



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

CLEIDE DA CÂMARA SOUZA

CONCEPÇÃO DO PROFESSOR SOBRE O ALUNO COM
SEQUELA DE PARALISIA CEREBRAL E SUA INCLUSAO NO
ENSINO REGULAR

Rio de Janeiro
2005

CLEIDE DA CÂMARA SOUZA

CONCEPÇÃO DO PROFESSOR SOBRE O ALUNO COM SEQUELA
DE PARALISIA CEREBRAL E SUA INCLUSAO NO ENSINO REGULAR

Dissertação apresentada à Universidade do Estado
do Rio de Janeiro como requisito parcial à obtenção
do grau de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^a Dr^a. Rosana Glat.

Rio de Janeiro

2005

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/NPROTEC

S729 Souza, Cleide da Câmara.
Concepção do professor sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral e sua inclusão no ensino regular / Cleide da Câmara Souza. -- 2005.

115 f.

Orientadora: Rosana Glat
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação

1. Inclusão em educação - Teses. 2. Crianças com lesões cerebrais - Teses. I. Glat, Rosana. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. III. Título.

CDU 376

CLEIDE DA CÂMARA SOUZA

CONCEPÇÃO DO PROFESSOR SOBRE O ALUNO COM SEQUELA DE
PARALISIA CEREBRAL E SUA INCLUSAO NO ENSINO REGULAR

Dissertação apresentada à Universidade do
Estado do Rio de Janeiro como requisito
parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Educação.

Aprovada em 23 de setembro de 2005.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Rosana Glat
Orientadora – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Edicléa Mascarenhas Fernandes
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Valdelúcia Alves da Costa
Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense.
(Professor convidado)

"Educadoras são parteiras do futuro! Devem estar armadas de paciência, serenidade, conhecimento e compreensão das mudanças do mundo, que não acontecem fora das vontades dominantes na sociedade. Educadoras têm a delicada tarefa de investigar a mina que é cada pessoa, com suas preciosidades escondidas. Jóias que ele próprio, aluno ou aluna, muitas vezes desconhece".

Pablo Gentili

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a disposição de todos os dias para continuar, mesmo me sentindo em alguns momentos quase sem forças.

Agradeço a minha avó, mãe, irmã, cunhado, sobrinho e Bali. Minha família pela paciência e compreensão nesses últimos meses.

Agradeço com muito carinho e emoção a minha orientadora Rosana Glat, que tantas vezes, em momentos de grande insegurança, com seu sorriso calmo e palavras certas me fez acreditar que estava no caminho certo.

Pela disponibilidade e atenção, agradeço às professoras da UERJ e da UNIGRANRIO que participaram desse trabalho e contribuíram no resultado da pesquisa.

Pelo carinho, atenção e colaboração agradeço a Annie Redig, a Priscila e a todos do NEI que contribuíram direta e indiretamente com esse estudo.

Agradeço a todos que me incentivaram a iniciar o Mestrado e na continuidade dele, em especial as amigas do mestrado, Márcia Pletsch e Kátia Machado.

Agradeço a minha amiga Flavia Lima que desde o início dessa trajetória foi uma luzinha no meu caminho.

Agradeço as minhas grandes amigas Christine Vabo e Paola Rocha pela paciência e dedicação.

Aos meus amigos de jornada profissional, especialmente, Adriana Verçosa.

Agradeço aos velhos e novos amigos que sempre demonstraram compreensão pela minha ausência.

RESUMO

A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais, embora amparada por lei, tem sido objeto de grandes questionamentos no que se refere às condições básicas necessárias para efetivá-la. Porém, entre estes alunos, destaca-se a dificuldade para inclusão daqueles com seqüela de paralisia cerebral que, por apresentarem um conjunto de comprometimentos associados, como o sensorial, o motor e/ou cognitivo, acabam encontrando barreiras ao serem inseridos nas classes de ensino regular. Partindo deste pressuposto, a presente pesquisa teve como objetivo investigar, a concepção de professoras do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental da rede regular de ensino, de diferentes escolas públicas e privadas, dos municípios do Rio de Janeiro, sobre a inclusão escolar do aluno com seqüela de paralisia cerebral. Para tal foi realizado um estudo qualitativo tendo sido evidenciados aspectos que demonstram, segundo seu ponto de vista, as principais dificuldades encontradas pelo professor e por esses alunos no favorecimento da proposta inclusiva. Foram realizadas entrevistas com treze professoras do ensino regular, com prévia experiência em inclusão escolar deste alunado (n=10) ou, que apenas conheciam pessoas com seqüela de paralisia cerebral (n=3). As entrevistadas são alunas (cursando entre o terceiro e o último anos do curso de graduação em Pedagogia) de duas universidades do Rio de Janeiro. Os dados obtidos, através de análise das entrevistas, revelaram, entre outros aspectos, um desconhecimento sobre o que efetivamente seja a paralisia cerebral, bem como sobre suas complicações e/ou deficiências associadas. Além disso, verificou-se sua concepção sobre o aluno com paralisia cerebral, preservação dos estigmas e dos estereótipos, além de terem sido apontadas várias dificuldades encontradas pelo educador para a efetivação do processo de inclusão escolar deste. Dentre estes destacamos a falta de capacitação profissional, falta de recurso pedagógico, superlotação de alunos no ensino regular. Acreditamos que estes achados poderão contribuir para a promoção de uma análise reflexiva sobre o tema paralisia cerebral e sobre, como tem sido vista a inclusão destes alunos no ensino regular pelos seus mediadores.

Palavras-chave: Paralisia cerebral, inclusão escolar, alunos com necessidades educacionais especiais.

ABSTRACT

School inclusion of bearers of deficiencies, eventhough supported by law, has been always a challenge specially in which concerns its basic conditions in order to accomplish it. However, among these students, children with cerebral palsy have even more difficulties in the regular educational inclusion process probably due to he disease's characteristics such as cognitive, motor and sensorial disorders. Based on this facts the aim of this study was to evaluate the actual concepts of primary school teachers from public and private schools in Rio de Janeiro, about inclusion of this students. On this purpose were analysed different points of view, according to the interviews, about the most essential needs and limitations of this children and the teachers in this procedure. The study was carried out with 13 teachers that either had previous experience in school inclusion of children with this type of disease (n=10) or knew any person with the disorder (n=3). The teachers were attending between 3rd and last year of Pedagogy graduation from two different Universities in Rio de Janeiro. The results showed that there is a lack of knowledge about cerebral palsy and also about its complications and associated deficiencies. Besides that, the interviews revealed the misconception because of the stereotype and stigmas maintenance. Furthermore, several needs and difficulties were identified as inappropriate professional capacity, absence of pedagogic tools, high number of students in regular education. In summary, this study demonstrates the potential of the data analysed as a form to contribute for an accurate reflexion and analysis of cerebral palsy and how this issue is being treated by authorities.

Key words: Cerebral palsy, school inclusion, students with special education needs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
PARTE I - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	18
Cap. 1 Paralisia cerebral: Principais aspectos.....	18
1.1 Etiologia e incidência.....	20
1.2 Classificação por comprometimento tônico.....	24
1.3 Características gerais.....	30
Cap. 2 Doença, deficiência ou incapacidade?.....	37
2.1 Saúde e doença.....	37
2.2 Deficiência e estigma.....	41
2.3 Deficiência e Incapacidade? O que diz a Legislação?.....	45
Cap. 3 Educação - Do modelo clínico ao modelo educacional.....	48
3.1 Educação Especial.....	48
3.2 Integração e Inclusão escolar.....	52
PARTE II - TRAJETORIA DA PESQUISA DE CAMPO.....	59
Cap. 4 Pesquisa de campo.....	59
4.1 Participantes.....	60
4.2 Procedimentos de coleta de dados.....	61
4.3 Análise dos dados.....	63
4.3.1 Tópico Temático 1 - Concepção das professoras sobre paralisia cerebral.....	66
4.3.2 Tópico Temático 2 - Concepção das professoras sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral.....	70
4.3.3 Tópico Temático 3 - Concepção das professoras sobre o processo de inclusão escolar desse alunado.....	74
4.4 Discussão.....	81
Considerações finais.....	99
Referências.....	102
Documentos citados.....	106
Sítes consultados.....	107
Glossário.....	109
Apêndice.....	112

APRESENTAÇÃO

Sou fisioterapeuta e graduei-me pela Universidade Católica de Petrópolis, no ano de 1993, aos 32 anos. Fiz especialização em Neurologia Funcional em Fisioterapia, pela Universidade Estácio de Sá. Minha vida escolar teve início somente aos 18 anos, como consequência de tratamento ortopédico realizado para seqüela de poliomielite, durante a fase infantil e a adolescência. Até então não havia freqüentado assiduamente a escola. Após ter sido alfabetizada e cumprido os oito longos anos de estudo entre 1º e o antigo 2º grau, resolvi então fazer um curso universitário na área de Saúde. Vale ressaltar que só foi possível dar início e prosseguimento aos meus estudos, a partir da minha determinação e da ajuda de pessoas amigas, pois venho de uma família muito pobre e humilde.

Depois de graduada, transferi-me para Governador Valadares para candidatar-me à vaga de fisioterapeuta em um CENESP, Centro de Educação para Necessidades Especiais, lugar onde trabalhei por cinco anos. Naquela oportunidade estive bem próxima da realidade do processo de integração do aluno com necessidades especiais na escola e já me preocupava com o desconhecimento dos professores sobre o aluno com paralisia cerebral e suas complicações.

Nesse mesmo período, iniciei um trabalho de supervisão na APAE (Associação de Pais e Amigos do Excepcional), e para minha surpresa, as dificuldades eram as mesmas observadas no CENESP. As crianças tinham o apoio da Educação Especial, mas não desenvolviam atividades escolares compatíveis com todos os graus de dificuldades motoras, sensoriais e cognitivas. Observei que, mesmo sendo uma escola especial, a professora não sabia como fazer para ensinar aos alunos. Constatei, a partir disto, que as professoras dos dois estabelecimentos não possuíam conhecimentos técnicos específicos sobre as seqüelas de paralisia

cerebral, Síndrome de Down, deficiência mental, entre outras condições. Para elas, tudo era uma mistura de tudo. Era comum dizer que os alunos não acompanhavam nada, que não entendiam nada e que não conseguiam fazer nada porque todos eram deficientes mentais com paralisia cerebral!

Certa vez deixei os atendimentos no ambulatório para dar assistência a uma das professoras. Posicionei-me na classe ao lado de um aluno que a Pedagoga julgava “não entender nada” e lhe apresentei vários brinquedos. O aluno não demonstrou qualquer interesse por eles, permaneceu olhando fixamente para o teto ou para o chão. Naquele momento meu celular tocou e percebi que os olhos dele brilharam e houve uma manifestação de interesse e de alegria. De repente, seus braços começaram a se bater e seu corpo a movimentar-se desorganizadamente na cadeira especial, confeccionada na própria escola. Isto me chamou a atenção. Em seguida, comecei a brincar com ele, imitando o som do telefone e ele interagiu com essa brincadeira.

Passei a visitar essa sala todos os dias e a ficar ao lado dessa criança, acompanhando, posturando, posicionando melhor o corpo da criança para facilitar a sua participação, adaptando a postura às suas atividades de classe. Quando eu chegava à sala, imediatamente colocava o celular sob a mesa. Os olhos da criança brilhavam e já havia demonstração de compreensão entre o SIM e o NÃO. Ela respondia aos estímulos e se mostrava aos poucos interessada pelas atividades propostas, além de não tirar os olhos do celular.

Quase no final do semestre, verifiquei que este aluno já não era mais uma pessoa estática, nem tampouco alheia; sua participação ocorria com a interpretação que fazíamos dos seus movimentos estereotipados. Ele interagia com o meio de forma mais lenta, porém já não percebíamos mais a apatia, sua característica inicial.

Ou seja, o celular foi apenas uma “luz” que se acendeu, mostrando-me que o aluno estava lá o tempo todo e que necessitava apenas de alguém que prestasse atenção às suas manifestações motoras desajeitadas. Aquela era a sua forma de comunicação, adquirida por ele, naturalmente.

Não contávamos, na APAE, com algum equipamento que nos permitisse uma adaptação mais satisfatória, mas a observação diária me fez crer que a professora não se comunicava com esta criança, porque não conhecia seus gestos, porque tinha medo. Ela acreditava que os movimentos desengonçados fossem crises convulsivas persistentes e que o aluno não compreendia nada e, por isso, não fazia nenhum esforço para se fazer compreender também.

A partir dessa pequena experiência, comecei a me interessar pelas crianças que freqüentavam a classe, particularmente as crianças com paralisia cerebral, porque eram as mesmas que eu atendia no ambulatório de Fisioterapia. E elas me serviam como desafio, em função de aparentemente terem sua capacidade motora associada à capacidade cognitiva. Especializei-me em Neurologia Funcional para aprimorar meus conhecimentos sobre o desenvolvimento do sistema nervoso, para melhor compreender o efeito da doença neurológica sobre os mecanismos que envolvem a motricidade e a cognição. Aprofundi-me na área de desenvolvimento neuropsicomotor normal, para melhor identificar o que consideramos como anormal.

Acrescento que tenho doze anos de experiência prática fisioterapêutica com crianças com paralisia cerebral e nesse tempo sempre houve uma preocupação com o processo de integração ou inclusão social. Nunca acreditei num tratamento puramente clínico, de maneira isolada. O indivíduo antes de ser um cliente-paciente é uma pessoa com necessidades sociais iguais as de todos nós. Se ele freqüenta um setor de Fisioterapia é porque quer se restabelecer para voltar a fazer alguma

coisa que deixou de realizar. O mesmo penso que ocorre com as mães que levam seus filhos com comprometimento neurológico, para o atendimento fisioterapêutico. Elas têm sempre a esperança de que um dia aquele filho irá freqüentar a escola e/ou trabalhar. As expectativas da família e posteriormente da criança são sempre as mesmas.

Nesse sentido, percebo o processo de reabilitação bem próximo da Educação e foi por acreditar nisto que nasceu o desejo de aprofundar meus conhecimentos em estudos voltados para a Educação Inclusiva. Desejei pesquisar sobre a inclusão do aluno com paralisia cerebral para saber se isso está de fato ocorrendo ou não; e em caso afirmativo, como está sendo conduzido esse processo. Também foi de meu interesse verificar o que pensa o professor sobre paralisia cerebral e sobre a inclusão escolar do aluno com essa condição.

Durante dez anos experienciei a prática da Educação Especial dentro de escolas que, supostamente, deveriam ter seus professores especializados, o que não ocorria. Muito me preocupa o fato de saber que nos dias de hoje esses alunos podem estar sendo incluídos no ensino regular, com alguns professores repetindo a mesma falha, por não possuírem capacitação adequada.

Meus conhecimentos teóricos e práticos estão voltados para a Fisioterapia Neurológica infantil. Por isto, busquei o Mestrado em Educação, para obter fundamentação consistente para compreender o processo de Inclusão Escolar e ter a oportunidade de pesquisar o mundo dos professores que estão trabalhando a inclusão do aluno com seqüela de paralisia cerebral, foco da minha pesquisa. Meu objetivo pessoal é somar os conhecimentos técnicos específicos à minha experiência de vida como deficiente e usuária de cadeira de rodas, pois essa faz parte da experiência prática que envolve minha história de vida.

Acredito poder contribuir efetivamente com a prática inclusiva. Não possuo em minha bagagem profissional grandes trabalhos voltados para a Educação Inclusiva, porém existe em mim a capacidade de construção cotidiana, usando como espelho renomados nomes da área com os quais aprendo sistematicamente. Ao mesmo tempo, as experiências que tive ajudaram-me a refletir sobre a inclusão educacional do aluno com seqüela de paralisia cerebral no ensino regular e sobre as possíveis dificuldades que podem surgir dessa prática, tanto no que diz respeito ao professor como ao aluno.

Convém acrescentar que no decorrer do caminho algumas outras indagações vêm me acompanhando com relação a este assunto. O que o professor entende por paralisia cerebral? Como ele vê a inclusão escolar do aluno com seqüela de paralisia cerebral no ensino regular? Quais, os professores acreditam, são as dificuldades dessa clientela?

Essas questões afloraram ainda mais, quando participei de uma pesquisa patrocinada pelo Banco Mundial “Panorama Nacional da Educação Inclusiva no Brasil” (GLAT, FERREIRA, OLIVEIRA & SENNA, 2003). Neste estudo me coube entrevistar professores da Rede Particular de Educação do Rio de Janeiro. Várias delas contaram que tinham alunos com seqüela de paralisia cerebral, porém descreviam seus comprometimentos de forma errônea, associando sempre à deficiência mental e às dificuldades para realizar as atividades de classe.

A realização desse estudo me permitiu, como já mencionado, estar próxima da realidade de profissionais da Educação, o que muito ampliou meus conhecimentos e moldou, consideravelmente, mesmo sem o saberem, minha postura de fisioterapeuta. No sentido de perceber a necessidade de nos voltarmos mais para um trabalho de conscientização escolar sobre aspectos que envolvem a

“deficiência” e o “deficiente”, particularmente, as condições sensoriais, motoras e cognitivas do aluno com seqüela de paralisia cerebral em prol de uma inclusão mais consciente e consistente.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a educação de alunos com necessidades educativas especiais que, tradicionalmente se pautava num modelo de atendimento clínico e segregado, tem se voltado, nas últimas duas décadas, para a chamada Educação Inclusiva. Esta proposta preconiza que todos os alunos, mesmo os portadores de condições que afetam diretamente a aprendizagem, as necessidades educativas especiais – deficiências sensoriais (auditiva e visual), deficiência mental, transtornos severos de comportamento ou condutas típicas (autismo e psicoses), deficiências múltiplas (paralisia cerebral, surdocegueira, etc) e altas habilidades (superdotados) – devam ser inseridos no sistema regular de ensino, com o mínimo possível de distorção idade-série. (FERREIRA & GLAT, 2003).

Embora amparada por lei, a inclusão desses alunos no ensino regular tem sido objeto de grandes questionamentos no que se refere às condições básicas essenciais ao aluno e ao professor, para efetivá-la. Alguns dos benefícios para a efetivação da Educação Inclusiva são o direito reconhecido de matrícula de alunos com necessidades educacionais especiais em escolas próximas às suas residências, assim como a ampliação do acesso desses alunos às classes comuns. Todavia, esses objetivos não têm sido, de modo geral, alcançados, em decorrência, entre outros fatores, da falta de preparo técnico dos educadores. Incluir o aluno com necessidades educacionais especiais, sem que haja qualquer tipo de apoio ou assistência à escola de ensino regular, pode levar ao descrédito da proposta de inclusão, visto que os professores, em sua maioria, estão carentes de informação. Não estão devidamente capacitados para enfrentar o desafio que é lidar com as especificidades apresentadas por esses alunos (GOFFREDO, 1992; GLAT, 2000;

GLAT & NOGUEIRA, 2002; FERREIRA & GLAT 2003; GLAT & NOGUEIRA, 2003; MENDES, FERREIRA & NUNES, 2003, entre outros).

Embora o novo paradigma da escola inclusiva se aplique a alunos com todos os tipos de necessidades educacionais especiais, na presente pesquisa nos deteremos no processo de inclusão do aluno com seqüela de paralisia cerebral.

Vale ressaltar que optamos neste estudo pelo uso da expressão paralisia cerebral, em vez do termo clínico específico, geralmente utilizado pela equipe de Saúde, ou seja, Encefalopatia Crônica da Infância – ECI - por ser a primeira terminologia mais conhecida pelo público de modo geral, inclusive, pelos educadores.

Outra opção se refere à não - utilização do termo “portador de” considerando-se que esta terminologia já estará modificando ou qualificando a pessoa. Portanto, utilizaremos nesta pesquisa a preposição “com” por exprimir apenas uma relação entre palavras, sem que com isto haja nenhum sentido subentendido com teor subjetivo.

Pessoas com seqüelas de paralisia cerebral apresentam uma desorganização tônica peculiar, denominada de distonia -- postura corporal retorcida ou padrão postural anormal, assumidos durante a tentativa de realizar movimentos voluntários -- que leva a um déficit na coordenação motora e, conseqüentemente, a alterações posturais significativas. Muitas vezes, essas pessoas são interpretadas como tendo uma deficiência cognitiva e/ou deficiência mental, sem a terem de fato. Isto ocorre em função de sua aparência física e também em conseqüência de deficiência na comunicação oral, favorecendo a uma fala nem sempre compreensível e explosiva. Nesse sentido, esclarecemos que nem sempre a paralisia cerebral implica dano para as funções intelectuais, muito embora a comunicação quase sempre esteja comprometida. É certo que muitas destas

peças podem apresentar um desenvolvimento intelectual segmentado, devido à falta de interação com o meio ambiente e/ou danos causados pela lesão cerebral. No entanto, como lembra Stokes (2000), essa não é uma regra geral.

Devido ao fato de a paralisia cerebral envolver deficiências associadas -- motoras, sensoriais e /ou cognitivas -- a Inclusão Escolar desses alunos representa um enorme desafio social. Para os professores, de um modo geral, essa é uma dificuldade, pois predomina ainda o desconhecimento sobre a possível integridade das capacidades cognitivas. Com isso, mantém-se o preconceito de que uma grande parte do universo de alunos com seqüelas de paralisia cerebral é incapaz de aprender a ler, a escrever e participar ativamente das atividades escolares. Portanto, muitas vezes, esse é o ponto crucial de impedimento para sua Inclusão Escolar.

