

UNIVERSIDADE DE UBERABA
PROGRAMA DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO

JANAÍNA PESSATO JERÔNIMO

**ESPORTE COMO ELEMENTO FACILITADOR DA INCLUSÃO
DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL SEVERA:
contribuições para a formação de professores de Educação Física**

Uberaba – MG
2006

JANAÍNA PESSATO JERÔNIMO

**ESPORTE COMO ELEMENTO FACILITADOR DA INCLUSÃO
DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL SEVERA:
contribuições para a formação de professores de Educação Física**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba, como requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da Professora Doutora Ana Maria Faccioli de Camargo.

Uberaba – MG
2006

Catálogo elaborado pelo Setor de Referência da Biblioteca Central da UNIUBE

Jerônimo, Janaína Pessato

J483e Esporte como elemento facilitador da inclusão de pessoas com paralisia cerebral severa: contribuições para a formação de professores de Educação Física / Janaína Pessato Jerônimo. -- 2006

147 f. : il. ; 30 cm

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Faccioli de Camargo
Dissertação (mestrado em Educação)-Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, 2006

1. Professores - Formação. 2. Educação física para deficientes. 3. Esportes para deficientes. 4. Capacidade motora. I. Título.

CDD: 371.12

JANAÍNA PESSATO JERÔNIMO

**ESPORTE COMO ELEMENTO FACILITADOR DA INCLUSÃO
DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL SEVERA:
contribuições para a formação de professores de Educação Física**

Dissertação apresentada ao Programa de
Mestrado em Educação da Universidade de
Uberaba, como requisito parcial, para obtenção
do título de Mestre em Educação.

Aprovado em __/__/____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Maria Faccioli de Camargo
(Universidade de Uberaba – UNIUBE)

Prof. Dr. Luiz Antônio Silva Campos
(Centro Univ. de Patos de Minas – UNIPAM)

Prof. Dra. Andréa Maturano Longarezi
(Universidade de Uberaba – UNIUBE)

Uberaba – MG
2006

DEDICATÓRIA

A todos os atletas que têm paralisia cerebral e, em especial, àqueles com quem trabalho e que participaram desta pesquisa. Todos me impulsionaram a buscar caminhos que apontassem para a valorização deles como pessoas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por me direcionar aos caminhos, abrindo as “portas” que se constituíram em grandes passagens — se a insegurança me fez hesitar em transpô-las, ele me carregou no colo, dando-me a certeza de não estar sozinha.

Ao meu esposo, pelo carinho, pelo respeito e pela paciência, essenciais para que eu continuasse a caminhada, e por sempre e afetosamente ter uma palavra de incentivo e confiança — se as palavras não eram suficientes, seu olhar acolhedor era meu porto seguro.

Aos meus pais, irmãos e amigos, que sempre externaram apoio e compreensão ante minha ausência, quando, muitas vezes, me ausentei do convívio deles em fins de semana, feriados e até em período de férias.

Em especial, à professora doutora Ana Maria Faccioli de Camargo, grande responsável pelo meu crescimento — se as dúvidas me impediam de enxergar mais adiante, ela me conduziu, sem hesitar e com firmeza e entusiasmo contagiante, para que eu chegasse até aqui.

Às professoras doutoras Andréa Maturano Longarezi e Dirce Maria Falcone Garcia, pelas valiosas contribuições mencionadas que me valeram não só no exame de qualificação.

Agradeço, ainda, a todos os professores do Programa de Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba (UNIUBE), que souberam nos transmitir conhecimentos e experiências, bem como nos apoiaram em nossas lutas.

Ao meu amigo e colega de profissão professor doutor Luiz Antonio Silva Campos, pelas sugestões e palavras de apoio — valiosas para o término da dissertação.

Aos colegas mestrandos: companheiros de ansiedade, angústias e muita alegria — os atropelos e a corrida contra o tempo não nos impediram de construir uma amizade sólida.

Também agradeço a todos os atletas da Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba (ADEFU), especialmente aos familiares dos que participaram desta pesquisa: sempre se mostraram prestativos, confiantes, além de demonstrarem respeito pelo meu trabalho.

Não poderia deixar de agradecer à ADEFU na pessoa de seu presidente, Íris Nogueira da Silva: companheiro abnegado que em nenhum momento deixou de dar seu apoio e que me autorizou a fazer este trabalho.

Aos meus companheiros de ideal espírita que me sustentaram com suas preces, alicerçando minha caminhada durante todo esse percurso.

Ao Edinan, pela paciência ante a urgência na finalização deste trabalho e pela eficiência na preparação e revisão do texto.

