a inclusão possa fluir.

Além disso, é possível dizer que as práticas docentes foram modificadas ao longo do ano, em função de interlocuções periódicas e como ditas anteriormente, ambas as equipes possuíam um objeto comum, no caso, a criança com paralisia cerebral. Tal observação nos leva a refletir sobre a importância da relação teoria e prática. Acreditamos que ela talvez possa ser mais um ponto a ser discutido em uma possível reelaboração do currículo acadêmico para a formação docente.

Outro ponto importante a ser considerado nesta reflexão é a relação médico-pedagógica. Se identificamos que o discurso médico que orienta algumas práticas docentes pode chegar ao professor ou mesmo à escola por diferentes vias comunicacionais, torna-se importante refletir sobre a qualidade desses discursos. Temos aqueles que chegam via mídia. Muitas vezes, esse canal comunicativo apresenta ao público conhecimentos genéricos e superficiais que acabam por subjetivar o coletivo popular. Quando falamos de subjetivação, estamos dizendo que ao serem tocados por tais discursos os indivíduos elaboram suas ações a partir deles, ou seja, pelos significados atribuídos a eles.

Assim também acontece com os laudos médicos que chegam às escolas. Quando Moysés (2001) aborda o discurso médico no espaço escolar, uma das suas referências é o laudo médico. De posse de tal documento os educadores costumam justificar o não-aprender das crianças. Nesse caso, chamamos a atenção para a importância do papel do médico na definição de condutas pedagógicas, bem como no percurso de aprendizagem das crianças. É fundamental que os profissionais da saúde compreendam que determinados atos podem gerar resultados bastante negativos, levando algumas crianças a um processo de segregação sem precedentes.

Como dissemos anteriormente, não controlamos os efeitos do discurso previamente, portanto, ao fornecer um laudo, o médico não pode prever as repercussões de seu ato e de suas palavras. Porém, entendemos que esse profissional pode contribuir para um processo menos segregativo ao compreender um pouco do campo pedagógico, do funcionamento escolar, dos processos de exclusão social e escolar e do possível uso que pode ser feito de seu discurso.

Além disso, este estudo nos revelou que a proximidade entre saúde e educação pode apresentar resultados produtivos quando é possível estabelecer uma interlocução, quando temos um objeto em comum, quando a formação tanto docente quanto médica amplia seus olhares. Isso significa que tanto a formação pedagógica quanto a formação médica podem ser revistas. Ao pedagogo, cabe entender um pouco mais sobre aspectos biológicos do desenvolvimento infantil, da relação entre neurologia e aprendizagem, assim como aos médicos cabe entender mais sobre os processos de escolarização, de inserção escolar, de inclusão e do peso que um laudo tem na formulação de ações de ensino para a criança que o recebeu.

Se esses profissionais atuam em campos tão diferentes, não podem negar que há algo que os aproxima. Estamos falando de profissionais que lidam com a infância e a adolescência, portanto, dizemos que esses profissionais, de alguma maneira, interferem no futuro dos indivíduos. Ambos podem prescrever um futuro de sucesso ou de fracasso. Entendemos que a distância entre esses campos contribui para interpretações equivocadas acerca do desenvolvimento da criança e do adolescente e, por conseguinte, de seus alcances futuros. Pudemos constatar que a aproximação entre esses saberes teve efeitos produtivos que até o momento não haviam sido alcançados pelos educadores. Vimos práticas serem reelaboradas a partir de uma aproximação entre eles. Tal constatação nos leva a inferir que essa relação, muitas vezes vista como segregadora, pode apresentar a sua outra face, a inclusiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAKHTIN, M. (VOLOSHINOV, 1929). **Marxismo e filosofia da linguagem**. 9ª ed. Trad. M. Lahud e Y. F. Vieira. São Paulo: Hucitec, 1999.

BARONAS, R.L. Formação discursiva em Foucault e Pêcheux: uma estranha paternidade. In: SARGENTINI, V. E NAVARRO-BARBOSA, P.L. (Org.) **Foucault e os domínios da linguagem**: discurso, poder, subjetividade. São Carlos: Claraluz, 2004.