Com essa abordagem, os objetivos do presente estudo foram o de investigar a concepção de treze professoras do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental da rede regular de ensino, de diferentes escolas públicas e privadas, dos municípios do Rio de Janeiro, sobre paralisia cerebral, o aluno com seqüela de paralisia cerebral e o processo de Inclusão Escolar desse alunado. As entrevistadas são alunas do Curso de graduação em Pedagogia de duas Universidades, uma particular UNIGRANRIO e outra pública UERJ cursando entre o quinto e oitavo período (último ano). Optamos por utilizar a pesquisa qualitativa, já que o nosso interesse não foi fazer projeções estatísticas, e sim, analisar o significado dos depoimentos das participantes envolvidas. Utilizamos como instrumento para a coleta de dados entrevistas semi-estruturadas, aplicadas a treze professoras que são também alunas do Curso de Graduação em Pedagogia, em duas universidades do Rio de Janeiro.

Acreditamos que conhecer as falas das professoras nos permitiu ficar mais próximo de suas dificuldades, suas crenças, suas necessidades, fantasias,

frustrações e desejos, além de refletir sobre como está ocorrendo a Inclusão Escolar do aluno com seqüela de paralisia cerebral. É preciso que haja uma conscientização a respeito das condições sensoriais, físicas e cognitivas desse alunado para, pelo menos, amenizar o estado de ansiedade e, muitas vezes, de frustração que assola o professor.

Cabe ressaltar que encontramos um número reduzido de referências bibliográficas voltadas particularmente para as pessoas com seqüelas de paralisia cerebral. Todavia, utilizamos da literatura que abrange amplamente o tema Inclusão Escolar e social da pessoa com necessidades educacionais especiais para fundamentação teórica deste estudo.

A presente dissertação está organizada em quatro capítulos divididos em duas partes. A 1ª PARTE apresenta O Referencial Teórico Metodológico contendo os três primeiros capítulos divididos da seguinte maneira: Primeiro capítulo destina-se a revisar a literatura especializada, abordando aspectos de extrema relevância sobre paralisia cerebral, etiologia, incidência, seqüelas e suas complicações. O segundo capítulo discute aspectos sobre concepções de saúde, doença, deficiência e incapacidade. O terceiro capítulo se refere aos modelos clínico e educacional, relacionando-os à Educação Especial. A 2ª PARTE apresenta a trajetória da pesquisa de campo, onde são descritos os procedimentos de coleta de dados e análise final, dividida por Tópico temático 1 – Concepção das professoras sobre paralisia cerebral; Tópico temático 2 – Concepção das professoras sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral e Tópico temático 3 – Concepção das professoras, envolvendo sua prática, sobre o processo de inclusão escolar desse alunado. Por fim, apresentamos a discussão; considerações finais; referências e documentos citados, *sites* consultados, seguido do apêndice.

PARTE I

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1

PARALISIA CEREBRAL: PRINCIPAIS ASPECTOS

O termo paralisia cerebral – ou, mais corretamente, como já comentado -- Encefalopatia Crônica da Infância -- designa uma série de distúrbios não progressivos do movimento e da postura, resultantes de lesões cerebrais ocasionadas durante os últimos meses de gravidez, do parto ou após o nascimento até os três anos de idade (SANVITO, 1997; MILLER E CLARK, 2002).

Atualmente, a paralisia cerebral é reconhecida mundialmente como um distúrbio da função motora, de início na primeira infância, caracterizado pela presença de resistência aos movimentos (espasticidade) e/ou movimentos involuntários dos membros inferiores e superiores. Esse distúrbio neurológico pode ser ou não acompanhado de déficit cognitivo, estados convulsivos, de déficits de comunicação, déficits visuais e auditivos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera inadequado o uso da expressão “paralisia cerebral”, uma vez que sugere uma ausência do funcionamento do cérebro, que estaria, por assim dizer, “paralisado”. Neste sentido, tal ausência do funcionamento cerebral já nos daria um diagnóstico clínico de morte cerebral ou de cérebro completamente paralisado, o que não condiz com a ocorrência sintomatológica da lesão cerebral, já que as lesões podem ocorrer em apenas algumas áreas do cérebro de forma parcial e não necessariamente em todas as áreas de forma integral. Em conseqüência disto, o termo paralisia cerebral foi substituído por Encefalopatia Crônica da Infância correspondente à sigla ECI que se caracteriza por doença do encéfalo e não por paralisia (LEVITT, 2001).

Por outro lado, alguns autores, entre eles Stokes, (2000), consideram que o uso da expressão Encefalopatia Crônica da Infância ou ECI também é inadequada, uma vez que a mesma pode ser usada para a identificação de numerosas outras afecções, com etiologias e quadros clínicos diversos, que afetam o sistema nervoso central, sem contudo ocasionar seqüelas neuropsicomotoras, como as apresentadas pela paralisia cerebral. Por essa razão, esses autores optam por utilizar o termo paralisia cerebral, por melhor ser identificado pelas pessoas que trabalham com a saúde ou em outras áreas. Considerando a identificação do público em geral, o termo paralisia cerebral é mais recomendável, no entanto, lembramos que não há no cérebro uma paralisia total desta ou daquela área, como o nome sugere. O que ocorre é uma interrupção no comando de estímulos, em função de um mau funcionamento ou da ausência de determinada região cerebral, levando a conseqüências como disfunção no seu funcionamento. Ou seja, Observamos uma exacerbação, uma diminuição ou uma ausência no envio de estímulos, provenientes de lesão ocorridas durante a fase de desenvolvimento das estruturas cerebrais. Nesse contexto, convém ressaltar que o cérebro, quando apresenta uma área com funcionamento precário, ele substitui suas funções, utilizando-se de outras áreas adjacentes para suprir tal necessidade, embora isto não signifique que os movimentos estejam normais. Assim, justificamos a existência de anormalidades e desorganização dos movimentos na pessoa acometida pela paralisia cerebral e também a sua possibilidade de reorganização parcial, ao longo do tempo, com tratamentos terapêuticos específicos.

1.1 Etiologia e Incidência

Dentre os principais fatores de risco da paralisia cerebral destacamos a asfixia perinatal, infecções congênitas, condições metabólicas maternas, consumo de álcool, tabaco e / ou outras drogas, exposição à radiação, fator Rh, icterícia e baixo peso ao nascimento como sendo os principais fatores de risco que predis põe o feto e/ou bebê à paralisia cerebral.

Um dos mais comuns, entre esses fatores, é a asfixia perinatal, considerada como a primeira causa mais importante e relevante da paralisia cerebral. A asfixia perinatal se refere a uma diminuição nutricional e metabólica da mãe para com o feto, o que conseqüentemente leva à má perfusão dos órgãos vitais, com diminuição na oferta de oxigênio para o cérebro. A asfixia pode ocorrer devido a várias situações, entre elas, má posição do cordão umbilical, desprendimento prematuro da placenta que dificulta a troca gasosa, perfusão inadequada do lado placentário devido a uma hipotensão materna, hipertensão materna ou contrações uterinas anormais, anemia da gestante, hemorragia durante a gestação, causando risco de aborto, hipoventilação durante a anestesia, além de cardiopatias congênitas da mãe.

Dentre as infecções congênitas que atingem o feto, através da circulação placentária e que, entre outros déficits neurológicos, podem causar paralisia cerebral, destacamos as mais comuns: rubéola¹, herpes simples², sífilis³, vírus da AID⁴ e toxoplasmose⁵.

¹ No caso da rubéola congênita, muitos bebês afetados por essa síndrome apresentarão, entre outros déficits neurológicos, como, deficiência mental e microcefalia (diminuição no tamanho da cabeça), paralisia cerebral.

² O herpes simples é uma infecção causada por um vírus da família dos vírus de herpes humano -- HSV - 1 e 2 -. Crianças acometidas pela forma congênita da doença apresentarão alguns distúrbios, como, microcefalia, retardo no crescimento intra-uterino, crises convulsivas, retardo mental e paralisia cerebral como conseqüência da encefalite – infecção no encéfalo.

Algumas condições metabólicas maternas também trazem riscos de desenvolvimento da paralisia cerebral. Entre essas, a mais freqüente é a desnutrição ou subnutrição das gestantes, tendo como conseqüência o nascimento de bebês pequenos para a idade gestacional, com probabilidade de sofrer comprometimento durante o desenvolvimento cerebral, resultando em paralisia cerebral.

Sabemos do efeito deletério de drogas ingeridas e/ou injetáveis que variam desde os famosos chás abortivos, passando pelos medicamentos sem prescrição até o uso de maconha, LSD, etc. Dentre elas, podemos destacar a cocaína, conhecida como estimulante do sistema nervoso e potente vasoconstrictor. Como há uma vasoconstricção durante a utilização das drogas, ocorre uma diminuição na oferta de oxigênio para a vascularização cerebral, predispondo o feto e/ou bebê à prematuridade, baixo peso ao nascer (mesmo em bebês não prematuros), diminuição da circunferência da cabeça, além de causar deslocamento precoce da placenta e enfartos cerebrais. Todas essas ocorrências são consideradas como fatores de risco importantes que levam à paralisia cerebral.

O tabagismo é considerado um outro fator de risco, por ser responsável por 20% dos casos de bebês pequenos para a idade gestacional, 8% dos casos de partos prematuros e 5% de todas as mortes peri-natais. Além disso, evidências comprovam que a nicotina causa vasoconstricção -- diminuição dos espaços

³A sífilis materna durante a gestação pode causar várias complicações para o feto, entre elas o abortamento tardio, prematuridade, crescimento fetal retardado e malformações neurológicas, levando à paralisia cerebral.

⁴ As crianças infectadas pelo vírus HIV só apresentam os sintomas após um ano de idade, entre os quais pode-se citar incapacidade de andar, manifestação de doença neurológica e seqüelas no desenvolvimento do cérebro, podendo ocasionar paralisia cerebral.

⁵ A toxoplasmose é uma infecção causada por um protozoário conhecido como *Toxoplasma gondii*. Sua forma congênita ocorre quando a mãe contrai a infecção pela primeira vez durante a gravidez, podendo causar aborto, parto prematuro, natimorto e nascimento de bebês com malformações. Entre essas malformações encontramos retardamento psicomotor, hidrocefalia (presença de líquido no cérebro), microcefalia e paralisia cerebral.

internos -- dos vasos do útero e da placenta, levando a uma diminuição da oferta de oxigênio e nutrientes que o bebê recebe podendo resultar também em paralisia cerebral, (SHEPHERD, 2000).

A exposição da gestante à radiação é uma das condições que levam a defeitos congênitos, ausência na formação de parte do cérebro, podendo causar morte, deformidades e paralisia cerebral. O fator Rh torna-se relevante quando o bebê é Rh positivo proveniente de uma segunda gestação em que a mãe é Rh negativo e o pai é Rh positivo, pois a mãe terá produzido, durante a primeira gestação, anticorpos contra o fator Rh positivo, que poderão atacar o sangue Rh positivo do bebê. Esta incompatibilidade resultará em desnutrição, podendo ser limitada ou extensa. Nos casos de desnutrição extensa, causará paralisia cerebral, surdez, deficiência mental ou até a morte (DIAMENT & CYPELS 1996).

Considerando as condições do bebê após seu nascimento, destacamos a icterícia grave - cor amarelada - como sendo uma das mais comuns causas da paralisia cerebral. É caracterizada por um aumento da bilirrubina presente em quantidade anormal no liquor - líquido que circula no espaço medular e cerebral -, podendo causar toxicidade em áreas específicas do cérebro e levando a lesões cerebrais, dentre elas, a paralisia cerebral.

Finalmente, outro fator de risco da paralisia cerebral importante é o baixo peso ao nascimento, resultante de prematuridade ou retardo do crescimento intra-uterino. Conforme apontam Lima e Fonseca (2004) bebês cujo peso de nascimento é menor que 2.500g têm 33% de possibilidades de apresentarem sinais de paralisia cerebral. Todavia, essas possibilidades aumentam significativamente em recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.500g.

Existe um índice surpreendentemente alto de casos de paralisia cerebral adquirida após o período neonatal. Conforme assinalam Miller e Clark (2002),

cerca de 10% a 26% do número total de crianças com paralisia cerebral é resultante de uma lesão ou doença ocorrida durante os primeiros meses após o nascimento, até o terceiro ano de idade. Embora a paralisia cerebral adquirida tenha diversas causas, as infecções pós-natais, como meningite e encefalite, são responsáveis por aproximadamente 30% dos casos, podendo estar associadas à febre, diminuição dos leucócitos e convulsões. As convulsões, quando presentes, agravam o quadro de paralisia cerebral.

Estudos feitos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCINE) do Instituto da Criança de São Paulo, no ano de 2002, mostram que 53% das crianças com meningite apresentaram convulsões, especialmente no início da doença, fator este que está diretamente relacionado ao mau prognóstico, já que somente 50% das crianças que apresentaram convulsões tiveram um desenvolvimento neuropsicomotor normal. Um outro fator importante que contribui para o aparecimento de seqüelas é o diagnóstico tardio da doença, pois no início do processo infeccioso, os sinais e sintomas podem se apresentar pouco evidentes⁶ (STOKES, 2000).

O traumatismo cranioencefálico – causado, principalmente, por queda da própria altura, choques acidentais, ou arma de fogo – durante os primeiros meses, até o terceiro ano de vida, é a segunda causa mais comum de paralisia cerebral no período pós-natal, podendo atingir até 20% dos casos totais. Esse tipo de lesão provoca uma condição de incapacidade motora permanente em 2,5 a 5% das crianças, (COSTA, VENTURA, SALOMÃO & BEREZOVSKY, 2001; MILLER & CLARK, 2002).

⁶ O aparecimento precoce da meningite, nos primeiros dias de vida, está relacionado à contaminação durante o parto; já a doença tardia, após os sete primeiros dias de nascido, pode ser adquirida da mãe ou por via de alguma outra pessoa que esteja contaminada ou ainda por material contaminado.

É importante ressaltar que embora a paralisia cerebral não seja progressiva, os sinais clínicos se modificam à medida que o sistema nervoso central amadurece e a criança cresce. Por esta razão, não é possível fazer um diagnóstico definitivo durante a primeira infância. Como consequência disto, observamos diferentes graus de comprometimento sensorial e motor, dando-nos a sugestão de piora à medida que a criança se desenvolve. No entanto, o diagnóstico precoce é fundamental para que ainda bebê possa ser prestado o serviço de reabilitação oral e motora, a fim de prevenir maiores complicações futuras.

No Brasil, não é fácil determinar a incidência exata de pessoas com paralisia cerebral, em função das dificuldades em se estabelecer critérios diagnósticos uniformes, além do fato de não ser uma doença considerada de notificação compulsória. Entretanto, o censo de 2000 demonstra que 24,5 milhões de brasileiros possuem algum tipo de deficiência. Desta população, aproximadamente 30.000 a 40.000 são crianças que nasceram com diagnóstico de paralisia cerebral. Em países desenvolvidos como os Estados Unidos, sua incidência tem-se mantido constante nos últimos 15 anos entre 1,5 a 2,5/1000 crianças vivas. Em se tratando de lactentes com peso ao nascer inferior a 1.500g, esse índice fica entre 5% e 15%. Isso ocorre devido ao avanço médico-tecnológico que proporciona a sobrevivência de prematuros extremos, (COSTA, SALOMÃO, BEREZOVSKY, HARO, VENTURA, 2004; LIMA ET AL., 2004).

1.2 Classificação por comprometimento tônico

A paralisia cerebral é classificada de acordo com o tipo de tônus muscular, ou seja, tensão exercida pelo músculo em condição normal, e a qualidade do

comprometimento motor que apresentar como seqüela. São considerados quatro tipos de paralisia cerebral: espástico, atetóide, atáxico e atônico ou hipotônico.

O tipo espástico, presente em 75% das pessoas com paralisia cerebral, caracteriza-se pelo aumento excessivo do tônus ou resistência muscular anormal. Essas pessoas podem apresentar como comprometimento motor: quadriplegia (ausência ou diminuição dos movimentos normais nos quatro membros do corpo), diplegia (diminuição dos movimentos normais nos quatro membros do corpo, sendo que os membros superiores são menos comprometidos) ou hemiplegia (comprometimento de um braço e uma perna de um só lado do corpo).

A paralisia cerebral espástica com quadriplegia (vide foto 1 e 2) é considerada o tipo mais freqüente, e também o de maior gravidade sob os aspectos motores, sensoriais, mentais ou cognitivos. As crianças ou pessoas adultas espásticas são bastante comprometidas e dependentes, sendo, freqüentemente, incapazes de adquirir e/ou reter certas habilidades como se deitar de forma independente, sentar-se ou ficar de pé, com ou sem auxílio. Normalmente são encontradas deformidades graves nos membros, em função da diminuição ou ausência do movimento voluntário. Apresentam deficiência visual, auditiva e crises convulsivas com freqüência. Observamos, ainda, dificuldades para sustentação da cabeça sobre o tronco e do tronco sobre a pelve e por isso permanecem a maior parte do tempo deitadas, assumindo, em muitos casos, uma só posição na cama ou na cadeira de rodas especiais, o que acaba por favorecer o desenvolvimento de deformidades. Essas pessoas, mesmo que apresentem capacidade cognitiva razoável, acaba por não ter um aproveitamento adequado desta capacidade, por permanecerem afastadas do convívio com o meio social, em função da sua pouca ou nenhuma mobilidade. Por outro lado, quando são estimuladas adequadamente

conseguem desenvolver parcialmente suas habilidades e capacidades. As posturas assumidas são demonstradas abaixo:



FOTO 1 - Quadriplegia - Câmara arquivo; 2004



FOTO 2 - Quadriplegia - Câmara arquivo; 2004

A paralisia cerebral espástica com diplegias (vide foto 3) leva a comprometimentos motores mais suaves, se comparados com as alterações citadas acima. Pode haver deficiência auditiva e visual. As crises convulsivas podem ou não estar presentes. Essas crianças ou adultos podem se movimentar com mais facilidade, muitas delas chegam a andar, a sentar-se sozinhos e são, em algumas atividades do cotidiano, mais independentes. Seus movimentos ocorrem de forma

voluntária e sua capacidade cognitiva nem sempre se apresenta deficiente. São participativas, embora se comuniquem com dificuldade e estejam sempre interagindo com o meio social.

Essas crianças caminham com muitas dificuldades, como vemos abaixo:



FOTO 3 - Diplegia - Câmara arquivo; 2004

A paralisia cerebral espástica com hemiplegia (vide foto 4) causa comprometimento motor de um só lado do corpo. Crianças e adultos com esta condição motora caminham lentamente, vestem-se sozinhas, sentam-se, são relativamente independentes. Uma minoria apresenta crise convulsiva, deficiência visual ou auditiva. Possuem movimentos espontâneos reduzidos, apenas, no lado afetado, sendo o membro superior, geralmente, mais acometido. Usam mais o lado bom para realizar suas tarefas cotidianas e suprir suas necessidades de movimento. Apresentam excelente capacidade cognitiva, são participativas e algumas conseguem se comunicar, sem nenhum comprometimento na fala.

Apresentam uma condição motora mais favorável que a citada anteriormente como demonstra o quadro a seguir:



FOTO 4 – hemiplegia - Câmara arquivo 2004

A paralisia cerebral do tipo atetóide está presentes em 70% da população que apresenta o tipo espástico, pois ela ocorre de forma combinada, sendo conhecida também como atetóide mista. Esse comprometimento é caracterizado por movimentos involuntários, que podem ser rápidos demais ou lentos. Pode haver casos com deficiência visual e /ou auditiva, além de crises convulsivas nos primeiros anos de vida. O tônus é oscilante, podendo variar de um estado de tônus baixo anormal (hipotonia) para um estado de tônus elevado, também anormal (hipertonia). Essa oscilação de tônus ocorre quando essas crianças ou adultos se defrontam com ruídos intensos ou qualquer outro estímulos do meio ambiente que não façam parte de sua rotina. Essa variação de tônus pode levar a quedas da própria altura, conseqüentes de susto por barulhos do meio ambiente. É comum observarmos contrações faciais durante a fala, deficiência da audição e da fala, diminuição ou ausência do controle postural. As pessoas com paralisia cerebral do tipo atetóide caminham como se fossem cair, como se desequilibrassem o corpo durante qualquer movimento voluntário. Mas elas não caem. Deslocam-se, algumas vezes, de forma independente seja andando ou se arrastando. São alegres, comunicam-se

com dificuldade, no entanto, apresentam excelente capacidade cognitiva. São participativas, são inteligentes, integram-se socialmente. Porém, uma minoria, apenas, desta população freqüenta a escola, muito provavelmente, as que apresentam condições psicomotoras mais favoráveis. As demais, não encontramos nas escolas, talvez porque são mais dependentes e/ou apresentam outros comprometimentos associados.