RESUMO

Discriminação e omissão marcaram a história de pessoas deficientes; acreditava-se que a deficiência era crônica, imutável. Mas uma mudança na melhoria das condições de vida delas se esboçou, sobretudo pela educação. No Brasil, dentre outras ações, a educação especial foi prevista pela legislação, programas de esportes adaptados foram implantados, e a disciplina Educação Física Adaptada foi incluída na graduação em Educação Física. A presença dessas pessoas em classes regulares evidenciou a necessidade de estrutura adequada e profissionais aptos a lidar com elas; logo, a preocupação se voltou à formação docente, pois muitos viam a ausência de certas disciplinas como entrave ao trabalho. Esta pesquisa converge para essa temática ao objetivar verificar como o esporte ajuda a incluir socialmente pessoas com paralisia cerebral severa. Como pesquisa qualitativa interpretativa, seus procedimentos metodológicos incluíram observação de filmagens em VHS, entrevistas semi-estruturadas, análise de documentos e revisão bibliográfica. Participaram 23 atletas de esportes adaptados e suas mães ou responsáveis. As fitas registram a participação em competições esportivas. Nossa análise revelou uma história marcada pela exclusão: de famílias simples e desinformadas, essas pessoas desconhecem direitos elementares; revelou, também, avanços no desenvolvimento de habilidades motoras que lhes trouxeram mais concentração, memória, atenção e a consciência de que o esporte pode fazê-las superar limitações e obter respeito. Concluimos que pouco tem sido feito pela inclusão social dessas pessoas; logo, a exclusão continuará a ser analisada como prática social naturalmente instituída se não houver ações conjuntas da sociedade e formação docente ajustada à educação para a diversidade.

Palavras-chave: pessoas deficientes; educação especial; habilidades motoras.

ABSTRACT

Discrimination and neglect have marked the history of disabled people, a condition commonly taken as chronic, unchangeable. An improvement of their life conditions, however, has begun through education. In Brazil, among other actions, special education was guaranteed by legislation, adapted sports programs were created, and Adapted Physical Education was included in the curriculum of Physical Education graduation as subject matter. But their presence in classrooms showed the need for proper structure and teachers able to deal with such students; hence, the focus included teachers' education, since many saw the lack of certain subjects in education courses as a problem. This research converges to this theme and aims to verify how sports help to include socially people suffering from severe cerebral palsy. As a qualitative research, its methodological procedures included videotape observations, interviews, document analysis and bibliographical reviewing. Twenty-three adapted sport athletes and their mothers/responsible person took part in this research. The videotapes record their participation in official competitions. Our analysis has revealed people excluded socially and unaware even of basic social rights. It also revealed improvement in their motor abilities, resulting in more capacity of concentration and memory, and in the awareness that sports practicing can help them to surpass their challenges and be respected by society. We concluded that little has been done to include socially people suffering from cerebral palsy and that exclusion will remain as social practice naturally instituted and accepted if society does not act in whole and teachers' education does not adjust to the teaching for life diversity.

Key words: disabled people; special education; motor abilities.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Fatores causais e de risco.....	71
QUADRO 2 – Alterações do tono e da motricidade que ocorrem nas lesões das diferentes áreas do cérebro.....	72
QUADRO 3 – Algumas diferenças no desenvolvimento entre uma criança normal e uma criança com paralisia cerebral.....	73