BARROS, L.R. **As diferenças em dialogicidade no contexto escolar**: um olhar sociohistórico. Dissertação (Mestrado em Educação), FE, UFJF, Juiz de Fora, MG, 2003.

BLECK, E.E. **Orthopedic management in cerebral palsy**. Oxford: Blackwell Scientific, 1987.

BLECK, E.E., NAGEL, D.A. **Physically handicapped children**: a medical atlas for teachers. 2 ed. Orlando: Grune & Stratton, 1982.

BOGDAN, Robert C. & BIKLEN, Sari K. **Investigação qualitativa em educação**. Trad. Maria João Alvarez. Portugal: Porto, 1994.

BRAGA, L.W. **Cognição e paralisia cerebral**: Piaget e Vygotsky em questão: Salvador: Sarah Letras, 1995.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2 ed. Campinas, Sp: Editora da Unicamp, 2004.

BRASIL. **Parecer CNE/CEB 11/2000. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação de Jovens e Adultos**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jun. 2000. Seção 1e, p. 15. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/pdf/PCB11_2000.pdf>. Acesso em: 15 março 2008.

_____. **Resolução CNE/CEB nº 02, de 11 de setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 14 set. 2001. Seção 1e, p. 39-40. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/conade2.htm>>. Acesso em: 03 jun. 2003.

CAMPOS DA PAZ Jr., A., BURNETT, S.M., NOMURA, A.M. **Cerebral palsy**. In: DUTHIE, R.B., BENTLEY, G. **Mercer`s orthopedic surgery**. London: Arnold, 1996. p. 344-473.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza R. de C. Barroso. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CASTANHEIRA, Maria Lucia. **Situating learning the discursive construction of opportunities for learning in the classroom**. Unpublished dissertation. University of Califórnia, Santa Bárbara (UCSB), 2000.

CHAGAS, P.S.C., et al. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista brasileira de fisioterapia**, vol. 12, n. 5, P. 409-16, 2008.

CHAGAS, P.S.C E MANCINI, M.C. Testes Padronizados utilizados na Avaliação da Criança Portadora de Paralisia Cerebral. In: LIMA, C.L.F.A. e FONSECA, L.F. (org.) **Paralisia Cerebral**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2004, p. 399-411.

COLLARES, C.A.L. e MOYSÉS, M.A.A. **Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização**. São Paulo: Cortez, 1996.

EDWARDS, U. & POTTER, J. **Discursive Psychology**. London:Sage, 1992.

FARIAS, Norma e BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol. 8, no. 2, pp. 187-193, 2005.

FIJALKOW, J. **Malos leitores ¿por quê?** Trad. Judith D. de Rama. Salamanca; Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez; Madrid: Pirâmide, 1989.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, nov. 2001, p. 197-223.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONSECA, Vítor da. **Educação Especial: Programa de estimulação precoce – Uma introdução às idéias de Feuerstein**. 2. ed. rev. e aument. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

FOUCAULT, M. **As palavras e as Coisas**. Trad. Salma Tannus Muchail. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 15 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000a.

_____(1969). **A Arqueologia do Saber**. Trad. Luiz F. B. Neves. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000b.

FRADE, Isabel C.A.da Silva. **Métodos e Didáticas de alfabetização**: História, características e modos de fazer de professores. Belo Horizonte: Ceale/FAE/UFMG, 2005.

FRANÇA, Júnia Lessa. **Manual de normalização de publicações técnico-científicas**. 7 ed. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

GAUZZI, L.D.V. e FONSECA, L.F. Classificação da Paralisia Cerebral. In: LIMA, C.L.F.A. e FONSECA, L.F. (org.) **Paralisia Cerebral**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2004, p.37-44.

GREGOLIM, M.R. **Foucault e Pêcheux na construção da análise do discurso**: diálogos e duelos. São Carlos:Claraluz, 2004.

_____. Análise do discurso e mídia: a (re)produção de identidades. **Comunicação, mídia e consumo**: São Paulo, vol. 4, n .11 p.11- 25 nov. 2 0 0 7

GRIFFO, Clenice. **Dificuldades de aprendizagem na alfabetização**: Perspectivas do aprendiz. Dissertação de Mestrado, Faculdade de educação da UFMG, Belo Horizonte, 1996.