A paralisia cerebral do tipo atáxica é mais rara, ocorrendo geralmente em consequência de traumatismo craniano, ou em estados como hidrocefalia não tratada ou mal controlada. É caracterizado por distúrbios do equilíbrio, com pouca fixação da cabeça, tronco, cinturas escapular e pélvica. Seus movimentos são voluntários, porém desajeitados ou desordenados. As crianças ou adultos acometidos têm falta de coordenação motora, não possuem movimentos de precisão das mãos, apresentam a caminhada desorganizada e o tônus muscular variável. São participativos, embora presente, na maioria dos casos, deficiência cognitiva. A comunicação oral pode ou não estar presente.

O último tipo, paralisia cerebral atônica ou hipotônica, acomete mais gravemente as pessoas, levando-as a um desenvolvimento sensório-motor e cognitivo bastante lento. Não ficam em pé ou caminham, pois não possuem condição de produzir força muscular necessária para movimentar os segmentos do corpo. São completamente dependentes de auxílio para as atividades cotidianas. Têm dificuldade para se alimentar e beber, pois não dispõem de força muscular necessária para realizar a sucção e a deglutição. Essas crianças dificilmente chegam à idade da adolescência, evoluindo para o óbito, em consequência de infecções cardiorespiratórias.

1.3 Características gerais

É sabido que a qualidade das interações proporcionadas a todas as crianças será determinante para seu desenvolvimento social, emocional e cognitivo. Em outras palavras, é sob a estrutura da interação e da progressiva socialização que se desenvolvem as primeiras aprendizagens sensoriais, motoras, lingüísticas, grafo-motrizes, perceptivas e conceituais. É com base nestas aprendizagens que a criança, numa fase seguinte, poderá ascender para a leitura, escrita e cálculo.

A criança e ou adulto com seqüela de paralisia cerebral pode apresentar disfunções de ordem motora, mental, perceptiva, de comunicação, como já descritos, envolvendo a linguagem, a atenção e a memória, resultando em dificuldades para a aprendizagem e para a integração com o meio em que vive. Nesse sentido, essas dificuldades tornam-se maiores quando associados a outras complicações neurológicas, dentre elas destacamos as crises convulsivas, por serem mais comuns. Segundo Aicardi (1992), 20 a 50% das crianças ou adultos com seqüela de paralisia cerebral sofrem periodicamente crises convulsivas⁷. As crises convulsivas podem surgir logo após o nascimento e serem extintas durante o período neonatal, ou recorrerem até os primeiros 10 ou 20 anos de vida e depois desta idade deixarem de ser constantes e não mais acontecer. Há casos, também, em que as crises convulsivas só aparecem pela primeira vez em um período mais tardio da vida, por exemplo, na fase pré-escolar, estando associado ou não à evolução de outros problemas neurológicos, agravando o quadro da paralisia cerebral. Quando não são tratadas, podem manifestar-se numa deterioração da capacidade cognitiva de forma progressiva, o que dificulta o processo de aprendizagem e interação social e justifica o fato de a criança, após intecorrências,

⁷ Trinta a 60% dessas crianças apresentam-se com paralisia cerebral do tipo espástica com hemiplegia; 50 a 90% com o tipo espástica com quadriplegia; 16 a 27% do tipo espástica, com diplegia e 23 a 26% distribuídos nos demais tipos de paralisia cerebral.

apresentar acentuação do atraso motor e/ou cognitivo (CRUICKSHANK & RAUS, 1995; MILLER ET AL., 2002).

É constatado que cerca de 65% de pessoas com paralisia cerebral que sofrem crises convulsivas apresentam, também, deficiência mental. Entretanto, embora o grau de deficiência mental esteja freqüentemente relacionado com a gravidade da deficiência motora, há variações de uma pessoa para outra e o desenvolvimento cognitivo é, freqüentemente, diferente de uma pessoa para outra (UMPHRED, 1994).

É importante ressaltar que mesmo em pessoas que não apresentam deficiência cognitiva, as incapacidades motoras, quando exacerbadas, impedem o processo de aprendizagem educacional, em consequência da falta de mobilidade a favor da vontade própria e da falta de experimentação do ambiente e do meio social. Assim, essas pessoas podem nos parecer com características de deficiência cognitiva, sem de fato a terem.

Considerando o aspecto emocional, tem sido constatado que as pessoas com seqüela de paralisia cerebral têm grande probabilidade de apresentar problemas comportamentais e emocionais, podendo chegar até a distúrbios psiquiátricos, caracterizados como conseqüentes do efeito que seus problemas neurológicos têm na sua limitação de vida e dificuldade de lidar com o meio ambiente, sobretudo a rejeição e subestimação das outras pessoas. Isto certamente influencia as reações de comportamento, tornando-se mais um agravante na exploração e integração ao meio social ou vice-versa.

Os problemas de comunicação que envolvem a fala e a linguagem também são proeminentes e contribuem para um desenvolvimento cognitivo pobre. É o que também percebemos com relação às disfunções, envolvendo perda ou diminuição da audição, além de comprometimentos dos mecanismos motores da

orofaringe e coordenação dos padrões da respiração, (LACERDA, 1993; FINNIE, 2000).

No que diz respeito a comprometimentos associados, as pessoas com seqüela de paralisia cerebral podem apresentar também dificuldades na capacidade de alimentação e deglutição, devido aos fatores aqui já mencionados, como, alteração do tônus, movimentos desorganizados entre outras alterações motora e mental associadas à disfunção do funcionamento dos órgãos fono-articulatórios. Em consequência dessas limitações, essas pessoas vivenciam menos a comunicação oral que as demais. Por isso é tão importante que aqueles que com elas convivem, façam com que as informações que chegam até elas tenham sentido e possam ser compreendidas, seja por gestos, sons, enfim, qualquer outra forma de comunicação. É comum pensar que, as pessoas com seqüela de paralisia cerebral, quando apresentam dificuldades para se comunicar, possuem deficiência mental associada, em função do esforço que elas demonstram, quando não conseguem compreender ou se fazerem entender.

Pessoas com quadro grave de paralisia cerebral com características de deficiência mental e movimentos involuntários demonstram maior dificuldade de interagir com objetos, como, brinquedos, quando crianças, e com atividades do cotidiano, quando adultos. Porém, convém lembrar que elas não estão totalmente limitadas, mesmo havendo esta sugestão pelas alterações apresentadas, a ponto de deixarem de ser participativas do meio pela intenção de realizar uma ação. Segundo autores como Braga (1995) e Levitt, (2001) a intenção de realizar a ação existe; o que pode não existir é a condição mecânica para sua realização. Para que haja a execução de uma ação, é necessário que as pessoas com seqüela de paralisia cerebral considerada grave consigam se fazer compreender, utilizando-se de alguma forma de expressão, ainda que não seja a comunicação oral. Ou seja, essas

peças podem não ter coordenação para realizar de forma harmoniosa a comunicação verbal, mas não há comprovação na literatura que nos certifique de que elas não estão, por isso, compreendendo o que ocorre no meio, ainda que esta compreensão ocorra de forma restrita, deficiente.

Vale ressaltar que o desenvolvimento da linguagem destas crianças dependerá muito das possibilidades que elas venham a ter na interação com o meio social e dos recursos tecnológicos existentes que possam viabilizar sua comunicação. É interessante lembrarmos que Vygotsky (1964 apud LEVY, 2002) admite que as leis que fundamentam o desenvolvimento são as mesmas, tanto para as crianças ditas normais como para as crianças com qualquer deficiência. O autor acrescenta, ainda, que as funções do desenvolvimento cognitivo da criança aparecem primeiramente no plano social para, depois, aparecerem no psicológico. Nesse sentido, há a necessidade de se favorecer a criança com seqüela de paralisia cerebral a interagir com o meio social. Assim, ela terá a oportunidade de vivenciar as construções do período sensório-motor, o que favorecerá o aparecimento e, conseqüentemente, o enriquecimento da linguagem.

Para autores como Finnie (2000) e Piaget (1980), as experiências sensório-motoras são básicas para o desenvolvimento da linguagem e da cognição. Nas crianças com seqüela de paralisia cerebral, tanto os esquemas sensório-motores, quanto os perceptivos estão ausentes ou diminuídos, o que é fator determinante do atraso no desenvolvimento do pensamento representativo e do simbolismo, afetando, assim, conseqüentemente, o desenvolvimento da linguagem. Portanto, lembramos uma vez mais que a pessoa com seqüela de paralisia cerebral manifesta uma deficiência no desenvolvimento cognitivo e lingüístico, muitas vezes, como conseqüência das alterações motoras, que limitam as experiências que deveriam ser vivenciadas em cada idade (MILLER ET AL., 2002).

É importante, também, assinalar que a deficiência motora, quando se apresentam de forma grave, tornam quase impossível a avaliação da capacidade intelectual destas pessoas. Em outras palavras, é muito difícil criar atividades que elas possam desenvolver de modo a permitir a avaliação dos seus potenciais intelectuais. A falta de coordenação motora e a falta de habilidade para manipular objetos fazem com que elas tenham muitas dificuldades para realizar a parte dos testes de avaliação da capacidade intelectual (SANVITO, 1997; COSTA ET AL., 2004).

Nesse caso, se a pessoa com seqüela de paralisia cerebral não é capaz de construir um destes padrões, não é possível determinar se a dificuldade encontrada é devido à inadequação do material de teste ou à falta de capacidade intelectual da mesma, como consequência da paralisia cerebral. Esta situação não difere do que ocorre no processo de avaliação de sala de aula, onde os alunos com paralisia cerebral são considerados, muitas vezes, como deficientes mentais, ou com um déficit cognitivo menor do que o real, não se pensando que talvez o problema esteja na dificuldade de o profissional avaliá-los (LIMA, 2004).

Tradicionalmente, a avaliação da capacidade intelectual tem sido realizada através de testes psicométricos e de inteligência padronizados. No entanto, estes testes não podem ser utilizados como o único parâmetro para diagnóstico da possível presença de deficiência mental ou capacidade cognitiva baixa, uma vez que medem apenas um grupo limitado de funções cognitivas. A escolha indevida do teste ou se o mesmo não for adequadamente aplicado, pode trazer resultados equivocados, acarretando problemas para a abordagem médica e educacional destas pessoas (PRIETO & MUÑIZ, 2001; WECHSLER, 2001).

Dignos de nota são os poucos estudos publicados que apresentam avaliação da capacidade cognitiva em casos de pessoas com seqüela de paralisia

cerebral -- avaliação de QI -- e não há testes padronizados específicos para tal. A solução encontrada tem sido a adaptação de material desenvolvido para a avaliação da capacidade cognitiva de pessoas ditas “normais”. Assim, os testes que envolvem a construção de padrões são convertidos para testes de múltipla escolha, para facilitar sua aplicação na pessoa com seqüela de paralisia cerebral. Outra solução tem sido o uso de somente algumas partes de um teste, por exemplo, só a parte verbal. Estas alternativas têm sido criticadas pelo fato de não avaliarem todas as modalidades da capacidade cognitiva, além de não permitirem observar o processo de resolução do teste. Assim, é provável que a avaliação, através destes testes adaptados, possa levar à formação de uma visão pobre da capacidade intelectual da pessoa com seqüela de paralisia cerebral.

Diante disto, não há uma prática significativa na aplicabilidade desses testes, contudo alguns autores como Almeida (2001); Pasquali (2001); Noronha, Sartori, Freitas e Ottati (2001), entre outros, referem-se a alguns dos testes psicométricos como importantes, por serem possíveis de serem aplicados, desde que adaptados ao grau de dificuldade sensório-motora da pessoa com seqüela de paralisia cerebral, para verificação de sua capacidade cognitiva, como medida para um reconhecimento mais profundo das suas possibilidades de participação e interação no meio social.

Considerando alterações neurológicas das pessoas com paralisia cerebral, convém destacar que, além dos comprometimentos motores citados, é freqüente a presença de incontinência urinária, sobretudo em pessoas com déficit cognitivo acentuado. Isto ocorre devido à disfunção no trato urinário inferior, o que via de regra dificulta sobremaneira a sua interação social e conseqüentemente a sua inclusão escolar.

Como vimos neste capítulo, muitos são os comprometimentos causados pela paralisia cerebral. Após sua fase aguda, ou seja, a fase de agressão sofrida pelo cérebro nos períodos intra ou extra-uterino até a idade de três anos de vida, a pessoa apresenta seqüelas que podem ser motoras, sensoriais e/ou cognitivas que influenciam significativamente seu desenvolvimento durante a primeira infância. Passado esse período, surgem outros problemas de ordem social e que estão diretamente ligados aos preconceitos e as concepções estabelecidas ao longo da história de vida de cada um de nós e que irão influenciar diretamente esses alunos com necessidades educacionais especiais, no processo de inclusão escolar.

No próximo capítulo, faremos uma abordagem sobre pontos relevantes que envolvem a concepção de doença, saúde, estigmas, deficiência e Incapacidade.

CAPÍTULO 2

DOENÇA, DEFICIÊNCIA OU INCAPACIDADE?

Para enriquecer a compreensão sobre o objeto de estudo dessa pesquisa, optamos por iniciar esse capítulo fazendo algumas considerações sobre as concepções de saúde e doença, uma vez que é muito comum que se estabeleça uma relação entre a pessoa que apresenta uma disfunção motora, sensorial e/ou cognitiva com um estado de doença, o que nem sempre corresponde a uma situação real. Num segundo momento, estaremos discutindo mais sobre a questão da deficiência e o processo de inserção do aluno com necessidades educacionais especiais no ensino regular, particularmente, do aluno com seqüela de paralisia cerebral.

2.1 Saúde e Doença

Vários conceitos têm sido formulados sobre saúde, como: "Saúde é o silêncio dos órgãos". "Saúde é a harmonia de forças contrapostas". "Saúde é a ausência de sofrimento na esfera física e psíquica". "Saúde é a manifestação da vida". "Saúde é o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal", entre outros (VIANNA, 1989; SANVITO, 1997; LEVY, 2002). Todavia, os manuais geralmente definem a saúde como ausência de doença e vice-versa.

No entanto, na Carta da Organização Mundial de Saúde, aprovada em 1948, está explicitado que: "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade". Lembramos que o ambiente social representa um fator de interação contributivo, favorável ou

desfavorável ao estado de saúde. Nesse sentido, nem sempre uma ausência de "completo bem-estar" indica a existência de um problema de saúde.

Sabemos que existem numerosas dificuldades para a elaboração de uma definição satisfatória de saúde. Contudo, antes de qualquer formulação conceitual neste sentido, é importante distinguir os significados do termo saúde, quando compreendido no sentido dinâmico ou no sentido estático. No primeiro caso, a saúde representa um processo favorável de interação entre os fatores pessoais e ambientais, e no segundo, a palavra saúde expressa uma determinada situação de bem-estar em que se encontra uma pessoa num dado momento. De acordo com essa concepção, a saúde poder ser assim compreendida como um processo de completa adaptação da pessoa ao meio ambiente, manifestado pela preponderância dos mecanismos de defesa do organismo (baseado no conceito dinâmico). Ou então pode ser um estado de vida plena, manifestada pela supremacia dos mecanismos de defesa do organismo (baseado no conceito estático) (VIANNA, 1989).

É comum no meio médico a dicotomização da saúde em saúde física e saúde mental, como também são freqüentes as expressões: saúde dos rins, do coração, dos pulmões, etc. Entretanto, devemos compreender que a saúde é um bem da pessoa e não de partes, de órgãos ou funções.

O pensamento positivista, com certeza, exerceu enorme influência nas concepções modernas sobre a saúde e a doença, pois, a partir do conhecimento alcançado pela medicina sob essa relação, desenvolveram-se algumas teorias. Embora não seja nossa intenção focar as teorias existentes sobre saúde e doença, convém lembrar que Durkheim (1970 apud GARCIA, 1999.) pergunta como estabelecer critérios para definir os dois estados e, para sua resposta, utiliza a oposição saúde-doença. Os critérios habitualmente utilizados para a determinação

da doença, segundo o autor, são o sofrimento e a dor; no entanto, reconhece que estados de sofrimento, como a fome, a fadiga e o parto são fenômenos normais que levam ao estado de sofrimento, mas não são consideradas doenças.

No sentido literal, doença significa falta ou supressão da saúde; moléstia, mal, enfermidade. Selye (2001, p. 131) nos diz que:

Há vinte e quatro séculos, Hipócrates o pai da medicina, dizia na Grécia a seus discípulos que a doença não é apenas sofrimento (pathos), mas também instrumento (pónos), isto é, a luta do corpo para restabelecer a normalidade.

Ressaltamos, portanto, que nem todas as alterações das condições normais do corpo são doenças. Somente por ter perdido uma perna na infância um homem não será um doente toda a sua vida. Pode ser uma pessoa considerada socialmente como “diferente”, contudo gozar de perfeita saúde, a despeito de sua *deficiência física*. Outro exemplo é um bebê que sofre na hora do parto uma lesão cerebral não progressiva. Ele pode ter o cérebro comprometido pela paralisia cerebral e não ser, por isso, considerado por toda a sua vida como uma pessoa doente, anos após. Essa pessoa pode vir a ter uma vida social dentro dos padrões de normalidade, como, estudar, trabalhar, praticar esportes, enfim, viver de forma independente e saudável sem que haja nenhuma alteração de suas funções orgânicas, muito embora seja considerado clinicamente como uma pessoa que apresenta paralisia cerebral. Queremos dizer, que a paralisia cerebral em fase crônica não deve ser considerada como doença. As alterações sensório-motoras e/ou cognitivas que estão presentes na pessoa devem ser caracterizadas apenas como seqüelas da paralisia cerebral.

A luta há muito foi perdida e agora reina a paz no corpo, ainda que seja um corpo deformado. O próprio conceito de doença pressupõe um choque entre forças agressivas e nossas defesas (SELYE, 2001, p.135).

Neste contexto, a doença deve ser compreendida como uma sucessão de interações desfavoráveis entre os fatores pessoais e ambientais, cujos resultados se manifestam sob os mais diferentes aspectos, alterando a função, a forma e a composição do organismo. A doença acomete o organismo por inteiro, incide sobre a pessoa e se expressa nos órgãos ou partes do corpo. Deste modo, a doença poderia ser assim definida: Doença é um processo negativo de adaptação da pessoa ao meio ambiente, manifestado pela preponderância dos fatores desfavoráveis, em interação com os mecanismos de defesa do organismo.

Assim, as pessoas com seqüela de paralisia cerebral, desde que não haja outras manifestações, como complicações neurológicas secundárias à paralisia cerebral, não pode ser vista como uma pessoa doente, se há adaptação desta pessoa com o meio ambiente. Lembramos, como já mencionado que a saúde é um bem da pessoa e não de partes, de órgãos ou funções. A adaptação a qual nos referimos, advém do bem-estar físico e social. Uma pessoa com seqüela de paralisia cerebral pode ser participativa e estar integrada no meio em que vive. É certo que as manifestações orgânicas não controladas para promover tal adaptação ao meio podem influir e tornar realmente essa pessoa doente. Um exemplo disto são as complicações respiratórias, como, pneumonias a que estão predispostas as pessoas com seqüelas de paralisia cerebral, ou ainda, as constantes crises convulsivas, que caracterizam a cada crise maior dano cerebral.

Para Leriche, (apud DELAY & PICHOT, 1973, p. 25):

A doença pode ser definida de três modos: certo estado do corpo certo interpretação do médico, certo estado de consciência do doente. Sob o ângulo psicológico, a doença é percebida como um estado negativo. Enquanto a consciência da saúde se exprime fenomenologicamente em um sentimento de segurança, o da doença é feito, por um lado, de sofrimento, e por outro, de um sentimento de fraqueza. O que é essencial nesse estado é a ansiedade das conseqüências do momento presente, da possibilidade de complicações; é a presença de ameaças de novos

sofrimentos e, talvez, de destruição. O diagnóstico e o prognóstico do médico terão duas funções contraditórias: são um perigo na medida em que confirmam o estado de doença, e são uma esperança, porque só o médico é capaz de trazer um auxílio.

Entretanto, a doença não deve ser compreendida como a "fotografia" de uma situação, mas como o "filme" de um processo da interação desequilibrada entre o corpo doente e o meio, por haver diversos outros envolvimento, como fatores emocionais, grau da doença, conjunto de sinais e sintomas, entre outros, ao passo que o estado de doença expressa a situação de sofrimento em que pode se encontrar a pessoa. Portanto, considerando, o foco da nossa pesquisa, ou seja, a pessoa com paralisia cerebral, não nos parece adequado caracterizá-la como pessoa doente. Ao contrário, o conceito dinâmico de saúde nos parece mais conveniente para pessoas que apresentem seqüelas de ordem motora, cognitiva e/ou sensorial, pois esses indivíduos se adaptam ao meio ambiente, de acordo com as suas condições, sobretudo quando as deficiências associadas não modificam o funcionamento dos mecanismos de defesa do organismo.

2.2 Deficiência e estigma

Quando nos referimos à deficiência, relacionamos um conjunto de alterações sensoriais, motoras e cognitivas que podem estar presentes, de forma mais ou menos acentuada. Todavia, lembramos que muitos são os olhares para essas deficiências. Todos nós temos um conjunto de peculiaridade que nos tornam, sob vários aspectos, diferentes das outras pessoas. E é esse conjunto de características individuais que nos permitem formas de pensar, agir e sentir, tornando-nos singulares, únicos na nossa existência, possuidores de uma identidade pessoal.