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 – Corte exibindo camada externa do cérebro (córtex cerebral ou substância cinzenta) e a parte interna (substância branca)..... 74
- FIGURA 2 – Diagrama da circuitaria da alça motora por meio dos gânglios da base; sinapses marcadas com sinal de subtração (–) são inibitórias..... 74
- FIGURA 3 – Órgão vinculado com a regulação automática de movimento e da postura, o cerebelo funciona em íntima conexão com o córtex cerebral e o tronco encefálico..... 76
- FIGURA 4 – Kit de bolas de bocha: um atleta joga com as azuis, outro com as vermelhas; a meta dos dois é aproximar suas bolas ao máximo da bola branca (alvo)..... 93
- FIGURA 5 – Desenho da quadra de jogo de bocha..... 94
- FIGURA 6 – Mesa para o Polybat; de simples confecção, pode ser uma mesa de tênis com adaptações nas laterais..... 97
- FIGURA 7 – Raquete de polybat adaptada do tênis de mesa e bolinha, que pode ser de plástico duro com furos para não quicar nas rebatidas 97
- FIGURA 8 – Atletas da classe D; embora tenham limitação motora, conseguem equilíbrio suficiente para se manterem em pé..... 98
- FIGURA 9 – Atletas da classe B; alcançam a largura total da mesa durante os movimentos, mas não têm equilíbrio suficiente para se manterem em pé..... 99
- FIGURA 10 – Atletas da ADEFU a caminho do ginásio para competir no VII Campeonato Brasileiro de Bocha (2005), em Alfenas (MG)..... 105
- FIGURA 11 – Atletas da ADEFU em momentos de lazer na praia de Copacabana (RJ), durante o VIII Campeonato Brasileiro de Bocha (2006)..... 106
- FIGURA 12 – Atletas da ADEFU curtindo o fim de tarde numa pousada em Alfenas/2005... 106
- FIGURA 13 – Atleta da ADEFU recebendo medalha no Campeonato Regional de Bocha, em Uberlândia (2006)..... 116
- FIGURA 14 – “Minha mãe nunca soube o que eu tinha [...] cresci sem compreender por que eu não era ‘normal’, por que eu era diferente.”..... 124
- FIGURA 15 – “Me disseram que eu não preciso de documentos.”..... 125
- FIGURA 16 – “Minha família nunca acreditou muito em mim. Achava que eu não conseguia raciocinar.”..... 126

FIGURA 17 – “Não é fácil ser diferente. Mas, agora sei que mesmo diferente eu sou capaz e isso muda muito.”.....	127
FIGURA 18 – “Agora as pessoas acreditam mais em mim.”.....	127
FIGURA 19 – “Agora sei que sou respeitada. Antes, eu era só deficiente; agora sou a Mariane que joga bocha... escolho o que fazer... quem diria!”.....	130
FIGURA 20 – Atletas da ADEFU exibem medalhas conquistadas em campeonatos nacionais de bocha.....	132
FIGURA 21 – Atletas da ADEFU mostram a satisfação em participar dos Jogos abertos de 2004.....	133
FIGURA 22 – Atletas da ADEFU que competem nas modalidades de bocha e polybat.....	134
FIGURA 23 – Atletas da ADEFU que disputam competições regionais.....	135
FIGURA 24 – Equipe de atletas competidores da ADEFU.....	136

SUMÁRIO

TRAJETÓRIAS: A MINHA E A DA PESQUISA.....	14
1 INCLUSÃO NECESSÁRIA, EXCLUSÃO CONSTITUÍDA.....	18
2 FORMAÇÃO DE PROFESSORES “ESPECIAIS” PARA UMA DOCÊNCIA “NORMAL”.....	37
2.1 Formação do professore de Educação Física: retrospecto para compreender sua (busca de) identidade.....	48
2.2 Olhar reflexivo sobre a identidade ainda obscura.....	60
3 EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA: UM OLHAR DIFERENTE.....	64
3.1 Histórico do paradesporto: o esporte adaptado.....	65
3.2 Paralisia cerebral (PC): onde tudo se inicia.....	67
3.2.1 <i>Conceituação, etiologia, classificação, prevenção.....</i>	69
3.2.2 <i>Classificação segundo a anormalidade motora.....</i>	73
3.2.3 <i>Classificação segundo as extremidades afetadas.....</i>	77
3.2.4 <i>Classificação segundo o grau de gravidade.....</i>	78
4 CAMINHOS DA PESQUISA.....	80
4.1 O início: primeiros passos.....	80
4.2 A pesquisa: segundo passo.....	82
4.3 Caracterização dos atletas com paralisia cerebral.....	87
4.3.1 <i>Perfil funcional.....</i>	87
4.4 Esportes e paralisia cerebral.....	88
4.4.1 <i>Sistema de classificação funcional na prática desportiva para pessoas com paralisia cerebral.....</i>	89
4.5 O que é bocha.....	91
4.5.1 <i>Classificação funcional para o jogo de bocha conforme o perfil funcional do atleta.....</i>	95
4.6 O que é polybat.....	96
4.6.1 <i>Classificação funcional para jogo de polybat conforme o perfil funcional do atleta.....</i>	99
4.7 Caracterização da instituição.....	101
5 APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL.....	104
CONSIDERAÇÕES FINAIS: QUEM SÃO ESSAS PESSOAS.....	123

REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICES.....	143
APÊNDICE A – Protocolo da entrevista	143
APÊNDICE B – Carta de apresentação aos participantes do estudo	144
APÊNDICE C – Termo de autorização da instituição	145
APÊNDICE D – Termo de autorização dos atletas entrevistados	146
APÊNDICE E – Termo de autorização dos pais ou responsáveis	147