JANNUZZI, Gilberta S. de M. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. 2 ed. Campinas, SP: Autores associados, 2006.

LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MANCINI, Marisa C. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arq. Neuro-Psiquiatria**. v. 60, n. 2B, pp. 446-452, 2002.

_____, et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Revista brasileira de fisioterapia**, vol. 8, n. 3, P. 253-260, 2004.

MANTOAN, Maria Teresa E. A hora da virada. **Revista Educação especial**. Brasília, v. 1, n.1, p.24-28, Out/2005.

_____. **Inclusão escolar**: O que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Moderna, 2003. (Coleção Cotidiano Escolar).

_____. **Educação escolar de deficientes mentais**: problemas para a pesquisa e o desenvolvimento. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 46, set. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621998000300009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 17 out. 2008.

MARQUES, Carlos Alberto. A construção do anormal: uma estratégia de poder. In: **24ª Reunião Anual da Anped**. Caxambu, MG, 2001.

MARQUES, L. Pacheco. **Professores de alunos com deficiência mental**: concepções e práticas pedagógicas. Campinas: Graf. FE/UNICAMP, 2001a.

_____. Professores de alunos com deficiência mental: formação e concepções. In: **24ª Reunião Anual da Anped**. Caxambu, MG, 2001b.

MIRANDA, M.I.F.de; IOSSI, M.A.; FERRIANI, M.das G.C.; CANO, M.A.T. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. **Rev.latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 83-90, dezembro 2000.

MOURA, Myriam J. **Inclusão e Escolaridade**. In: LIMA, C.L.F.A. e FONSECA, L.F. (org.) Paralisia Cerebral. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2004, p. 399-411.

MOITA LOPES, Luiz Paulo. **Discurso de identidade em sala de aula de leitura L1**: a construção da diferença. In SIGNORINI, Inês (org.). **Linguagem e identidade**: Elementos para uma discussão no campo aplicado. Campinas, SP: Mercado de letras, 1998.

MOYSÉS, M. A.A. **A institucionalização invisível**: Crianças que não aprendem na escola. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2001.

MOYSÉS, M.A.A. e COLLARES, C.A.L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. Campinas, SP: **Caderno Cedes**, nº 28, 1992, p. 33-56.

NAVARRO-BARBOSA, P.L. **O acontecimento discursivo e a construção da identidade na História**. In: SARGENTINI, V. E NAVARRO-BARBOSA, P.L. (Org.) **Foucault e os domínios da linguagem: discurso, poder, subjetividade**. São Carlos: Claraluz, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Trad. Cassia Maria Buchala. São Paulo: EdUSP; 2003.

ORLANDI, Eni P. **Análise do discurso: Princípios e procedimentos**. 5ª ed. Campinas, SP: Pontes, 2003.

PATTO, M. H. Souza. **A produção do Fracasso Escolar: Histórias de submissão e rebeldia**. 2ª ed. São Paulo: Casa do psicólogo, 1999.

PESSOTTI, Isaías. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984. (Biblioteca de Psicologia e Psicanálise, v. 4).

PUTTINI, Rodolfo Franco; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. Além do mecanicismo e do vitalismo: a "normatividade da vida". Georges Canguilhem. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 451-464, 2007.

QUEIROZ, A. **Foucault: O paradoxo das passagens**. Rio de Janeiro: Pazulim, 1999.

REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. Trad. Maria do Rosário Gregolin et al. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROSSI, L.S.P.A. **Os caminhos e descaminhos da educação da criança com paralisia cerebral: pais – crianças – professores**. Dissertação de Mestrado, Centro Sarah de Formação e Pesquisa da USCR, Brasília, 1999.

ROTTA, N.T. Paralisia Cerebral: Novas perspectivas terapêuticas. **Jornal de Pediatria** - Vol. 78, Supl.1, 2002, p. 48-54.

SANCHES, Pilar Arnaiz. A educação inclusiva: um meio de construir escola para todos no século XXI. **Revista de Educação Especial**. Brasília, v. 1, n. 1, p. 07-18, Out. 2005.