Ao olharmos para um grupo de pessoas reconhecidas socialmente como “normais”, ou seja, com saúde, e percebemos que uma delas tem alguma deficiência, esta logo chama a atenção e passa a ser considerada como uma pessoa doente. Em outras palavras, essa *diferença* destaca aquele indivíduo em relação ao restante do grupo e o torna doente aos olhos dos demais, seja pela aparência física, pela forma de comunicação ou pela utilização de um suporte como bengala ou cadeira de rodas. Essas *diferenças* em relação às outras pessoas passam a ser consideradas, portanto, suas características pessoais. E esse é o ponto em que nos deteremos neste texto.

Discutindo a questão das diferenças, Manzini e Simão (1993, p. 25) afirmam que:

[...] o diferente seria então aquele que não se encaixa nos padrões gerais, pois sua forma de falar, andar, pensar desvia-se das normas: ele “possui algo” ou “algo lhe falta” e, em consequência, ele é diferente dos outros. Esse algo se transforma em uma palavra que irá designar a pessoa, ou seja, num rótulo. Nessa rotulação a pessoa perde sua identidade individual enquanto percebida pelos outros e é inserida num grupo que é marginal com referência aos padrões valorizados: torna-se o deficiente.

Em relação à identidade pessoal do indivíduo com deficiência Goffman (1985, p. 67), refere:

[...] pressuposição de que a pessoa com deficiência pode ser diferente de todos os outros e que em torno desses meios de diferenciação podem se apegar e entrelaçar uma história contínua e única de fatos sociais que se torna, então, a substância pegajosa a qual vem-se agregar outros fatos biográficos.

Para Omote (1994), algumas *diferenças* se destacam porque qualquer um pode prontamente descrevê-las verbalmente e conferir-lhes significações consagradas. A partir das *diferenças* que promovem uma nova identidade pessoal para a pessoa com deficiência, nascem as concepções preconceituosas,

conhecidas como estigmas. Este aspecto é ressaltado também por Goffman (1988), quando lembra que “a visibilidade é um fator crucial, já que é através de nossa visão que o estigma dos outros se torna mais evidente, com maior freqüência” (p. 58).

Vale observar que a manipulação do estigma não é influenciada pelo fato de conhecermos ou não a pessoa estigmatizada. As concepções sobre a pessoa deficiente e sobre a deficiência se formam a partir das representações que retratam a realidade comum de um grupo social.

Para Mendes (2003) essas concepções estão relacionadas ao processo de construção do conhecimento sobre deficiência. A autora define o termo “concepção” como produto ou conjunto de informações acumuladas, em nível pessoal, social ou cultural, que possibilitam à pessoa, grupo ou cultura, explicar como o fenômeno é determinado, além de especificar quais são as características diferenciadoras das pessoas “deficientes” e os problemas que a própria deficiência acarreta.

Nas últimas décadas observamos uma evolução no que diz respeito ao estudo das concepções sobre a condição de deficiência. Essa evolução vem ocorrendo à medida que a mesma deixa de ser vista como um atributo das pessoas, passando a ser analisada, também, sob uma perspectiva sócio-cultural. (MANZINI AT AL., 1993).

Em 1963, Goffman referia-se à deficiência como “responsável por estigmatizar o deficiente como uma pessoa desacreditável” (apud, GOFFMAN, 1988, p. 58). Esta situação, ao longo dos anos, não sofreu muita modificação, pois ainda interpretamos a pessoa com deficiência como uma pessoa desacreditável, baseando esse descrédito na aparência física que ela apresenta, ou ainda, pela utilização de recursos como cadeira de rodas ou a necessidade de qualquer outro acessório.

A criança ou pessoa adulta com seqüela de paralisia cerebral traz o estigma de pessoa desacreditável. Quando as ouvimos falar, observamos o caminhar e o gesticular, verificamos que essa constatação de comportamento *diferente* acaba muitas vezes lhes tirando o crédito para a realização de uma tarefa. Assim, consideramos relevante a aproximação e a convivência com a pessoa com deficiência, embora saibamos que isso pode desfazer ou acentuar o estigma (GOFFMAN, 1988, p. 61).

[...] há uma idéia popular de que embora contatos impessoais entre estranhos estejam particularmente sujeitos a respostas estereotípicas, na medida em que as pessoas relacionam-se mais intimamente essa aproximação categórica cede, pouco a pouco, à simpatia, compreensão e à avaliação realística de qualidades pessoais. Embora um defeito como a desfiguração facial possa repelir um estranho, as pessoas íntimas presumivelmente não seriam afastadas por tal motivo.

Verificamos que as crianças ou adultos com seqüelas de paralisia cerebral demonstram capacidades funcionais cotidianas para com aqueles com quem convivem, no entanto, por realizarem essas atividades mais lentamente acabam sendo privados de cumpri-las, em virtude do grau de dificuldades que apresentam para realizá-las. Este fato reforça o estigma de incompetência, leva à dependência e reforça a deficiência, assim como também pode estimular a superproteção da família ou dos que estão mais próximos. Por outro lado, ao estarmos próximos dessas pessoas com deficiências, inclusive, com seqüelas de paralisia cerebral damos-nos a oportunidade de aprender sobre suas dificuldades, necessidades e capacidades, o que acreditamos descaracterize parte desse estigma, modificando nosso pensamento e comportamento diante delas.

2.3 Deficiência ou Incapacidade? O que diz a Legislação

Falar ou escrever sobre saúde, doença, deficiência, pessoa deficiente e estigma ficaria incompleto, se deixássemos de vinculá-los as implementações da Legislação brasileira que estabelece conceitos gerais sobre em quais condições a Lei designa os termos “deficiência” e “incapacidade”.

A Legislação brasileira define, em diversos documentos, o que é deficiência, através do *Decreto nº 3298* de 1999 que Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispondo sobre a *Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando as normas de proteção, dando outras providências*. Este documento, no artigo 3º, inciso I, conceitua deficiência como:

Toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

No inciso III desse mesmo documento, incapacidade tem a seguinte definição:

Uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Considerando o que diz a legislação sobre deficiência e incapacidade, há clareza no sentido que devemos considerar deficiente qualquer pessoa que apresente sinais de incapacidade para desenvolver suas atividades. No entanto, esta clareza se perde, quando acrescenta que existe um padrão para o

reconhecimento de normalidade e não explica o que é reconhecido pela Lei como padrão de normalidade. Por outro lado, em seguida, diz que incapacidade é uma redução, ou seja, uma diminuição da capacidade de realizar uma atividade como uma pessoa normal, que só pode ser possível com a utilização de recursos adaptados. Se pensarmos que, ao utilizarmos esses recursos, as atividades serão realizadas pela pessoa com deficiência de forma adaptada às suas condições sensoriais, físicas e cognitivas, estaremos, portanto, observando que a incapacidade não existe, pois o objetivo, a atividade, foram cumpridos, embora sua realização tenha ocorrido de forma diferente do convencional, da forma que a sociedade reconhece como normal.

Nesse sentido, essa discussão nos permite uma reflexão sobre algumas incoerências apontadas pela Legislação, quando conceitua deficiência e incapacidade, associando-as a não-possibilidades na realização de tarefas. Nos dois aspectos ela reforça o estigma de anormalidade, acentuando velhas concepções sobre o *diferente*, induzindo-nos a pensar que as deficiências são sinônimas da incapacidade.

Ainda nessa abordagem, segundo transcrição de partes do relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), da ONU, para o ano de 2001, o termo deficiência é designado para toda pessoa em estado de incapacidade de prover por si mesma, no todo ou em parte, as necessidades de uma vida pessoal ou social normal, em consequência de uma deficiência congênita ou não e de suas faculdades físicas ou mentais.

Convém lembrar que incapacidade pode ser pensada como a ausência de capacidade para realizar uma ou mais funções sensório-psico-motoras, porém, os documentos referidos generalizam a incapacidade, dizendo que toda pessoa com deficiência é considerada incapaz, mesmo que ela realize parte de suas funções.

Acreditamos que esse termo seria mais bem empregado se focássemos esse estado de incapacidade exatamente na deficiência existente. Como exemplo, no caso da pessoa com deficiência visual, sua incapacidade está em enxergar, porém isto não a torna incapaz para realizar outras funções que não exijam o uso da visão. Da mesma forma, uma pessoa com seqüela de paralisia cerebral que não fica sentada ou de pé sem apoio apresenta incapacidade para tal função motora. Todavia, quando colocada sentada com apoios (adaptações) convenientes a sua necessidade física, essa incapacidade deixa de existir e ela adquire capacidade para realizar suas atividades.

Finalizando, ao pensarmos na pessoa com deficiência como possuidor de incapacidade, estamos tornando invisíveis, ou fechando nossos olhos para as potencialidades. As adaptações necessárias são convenientes para que essas pessoas realizem suas atividades, isso sabemos. Porém, é preciso que mudemos nossa forma de olhar e não julguemos como incapazes aqueles que apresentam necessidades diferentes para ascender. As adaptações quando indicadas e utilizadas adequadamente, permitem à pessoa com deficiência realizar suas tarefas e ser independente, descaracterizando a incapacidade que julgamos existir.

CAPÍTULO 3

EDUCAÇÃO: DO MODELO CLÍNICO AO MODELO EDUCACIONAL

A Educação Especial, de uma forma geral, vem gerando possibilidades de participação social das pessoas com deficiência física, mental e/ou sensorial. Embora saibamos das necessidades de ajustes do sistema educacional às condições das pessoas com necessidades educacionais especiais, não podemos negar os benefícios sociais que o processo inclusivo traz como resultado, desde que bem instrumentalizado e operacionalizado.

Não devemos esquecer que é ainda recente o conhecimento e a prática da proposta inclusiva e que fazemos parte de uma sociedade presa a concepções tradicionais e preconceituosas que sobreviveram e se fortaleceram com o passar dos anos. Hoje, é difícil vencer essa barreira. Todavia, acreditamos que as mudanças na área da Educação Especial estão ocorrendo, por isso propomos uma rápida trajetória, apontando alguns momentos de transformação na educação.

3.1. Educação Especial

Até aproximadamente metade da década de 70, os atendimentos da área de educação oferecidos às pessoas com necessidades educacionais especiais seguiam o modelo médico ou clínico. As clínicas, os hospitais, os consultórios particulares, prescreviam medicações, tratamentos e orientações que atendiam às necessidades orgânicas dessa população específica, mesmo que suas dificuldades fossem na área educacional. Alguns estabelecimentos de saúde passaram a inserir pequenas salas de aula, que reuniam grupos de pessoas com deficiência para realizar atividades pedagógicas como forma de tratamento. A equipe médica estava

mais próxima das necessidades dessas pessoas, conheciam suas condições sensoriais, motoras e cognitivas para as quais indicavam medicação. Todavia, a atenção dos médicos se voltou para a necessidade dessas pessoas de escolarização. Como lembra Fernandes (1999), os médicos foram os primeiros a despertar para a necessidade de escolarização dessa clientela que se encontrava “misturada” nos hospitais psiquiátricos, sem distinção de idade, principalmente no caso da deficiência mental.

Em instituições especializadas, os atendimentos eram organizados com base em um conjunto de terapias individuais: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, psiquiatria, pedagogia-terapêutica, terapia ocupacional, entre outros. A escolarização, quando havia, era vista como uma espécie de atendimento em pequenos grupos, sem a preocupação de seguir um planejamento para favorecer a aprendizagem de forma seqüenciada (GLAT, PONTES, FERNANDES, ORRICO, 2005, no prelo).

Em instituições especializadas ou em classes especiais a segregação conseqüente da formação de grupos isolados de pessoas com deficiências em salas de aula estimulavam o preconceito e a invisibilidade desse público.

O paradigma predominante era o da “normalidade”, partindo-se como parâmetro, de um modelo ideal de ser humano “saudável”, buscando-se a “recuperação” ou “compensação” daqueles cuja deficiência levava à atenção dos especialistas. Dessa forma, o pedagogo era o profissional que iria compensar ou recuperar as funções intelectivas deficitárias, da mesma forma que o fonoaudiólogo compensaria ou recuperaria a linguagem do surdo, e fisioterapeuta a mobilidade do deficiente físico (GLAT ET AL., 2005, no prelo).

O pedagogo tinha, portanto, a responsabilidade de tratar da função cognitiva da pessoa que apresentava-se doente. Ainda que essa doença se retratasse pela deficiência.

Lembramos que foi um marco histórico decisivo no Brasil a criação do CENESP (Centro Nacional de Educação Especial), em 1973, que institucionalizou a Educação Especial em termos do planejamento de políticas públicas, ao mesmo tempo em que iniciou a implantação de subsistemas de Educação Especial nas diversas redes públicas de ensino, através da criação de escolas e classes especiais, bem como de projetos de formação de recursos humanos especializados, inclusive no exterior (FERREIRA & GLAT, 2003). Os serviços públicos eram prestados através das escolas regulares, que ofereciam classes especiais para o atendimento dos deficientes. Nesse período muitas foram as mudanças na educação.

Na década de oitenta, o então Centro Nacional de Educação Especial - CENESP define a integração como um dos princípios básicos da Educação Especial. Assim, os alunos com necessidades educacionais especiais eram submetidos, a uma avaliação diagnóstica de suas condições físicas, sensoriais e cognitivas, cujos resultados serviam para indicá-los para escolas especializadas ou classes especiais, caracterizando a prática segregadora. Os alunos eram selecionados de acordo com o grau de capacidade que possuíam para aprender e eram colocados em salas de aula que acabavam se transformando em “depósitos” de crianças com deficiências diversas. Pode-se dizer que, de certa forma, a Educação Especial tornou-se “cúmplice” do processo de “medicalização” do fracasso escolar (FONSECA, 1995; FERNANDES, 1999, 2000; PATTO, 2000, apud GLAT AT AL., 2005 no prelo).

Apesar disso, a Educação Especial permitiu mudanças significativas que favoreceram a aprendizagem de crianças prejudicadas sem capacidade para tal, responsabilizando-se, inclusive, pela mudança do “modelo médico” para “modelo educacional”, como lembra Glat (1998). Conseqüentemente, a deficiência deixou de ser vista, ainda que não integralmente, como um estado de doença, resultando em atendimento educacional mais direcionado para desenvolver e estimular a aprendizagem e não mais como tratamento. Porém, mesmo diante dos resultados e das mudanças, a Educação Especial era considerada como forma segregadora, tendo questionado, política e socialmente, as características estigmatizadas e marginalizadas, assumidas pelas pessoas com deficiências.

Com o passar dos anos, a Educação Especial foi se destacando através da utilização de novos recursos e métodos de ensino. Os movimentos sociais das décadas de 70 e 80 foram os percursos da conquista dos direitos humanos, o que ocasionou as transformações das políticas públicas, gerando, em muitos países, mudanças significativas referentes ao atendimento educacional da pessoa com deficiência. Sob esse aspecto, a Constituição Federal de 1988, no Artigo 208, prescreve a inserção de todos os alunos com deficiência na escola, preferencialmente no sistema da rede regular de ensino (GLAT ET AL., 2005 no prelo).

Nesse período de transição social, quando surgiram novas idéias desencadeadas pelo estímulo dos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, nasceu a busca por alternativas pedagógicas que permitissem a inserção dos alunos com necessidades educacionais especiais junto com os demais no ensino regular, fomentando a proposta de Educação Inclusiva, que diz que todas as escolas devem se adaptar para atender a todos os alunos, indiscriminadamente, assumindo uma postura educacional social inovadora. Considerando essas

mudanças, lembramos que a Educação Inclusiva em suas diversas interpretações e modalidades é hoje a diretriz principal das políticas públicas educacionais tanto em nível federal, quanto estadual e municipal (FERNANDES, 1999; GLAT & NOGUEIRA, 2002; FERREIRA & GLAT, 2003).

Neste contexto, os alunos com deficiência podem beneficiar-se do ambiente integrador das escolas regulares e das vantagens que a inclusão oferece. Todavia, ressaltamos que existem resistências por parte de alguns profissionais da educação, sob a alegação de não se sentirem preparados para a inclusão; de não possuírem material pedagógico adaptado; das condições arquitetônicas não serem favoráveis a esse público; do número excessivo de alunos matriculados por turma, entre outros fatores. Estes pontos, certamente, influenciam negativamente na proposta inclusiva.

Todas as conquistas no campo educacional merecem o nosso reconhecimento, porém, ainda vemos em salas de ensino regular a invisibilidade do aluno com necessidades educacionais especiais, particularmente, do aluno com seqüela de paralisia cerebral, foco deste estudo, cujo professor deixa de atender às suas necessidades básicas relacionadas à aprendizagem, possivelmente, por desconhecer o grau de comprometimento sensório-motor Do aluno, resultando numa inclusão fragmentada, lembrando a exclusão e a segregação tão questionadas em outras circunstâncias da trajetória da Educação Especial.

3.2 Integração e Inclusão escolar

Em termos gerais, a Educação Inclusiva propõe o atendimento de alunos com necessidades educacionais especiais em classes regulares, garantindo-lhes as especificidades necessárias. Um dos documentos que lançou os princípios fundamentais da Educação Inclusiva é a Declaração de Salamanca. Esta é, ao

mesmo tempo, uma declaração de direitos e uma proposta de ação que surgiu na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativa Especiais, patrocinada pela UNESCO e o Governo da Espanha, em junho de 1994, em Salamanca, na Espanha.

A Educação Inclusiva parte do pressuposto de que todas as crianças podem aprender, podem se socializar e participar das atividades que compõe o cotidiano escolar, no qual devem ser respeitadas, as suas *diferenças*. No entanto, na prática pedagógica, observamos que os princípios da inclusão escolar nem sempre estão voltados para as peculiaridades que envolvem o aluno com necessidades educacionais especiais, pois sabemos que existem deficiências que de fato impedem o aprender de forma “igual”. Neste caso, estamos nos referindo, por exemplo, ao aluno com deficiências associadas a outras complicações, que apresenta, por isto, um conjunto de comprometimentos orgânicos, como é o caso de algumas pessoas com seqüela de paralisia cerebral. Muitas vezes esse aluno é inserido no ensino regular sem ser, de fato, agregado ao conjunto de atividades pedagógicas oferecidas para a classe. Vale ressaltar que essa exclusão não ocorre somente com esse universo de alunos. As pessoas com necessidades educacionais especiais não são as únicas excluídas, o que faz com que a noção de Educação Inclusiva tome maiores dimensões (GLAT & OLIVEIRA, 2003).

As mesmas autoras se referem a dois modelos de inserção do aluno com necessidades educacionais especiais no ensino regular: um diz respeito à integração, e outro à inclusão:

No primeiro modelo, denominamos de *integração* que começou a ser implementado no Brasil desde o final da década de 70, os alunos com necessidades especiais, geralmente oriundos do ensino especial, são inseridos na sala regular na medida em que demonstrem condições para acompanhar a turma, recebendo atendimento especializado paralelo, em horário alternativo, individualmente ou em salas de recursos. No segundo modelo, *inclusão* propriamente dita, esses alunos, independente do tipo ou

grau de comprometimento, devem ser matriculados diretamente no ensino regular, cabendo à escola se adaptar para atender às suas necessidades na própria classe regular (p.12).

A integração escolar é um processo gradual e dinâmico que pode tomar distintas formas, segundo as habilidades e performances dos alunos. Refere-se ao processo de escolarização no mesmo grupo, de alunos com e sem necessidades educacionais especiais, durante um período ou a totalidade de sua permanência na escola, dependendo das condições de acompanhamento da classe escolar.

A viabilidade da inclusão dos alunos com necessidades educacionais especiais no sistema regular de educação requer o provimento de condições básicas, como, reformulação de programas educacionais, formação permanente dos educadores, conhecimento das peculiaridades das deficiências, dentre outras coisas, ou seja, o princípio da inclusão, como vimos, consiste na igualdade de direitos, privilégios e deveres, participação ativa e interação social em ambiente o menos restritivo possível, respeitando-se as *diferenças* individuais.

No entanto, para que isso aconteça, é necessário fomentar modalidades educacionais condizentes com as necessidades e interesses dos educandos. Além disso, a formação dos educadores deverá enfatizar amplos princípios e processos de ensino/aprendizagem, retirando o caráter meramente tecnicista e instrumental das metodologias e procedimentos didáticos. Em outras palavras, o olhar do professor deve ser humanizado e voltado para as singularidades, tornando-se necessário desmontar e desaprender estereótipos, preconceitos, mitos e outros construtos elegidos pelo imperativo da segregação e exclusão daqueles considerados *diferentes* ou sem potencialidade para aprendizagem.

Por outro lado, estamos conscientes de que a falta de condições e recursos adequados ao atendimento das necessidades educacionais especiais dos

educandos, associada a uma formação segmentada dos educadores, justifica o despreparo, mobilizando mecanismos de resistência e desinteresse. Acreditamos, já que esta é uma realidade, que a escola deve propor alternativas e soluções, instrumentalizando-se de todas as formas, para lidar com as *diferenças*.