*Uma das minhas preocupações constantes
é a de compreender como é que outra
gente existe, como é que existem almas
que não sejam a minha, consciências
estranhas à minha consciência que, por
ser consciência, me parece ser a única.
Compreendo bem que o homem que está
diante de mim, e me fala com palavras
iguais às minhas, e me faz gestos que são
como os que eu faço ou poderia fazer,
seja de algum modo meu semelhante.*

FERNANDO PESSOA

SOBRE TRAJETÓRIAS: A MINHA E A DA PESQUISA

Esta seção descreve os caminhos que conduziram à concretização deste trabalho. Escrevo aqui na primeira pessoa do singular porque falo de motivações pessoais, internas, que evoluíram há tempos: quando iniciei minha carreira docente e, é provável, abri minha veia pesquisadora. Nas seções seguintes, assumo a terceira pessoa do plural; entendo que ali o trabalho se torna impessoal — isto é, conjunto —, pois constitui um diálogo com teóricos e outros pesquisadores. O estudo que ora apresento resulta de minhas reflexões e ações acadêmico-profissionais, cujo início reside na (con)vivência com pessoas que apresentam deficiência, sobretudo aquelas que têm paralisia cerebral (PC) severa. As dificuldades de convivência social no cotidiano dessas pessoas me incomodaram a ponto de me fazer buscar concretizar ações que apontassem caminhos para minimizá-las.

Meu primeiro contato com a deficiência se deu no início de minhas atividades profissionais, por volta de 1991. Nesse período, trabalhava numa escola da rede particular com alunos do ensino fundamental; ali, estudava uma criança vítima de osteogênese congênita que ingressou na escola no primeiro período do antigo pré-primário. Como minhas atividades incluíam crianças da primeira série do ensino fundamental, não pude acompanhá-la no estágio anterior — a educação infantil. A essa época, a escola funcionava em dois prédios: um para o pré-escolar, outro para as demais turmas. Quando a criança passou à primeira série do fundamental, fui informada pelo diretor de que, se eu não quisesse trabalhar com ela inserida nas minhas aulas, ele compreenderia a situação e pediria à mãe que providenciasse um atestado médico dispensando-a das aulas de Educação Física. Situação delicada; mas aceitei o desafio, e a partir daquele ano começou minha experiência profissional com uma criança deficiente que me proporcionaria a oportunidade de experimentar, na prática educativa, as contradições, os impasses e os desafios do trabalho com limitações motoras, de percepção, mentais, emocionais e outras imposto pela inclusão educacional.

Uma questão instigava: como suprir as necessidades de uma criança com deficiência sem prejudicar as outras? A inquietação inicial foi se configurando em torno da necessidade que ora se impunha, do estímulo e da colaboração das outras crianças. Ante as dificuldades iniciais, passei a compreender que, dadas as especificidades e necessidades educativas, todas elas mereciam oportunidades iguais e que, na maioria das vezes, as maiores dificuldades são criadas. Assim, trabalhei na perspectiva inclusiva nas quatro primeiras séries do ensino fundamental com turma de 22 crianças, dentre as quais, uma com deficiência física. Devo

dizer que já nessa época promovíamos a inclusão escolar — assunto que passaria a integrar as discussões nos meios educacionais com mais frequência após a Declaração de Salamanca, de 1994, e ter mais evidência após a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases/LDB (lei 9.394/96); também devo ressaltar que o programa de Educação Física dessa escola incluía a iniciação esportiva já na terceira série. Nesse período, por necessidade da criança com deficiência física, o voleibol foi adaptado para que as demais crianças jogassem sentadas — a atividade foi, então, intitulada vôlei sentado.¹

Noutra oportunidade, em 1994, trabalhei com a inclusão numa escola rural da rede pública municipal freqüentada por uma criança com seqüelas da poliomielite. Locomovia-se num esqueite, conduzido pelas mãos e que deslizava com agilidade; era ativa nas aulas: deixava o esqueite de lado e participava de todas as atividades, destacando-se como excelente goleiro no futebol.

Eis, então, meus primeiros contatos com a deficiência nas aulas de Educação Física. Eu voltaria a trabalhar com pessoas deficientes depois, porém com o esporte direcionado a um grupo e uma modalidade específicos — a natação —, como parte do projeto da Coordenadoria de Apoio e Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CAADE), vinculada a então Secretaria do Trabalho de Assistência Social da Criança e do Adolescente (SETAS), atual Secretaria do Desenvolvimento Social (SEDS) do Município de Uberaba (MG). Compunham o grupo crianças, jovens e adultos portadores de deficiência: auditiva, visual, mental, física, das quais uma me incomodava em especial: a PC severa. As aulas eram recreativas: não pretendiam formar atletas competidores; o projeto objetivava trabalhar a socialização no meio aquático como forma de lazer para quem não tinha atividade física, nem lugar, para desempenhar, ou que necessitava de atividade em ambiente aquoso como medida terapêutica.