SANTOS FILHO, JOSÉ c. & GAMBOA, Silvio S. (orgs.) **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

SASSAKI, Romeu. Inclusão: o paradigma do século 21. **Revista Educação Especial**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 19-23, Out/2005.

SERPA JUNIOR, O. D. **Indivíduo, organismo e doença**: a atualidade de “O Normal e o Patológico” de Georges Canguilhem. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.pucrio.br/sobrepuc/depto/psicologia/Octavio.html>. Acesso em: 02 ago. 2008.

SILVA, Jerusa de P.T. **Escola Plural e Educação Inclusiva**: diversos olhares, múltiplos sentidos. Dissertação de Mestrado, Faculdade de educação da UFJF, Juiz de Fora, 2005.

SILVEIRA BUENO, J.G. **Educação especial brasileira**: integração/segregação do aluno diferente. 2 ed. São Paulo: EDUC, 2004.

SOUZA, L.M.N. **Estimativa de desempenho de crianças e adolescentes com paralisia cerebral**. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF. 1996.

SOUZA, Alicia R.N.D. **Formação médica, racionalidade e experiência**: o discurso médico e o ensino da clínica. Doutorado em Medicina (Psiquiatria), IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

SWAIMAN, K.F. **Specific cerebral palsy syndromes**. In SWAIMAN, F.K. (Org) **Pediatric neurology**: Principles and practice neurology, 2 ed. St. Louis: Moby, 1994, p. 518-527.

THOMPSON, J.B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia. Trad. Wagner O. Brandão. 9 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

UNESCO. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. CORDE, 1994.

WERLE, Flávia O. C. Práticas de gestão e feminização do magistério. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, v. 35, n. 126, p.609-634, set./dez. 2005.

ANEXOS

Anexo A
Termo de Consentimento - Escola
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Saúde da Criança e do Adolescente

Prezado senhor(a):

Gostaríamos de convidar sua instituição a participar da pesquisa “Os impactos do discurso médico no processo de aprendizagem escolar”, onde será investigado como o discurso médico pode influenciar na elaboração das práticas pedagógicas dos educadores que ensinam crianças com paralisia cerebral.

Serão realizadas entrevistas com os profissionais da instituição como: professores, coordenadores e diretores. Estes profissionais serão submetidos a tais entrevistas, que poderão ser gravadas em áudio, aplicadas pelo pesquisador autor do estudo. As perguntas serão previamente formuladas conforme roteiro.

Os profissionais entrevistados não correm qualquer tipo de risco em participar deste estudo. Para assegurar anonimato e confidencialidade das informações obtidas, o nome deles não será revelado em nenhuma situação. Se a informação coletada neste estudo vir a ser publicada não será identificado o nome.

Embora as informações coletadas neste estudo, possam não trazer benefícios diretos para a instituição, os resultados poderão ajudá-la na adoção de medidas que contribuam para a construção de propostas educacionais menos excludentes.

Não está prevista qualquer forma de remuneração para os participantes e todas as despesas relacionadas ao estudo são de responsabilidade do pesquisador.

A participação da instituição neste estudo, representado(a) pelo(a) diretor(a) é inteiramente voluntária e esta é livre para recusar participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. Depois de ter lido as informações acima, se for da vontade da instituição participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo, em duas vias, sendo uma do participante.

Consentimento:

Declaro que li e entendi as informações contidas acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Eu _____ representando a
instituição _____
autorizo a participação desta instituição no estudo.

Belém, _____, de _____, de _____.

Leonor Bezerra Guerra (31- 3227-4752)

Marco Antônio Melo Franco (91-3222-2783)

Alysson Massote Carvalho (35-3822-4539)

Anexo A
Termo de Consentimento - Escola
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Saúde da Criança e do Adolescente

Prezado senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “Os impactos do discurso médico no processo de aprendizagem escolar”, onde será investigado como o discurso médico pode influenciar na elaboração das práticas pedagógicas dos educadores que ensinam crianças com paralisia cerebral.