Na escola inclusiva, a diversidade deve ser valorizada como meio de fortalecer a turma e oferecer a todas as pessoas com deficiências maiores oportunidades para a aprendizagem. É onde os alunos são aceitos, pertencem àquele espaço, onde todos são ajudados por seus colegas e pelos que fazem parte da comunidade escolar, para que suas necessidades educacionais sejam satisfeitas. Nesse sentido, uma escola inclusiva é, portanto, aquela que educa todos os alunos em salas de aula regulares e onde esses alunos recebem oportunidades educacionais desafiadoras, mas adequadas às suas habilidades e capacidades de aprendizagem (ARANHA, 2000).

Os profissionais da escola devem ser capacitados para lidarem com a diversidade, como referem Glat e Oliveira (2003, p. 24):

[...] Inclusão, portanto, não significa, simplesmente matricular os educandos com necessidades especiais na classe comum, ignorando suas necessidades específicas, mas significa dar ao professor e à escola o suporte necessário à sua ação pedagógica.

Autores como Bueno (1999), Glat (1998), Glat e Nogueira (2002), Goffredo (1992), Mazzotta (2001), entre outros, consideram que uma das dificuldades para a efetivação da proposta inclusiva é, sem dúvida, como já mencionado, o despreparo dos professores do ensino regular, para receberem em suas salas de aula alunos com necessidades educacionais especiais.

Considerando os educadores, para Bueno (1999) aponta que a educação inclusiva envolve dois tipos de formação profissional docente: professores

“generalistas” de o ensino regular, com um mínimo de conhecimento e prática sobre alunado diversificado; e professores “especialistas” nas diferentes "necessidades educativas especiais", quer seja para atendimento direto a essa população, quer seja para apoio ao trabalho realizado por professores de classes regulares que integrem esses alunos.

Ainda nesse contexto, o professor “especialista” age, de acordo com o conhecimento que adquiriu, somado a sua prática cotidiana, que ele vai construindo ao longo dos anos, o que vai moldando uma forma própria de trabalho que pode ser satisfatória ou não. Considerando o professor “generalista”, como o próprio nome diz, seu conhecimento é geral o que acaba por impedi-lo de perceber as peculiaridades de cada estado de deficiência, por não terem recebido durante sua formação profissional bagagem suficiente para instrumentalizar e operacionalizar sua prática pedagógica, o conhecimento das diferentes formas de aprendizagem que o aluno com necessidades educacionais especiais apresenta (GLAT AT AL., 2002).

Todos os professores precisam ser preparados para lidarem com as diferenças, com a singularidade e a diversidade de todas os alunos e não com um modelo de pensamento comum a todas elas (GLAT AT AL, 2002). Nesse sentido, a inserção de alunos com seqüelas de paralisia cerebral traz grandes preocupações, pois há uma variação significativa de comprometimentos sensoriais, motores e/ou cognitivos que podem precocemente influenciar o professor, a ponto de torná-lo descrente das reais capacidades de aprendizagem dessa clientela pelo desconhecimento.

Lembramos que o número de alunos matriculados no ensino regular com essa seqüela neurológica vem crescendo e desestabilizando os educadores, pois os mesmos ainda acreditam em concepções errôneas sobre paralisia cerebral. Por

outro lado, se afirmamos que o número de alunos é crescente, maior ainda deveria ser a procura das famílias por uma vaga no ensino regular, o que não ocorre. Nos últimos cinco anos aumentou o número desse alunado na escola. Infelizmente, algumas procuras nem sempre têm resultado feliz, pois algumas escolas não se intimidam em dizerem que não têm professores preparados para receber esses alunos em sala de aula, ou que não tem vaga. Não encontramos documentados valores estatísticos para confirmar essas ocorrências, que são sabidas, aleatoriamente, por informações que chegam aos ouvidos das especialidades terapêuticas nos atendimentos ambulatoriais. Todavia, nosso estudo se concentrou, apenas, em conhecer a concepção do professor sobre a paralisia cerebral, sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral e sobre o processo de inclusão desse alunado, na ótica do educador.

PARTE II

TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO

CAPÍTULO 4

Pesquisa de Campo

Para realizar o presente estudo seguimos os passos de uma pesquisa qualitativa, já que o objetivo não foi fazer projeções estatísticas, e sim, analisar o significado das falas das participantes envolvidas. Como se refere Minayo (1993, p.15) à pesquisa qualitativa:

Trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nessa pesquisa utilizamos os depoimentos das entrevistadas como veículo, o que nos permitiu conhecer emoções, certezas, histórias de vida, contradições, sentimentos, dúvidas, entre outros, relacionados diretamente com o foco da nossa pesquisa. Conhecer a fala das participantes envolvidas foi conhecer quem são essas profissionais, o que pensam, como agem, pois o que elas dizem, é sempre transposto pelas posições que assumem como pessoa, seja na escola, em casa ou em qualquer outro lugar.

Em outras palavras, o sujeito constrói sua verdade com a certeza de que o sua fala é só dele, sem perceber que várias formações discursivas o atravessam, e que ele é apenas o mediador. Confirmamos isto ao entrevistarmos professoras do ensino regular acerca de suas concepções sobre a inclusão escolar do aluno com seqüela de paralisia cerebral. Investigamos suas experiências, através das falas e observamos as verdades e certezas como propriedade exclusiva de cada uma.

Para conhecer melhor a ótica das entrevistadas sobre essa realidade, optamos por utilizar a entrevista semi-estruturada. Partimos do pressuposto de que conhecendo a fala das participantes, conheceríamos também suas concepções sobre algumas questões de relevância para este estudo. Uma vez de posse dessas concepções, isto nos serviria como instrumento, para compreender melhor como o educador vê o processo inclusivo desse alunado.

A entrevista é reconhecida como, um dos mais adequados meios para a obtenção de certos tipos de informações, tais como as concepções que o sujeito possui acerca de uma determinada situação, fato, pessoa. Embora tenha uma característica de subjetividade, os dados obtidos com a entrevista nos permitem lidar com o que o outro pensa, com o que ele traz de experiências e sentimentos, em uma perspectiva que envolve tanto a posição pessoal como a profissional.

4.1 Participantes

Participaram da presente pesquisa treze professoras em exercício do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental da rede regular de ensino, de diferentes escolas públicas e privadas, dos municípios do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e São João de Meriti. As participantes também eram alunas de Pedagogia, do quinto ao oitavo (último) período de duas universidades: uma pública, localizada na Cidade do Rio de Janeiro, a Universidade do Estado Rio de Janeiro (UERJ), e a outra privada, localizada no Município de Duque de Caxias, na Baixada Fluminense, a Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO). Optamos por entrevistar alunas a partir do 5º período por considerarmos que nesta fase o estudante já apresenta uma conscientização acadêmica mais favorável, além de já

possuir conteúdo teórico sobre inclusão do aluno com necessidades educacionais especiais.

O critério para seleção das participantes, além de seu perfil profissional e acadêmico foi que soubessem (mesmo que fosse uma concepção incorreta ou incompleta) como é uma pessoa com paralisia cerebral, levando em consideração seus diferentes graus de dificuldades e necessidades.

Assim, algumas entrevistadas tinham tido experiência com alunos com necessidades educacionais especiais, inclusive com seqüelas de paralisia cerebral em suas classes, enquanto outras apenas conheciam de vista (na escola ou em outras situações) esse alunado.

4.2 Procedimentos de coleta dos dados

Para coletar os dados, inicialmente, elaboramos um roteiro piloto de entrevista que foi aplicado a quatro professoras (não consideradas na amostra). Essas eram professoras, também do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental da rede regular de ensino, alunas entre o quinto e oitavo período do Curso de Pedagogia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Essas professoras também já tinham tido alguma experiência com a inclusão escolar de alunos com seqüelas de paralisia cerebral. O objetivo dessas entrevistas-piloto foi verificar, previamente, os possíveis pontos de pouca clareza na formulação das questões a serem colocadas aos sujeitos, o que nos permitiu realizar algumas alterações necessárias no roteiro, para darmos início à coleta de dados propriamente dita. A entrevista -piloto foi realizada na 1ª quinzena do mês de julho do ano de 2004.

Outra razão para a realização dessas entrevistas-piloto foi a suposição que talvez o fato de a entrevistadora principal (e autora desta dissertação) ter uma

deficiência física pudesse influenciar nas respostas dadas pelas participantes. Assim, duas das quatro entrevistas-piloto foram realizadas por outra entrevistadora. Todavia, ao fazer a análise das mesmas, observamos compatibilidade nas respostas dadas a ambas as entrevistadoras, sem sugestão de interferências, o que nos permitiu posteriormente realizarmos as entrevista apenas com a entrevistadora principal.

Após reformulação do roteiro, foram iniciadas as entrevistas com os sujeitos selecionados. Esse roteiro (apêndice A) foi norteado por perguntas enquadradas em três tópicos: a) identificação do participante; b) concepções do participante sobre paralisia cerebral; c) concepção do participante sobre o processo de inclusão escolar do aluno com seqüela de paralisia cerebral, abordando as principais dificuldades e necessidades dessa clientela, da escola e do próprio professor.

Nosso primeiro contato com as professoras ocorreu na primeira quinzena do mês de agosto de 2004, após uma aula do Curso de Pedagogia da UERJ e da UNIGRANRIO. Nesta ocasião, apresentamos aos presentes, tanto em uma universidade como na outra, o tema e os objetivos da pesquisa, assim como os critérios para seleção dos interessados em participar. Após exposição, foram combinadas, com os voluntários, datas, hora e local para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2004, em um local disponibilizado para esse fim, em cada uma universidades. Durante as mesmas estavam presentes somente a entrevistadora e a entrevistada. As entrevistas foram gravadas em fita magnética de gravador portátil e tiveram a duração média de, aproximadamente, 40 minutos.

Para propiciar um clima de confiança, cada uma das participantes recebeu da entrevistadora as seguintes informações, antes da realização da entrevista. Esta prática segue as normas preconizadas em pesquisas que envolvem sujeitos humanos (GLAT e DUQUE, 2003).

- o nome do participante e de sua escola seriam devidamente preservados, permanecendo em sigilo;
- a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento, caso o participante não quisesse dar prosseguimento;
- o participante não seria obrigado a responder a qualquer pergunta que considerasse constrangedora;
- a fita, após a entrevista, poderia ser ouvida pelo participante, ou mesmo inutilizada, caso ele assim desejasse.

Durante a entrevista, a cada questão apresentada, a professora entrevistada tinha todo o tempo necessário para responder o que pensava sobre o tema proposto, além de lhe ser permitido responder fora de ordem. De posse das gravações, iniciamos as transcrições, na íntegra, das falas das entrevistadas. Essas transcrições foram, em seguida, analisadas, e serão discutidas mais à frente.

4.3 Análise dos dados

De posse das transcrições, a primeira etapa da análise consistiu-se em separar as informações referentes ao perfil das professoras. Conforme já mencionado, as treze pessoas entrevistadas eram professoras do ensino regular do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental, de escolas públicas e particulares do Estado do Rio de Janeiro e todas trabalhavam em mais de uma escola. Elas tinham, na ocasião da pesquisa, entre 25 e 47 anos de idade, sendo 60% com mais de 30

anos de idade. O tempo de experiência no magistério variava entre cinco a dezessete anos, como demonstra o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Número de Entrevistadas e Tempo de Experiência Profissional.

Número de entrevistadas	Tempo de experiência profissional
05	09 anos
04	04 anos
04	13 a 17 anos

As entrevistadas, de acordo com o critério estabelecido, eram estudantes do 5º ao 8º períodos do Curso de Pedagogia de suas respectivas universidades, distribuídas conforme demonstra o Quadro 2:

Quadro 2: Número de Entrevistadas e Escolaridade

Número de entrevistadas	Períodos
05	5º
03	6º
02	7º
03	8º

Onze professoras, das treze entrevistadas, informaram que já tinham tido, pelo menos, uma experiência com alunos com necessidades educacionais especiais. As demais disseram que nunca trabalharam com esses alunos, porém em sua escola havia alunos especiais incluídos em outras turmas.

Em relação à inclusão escolar de alunos com seqüela de paralisia cerebral, verificamos que parece ser uma prática em expansão, já que oito professoras (60% da amostra) disseram ter tido alunos com essa condição incluídos em sua classe, e três, que havia alunos com paralisia cerebral incluídos na sua escola, porém, as mesmas acrescentaram que não tiveram essa experiência

diretamente. Apenas duas entrevistadas comentaram que, embora ainda não tivessem se deparado com essa situação em suas escolas, elas tinham pessoas com paralisia cerebral na própria família.

A capacitação para lidar com alunos com necessidades educacionais especiais não nos pareceu muito aprofundada. Três entrevistadas disseram ter feito curso sobre deficiência visual, coincidentemente, porém, nunca chegaram a trabalhar com essa clientela e também que haviam assistido palestras e/ou aulas sobre esse assunto. Oito entrevistadas haviam participado também de eventos sobre educação inclusiva em encontros promovidos por algumas disciplinas da UERJ e na UNIGRANRIO, e duas disseram não ter participado de nenhum encontro que fizesse essa abordagem, mas acrescentaram que já leram sobre o assunto. Portanto, todas tinham tido informação sobre a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais.

Após montarmos o perfil das entrevistadas, distribuimos as falas das professoras por tópicos temáticos, que foram criados a partir do roteiro da entrevista. Dentro de cada tópico temático foi necessário trabalharmos com subtópicos desses temas, em consequência das informações que surgiram através das falas das entrevistadas. Todavia, alguns desses subtópicos nasceram de perguntas diretas. Essa distribuição apresenta o seguinte modelo:

4.3.1 . Tópico temático 1 – Concepção das professoras sobre paralisia cerebral.

Neste tópico temático foi possível identificar quatro subtópicos:

- a) Definição de paralisia cerebral;
- b) causas;
- c) deficiências associadas;
- d) diagnóstico clínico.

4.3.2 Tópico temático 2 – Concepção das professoras sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral. Dentro deste tópico temático foram identificados quatro subtópicos:

- a) Condições de aprendizagem;
- b) estereótipos;
- c) comportamento social intra-escolar.

4.3.3. Tópico temático 3 – Concepção das professoras, envolvendo sua prática, sobre o processo de inclusão escolar desse alunado, em que foram identificados cinco subtópicos:

- a) Sentimentos das professoras,
- b) resistência das professoras para a prática da inclusão,
- c) dificuldades encontradas pelas professoras,
- d) condições de acessibilidades,
- e) vantagens da inclusão escolar.

A seguir, apresentamos uma análise dos tópicos temáticos com seus respectivos subtópicos, que serão exemplificados com alguns enxertos das entrevistas e discutidos posteriormente.

4.3.1 TÓPICO TEMÁTICO 1 - Concepção das professoras sobre paralisia cerebral

4.3.1.1 Definição de paralisia cerebral

Ao ser solicitada uma definição sobre paralisia cerebral, sete das treze entrevistadas fizeram referência à etiologia da doença, relacionando a idéia de que

paralisia cerebral *paralisa o cérebro*, deixando evidente a dificuldade em definir a doença, como pode ser verificado nos depoimentos coligidos abaixo:

Paralisia cerebral não é quando o bebê fica sem oxigênio no cérebro?.

O sofrimento fetal leva à paralisia cerebral.

Acho que paralisia cerebral já está esclarecendo que a criança tem uma paralisia no cérebro.

Bem, tecnicamente assim, eu não saberia explicar, mas acredito que seja uma [...] como explicar?[...] Uma doença que paralisa o cérebro?.

A lesão ocorre em parte do cérebro não é isso? Então o cérebro fica paralisado.

Três entrevistadas não souberam definir o termo paralisia cerebral e nem se referiram à etiologia. Mencionaram apenas o que haviam ouvido falar sobre o problema, porém não tinham certeza se a informação era correta, vejam o que dizem os depoimentos:

Bem, eu não sei direito não, tenho medo de falar bobagem prefiro não falar nada.

Não sei ao certo as dificuldades que elas têm [...] eu não sei como é não.

Já ouvi muito falar, mas não me recordo direito o que é.

Outras três professoras preferiram não responder, por alegarem não ter uma concepção pré-estabelecida sobre paralisia cerebral. De um modo geral, as falas das professoras demonstraram confusão para definir paralisia cerebral, além de confundirem os fatores etiológicos e acharem que paralisia cerebral *paralisa o cérebro*.

4.3.1.2 Causas

Como discutido acima, grande parte das entrevistadas definiu paralisia cerebral pela etiologia. E quando perguntarmos diretamente: “Você tem idéia do que causa paralisia cerebral”, nove professoras identificaram corretamente algumas das condições que podem resultar em paralisia cerebral. No entanto, foram citadas apenas condições que podem ocorrer durante o parto, como anóxia, ou seja, ausência de oferta de oxigênio no cérebro, mostrando um conhecimento parcial das causas reais. A descrição das seguintes falas é ilustrativa:

Não eu não sei, acho que pode ser na hora do parto, né?.

Olha, eu acho que sei, tem haver com uma lesão que pode acontecer na hora do parto e acho que também pode ser depois.

É quando a criança ao nascer tem falta de oxigenação no cérebro [...].

Olhe eu não sei direito se é falta de oxigênio ou se é problema na hora do parto ou depois que nasce.

As outras entrevistadas preferiram também não falar nada sobre esse assunto. Todavia, lembramos, como descrito no capítulo 1, a paralisia cerebral não ocorre apenas durante o parto e nem somente como consequência de ausência de oxigênio no cérebro. Reafirmamos, assim, a confusão observada com relação ao conhecimento sobre a etiologia da paralisia cerebral.

4.3.1.3 Deficiências associadas

Nesse subtópico, observamos maior ênfase para as deficiências associadas, como, deficiência mental e deficiência de comunicação referida através da fala de nove professoras entrevistadas, porém nenhuma dessas professoras

apontaram as deficiências físicas como deficiências associadas à paralisia cerebral, como podemos observar nos depoimentos coligidos a seguir:

Todas as crianças que vi até hoje com paralisia cerebral tinham deficiência de comunicação, além de não entenderem nada que a gente falava com elas.

Toda criança com paralisia cerebral tem deficiência mental, deficiência de comunicação, não é isso?.

Para quatro professoras, entretanto, as deficiências físicas têm valor como indicativo do grau de maior ou menor dificuldade. Ou seja, quanto mais acentuada for a deficiência física conseqüente de deformidade, postura fixada, falta de equilíbrio de cabeça, etc., maior será o grau de dependência desse aluno e, naturalmente, maiores serão também suas dificuldades para aprender e acompanhar a aula vejamos o que dizem os depoimentos:

[...] quando a paralisia cerebral é grave, a deficiência motora é um problema sério, pois o aluno não consegue escrever.

Se ela não consegue ficar sentada e segurar o lápis, como vai escrever?.

4.3.1.4 Diagnóstico clínico

Entre as entrevistadas, nove professoras disseram que desconheciam o diagnóstico médico dos alunos com os quais tiveram contato. Esses alunos, então, receberam diagnóstico dado por elas mesmas, com base no conjunto de sinais e sintomas que, segundo elas, são *sintomas clássicos* de quem tem paralisia cerebral. Logo, não temos como saber se os alunos que elas identificaram apresentam de fato seqüelas de paralisia cerebral ou de outra doença neurológica, os depoimentos mostram isso:

Eu acho que a dificuldade que ele tem para aprender é por causa da paralisia cerebral mesmo [...].

Eu não sei, mas eu acho que ele tem paralisia cerebral sim, o raciocínio dele é muito lento e dá um aspecto de paralisado cerebral.

As pessoas comentam que ela tem paralisia cerebral, na verdade eu nunca conversei com ninguém que soubesse o que ela tem. Mas também acho que é paralisia cerebral.

As demais entrevistadas disseram que o diagnóstico havia sido dado pelo médico. Esse é um ponto importante, já que as concepções das professoras sobre o que é paralisia cerebral não estão bem formadas e por isso não condizem com a realidade dessa lesão neurológica. Existem muitas outras lesões que apresentam comprometimentos semelhantes, como citado no capítulo 1, inclusive doenças degenerativas e progressivas que podem modificar a perspectiva que é lançada ao aluno durante período escolar.

4.3.2 TÓPICO TEMÁTICO 2 - Concepção das professoras sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral

4.3.2.1 Condições de aprendizagem

Onze professoras entrevistadas consideram péssimas as condições de aprendizagem desses alunos, em consequência da deficiência mental que, segundo elas, sempre está presente. Vejam:

A deficiência mental é sempre muito grave, não dá pra aprender.

[...] o aluno com paralisia cerebral não tem raciocínio lógico [...].

[...] muitas dessas crianças não pensam, permanecem o tempo inteiro olhando para o teto.

Ele não entende o que falo, é retardado!.

Ela vive batendo a mãozinha no rosto e se contorce toda, não entende nada, ela tem retardo também.

A deficiência mental atrapalha o aprendizado.

Apenas duas professoras, acreditam que esses alunos podem aprender independentemente do grau de deficiência mental e do grau de comprometimento motor. As falas das professoras são bastante ilustrativas:

Essas crianças aprendem com dificuldades, com limitação, mas aprendem. Tudo no tempo delas e não no nosso!

Cada pessoa tem uma forma pra aprender, mesmo com vários comprometimentos eles aprendem um pouquinho sim.