A convite do órgão gestor municipal, em 1999 assumi a coordenação da Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba (ADEFU); mas tive de deixar as aulas de natação por causa do acúmulo de funções. Na ADEFU, além de trabalhar na coordenação geral, procurei implantar atividades físicas adaptadas a pessoas com deficiência. Como as pessoas com PC severa me inquietavam mais, procurei conhecer as atividades que poderiam suprir a carência delas. No decorrer das atividades, impôs-se a necessidade de conhecimentos sobre esportes adaptados que até então desconhecíamos. Os conhecimentos vieram de pesquisas na internet, da leitura de artigos e de conversas com profissionais atuantes na área.

¹ Em 2003, as associações que trabalhavam e trabalham com o desporto para pessoas deficientes foram convocadas a realizar, na cidade de São Paulo, um torneio para selecionar e implantar o vôlei sentado como modalidade paradesportiva, ocasião em que foram estruturadas as primeiras equipes de voleibol sentado para representar o Brasil nos Jogos Parapan-americanos em Mar del Plata, na Argentina.

Com efeito, experimentamos certo amadorismo quanto às atividades que propúnhamos; mas a vontade de encontrar caminhos que apontassem recursos técnicos mais favoráveis ao trabalho com limitações motoras e as características individuais do grupo nos impulsionava dia a dia: quanto mais envolvimento havia com os problemas do grupo, mais inquietações se configuravam em nossa prática. Assim, da inquietação à investigação e da investigação à inquietação, aos poucos surgiram os mecanismos práticos que viriam ao encontro de minha meta inicial.²

Um dos contatos que fiz para saber mais dos esportes adaptados a pessoas com PC severa foi com a Associação dos Paraplégicos de Uberlândia (APARU), cujos profissionais nos apresentaram à coordenação da Associação Nacional de Desporto para Deficientes (ANDE), órgão nacional responsável pelos esportes para pessoas com PC severa no Brasil. Desse contato, saiu o convite para participar, pela primeira vez, em 2002, dos Jogos Brasileiros de Bocha, em Uberlândia. Essa competição me fez perceber a importância do esporte para essas pessoas: a preparação, a entrada na van para a viagem, a chegada ao local de competições e outras situações que ali se sucederam sugeriam que os benefícios seriam maiores do que acreditávamos.

Com essa percepção, um intuito perquiridor passou a me acompanhar, aumentando a cada dia de treinamento, a cada competição: como o esporte pode facilitar a inclusão social de pessoas com PC severa? Essa pergunta passou a fazer parte de minhas atividades diárias; e para direcionar melhor esse espírito, um objetivo se delineou: compreender os problemas que envolvem quem tem PC severa (dificuldade de: comunicação, aprendizagem e desenvolvimento) e as perspectivas do esporte quanto a minimizar tal dificuldade. Nesse sentido, o esporte é instrumento que pode promover a aprendizagem, despertar sentimentos, projetar indivíduos e grupos, proporcionar vivências individuais e coletivas. Acredito ser o esporte, também, um campo vasto à pesquisa, pois instiga o olhar para as inúmeras relações diretas ou indiretas que estabelece. Por isso, optei pelo tema desta pesquisa, isto é, mostrar como o esporte pode facilitar a inclusão social dos portadores de PC severa.

O trabalho está estruturado assim: o primeiro capítulo aborda a exclusão pelo viés de uma compreensão mais precisa dos caminhos percorridos pelas pessoas com deficiência. Também apresenta concepções e representações sociais da exclusão e de seu percurso

² Retomo esse assunto no capítulo 4 desta dissertação; sucintamente, descrevo como essas atividades eram desenvolvidas e como foi meu primeiro contato com pessoas portadoras de paralisia cerebral severa; também abordo o que me levou a iniciar esta pesquisa.

histórico, em que a deficiência é construída socialmente como anormalidade, incompetência, incapacidade e como prática comum desde tempos remotos até hoje.