O Senhor(a) será submetido(a) a uma entrevista, que poderá ser gravada em áudio, aplicada pelo pesquisador autor do estudo. Serão feitas perguntas previamente formuladas conforme roteiro.

O (a) Senhor(a) não corre qualquer tipo de risco em participar deste estudo. Para assegurar anonimato e confidencialidade das informações obtidas, seu nome não será revelado em nenhuma situação. Se a informação coletada neste estudo vir a ser publicada o Senhor(a) não será identificado pelo nome.

Embora as informações coletadas neste estudo, possam não trazer benefícios diretos para o/a Senhor(a), os resultados poderão ajudar os profissionais das áreas de Educação e Saúde na adoção de medidas que contribuam para a construção de proposta educacionais menos excludentes.

Não está prevista qualquer forma de remuneração para os participantes e todas as despesas relacionadas ao estudo são de responsabilidade do pesquisador.

Sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e o Senhor(a) é livre para recusar participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo, em duas vias, sendo uma do participante.

Consentimento:

Declaro que li e entendi as informações contidas acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Eu _____ voluntariamente aceito participar deste estudo.

Belém, _____, de _____, de _____.

Leonor Bezerra Guerra (31- 3227-4752)

Marco Antônio Melo Franco (91-3222-2783)

Alysson Massote Carvalho (35-3822-4539)

Anexo A
Termo de Consentimento - Escola
Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
Saúde da Criança e do Adolescente

Prezado senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa “Os impactos do discurso médico no processo de aprendizagem escolar”, onde será investigado como o discurso médico pode influenciar na elaboração das práticas pedagógicas dos educadores que ensinam crianças com paralisia cerebral.

As equipes pedagógica e de reabilitação de seu(sua) filho(a) serão submetidas a entrevistas, que abordarão aspectos de sua escolarização. Esta poderá ser gravada em áudio, aplicada pelo pesquisador autor do estudo. Serão feitas perguntas previamente formuladas conforme roteiro. Também haverá consulta aos prontuários institucionais das crianças no hospital, sendo que o mesmo não se aplicará aos documentos escolares.

O (a) Senhor(a) e seu(sua) filho(a) não correm qualquer tipo de risco em participar deste estudo. Para assegurar anonimato e confidencialidade das informações obtidas, seus nomes não serão revelados em nenhuma situação. Se a informação coletada neste estudo vir a ser publicada o Senhor(a) e seus(sua) filho(a) não serão identificados pelo nome.

Embora as informações coletadas neste estudo, possam não trazer benefícios diretos para o/a Senhor(a) e seus(sua) filho(a), os resultados poderão ajudar os profissionais das áreas de Educação e Saúde na adoção de medidas que contribuam para a construção de proposta educacionais menos excludentes.

Não está prevista qualquer forma de remuneração para os participantes e todas as despesas relacionadas ao estudo são de responsabilidade do pesquisador.

Sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e o Senhor(a) é livre para recusar participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. Depois de ter lido as informações acima, se for de sua vontade participar deste estudo, por favor, preencha o consentimento abaixo, em duas vias, sendo uma do participante.

Consentimento:

Declaro que li e entendi as informações contidas acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e recebi uma cópia deste termo de consentimento.

Eu _____
voluntariamente aceito participar deste estudo.

Belém, _____, de _____, de _____.

Pais / Responsáveis

Criança de 6-11 anos

Leonor Bezerra Guerra (31- 3227-4752)

Marco Antônio Melo Franco (91-3222-2783)

Alysson Massote Carvalho (35-3822-4539)

Anexo B Roteiro para entrevista

Entrevista semi-estruturada

Título da Tese: Paralisia cerebral e práticas pedagógicas: (in)apropriações do discurso médico

1. Concepção do processo de inclusão social e escolar
2. Concepção de paralisia cerebral
3. Compreensão do processo de aprendizagem de crianças com PC
4. Estratégias pedagógicas utilizadas no processo de escolarização de crianças com PC
5. Fundamentos que orientam a prática pedagógica com crianças PC
6. Formação docente para prática pedagógica
7. Relação entre saúde e educação e implicações no processo de escolarização de crianças com PC