Essas mesmas professoras disseram que consideraram que a condição motora é, em parte, responsável também pela não-aprendizagem. No entanto, elas tentam auxiliar o aluno através de adaptações que desenvolveram, como demonstram os depoimentos, a seguir:

Ele não senta, só fica deitado, é todo tortinho e não acompanha a aula, como vai aprender ou entender o que estou falando?.

A cabeça fica caída, eu apoio. Ela não pega nada com as mãozinhas, mas mesmo assim eu a coloco pra fazer as atividades, mas se está aprendendo eu não sei.

Tudo que eu ensino para as outras crianças, ele não consegue fazer porque não faz nenhum movimento com as mãos; então eu amarrei barbante no lápis de cera e ele conseguiu pegar.

Dentre as treze professoras entrevistadas, algumas acrescentaram que para que esses alunos possam de fato aprender, elas teriam que dedicar atenção total e exclusiva para eles. Como assinalam os depoimentos coligidos a seguir:

[...] quando têm deficiência mental só teria como elas aprenderem se a gente pudesse dar atenção exclusiva pra ajudar no processo de aprendizagem.

É preciso ficar só com elas; quando posso, eu fico, aí vejo que elas aprendem.

A atenção em sala de aula tem que ser só dele por causa das dificuldades mentais e motoras que ele apresenta.

4.3.2.2 Estereótipos

Observamos que os estereótipos a respeito do aluno com seqüela de paralisia cerebral são classificados sob algum aspecto da deficiência, que destaca o aluno através de uma determinada característica. Em onze entrevistas, as professoras falaram que sempre o aluno, qualquer que seja a deficiência, recebe um apelido, seja das outras crianças ou das funcionárias da escola. Alguns exemplos são indicados abaixo:

[...] por causa daquele filme [...] os funcionários chamavam ele de debilóide e ele gostava!

[...] tinha um que tinha uma cabeça muito grande e quase ninguém sabia o nome dele. Ele era conhecido como cabeção.

Uma vez uma merendeira me perguntou? É pra levar a água na salinha do retardado?.

As crianças chamam a coleguinha de sapinha, porque ela só arrasta de perna aberta.

Algumas entrevistadas disseram que não admitem apelidos e chamam a atenção dos outros alunos, quando isso acontece, e também das pessoas que trabalham na escola.

4.3.2.3 Comportamento social intra-escolar

Em quatro falas identificamos referências à agressividade, ao choro e aos gritos do aluno com seqüela de paralisia cerebral, como demonstração de insatisfação, quando este é contrariado por outros alunos e pelos professores.

Todas as falas se voltaram para as experiências que tiveram durante o horário do recreio:

Normalmente essas crianças gritam muito.

Às vezes elas também choram e a gente não entende por quê.

Elas apresentam quase sempre sinais de agressividade quando querem um brinquedo que está com outra criança.

Ela bate e grita, parece que tem distúrbio do comportamento.

É característica de algumas pessoas com seqüelas de paralisia cerebral se comunicar por gritos, choros e também por gestos de agressividade. Com isso, os outros que as rodeiam acabam por pensar que este comportamento está associado a algum distúrbio do comportamento. Essas atitudes podem ocorrer em consequência da dificuldade para se comunicarem com o meio ou como resposta de alguma insatisfação que não conseguem expressar convencionalmente.

Nove professoras acrescentaram que o momento do recreio é de grande felicidade para todas as crianças, pois quando conseguem, elas interagem umas com as outras, sem se importarem se tem alguém diferente ou não. Apesar das brigas, elas voltam a brincar, como se nada tivesse acontecido. As entrevistadas disseram também que a solidariedade entre as crianças é algo surpreendente.

Vejam os depoimentos:

As crianças ditas 'normais' se soltam, pulam, passam por cima dos outros, cantam e as crianças com paralisia cerebral que conheci participavam das brincadeiras como podiam.

Elas brigam às vezes e depois voltam a se entender.

Outro dia, um dos alunos levou um menininho que tem paralisia cerebral ao banheiro, eu nem vi.

É claro que a criança gosta de estar entre outras crianças, mas nem todas conseguem participar e brincar juntas.

4.3.3 TÓPICO TEMÁTICO 3 - Concepção das professoras sobre o processo de inclusão escolar desse alunado

4.3.3.1 Sentimentos das professoras.

Quando questionamos as professoras sobre os sentimentos mais comuns despertados, a partir da imagem que elas tinham do aluno com seqüela de paralisia cerebral, percebemos que algumas professoras falaram sobre os seus sentimentos em relação ao aluno com seqüela de paralisia cerebral, baseando-se em concepções que elas acreditavam.

O sentimento de pena dedicado a esses alunos foi visível na fala de seis entrevistadas, estando aliado, em alguns casos, como nas duas últimas falas, ao reconhecimento de sua impotência para transformar a situação:

É de cortar o coração, o aluno é muito comprometido.

Tadinho! Fico pensando como deve ser difícil e sofrido pra ele.

Dá um dó ver essas crianças sem poder fazer nada.

Não tenho recursos e isso me dá uma tristeza, um sentimento de impotência mesmo.

Essa impotência aparece, para algumas professoras, permeada com um sentimento de abandono, enquanto para outras, ao contrário, transforma-se em culpa, por não desempenhar adequadamente seu papel profissional, sendo esse um ponto de grande relevância. Vejam as falas:

Eu falo por mim, me sinto na verdade, abandonada.

A gente tenta e consegue muito pouco ou quase nada.

Eu me sinto culpada por não saber o que fazer.

A aparência física e as deficiências dos alunos com seqüelas de paralisia cerebral também causaram, como apontado por quatro entrevistadas, sentimentos de espanto, medo e, indiretamente, como no último depoimento, rejeição:

A gente se assusta mesmo.

Quando vi, levei um susto danado!

Dá medo de pegar na criança pra trabalhar.

[...] morro de medo de ter mais um aluno com paralisia cerebral.

Eu levei um susto quando vi a criança, não sabia que era assim tão deformada.

Os pés eram tortinhos, a cabeça ficava sempre caída com a língua pra fora e babava muito. Fiquei muito impressionada.

Tive medo de pegar nela, parecia que ela ia quebrar, era pele e osso e toda durinha.

Somente uma entrevistada falou sobre seus sentimentos de afetividade:

Eu sinto um carinho enorme por esse aluno [...].

Não tenho outro sentimento que não o de afeto.

Observamos nessas falas um envolvimento afetivo diferente dos apresentados pelos depoimentos anteriores. O sentimento de afetividade não é muito referido pelas professoras.

4.3.3.2 Resistência das professoras para a prática da inclusão

Nesse subtópico, pudemos observar que apenas três, dentre as treze professoras entrevistadas, apresentaram-se bastante resistentes para trabalhar com alunos com seqüela de paralisia cerebral, justificando-se. Vejam as falas:

Esses alunos não deveriam ir para sala de ensino regular.

Vou ser muito sincera, eu prefiro quando não tem ninguém com problema neurológico na sala, senão fico perdida.

Deus me livre um desses na minha sala, não saberia o que fazer com ele, não tenho mais idade pra isso!.

Constatamos que, a condição de resistência, ocorre em algumas professoras em função das alterações sensoriais, motoras e/ou cognitiva que o aluno apresenta e também em consequência do estado interior das entrevistadas, como demonstram algumas falas:

Eu não me sinto em condição nem emocional, nem profissional para trabalhar com aluno especial muito menos com aluno com paralisia cerebral.

Esses meninos têm muitos problemas físicos e mentais, ah [...] se eu puder escolher eu passo adiante, é melhor do que sair fazendo coisa errada.

Detectamos em outros depoimentos:

É muito complicado, é um desafio para mim e para meu aluno também, mas já que fui escolhida por Deus que assim seja.

Sei que é difícil, nem sei se dá realmente pra fazer a inclusão, mas alguém tem que começar, essas crianças precisam de nós.

Assim, uma minoria das entrevistadas demonstrou-se desarmada, sem qualquer característica que sugerisse resistência para realizar a inclusão desse alunado.

4.3.3.3 Dificuldades das professoras para a inclusão

Nesse subtópico identificamos em todas as falas das professoras entrevistadas aspectos que trazem algum desconforto a elas interferindo em sua prática inclusiva.

As falas de duas professoras nos chamam a atenção para uma dificuldade, que é a ausência do professor itinerante na escola. Como vimos a seguir:

Nossa maior dificuldade é não termos o professor itinerante.

Eu sei que existe o professor itinerante, mas eu [...], na minha escola não tem se tivesse acho que não teríamos dificuldades.

Uma outra dificuldade apontada é a falta de material pedagógico. Cinco entrevistadas disseram que já estão cansadas de tanto improvisar:

Às vezes quando chego tenho que pensar como posso adaptar o material que vou utilizar com esse aluno.

Ando cansada de ter que pensar em como vou fazer pra criar um material pra ele.

É um esgotamento ter que improvisar.

Nove professoras se referiram a que, de todas, a maior dificuldade é a superlotação de alunos em classe, fator determinante que impede e/ou impossibilita a inclusão. Foi o que constatamos nas falas seguintes:

A maior dificuldade é a sala superlotada.

Imagina! 40 alunos sendo um com paralisia cerebral!.

Eles colocam o aluno pra gente e a gente não tem conhecimento nenhum sobre aquele aluno e ele fica lá entre mais 37 alunos.

Necessitamos de turmas menores.

Todas as professoras apontaram, também, a falta de suporte/supervisão/capacitação entre as maiores dificuldades para incluir esses alunos. Isto pode ser visto nos depoimentos a seguir:

Não sei adaptar, transformar minhas atividades de sala de aula, então acabo não fazendo nada.

Precisamos de um psicólogo na escola, pra orientar a gente nessas questões emocionais.

Nem sempre existe o suporte técnico, estamos desamparadas nessa prática inclusiva.

Você tenta interagir com esse aluno, mas ele não te responde como você deseja. Acho difícil trabalharmos sem saber o que podemos fazer para que ele compreenda e participe da aula.

Esses resultados acreditamos ser de grande importância, pois percebemos que a falta de capacitação é citada por todas as entrevistadas. Para nossa surpresa, somente uma das entrevistadas falou da sua dificuldade para realizar a avaliação. Como vemos:

Avaliar o aluno com paralisia cerebral é muito difícil.

Acreditávamos que esse seria um aspecto de dificuldade para elas, no entanto, nos pareceu não ser essa uma preocupação relevante para todas.

4.3.3.4 Condições de acessibilidade

As entrevistadas apontaram que as escolas em que trabalham ou já trabalharam não estão preparadas para receber alunos em cadeira de rodas. Embora por unanimidade, acrescentaram que a condição de acessibilidade arquitetônica não chega a ser problema, pois todos os profissionais da escola se

prontificam a ajudar o aluno, quando ele precisa. Todavia, nove professoras entrevistadas reconheceram como condições de acessibilidade adequada somente a largura da porta do banheiro e a existência ou não de rampas: É o que podemos verificar nas falas que se seguem:

Os banheiros são estreitos, o terreno é cheio de altos e baixos, mas todo mundo ajuda, isso não é problema, eles sempre necessitam de ajuda mesmo.

Todo mundo ajuda a subir as escadas com a cadeira de roda.

As pessoas se mobilizam para ajudar as crianças.

O que não falta é gente pra ajudar, se todo problema fosse só esse.

Surpreendeu-nos o fato de que apenas cinco professoras entrevistadas fizeram referência às condições de acessibilidade pedagógica:

Não tem nada, muito menos material pedagógico, a gente é que tem que se virar.

Não temos recursos pedagógicos para trabalhar, como vamos incluir então?.

Falta material didático adaptado, a escola não oferece nada.

A escola não tem material pedagógico, por isso a inclusão não dá certo.

Não tem material e isso dificulta a inclusiva.

4.3.3.5 Vantagens da Inclusão Escolar para estes alunos

Nesse subtópico constatamos que as vantagens da inclusão compreendidas por onze entrevistadas, permeiam apenas e exclusivamente o campo social. Dentre as falas, destacamos:

A inclusão deles está na socialização vivida na escola.

Muitos não conseguem ler, pelo menos se socializam.

Vantagem? Poder se relacionar com outras crianças da mesma idade.

Muito importante a socialização, em casa eles convivem só com os pais.

As demais professoras entrevistadas, falaram que percebem pouca vantagem para o aluno, já que eles não participam e nem interagem com os outros:

Não vejo muita vantagem não, pois o aluno não participa das atividades de classe.

Vejo desvantagem, pois ela fica sozinha e só vou atendê-la depois que termino as atividades com os outros alunos.

As vantagens são subjetivas e quase não vemos.

Considerando o conteúdo apresentado e as falas analisadas, em seguida realizaremos uma discussão sobre cada um dos tópicos temáticos e seus subtópicos. Sugerimos ao leitor uma reflexão conjunta dos aspectos apontados pelos nossos participantes, para que possamos compreender melhor as dificuldades do aluno com seqüela de paralisia cerebral e do professor, que nos pareceu estar solitário na tentativa de querer acertar.

DISCUSSÃO DOS DADOS ENCONTRADOS

Para facilitar a compreensão do leitor depois de termos identificado os tópicos temáticos e seus respectivos subtópicos, optamos por realizar uma discussão sobre os pontos que determinam o foco desta pesquisa.

Observamos que em referência ao primeiro tópico temático acerca da concepção das professoras sobre paralisia cerebral, as entrevistadas puderam expressar vaga idéia sobre este tema, não conseguindo, portanto, em sua maioria, definir ou dar-lhes um significado preciso. Tal concepção se voltou para definições de senso comum, sem demonstrar de fato um conhecimento real. Lembramos que a paralisia cerebral designa (conforme descrito no capítulo 1), uma série de distúrbios não progressivos do movimento e da postura, resultantes de lesões cerebrais ocasionadas durante os últimos meses de gravidez, do parto ou após o nascimento, até os três anos de idade. As pessoas acometidas por essa lesão neurológica apresentam distúrbios de coordenação motora, postura e equilíbrio sem, necessariamente, comprometer sua capacidade cognitiva. Essas alterações os acompanham por toda a vida. Algumas pessoas com seqüela desta lesão neurológica podem não conseguir andar e outras podem caminhar com dificuldades ou com o auxílio de cadeira de rodas, além de, em alguns casos, apresentarem grande dependência nas atividades do cotidiano.

Outra situação que despertou-nos interesse foi a constatação de que o grupo de professoras entrevistados não conheciam o diagnóstico médico dos alunos que elas julgavam ter seqüela de paralisia cerebral. Este dado nos preocupou, por sabermos que o diagnóstico médico pode modificar o resultado que esperamos como educadores. Alguns dos alunos especiais que chegam às escolas, não chegam com diagnóstico do médico e como as entrevistadas julgam saber e

conhecer as principais características desta lesão cerebral, elas mesmas “adotam” a paralisia cerebral como diagnóstico. É necessária atenção para este ponto, pois a falta de conhecimento sobre essa lesão neurológica leva à disseminação de concepções errôneas e inadequadas à realidade do que vem a ser paralisia cerebral de fato, o que acaba sendo reforçada e copiada por outros profissionais de outras escolas. Isto cria um ciclo vicioso, levando à falsa crença de que todos sabem o que é paralisia cerebral, reforçando os mitos, os medos, as dificuldades.

Existem algumas lesões neurológicas que se assemelham à paralisia cerebral e são lesões neurológicas degenerativas e progressivas, onde não há definitivamente resultado satisfatório para a aprendizagem, e de onde podemos esperar como vantagem da Inclusão Escolar somente o processo de socialização. Este dado reforça a importância do conhecimento das professoras sobre as características que a pessoa com seqüela de paralisia cerebral pode apresentar.

Quando questionadas sobre as causas que levam a esta lesão neurológica, verificamos haver algum conhecimento sobre alguns dos fatores de risco, muito embora sem convicção nas afirmações e, ainda, com informações pouco consistentes, o que alerta para o fato de que o reconhecimento sobre a causa, ainda que deficiente entre as professoras é bem mais conhecida do que a definição de paralisia cerebral.

Quanto às deficiências associadas, constatamos, através das falas, haver uma relação com a deficiência mental e com o déficit de comunicação. Menos da metade das entrevistadas fizeram referências à condição motora, o que chama a atenção para a possível confusão, até como conseqüência do não conhecimento sobre a paralisia cerebral, que pode ser confundida com lesões neurológicas, provocadas por acidente vascular cerebral, traumatismos crânio encefálico, síndrome de dawn, síndrome de west, entre outras, que pode levar também à

deficiência mental ou ao déficit na comunicação, não sendo consideradas clinicamente como paralisia cerebral.

Com relação ao segundo tópico temático, ou seja, concepção das professoras sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral, observamos em algumas falas, uma relação da paralisia cerebral com comprometimento mental e cognitivo. Observamos que algumas entrevistadas disseram que o aluno com seqüela de paralisia cerebral não apresenta capacidade para a aprendizagem, em função do retardo mental e de outras deficiências associadas. Uma parte significativa do universo de pessoas com paralisia cerebral possui capacidade de aprendizagem equiparada ao parâmetro normal. Quanto à frequência desse equívoco Kirk e Gallagher (1996, p. 418) fornecem a seguinte explicação:

[...] há uma tendência a supor que as crianças com paralisia cerebral são deficientes mentais. Existe uma relação reconhecida entre as duas condições, pois qualquer problema genético ou ambiental que danifique o sistema nervoso central, o bastante para causar a paralisia cerebral – um dano no sistema motor – pode causar danos suficientes no córtex cerebral e produzir a deficiência mental. Mas a relação não é, de modo algum, universal.

Em outras palavras, em algumas pessoas a paralisia cerebral apresenta-se associada à deficiência mental. Todavia, esta primeira condição só pode ser comprovada mediante avaliação de capacidade intelectual por intermédio de testes psicométricos e de inteligência padronizados. Mesmo assim, estes testes não podem ser utilizados como o único parâmetro para diagnóstico, uma vez que, como mencionado no capítulo 1, medem apenas um grupo limitado de funções cognitivas. Além disso, nem sempre é possível realizá-los com todas as crianças com seqüela de paralisia cerebral em função da gravidade das deficiências associadas. Por isto é importante, também, um longo período de intervenção escolar, para auxiliar, a investigação da existência ou não da deficiência mental, assim como um parecer

médico específico. A potencialidade do aluno com paralisia cerebral não deve vir ofuscada por concepções inadequadas, ainda que essas potencialidades sejam difíceis de serem avaliadas pelo professor. Acreditamos que haja dificuldade nessa prática.

Convém citar que 70% da população de pessoas com seqüelas de paralisia cerebral não apresentam associação com deficiência mental. Ao contrário, sua capacidade cognitiva apresenta condições favoráveis de aprendizagem como qualquer outra pessoa, desde que obviamente seja adequadamente estimulada durante sua fase de desenvolvimento neurológico, psicológico, sensorial e motor. Portanto, grandes são as possibilidades desses alunos, considerando a capacidade de aprendizagem quando bem induzidas.

Uma situação interessante foi de que algumas professoras, representando quase a metade do universo entrevistado, disseram acreditar no potencial desses alunos e se mostraram esperançosas quanto às suas possibilidades de aprendizagem. A condição para a aprendizagem, de certa forma, vem sendo apontada em todos os subtópicos, talvez por ser esta uma das principais ansiedades desse universo de professoras.

Em entrevista, identificamos relato de duas professoras que acreditam que o aluno com paralisia cerebral “não tem raciocínio lógico” e que “não pensa”. Isto é mais um equívoco, pois a capacidade de pensamento de nenhuma pessoa pode ser mensurada. Esses alunos podem apresentar dificuldades em demonstrar seu pensamento através dos canais convencionados para os outros alunos. Cabe ao professor criar alternativas, para que esse aluno possa demonstrar o que guarda no seu mundo interior. Coll, Palácios e Marchese (1995, p. 259) nos falam tanto desta dificuldade do aluno com seqüela de paralisia cerebral, quanto da busca de auxílio pedagógico, quando afirmam:

Embora como já dissemos, muitas crianças com paralisia cerebral mostrem freqüentemente uma capacidade de compensação e substituição extraordinária em relação aos que tem sido considerado mecanismo essencial para o desenvolvimento cognitivo, suas limitações para explorar e manipular o meio, para falar, para escrever, etc. podem significar, em muitos casos, que sem auxílios pedagógicos adequados, estes alunos não conseguem pôr em prática suas potencialidades intelectuais.

Nesse sentido, podemos dizer que a forma como alguns professores vêem a condição de aprendizagem desses alunos não é apenas errada, por conter informações inadequadas, mas principalmente, por justificar uma apatia na busca de mecanismos de auxílios que possam viabilizar a capacidade de expressão de pensamento destes alunos. Outro detalhe é que a seqüela da paralisia cerebral não acarreta, em todas as pessoas, a perda de potenciais cognitivos, como já mencionamos várias vezes. Isto torna clara a desinformação e a falta de capacitação do professor, o que pode causar prejuízo ao aluno que, mediante essa concepção, tem sua participação, provavelmente, limitada ou mesmo excluída das atividades em classe.