O segundo capítulo enfoca a formação de professores e os primeiros cursos de formação para educação especial (vinculados a estabelecimentos federais e a organizações não governamentais), e ainda evidencia a presença de tendências ora educacionais, ora clínicas ou médico-pedagógicas; o importante aqui é a presença histórica da formação profissional em educação especial e, nesse percurso até a constituição de cursos em nível superior, o surgimento sutil de práticas excludentes e tendências inclusivistas. Também são enfocados os saberes profissionais, as práticas educativas e as competências e experiências que compõem o exercício profissional — para mostrar que a formação é processo contínuo: parte da formação inicial e não termina —, assim como o percurso histórico entre a tradição biológico-esportiva e as abordagens que passaram a apontar uma perspectiva sociocultural numa busca constante pela identidade profissional.

O terceiro capítulo discute a formação docente em educação física à luz de uma nova linha de ação que tem no esporte adaptado o grande coadjuvante e apresenta a PC severa: conceituação, etiologia, classificação e prevenção, para uma possível aproximação e compreensão do que significa estar diante de alguém que tem esse problema.

O quarto capítulo apresenta os caminhos da pesquisa, o que me levou a realizar este trabalho e, em linhas gerais, o esporte adaptado a pessoas com PC severa — bocha e polybat — e os perfis funcionais para a prática dessas modalidades.

Enfim, o quinto capítulo: recheado com as idéias sobre a aprendizagem e desenvolvimento de Vygotski (1997; 1998), para quem esses processos estão inter-relacionados desde o primeiro dia de vida da criança. Sua ênfase incide sobre a premissa de que o aprendizado resulta em desenvolvimento mental, é um aspecto universal do processo de desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas e especificamente humanas. Fundamentada em Vygotski (1997), aponto as conseqüências do isolamento social em quem tem PC severa e como o desejo de superar cria forças que encontram aporte na teoria da supercompensação desse autor. Essa discussão é entremeada pelos depoimentos de atletas com PC severa e dos responsáveis por eles; somados aos apontamentos, configuram o resultado da pesquisa.

1 INCLUSÃO NECESSÁRIA, EXCLUSÃO CONSTITUÍDA

Diferenças, inclusão e exclusão suscitam angústia e insatisfação porque liberam em nós sentimentos constrangedores que nos fazem buscar equivalência entre sujeitos classificados e categorizados segundo a normalidade/anormalidade — embora não encontremos caminhos para os significados desses termos capazes de satisfazer nossa procura. Se o excluído é alguém fora dos padrões de normalidade estabelecidos pela sociedade, alguém com algum “malefício” sensorio, motor ou moral, então a pessoa deficiente se enquadra em tal categorização/classificação por ter as características do excluído segundo as “normas” vigentes.

Em Ewald (1993), notamos que a etimologia de *norma* revela os sentidos de esquadro, ângulo reto, regra de direito — sinônimo de regra até o princípio do século XIX, quando norma e regra passaram a se diferir. Norma deixa de ser sinônimo de regra para designar um tipo de conduta, uma maneira de produzi-la e, sobretudo, um princípio de valorização. Pode ser entendida como “um princípio de comparação, de comparabilidade, uma medida comum, que se institui na pura referência de um grupo a si próprio, a partir do momento em que só se relaciona consigo mesmo, sem exterioridade, sem verticalidade” (EWALD, 1993, p. 86). Logo, o normal pode ser entendido como estar na média, isto é, como uma medida que individualiza e é comparável.

A idéia de norma e normalidade adquire vigor com a noção de média, conceito diretamente vinculado à estatística. Quando a norma passa a conter um atributo de valorização relativo à dada conduta socialmente aceita, seu sentido passa a ser o de mediatriz. Cria-se um arcabouço legal baseado na medicina, na psicologia, na sociologia, no direito jurídico etc. em forma de códigos e resoluções normativas fundamentados num tipo mediano de homem escolhido dentre aqueles dos grupos dominantes. Isso pode ser uma explicação plausível para o estigma da anormalidade que as pessoas com deficiência carregam ao longo da vida.

Ewald (1993) explica bem essa relação do anormal com o normal ao afirmar que a diferença entre um e outro nunca é de natureza nem de quantidade: encontra-se nos limiares e limites das exigências sociais e biológicas e de desempenhos individuais. Noutras palavras, o desempenho se vincula diretamente às exigências sociais e biológicas dos diferentes momentos históricos. À medida que as exigências se modificam, também os desempenhos se modificam em consequência daquelas. Nesse sentido, a diferença não é de quantidade, mas de limiar ou limite. Consideremos este exemplo: na quarta edição dos Jogos Brasileiros de Bocha (2002), em Uberlândia (MG), houve uma situação associável com a explicação de Ewald

(1993) para as contradições surgidas desses significados. No refeitório havia um grupo de pessoas usuárias de cadeira de rodas reunidas: corpos contorcidos, disformes, mas de aparência uniforme. Ali, a normalidade entre eles era predominante; diferentes éramos nós, os técnicos, os auxiliares, o pessoal de apoio. Naquele momento, a situação se inverteu: a normalidade deles prevalecia sobre a nossa.

A norma “toma agora o seu valor de jogo das oposições entre o normal e o anormal ou entre o normal e o patológico” (EWALD, 1993, p. 79). Em consequência, o positivo e o negativo designam uma maneira de opor o bem ao mal e de distingui-los. Canguilhem (1966, p. 177 apud EWALD, 1993, p. 116) observa que a relação do normal com o anormal não é “[...] de contradição e de exterioridade, mas uma relação de inversão e de polaridade”.

Silva (1997 apud LUNARDI, 2001) esclarece que a tendência a se fazerem comparações é antiga, mas a gênese da idéia de norma e normalização é invenção relativamente recente: data dos séculos XVIII e XIX e se vincula ao processo de industrialização e transformação capitalista. A formação de um comportamento individual normativo teve início com a constituição de uma cultura voltada ao acúmulo de capital, responsável pelo estabelecimento da sociedade capitalista. As relações de competição entre uns e outros impuseram — e impõem — exigências que instituem medidas de desempenho: princípio de classificação e hierarquização. Ela surge como prática da medida comum.

[...] muito cedo compreendi que havia alguma coisa errada comigo. As crianças da minha idade conseguiam andar e eu, por mais que tentasse, mal me equilibrava com auxílio da minha mãe. As pessoas, assim que batiam o olho em mim, perguntavam para minha mãe: o que é que ela tem? É de nascença? Entre as perguntas e respostas, existiam os olhares que, de certa forma, afirmavam a minha anormalidade. (Mariana, atleta de bocha, 15 anos).

Esse depoimento é de uma aluna/atleta com paralisia cerebral (PC) — hoje com 16 anos — que, numa de nossas conversas durante os treinamentos, deixou claro: quando se trata de crianças comuns, as diferenças passam despercebidas na maioria das vezes; mas, quando as características físicas e/ou psicológicas se evidenciam, as atitudes acusam, discriminam, mostram a perplexidade: por mais que a fala registre um discurso, os olhares apontam outro.

A norma evidencia as diferenças, os desvios, aquilo pelo que os indivíduos se distinguem entre si; e “o anormal será definido como deficiência, inaptidão” (EWALD, 1993, p. 117). Parafraseando Macedo (2005), classificar é uma forma de conhecer pela qual reunimos, categorizamos, abstraímos as semelhanças, agrupamos todos nos termos que satisfazem a um critério comum, tornando-os, por isso, equivalentes entre si em relação a esse critério; é uma prática comum que realizamos de forma espontânea e natural para conhecermos as coisas. Em última análise, “classificar é [...] uma forma de organização ou de

raciocínio que coloca os iguais, os que respondem ao mesmo critério, em um mesmo lugar, em uma mesma categoria” (MACEDO, 2005, s. p.).

Do nascimento à morte, o homem da modernidade vive num processo constante de seletividade constituído pela sua raça, sua cor, seu gênero, seus interesses, suas classes sociais e condenado pelo meio cultural, que o define como “incluído” ou “excluído” da própria existência sob a tutela do Estado³ e de diferentes grupos de domínio. Seguindo o pensamento de Macedo, podemos dizer que a lógica da exclusão se apóia na lógica das classes. Há uma forte tendência à redução dos sujeitos deficientes à sua deficiência, esquecer-se que não são, sob hipótese alguma, iguais.

Para Skliar (1999, p. 18), a deficiência, em geral, deve passar de um simples entendimento biológico e ser problematizada epistemologicamente. Isso significa

Inverter aquilo que foi construído como norma, como regime de verdade⁴ e como problema habitual, ou seja, significa: compreender o discurso da deficiência, para logo revelar que o objeto desse discurso não é a pessoa que está em uma cadeira de rodas ou que usa um aparelho auditivo ou o que não aprende segundo o ritmo e a forma como a norma espera, senão os processos sociais, históricos, econômicos e culturais que regulam e controlam a forma acerca de como são pensados e inventados os corpos e as mentes dos outros.