Ainda, em se tratando de condições de aprendizagem do aluno com paralisia cerebral com deficiência mental severa, algumas entrevistadas se referem a que se houvesse pessoas disponíveis em sala de aula, atuando como cuidadores de suas necessidades de vida diária, a professora teria mais condição de tempo para elaborar atividades adaptadas. Compreendemos que esta pode ser uma das soluções, no entanto, isto não deve servir como fuga às responsabilidades pedagógicas, no sentido de transferir para o cuidador uma responsabilidade que não é a dele. Sabemos que esses alunos precisam de cuidados especiais, como, higienização, auxílio para a refeição, entre outros, mas precisam, também, ser estimulados à participação e incluídos nas atividades pedagógicas.

Outra abordagem de grande relevância é que na fala de algumas entrevistadas, em primeira instância, a dificuldade motora é responsável pela dificuldade em aprender, porém, algumas, dentre estas, acrescentam que tentam auxiliar o aluno, criando recursos materiais adaptados e adequados à necessidade do aluno. Nesse aspecto, convém lembrar que a diminuição ou ausência de motricidade não tem relação com a capacidade cognitiva e ainda que a educação inclusiva é aquela que permite ao aluno com necessidades educativas especiais participar das atividades cotidianas da classe regular, participando e aprendendo as mesmas coisas que os outros alunos, mesmo que utilizando recursos diferentes para promoção dessa aprendizagem. (GLAT & OLIVEIRA, 2003).

Por outro lado, acreditamos que se o comprometimento motor e mental for considerado por uma equipe interdisciplinar como severo, as possibilidades de fato, de favorecer a aprendizagem diminui e o professor terá mais dificuldades para oferecer uma proposta curricular naquele momento, mesmo que possua capacitação específica. Encontramos pessoas com paralisia cerebral que, demonstram grande dificuldade motora, sensorial e cognitiva. São crianças quase adolescentes ou adultas que se encaixam perfeitamente no que descrevemos acima. Elas podem ser impaticipativas, alheias aos acontecimentos externos, de aparência nada satisfatória e responder pouco aos estímulos do meio. Nestes casos, a inclusão no ensino regular, circunstancialmente, é questionável, pois corremos o risco de promover uma inclusão excludente.

Outro ponto relevante nesse contexto foi a referência de um pequeno grupo de professoras, especificamente, quanto à condição motora dos alunos com paralisia cerebral. Embora somente menos da metade das entrevistadas tenham falado sobre essa condição, observamos que, para as professoras, quanto mais acentuadas forem as características físicas, como, deformidades, postura fixada,

falta de equilíbrio de cabeça, entre outras, maior será o grau de dependência física; conseqüentemente, maiores serão também as dificuldades para aprender e acompanhar a aula. Isto não confere com a realidade. É certo que uma motricidade muito comprometida aumenta o grau de dependência para atividades do lar e extra-lar, contudo, por mais aprisionada que a pessoa esteja à sua condição motora, isto, de forma alguma, é fator determinante para mensurarmos sua real capacidade para aprender. É necessário que para esta pessoa em especial sejam oferecidas condições adaptativas apropriadas para viabilizar sua aprendizagem.

Acrescentamos, que a diminuição da capacidade de se movimentar pode modificar o potencial para a aprendizagem, mas não impede que ela exista. A motricidade debilitada modifica a maneira de relação dessas pessoas com o meio, dando-nos a idéia de que as mesmas são impaticipativas. Todavia, o que ocorre é que por não serem essas pessoas trabalhadas convenientemente, considerando-se fase do desenvolvimento e de material específico, elas acabam por realmente apresentar um atraso significativo de suas funções intelectuais, capacidades essas, difíceis inclusive, de serem mensuradas com sucesso. Essas crianças e/ou adultos com seqüela de paralisia cerebral muitas vezes não chegam às escolas, em função dessas alterações que não tem relação direta com a lesão neurológica.

Posicionamentos profissionais que sugerem essa confusão, além de se situarem no campo sensível das percepções incorretas, também podem trazer informações equivocadas, pois, em se tratando do aluno com seqüela de paralisia cerebral, não podemos generalizar suas características mentais e/ou psicomotoras e relacioná-las à capacidade de aprendizagem.

Diante do exposto, avalia-se que o despreparo e a falta de conhecimentos estão diretamente relacionados com a formação ou capacitação recebida. Além disso, pode-se afirmar que existe um grande descrédito sobre a capacidade do

aluno especial se desenvolver e agir de forma autônoma. (GOFFMAN, 1988;GLAT, 1998 *apud* PLETSCHE, 2005).

É pertinente os estereótipos imputados aos alunos com seqüelas de paralisia cerebral, que são reforçados pelas pessoas a sua volta, servindo inconvenientemente como exemplo para os demais alunos, que acabam por conhecer na escola algumas concepções erradas, que acentuam as diferenças. Constatamos que a maior parte das professoras entrevistadas fizeram referência ao aluno com seqüela de paralisia cerebral, utilizando-se de rótulos, “desconstruindo” assim, a identidade pessoal que deveria estar sendo construída na escola. É da identidade pessoal da pessoa com deficiência que nascem às concepções preconceituais, conhecidas como estigmas, sob nosso ponto de vista essas concepções são reforçadas em casa, no dia-a-dia, em sala de aula. Assim, o aluno deixa de ser reconhecido pelo nome, passando a ser identificado pelo rótulo que traduz sua deficiência (GOFFMAN, 1988).

Há de se considerar esse aspecto, pois a família e, principalmente a escola são as responsáveis por preparar a criança para assumir uma vida social alicerçada nos princípios de igualdade e de respeito às diferenças. Os alunos ditos normais apenas reproduzem o que vêem e não possuem ainda capacidade de discernimento suficiente, em função da própria idade, para compreender ou diferenciar o certo do errado. Cabe-nos a responsabilidade como educadores de direcioná-los.

Os apelidos ou rótulos denotam a concepção que cada um possui sobre deficiência. Os apelidos acentuam o estado de anormalidade e de diferença do que identificamos como *normal*. Isto vem de encontro, uma vez mais, ao que assinala Goffman (1988, p. 15):

Por definição, acreditamos que alguém com estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construimos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original.

Sabemos que socialmente o estigma expressa preconceitos e estereótipos, servindo como forma de controle social (GLAT, 1998). Portanto, a caracterização da deficiência do aluno com paralisia cerebral na comunidade escolar, segundo a fala das entrevistadas, parece ter a intenção de controle, segregando por grupos de “debilzinhas”, “pczinhas” ou de “doentinhos” esses alunos, assim como é oportuno lembrar que o fazem como os que são “inteligentes” ou “normais”.

As concepções sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral e sobre sua deficiência se formam a partir das representações que a sociedade lhe oferece. Sendo a escola uma instituição que promove a transmissão do conhecimento e da educação social, cabendo a ela, portanto, amenizar e /ou eliminar essa realidade comum do preconceito, a partir de um trabalho de conscientização interna das potencialidades pelas quais esse aluno pode vir a ser identificado. Nessa discussão, os aspectos que envolvem preconceitos, estereótipos e estigmas são observados como ponto negativo no favorecimento da relação social.

Ainda, em se tratando das representações conseqüentes dos estereótipos, não podemos esquecer de referir que o aluno com paralisia cerebral, na fala de muitas professoras, foi visto como uma pessoa extremamente dependente. Lembramos que muitos alunos com esta disfunção neurológica podem não possuir autonomia para realizar algumas atividades com dificuldade sensório-

motora, mas a falta de prontidão para o domínio do espaço físico e das atividades de vida diária não deve ser visto como ponto para anular sua capacidade de independência. Por intermédio de suas próprias escolhas e da transposição das dificuldades, estas pessoas se construirão. E esse deve ser o papel fundamental da escola: contribuir com a construção da cidadania, independentemente das características individuais de cada um de seus alunos (MAZZILLO, 2003).

Por outro lado, não devemos fechar nossos olhos para a solidariedade apontada pelas entrevistadas, entre os alunos ditos “normais” e os alunos com seqüelas de paralisia cerebral. A criança em formação não carrega preconceitos, pois ainda se encontra em processo de aprendizagem do meio em que vive. Por isso elas brincam a sua forma, se ajudam e se entendem. Isto nos ensina o verdadeiro sentido de igualdade, pois comprova que o que nos faz enxergar as *diferenças* são exatamente os preconceitos que nutrimos no nosso percurso de vida.

No que diz respeito ao comportamento social houve relatos sobre dificuldades de alguns alunos com paralisia cerebral na integração com os colegas de classe, em função de agressividade, atitude esta compreensível, afinal, não é claro para a criança especial a existência das diferenças. Todavia, elas percebem que as brincadeiras são diferenciadas, os recursos recreativos não são adaptados, as atitudes de comportamento da professora e dos coleguinhas de classe nem sempre ocorrem de forma igual pra todos. Enfim, existe um conjunto de atitudes que, queiramos ou não, é de certa forma excludente. Isto pode ser uma das causas da manifestação de reações de agressividade, de choro sem causa aparente, entre outras posturas de comportamento social não muito bem vistas pelas professoras. Nesse sentido, lembramos que alguns autores levantam alguns questionamentos sobre a preferência da criança com seqüelas de paralisia cerebral por ter amizade com crianças que se assemelham a elas.

Ainda com relação às atitudes referidas no parágrafo acima, uma outra justificativa está no isolamento de algumas crianças com paralisia cerebral. É comum os pais deixarem a criança a maior parte do tempo em casa, sem poder brincar com outras crianças da mesma idade, seja por super-proteção ou por vergonha, e isto também pode ser um fator limitante do desenvolvimento psicossocial, contribuindo para as reações e atitudes de agressividade. Por outro lado, como paradoxo, quando investigamos sobre as necessidades e dificuldades do aluno com paralisia cerebral sob a ótica do professor, verificamos relato sobre a necessidade da convivência desses alunos com as crianças ditas “normais” e do quanto isto é importante para favorecer sua socialização. Ou seja, ao mesmo tempo em que as entrevistadas identificam a agressividade como ponto negativo para a convivência com os outros, elas também percebem a necessidade de promover uma integração maior entre elas.

Com relação ao terceiro tópico a concepção das professoras sobre o processo de Inclusão Escolar desse alunado, demonstra-nos posicionamentos interessantes com relação aos sentimentos que foram despertados nas mesmas a partir da imagem do aluno com seqüela de paralisia cerebral. Algumas professoras disseram que se assustaram ao verem tantas deformidades e dificuldades ao mesmo tempo. Acreditamos que o “susto” ocorra como conseqüência do número ainda reduzido de pessoas com seqüela de paralisia cerebral que vemos nas ruas, trabalhando, estudando ou se divertindo, por isso nossos olhos estão desacostumados com as deformidades e as dificuldades gerais que essas pessoas apresentam. Assim, por conhecermos poucas pessoas nessa condição é que as experiências pautadas pelas entrevistadas são voltadas para um único aluno ou para uma ou duas situações que elas viveram. O que não quer dizer que todas as pessoas com seqüelas de paralisia cerebral apresentem o mesmo quadro de

deformidades ou de dificuldades. Lembramos que cada caso é um caso e que não devemos generalizar para não nos distanciarmos da proposta da Inclusão Escolar.

Nesse sentido, também registramos referência de sentimentos de impotência, abandono e culpa. Acreditamos que tais sentimentos sejam o resultado de uma construção realizada por estas professoras ao longo de suas vidas sobre o aluno ideal - o aluno normal -. Assim, ao receberem em suas classes um aluno com paralisia cerebral, dotado de disfunções motoras, sensoriais e algumas vezes cognitivas, cujo aspecto físico não corresponde aos modelos convencionais de normalidade, acabam por se sentirem em conflito. Isto gera, conseqüentemente, sentimentos variados de difícil controle, desviando o foco principal da filosofia inclusiva.

Uma preocupação é que uma vez que esses sentimentos se tornem enraizados e fortalecidos, eles reforcem a falta de credibilidade no potencial de aprendizagem do aluno com seqüela de paralisia cerebral. O sentimento de pena, por exemplo, expressado por várias entrevistadas, reflete uma certeza do fracasso a que esses alunos estariam, supostamente, condenados. Julgamos ainda, que esses sentimentos permanecem ancorados no impacto que a deficiência causa, mitificando as dificuldades nem sempre reais desse alunado e imobilizando as professoras para a busca de novas alternativas pedagógicas.

Chamou-nos a atenção o fato de que apenas uma entrevistada não manifestou qualquer sentimento de pena ou rejeição. Quando questionada, ela disse sentir carinho. Sentimentos de afetividade podem servir como estímulo para o professor e para o aluno que se sente acolhido, integrado. Entretanto, esse afeto, quando exacerbado, pode se transformar em superproteção, como conseqüência do tratamento diferenciado oferecido. Isto pode se refletir em queda da aprendizagem e do cumprimento de tarefas exigidas, em classe, para todos os alunos.

Com relação à aceitação da inclusão do aluno com seqüela de paralisia cerebral, observamos que poucas professoras mostraram-se resistentes. No entanto, constatamos que a maioria torna explícita a aceitação da inclusão, mesmo consciente de que lhes faltam preparo para tal. Observamos, ainda, que entre as professoras entrevistadas existem dois grupos: o primeiro procura constante aperfeiçoamento, mediante a busca de novas alternativas, mesmo que essa busca não satisfaça as suas necessidades; e o outro grupo se caracteriza por professores que se consideram bons profissionalmente, porém, apresentam-se resistentes ao novo, por sugerir mudanças. Como diz Mazzillo (2003, p. 50):

[...] mudar pressupõe enfrentar o conflito entre o novo, desconhecido e o antigo que já era dominado. Sendo assim estes professores não querem abrir mão de ter o domínio de seu trabalho, pois, preferem achar que o aluno com paralisia cerebral não deveria estar freqüentando uma classe de ensino regular.

A rejeição e a não-aceitação da proposta de inclusão desses alunos, identificada pelas falas, surge do sentimento que alguns professores cultivam da sua incapacidade de lidar com o conjunto de dificuldades apresentadas por esses alunos. A partir desta incapacidade, surgem outros problemas, pois ela contamina a interação professor-aluno e, inclusive, a relação entre aluno e demais pessoas de dentro e de fora da escola.

Considerando dificuldades, as entrevistadas disseram que gostariam de poder contar com a presença do professor itinerante. Algumas professoras valorizaram a experiência que tiveram e outras se disseram curiosas para receber esse professor em sala e para conversar com eles sobre o aluno com paralisia cerebral e sobre as dificuldades existentes para adaptar as atividades do cotidiano escolar. A assessoria às escolas dos professores que correspondem a essa modalidade incluem acompanhamento dos alunos e professores dentro da sala de

aula regular, estendendo-se à direção e a outras equipes da escola, bem como aos responsáveis pelos alunos, além de realizarem a produção de materiais pedagógicos necessários ao aluno com necessidades educacionais especiais. Acreditamos que a modalidade de ensino itinerante apresenta uma proposta educativa satisfatória à inclusão de alunos com necessidades especiais, principalmente na ausência de professores especialistas nas escolas. A presença desses profissionais traria de fato maior segurança às professoras. Todavia, observamos que poucas professoras conhecem o trabalho do professor itinerante e provavelmente tenha sido esse o motivo do número reduzido de entrevistadas que citaram a ausência desse especialista, nas escolas, como dificuldade para a inclusão.

Ressaltamos que o professor itinerante é um docente especializado para trabalhar com alunos portadores de necessidades educacionais especiais, incluídos em classe regulares, e com seus respectivos professores. Eles possuem competência para atender necessidades educacionais destes alunos, orientar, informar e supervisionar os educadores que os recebem em sala de aula (PLETSCH, 2005).

Outro aspecto curioso foi que apenas uma das entrevistadas disse sentir dificuldades para realizar a avaliação do aluno com paralisia cerebral, reforçando no seu depoimento, a importância do professor itinerante na tarefa de avaliar. As demais não fizeram qualquer pontuação nesse assunto. Todavia, pensamos que a avaliação é um processo diário, através dela o professor deve observar se está havendo compreensão e aprendizagem das atividades propostas em sala de aula, além de verificar o grau de participação do aluno com paralisia cerebral em classe. Muitas vezes, a exclusão do processo de avaliação pode ser justificada e compreendida pela tentativa fracassada da professora de não compreender as dificuldades do aluno. A falta dessa interação pode levar ao comodismo da

educadora e à exclusão do aluno em relação ao processo de avaliação. Destacamos o quanto esse tema é significativo para a proposta da Educação Inclusiva. Por isso, acreditamos serem necessários novos estudos sobre o processo de avaliação do aluno com seqüela de paralisia cerebral incluído no ensino regular, pois a pouca persistência nos apontamentos pode ser consequência da desinformação do universo de professoras entrevistadas sobre a questão.

Ressaltamos os relatos das professoras que apontaram as condições de acessibilidade arquitetônica das escolas como fator de dificuldade para a proposta de inclusão, por serem alguns alunos com paralisia cerebral também usuários de cadeira de rodas. Atentamos para o fato de que quando falamos “condições de acessibilidade” lembramos dos direitos de ir e vir com autonomia e independência. Nesse sentido, a partir das falas das entrevistadas, observamos que a autonomia e a independência do aluno com paralisia cerebral e usuário de cadeira de rodas não é adequadamente estimulada. As professoras não identificam tal condição de acessibilidade como fundamental para o aluno, pelo contrário, elas, em sua maioria, acreditam não ser a falta dessa condição um problema, principalmente, em se tratando de acessibilidade arquitetônica. É preciso que estimulemos a independência do aluno com necessidades educacionais especiais. Desta forma, reforçamos sua capacidade de realizar atividades de vida diária com mais autonomia e segurança.

Nesse contexto, verificamos que menos da metade das entrevistadas fizeram referência à acessibilidade ao material pedagógico. Pareceu que as mesmas, considerando acessibilidade, reconhecem somente a arquitetônica como barreira para a inclusão escolar. As adaptações pedagógicas facilitam o acesso às atividades de classe.

A utilização de material pedagógico inadequado promove a insegurança do educador no processo da inclusão. Observamos que 40% das entrevistadas se disseram cansadas de improvisar material pedagógico para facilitar a aprendizagem do aluno. Consideramos ter de ser criativo todos os dias, sem que haja apoio técnico para isto pois compreendemos que o cansaço leva ao desânimo e predispõe ao pensamento de fracasso. Por outro lado, o professor precisa utilizar sua criatividade para adequar o material pedagógico às necessidades do aluno, além de ter de conhecer que necessidades são essas. Ele tem de saber identificar as seqüelas da paralisia cerebral, tanto motora quanto cognitiva a fim de criar recursos específicos pedagógicos para auxiliar o aluno na sua dificuldade.

Outro dado bastante pertinente é com relação às dificuldades de comunicação e compreensão desse alunado. Nenhuma das professoras entrevistadas se referiu à comunicação alternativa como possível solução para a dificuldade apresentada. Acreditamos que esta ocorrência se deva ao desconhecimento sobre a existência dessa possibilidade de acessibilidade. O termo comunicação alternativa é utilizado para definir outras formas de comunicação como o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, entre outras possibilidades e é utilizada quando a pessoa não apresenta outra forma de comunicação.

A falta de apoio de profissionais de outras áreas também foi citada pelas entrevistadas como dificuldade, demonstrando a existência de algum desconforto pela falta de conhecimento em lidar com determinadas situações do cotidiano escolar. O professor deve ser capaz de realizar seu papel como intermediário no favorecimento da socialização do aluno com necessidades especiais educacionais, mas ele também necessita de respaldo técnico específico para agir com segurança durante sua prática inclusiva.

Acreditamos ser de extrema importância o acompanhamento desses profissionais em algumas situações do cotidiano escolar. Todavia, a ausência dos mesmos, dentro da escola, não deve ser compreendida como mais uma das dificuldades para o professor na prática inclusiva. Porque compreendemos que, mesmo, esses profissionais estando presentes, nem sempre existe uma integração eficiente com tempo hábil para discutir a situação do aluno com necessidades educacionais especiais ou com seqüela de paralisia cerebral. Como nos dizem Glat, Pontes, Fernandes e Orrico (2005, no prelo):

De fato, a existência de uma equipe multidisciplinar ou multiprofissional, não garante que o trabalho desenvolvido seja integrado ou interdisciplinar. Pois, não basta que um grupo de profissionais se reúna para discutir um caso, cada um apresentando sua visão e o tipo de atendimento a ser prestado ao cliente. Para que se possa causar um impacto real no desenvolvimento do indivíduo, é preciso que, a partir dos diferentes olhares e avaliações sobre o caso, se trace uma estratégia de atendimento integrada e se estabeleça, conjuntamente, as prioridades terapêuticas e educacionais.

No entanto, cabe ressaltar que diante de grande necessidade, o educador pode se integrar com esses profissionais que acompanham o aluno cliente com paralisia cerebral, sem que, necessariamente, eles estejam dentro ou fazendo parte da escola.

Não podemos deixar de citar que como dificuldade principal para viabilizar a inclusão escolar, a falta de capacitação profissional foi apontada por todas as entrevistadas, caracterizando uma dificuldade de urgência com a qual, as mesmas se encontram impotentes, desestimuladas e descrentes das próprias capacidades como educadoras, o que reflete obviamente, na descrença da capacidade do aluno com necessidades educacionais especiais, particularmente, com seqüela de paralisia cerebral. Lembramos que a própria LDB (1996), em seu artigo 59,

reconhece a importância de se formar professores especializados para atender pessoas com necessidades especiais, sob quaisquer modalidades de ensino.

Outro fator abordado é a superlotação. Para elas, o aluno com seqüela de paralisia cerebral não tem condição de aprender numa turma com mais de 40 alunos. Essa é uma realidade em muitas escolas e um problema para a aprendizagem de qualquer criança. Quando a turma é numerosa, o trabalho do professor fica também comprometido, ele passa a se achar improdutivo e desconfortável, por não dar a atenção que o aluno incluso necessita. O modelo de inclusão escolar determina que o professor conceda direito igual de educação e aprendizagem a todos os alunos e isto se reforça nas palavras de Stainback e Stainback (1999, p. 29) quando dizem que :

Se realmente desejamos uma sociedade justa e igualitária, em que todas as pessoas tenham valor igual e direito igual, precisamos reavaliar a maneira como operamos em nossas escolas, para proporcionar aos alunos com deficiências as oportunidades e as habilidades para participar da nova sociedade que está surgindo.

As mudanças operacionais nas escolas só acontecerão quando as instituições reconhecerem suas responsabilidades com cada aluno, abolindo as discriminações e as preferências, oferecendo ao professor melhores condições de atuarem na inclusão do aluno com necessidades educacionais especiais. Isto envolve capacitação, conscientização da comunidade escolar sobre deficiências e deficientes, material pedagógico, adaptação curricular, apoio técnico, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No âmbito da discussão sobre Educação Inclusiva, o presente estudo teve como objetivo pesquisar a concepção de professoras do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental da rede regular de ensino, sobre paralisia cerebral, sobre o aluno com seqüela de paralisia cerebral e sobre o processo de inclusão escolar desse alunado.

A pesquisa foi realizada com base na utilização de um questionário semi-estruturado, aplicado em um universo de treze professoras do Primeiro Segmento do Ensino Fundamental da rede regular de ensino, atuantes em escolas de ensino público e particular, que tiveram experiência direta, ou pelo menos, conheciam pessoas com paralisia cerebral. As entrevistadas eram também alunas do Curso de Pedagogia de duas universidades do Rio de Janeiro e cursavam entre o quinto e oitavo (último) período.

Após a análise e discussão dos depoimentos, verificamos que as opiniões apresentadas pelas professoras sobre o tema desta pesquisa reforçam significativamente a possibilidade de estarmos diante de concepções inadequadas estimuladas, talvez, pela carência de informação atualizada sobre paralisia cerebral conseqüente da falta de capacitação e/ou assessoramento técnico específico. Pensamos que o estado de desinformação pode ser considerado um dos fatores responsáveis, pelas possíveis causas que caracterizam a prática da inclusão desses alunado como *difícil*. Preocupa-nos o fato de que essa desinformação ainda ocorra num momento em que vemos ser crescente o número de alunos com seqüelas de paralisia cerebral freqüentando as escolas. Diante disto, nos parece conveniente ressaltar a importância dos professores participarem do processo de capacitação

profissional, além de atualizar-se periodicamente quanto aos avanços na área de educação.

Consideramos, a partir dessas reflexões, também, necessário um trabalho efetivo de conscientização educacional, envolvendo pais, alunos e todos que trabalham na escola. Acreditamos que isso permitirá que o aluno que tenha uma deficiência de qualquer origem receba um olhar mais condizente com as suas reais condições sensoriais, motoras e cognitivas e, por isso seja mais bem assistido em suas necessidades educacionais especiais.

Compreendemos que a Inclusão Escolar é uma prática em expansão, mais da metade das professoras entrevistadas, 60% da amostra, disseram ter tido alunos com essa condição, incluídos em sua classe. Considerando a soma desse resultado junto ao resultado das que, mesmo não tendo experiência direta com essa clientela, testemunharam a Inclusão Escolar desses alunos em outras turmas, podemos afirmar que 85% das escolas das quais os sujeitos da pesquisa fazem parte, praticam a Inclusão Escolar desse alunado, o que reforça a importância da nossa pesquisa e de mais estudos sobre este tema.

Ressaltamos que os resultados desse estudo permitiram-nos evidenciar a necessidade de mais estudos acerca de experiências e práticas de Inclusão Escolar com o aluno com seqüela de paralisia cerebral no ensino regular, pois detectamos a falta de pesquisas e trabalhos científicos voltados para a inclusão desse alunado. Acreditamos ser relevante a lembrança de que, é grande o número de pessoas com seqüela de paralisia cerebral no nosso estado, embora não tenhamos esse percentual estatisticamente conhecido. No entanto, apesar de insignificante, é crescente, o número desse alunado freqüentando as escolas de ensino regular, fato este que pode ser um dos responsáveis pela escassez de pesquisas e textos bibliográficos voltados para a inclusão escolar desses alunos. Cabe sugerir a

realização de pesquisa com levantamento do número de alunos com seqüela de paralisia cerebral que estão matriculados efetivamente na rede de ensino regular no estado do Rio de Janeiro.

Pertinente também é a necessidade de estudos sobre formas de avaliação do aluno com seqüela de paralisia cerebral, considerando as dificuldades motoras, sensoriais e cognitivas existentes.

Consideramos que um dos maiores desafios da educação é a inclusão da *diferença*. Isto significa assegurar o atendimento às necessidades básicas, ao desenvolvimento sócio-afetivo, físico, intelectual -- que é de responsabilidade da escola -- e, ao mesmo tempo, garantir o avanço na construção do conhecimento, mediante procedimentos didáticos e estratégias metodológicas adequadas às necessidades de todos os alunos com “deficiências”, inseridos no ensino regular para a efetivação da prática inclusiva.

REFERÊNCIAS

AICARDI, J.; BAX, M. Cerebral Palsy. In: Aicardi, J. *Diseases of the nervous system in childhood*. Clinic in developmental medicine. London: Mac Keith Press, p.330-374, 1992.

ARANHA, M. S. F. Inclusão social e municipalização. In: MANZINI, Eduardo. *Educação Especial: temas atuais*. Marília: UNESP, p. 01-11, 2000.

BRAGA, L. W. *Cognição e paralisia cerebral: Piaget e Vygotsky em questão*. Salvador: Sarah Letras, 1995, p. 134.

BUENO, José G. Crianças com necessidades educativas especiais, política educacional e a formação de professores: generalistas ou especialistas. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 3. n. 5, p. 7-25, 1999.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, Á. *Desenvolvimento Psicológico e Educação: Necessidades Educativas Especiais e Aprendizagem Escolar*. V. 3. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 13-16, 1995.

COSTA M. C.; SALOMÃO, S. R.; BEREZOVSKY, A.; HARO, F. M.; VENTURA, D. F. *Relationship between vision and motor impairment in children with spastic cerebral palsy: New evidence from electrophysiology*. Behavioural Brain Research. Flórida, p.145-150, 2004.

_____. *Grating acuity measured by sweep VEP in children with spastic cerebral palsy*. ARVO abstracts. Invest Ophthalmol Vis Sci, p.42-87, 2001.

CRUICKSHANK, W.; RAUS, G. M. *Cerebral palsy: it's individual and community problems*. Califórnia, Syracuse University Press, p. 01-166, 1995.

DELAY, J.; PICHOT, J. *Manual de psicologia*, 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Masso & Companhia, p.12-16, 1973.

DIAMENT A.; CYPEL, S. *Neurologia Infantil*. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 287.

FINNIE, N. R. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. 3 ed. São Paulo: Manole, p.155-164, 2000.

FERNANDES, E. M. *Educação para todos - Saúde para todos": a urgência da adoção de um paradigma multidisciplinar nas políticas públicas de atenção à pessoas portadoras de deficiências*. *Revista do Benjamim Constant*, v. 5, n. 14, p. 03-19, 1999.

_____. *Estudo descritivo da aplicação do paradigma da Associação Americana de Retardo Mental na comunidade de Barro Branco*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

FERREIRA, J. R.; GLAT, R. Reformas educacionais pós-LDB: a inclusão do aluno com necessidades especiais no contexto da municipalização. In: SOUZA, D. B.; FARIA, L. C. M. (Orgs.) *Descentralização, municipalização e financiamento da Educação no Brasil pós-LDB*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 372-390, 2003.

FONSECA, V. *Educação Especial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GARCIA, R. M. C. A educação de sujeitos considerados portadores de deficiências: contribuições vygotskianas. *Revista Ponto de Vista*, julho/dezembro, p.25-27, 1999.

GLAT, R. Capacitação de professores: pré-requisito para uma escola aberta à diversidade. *Revista Souza Marques*, v. I, p.16-23, 2000.

_____. *A integração social do portador de deficiência: uma reflexão*. Rio de Janeiro: Editora Sette Letras, v. I, 2 ed., 1998. (Coleção Questões Atuais em Educação Especial).

GLAT, R.; DUQUE, M. A. T. *Convivendo com filhos especiais: o olhar paterno*. Rio de Janeiro, Editora Sette Letras, 2003. (Coleção Questões Atuais em Educação Especial).

GLAT, R.; NOGUEIRA, M. L. de L. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. In: *Revista Integração*, v. 24, ano 14; Brasília: MEC/SEESP, p. 22-27, 2002.

GLAT, R.; PONTES, M. L.; FERNANDES, E. M.; ORRICO, H. F. Ação articulada entre Educação e Saúde no atendimento Integral e promoção da qualidade de vida de pessoas com deficiências múltiplas e surdocegueira. Programa de Saúde mental/SUS. Rio de Janeiro: *Revista Inclusão*. Brasília: MEC/SEESP, v. 1, n. 1, 2005. (no prelo)

_____. *A formação de professores para a Educação Inclusiva no Brasil*. *Revista Comunicações*. Piracicaba: UNIMEP, 2003.

GOFFMAN, Erving. *A representação do eu na vida cotidiana*. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1985, p. 233.

_____. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1988, p. 158.

GOFFREDO, V. F. S. Integração ou segregação: o discurso e a práticas das Escolas Públicas da Rede Oficial do Município do Rio de Janeiro. *Revista Integração*: 4(10), p. 118-127, 1992.

KIRK, S. A.; GALLAGHER, J. *Educação da criança excepcional*. M.Z. SANVICENTE. Tradução Marília Zanella Sonviciente. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LACERDA, E. T. L. *Reflexões sobre a terapia fonoaudiológica da criança paralisado cerebral*. São Paulo: Memnon, 1993, p. 71.

LEVITT, S. *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motα*. São Paulo: Manolle, 2001, p. 286.

LEVY, J. A. *Doenças musculares: estudo clínico e diagnóstico*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002, p. 271.

LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. *Paralisia cerebral*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, p. 135-151, 2004.

MAZZILO, I. B. C. V. *Barreiras invisíveis presentes na educação inclusiva: um estudo sobre as representações dos professores relativas a alunos portadores de paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MAZZOTTA, M. J. S. *Educação Especial no Brasil: história e políticas públicas* 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001, p. 208.

MANZINI, E. J.; SIMÃO, L. M. Concepção do professor especializado sobre a criança deficiente físico: mudanças em alunos em formação profissional. *Temas em Educação Especial* 2. Organizadores: DIAS, Tércia R.; DENARI, F. E.; KUBO, O. M. São Carlos, UFSCAR, p. 25- 54, 1993.

MILLER, G.; CLARK. *Paralisias Cerebrais: causas, conseqüências e conduta*. São Paulo: Manole, 2002, p. 409.

MENDES, E. G. Concepções atuais sobre Educação Inclusiva e suas implicações políticas e pedagógicas. In: MAQUERZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A; TANAKA, D. O. (Orgs.): *Educação Especial: políticas e concepções sobre deficiência*. Londrina: Eduel, p. 25-41, 2003.

MENDES, E. G.; FERREIRA, J. R.; NUNES, L. R. O. P. Integração/Inclusão: o que revelam as teses e dissertações em educação e psicologia. In: NUNES SOBRINHO, F. P. N. *Inclusões educacionais: pesquisa e interfaces*. Rio de Janeiro: Livre expressão, p. 98-144, 2003.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 269.

NORONHA, A. P. P.; SARTORI, F. A.; FREITAS, F. A.; OTTATI, F. Manual de testes de inteligência. Editora Brasil. *Psicologia em Estudo*, 6(2), p. 101 -106, 2001.

OMOTE, S. Deficiência e não-deficiência: recortes do mesmo tecido. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 1(2), p. 65-74, 1994.

PASQUALI, L. (Org.). *Técnicas de exame psicológico: Fundamentos das Técnicas Psicológicas*. Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia. T. E. P. manual. São Paulo, v.1. p. 32-37, 2001.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar*. Histórias de submissão e rebeldia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

PIAGET, J. *A linguagem e o pensamento da criança*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1980, p. 334.

PLETSCH, M. D. *O professor itinerante como suporte para Educação Inclusiva em escolas da Rede Municipal de Educação do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SANVITO, W. L. *Síndromes neurológicas*. São Paulo: Atheneu, p. 42-127, 1997.

SELYE, H. *The stress of life*. New York - E. U. A: Mc Graw Hill, 2 ed., v.3, p. 131-136, 2001.

SHEPHERD, R. B. *Fisioterapia em pediatria*. São Paulo: Santos, p. 78-96, 2000.

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

STOKES, M. *Neurologia para fisioterapeutas*. São Paulo: Editorial Premier, p. 28-35, 2000.

UMPHRED, D. A. *Fisioterapia neurológica* Tradução Lilia Bretenitz Ribeiro. São Paulo: Manole, p. 123-157, 1994.

VIANNA, L. S. Medicina psicossomática em odontologia. In: *Revista de Odontologia*. Belo Horizonte: Editora O Lutador, ano 2, n. 10, p. 25-27, 1989.

WECHSLER, S. M. Princípios éticos e deontológicos na avaliação psicológica. In: PASQUALI, L. (Org.). *Técnicas de exame psicológico: Fundamentos das técnicas psicológicas*. Casa do Psicólogo, Conselho Federal de Psicologia. T. E. P manual. São Paulo, v. 1, p. 171-193, 2001.

DOCUMENTOS CITADOS

CENSO DE 2000 DO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://online.terra.com.br/jb/papel/brasil>> Acesso em: 28 jan. 2005.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA. Decreto nº 3298 de 1999 , Lei no 7.853, artigo 3º, inciso I, de 24 de outubro de 1989, dispondendo sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <<http://agenda.saci.org.br/index2.php?modulo=akemi&s=documentos¶metro=1694>>. Acesso em: 25 jan. 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (ONU). Relatório da organização mundial de saúde (OMS), da ONU, saúde mental no mundo, editado em português pela organização pan-americana de saúde (OPAS) sob o título: Saúde mental, nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: < <http://www.psiqweb.med.br/>>. Acesso em: 20 out. 2004.

UNESCO. Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Nações Unidas, CORDE, 1994. Disponível em: <<http://www.educacaoon-line.pro.br>>. Acesso em: 16 jul. 2004.

SITES CONSULTADOS

AINSCOW, M. *O que significa inclusão?* Entrevista disponível em: <<http://www.crmariocovas.sp.gov.br>>. Acesso em: 24 jul. 2004.

ALMEIDA, L. S. Avaliação psicológica: Exigências e desenvolvimentos nos seus métodos. In: WECHSLER, S. M.; GUZZO, R. S. L. (Orgs.). *Avaliação psicológica* Perspectiva internacional. São Paulo: Casa do Psicólogo ITC – Comisión Internacional de Tests, p. 41-55, 2001. Diretrices internacionales para el uso de los tests. Disponível em: <<http://www.cop.es/tests/Diretrices.html>>. Acesso em: 04 jan. 2004.

ASSOCIAÇÃO DE PARALISIA CEREBRAL DO BRASIL (A. P. C. B.). *O que é Paralisia Cerebral?* Disponível em: <<http://www.Apcb.org.br/paralisia.asp>>. Acesso em: 08 maio 2005.

COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA. Disponível em: <<http://www.comunicacaoalternativa.com.br/adca/caa/comunicacaoalternativa.htm>>. Acesso em: 10 nov. 2004.

GLAT, R; FERREIRA, J. R; OLIVEIRA, E. da S. G.; SENNA, I. A. G. *Panorama Nacional da Educação Inclusiva no Brasil*. Relatório de Consultoria Técnica. Banco Mundial, 2003. Disponível em: <<http://www.cnotinfor.pt/projectos/worldbank/inclusiva>>. Acesso em: dez. 2004.

GLAT, R. & OLIVEIRA, E. da S. G. Adaptações Curriculares. *Projeto Educação Inclusiva no Brasil: Desafios Atuais e Perspectivas para o Futuro*. Relatório de Consultoria Técnica. Banco Mundial, p. 24-27, 2003. Disponível em: <<http://www.cnotinfor.pt/inclusiva>>. Acesso em: jan. 2004.

INEP (Censo Escolar). Disponível em: <<http://www.inep.gov.br/basica/censo/Escolar/resultados.htm>>. Acesso em: 20 jan. 2005.

INEP (Notícias). Disponível em: <http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/censo/escolar/news04_23.htm>. Acesso em: 20 jan. 2005.

MEC (dados de matrícula). Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/seesp/dados.shtm>>. Acesso em: 08 jan. 2005.

MEC (legislação). Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/seesp/legislacao.shtm>>. Acesso em: 08 jan. 2005.

MRECH, L. M. *Educação Inclusiva: Realidade ou utopia?* Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br>>. Acesso em: 23 set. 2001.

PRIETO, G.; MUÑIZ, J. *Um modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados em España.* (2000). Disponível em: <[http://www.cop.es/tests/ modelo.htm](http://www.cop.es/tests/modelo.htm)>. Acesso em: 04 dez. 2004.

GLOSSÁRIO

Afecção	Estado ou lesão mórbida
Asfixia	Suspensão ou supressão da respiração ou da circulação sanguínea.
Atetose/atetóide	Tônus muscular oscilante, flutuante.
Atonia	Ausência de tônus muscular
Bilirrubina	Pigmento biliar (o mais importante) de cor amarelo-avermelhado
Desnutrição	Falta de nutrição; emagrecimento
Encéfalo	Compreende o cérebro, o cerebelo e o bulbo
Encefalite	Inflamação no encéfalo
Enfarto	Obstrução
Espasticidade	Hipertonia
Etiologia	Ciência das causas
Congênita	Natural, inato.
Hidrocefalia	Derramamento de liquor na cavidade craniana
Hipertonia	Aumento da tensão muscular numa condição anormal
Hipertonia	Aumento da pressão arterial
Hipotensão	Diminuição da pressão arterial
Hipotonia	Diminuição da tensão muscular numa condição anormal
Hipoventilação	Diminuição da oferta de oxigênio
Icterícia	Sintoma de uma doença ou afecção do sistema biliar caracterizada pela cor amarelada da pele e conjuntivas oculares
Lactente	Criança que ainda mama

Meningite	Inflamação das meninges
Perfusão	Passagem artificial, lenta e contínua de um líquido através de um orifício de um órgão.
Período para-natal	No momento do parto
Período perinatal/pré - natal	Durante a gestação
Período pós-natal/Neonatal	Imediatamente após o nascimento
Psicometria/psicométricos	Medição das funções psíquicas através de testes normalizados destinados a estabelecer uma base quantificável das diferenças entre indivíduos.
Seqüela	Sintoma ou efeito que fica depois de curadas certas doenças; conseqüência.
Síndrome	Conjunto de sinais e sintomas
Subnutrição	Subalimentação
Tônus muscular	Tensão muscular mantida numa condição normal
Traumatismo cranioencefálico	Choque por queda ou pancada no crânio atingindo o encéfalo
Vasoconstricção	Diminuição do calibre do vaso por onde circulam o sangue

Fontes: Dicionário médico ALVES, Emmanuel. Dicionário Médico: Inglês - Português. São Paulo: Atheneu, 1992.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Roteiro das entrevistas semi-estruturadas

1. Nome
2. Idade
3. Formação
4. Tempo de Formação
5. Tempo de atuação na escola
6. Curso de capacitação
7. Tempo de exercício do magistério
8. Trabalha em escola pública ou particular
9. Municípios de
10. Possui experiência com quais séries
11. Tempo de experiência com cada série:
12. Você já teve experiência com alunos com algum tipo de necessidade especial?
a) Como foi?
13. Você já teve alguma experiência com alunos ou com pessoas com seqüela de paralisia cerebral?
a) Como foi?
14. O que é, pra você, paralisia cerebral?
15. Você tem idéia do que causa paralisia cerebral?
16. Quais deficiências associadas apresentam o aluno com seqüela de paralisia cerebral?
17. Na sua escola, você conhecia o diagnóstico clínico do seu aluno com seqüela de paralisia cerebral?
18. Como você vê a aprendizagem desses alunos?
19. Como é o comportamento desses alunos durante o recreio?
20. E das pessoas que os rodeiam na escola?
21. Como você vê a inclusão escolar desses alunos?
22. Quais sentimentos mais comuns esses alunos e/ou pessoas com seqüelas de paralisia cerebral te desperta?
23. Quais são ou foram suas maiores dificuldades para fazer a inclusão desses alunos?
24. Quais condições de acessibilidade sua escola apresenta e quais você julga serem necessárias?

25. Quais, você julga serem, as vantagens da inclusão escolar desses alunos com seqüela de paralisia cerebral?