Com efeito, a exclusão se apóia na lógica da classe, como diz Macedo (2005). Mas isso não significa que classificar seja errado; o problema não está no agrupamento das coisas por classe, pois estas são categorizadas, separadas, organizadas por critérios de gênero, número, grau — e isso é tão natural e cotidiano, que não o percebemos. O problema reside nas relações de poder, nas visões decorrentes de uma racionalidade de classe que cria preconceitos, institucionaliza a normalidade da separação, coisifica as pessoas para que tudo decorra na “normalidade das coisas”.

“A norma é o que pode se aplicar tanto a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar.” (FOUCAULT, 2002, p. 302). A idéia de norma, normalização, segundo Lunardi (2001), estabelece-se por meio do controle, da regulação da

³ Como gestor social, o Estado toma a postura de dominação, pois parte de uma relação em que os discursos vinculados assumem dado atributo numa variante entre o positivo — o permitido — e o negativo — a penalidade; e assim ostenta características de verdadeiro e capaz de desempenhar as exigências dos padrões toleráveis da cultura dominante como processo de mediação social, criando um aparato normativo (leis, valores e regras) necessário a uma governabilidade mínima, pensada segundo conflitos sociais (OSÓRIO, 2004).

⁴ Regime de verdade: expressão cunhada por Foucault, para quem “cada sociedade tem seu regime de verdade, sua ‘política geral’ de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos; a maneira como se sancionam uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro” (FOUCAULT, 1985, p. 12 apud SILVA, 2000, p. 96).

população — ou seja, do biopoder.⁵ A partir dos séculos XVIII e XIX, os indivíduos passaram a ser alvo de novos métodos disciplinares discretos, porém poderosos, que almejavam controlá-los mediante o treinamento e a normalização. Com a criação das disciplinas, sobretudo o mecanismo disciplinar do exame, o corpo se tornou objeto e alvo de novas formas de poder exercidas com ajuda do saber científico. O exame, e o processo de documentação que o acompanha, permitiu tornar o “homem mensurável”, isto é, constituiu o indivíduo como objeto analisável, decifrável; e a técnica disciplinar do exame se tornou vital à supervisão, ao controle e à punição desse indivíduo.

Segundo Foucault (2002), gerir uma população saudável requer, dentre outras coisas, uma política de saúde capaz de diminuir a mortalidade infantil, prevenir epidemias e baixar as taxas de endemia; assim como intervir nas condições de vida para modificá-las, impor-lhes normas (seja de alimentação, hábitat ou organização das cidades) e assegurar os equipamentos médicos suficientes. Ainda no dizer desse autor, o domínio do corpo e o conhecimento de suas forças fundamentado e posto em prática por mecanismos de normalização dos processos políticos, jurídicos e científicos constituem uma “tecnologia política do corpo”. Seus mecanismos formam relações de poder normativo-disciplinador cujo exercício se inseriu profundamente no corpo social, cobrindo plenamente a existência dos indivíduos e normalizando seus corpos e suas energias políticas e produtivas pela organização do espaço, pelo controle do tempo, pela vigilância e pelo registro de atos e condutas individuais. “A normalidade é o local onde a possibilidade de governar os corpos se materializa, pois, considera os sujeitos a partir da normalização, possibilitando o controle, e exercendo o biopoder, o poder sobre a vida.” (SILVA, 1997, p.8 apud LUNARDI, 2001, s. p.)

Os poderes disciplinares passaram a ser exercidos não só sobre transgressões dos códigos legais; também sobre as formas de não-conformismo, seja na escola, em casa, no trabalho ou no quarto. O aparato da penalidade corretiva — segundo Foucault, o poder legal de aplicar multas e sentenças, bem como os micropoderes disciplinares exercidos em instituições como a prisão, a escola, a fábrica e o hospital — pretendia restaurar o sujeito jurídico e o transgressor de normas legais, tanto quanto o sujeito obediente, que respeita leis, regras, ordens e a autoridade.

Essa tecnologia é difusa e não pode ser localizada numa instituição ou num aparato estatal em particular.

⁵ Para Foucault (1984), o biopoder é uma nova forma de tecnologia do poder porque não se dirige a um só indivíduo (poder disciplinar), mas a uma população, submetida aos processos vinculados com a vida do ser humano: nascimento, morte, doença, saúde, trabalho, lazer, religião, alimentação etc. O exercício do biopoder requer aliança com outras duas outras formas de controle: norma e disciplina.

O poder deve ser analisado como uma coisa que circula, ou melhor, como uma coisa que só funciona em cadeia. Jamais ele está localizado aqui ou ali, jamais está entre as mãos de alguns, jamais é apossado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona. O poder se exerce em rede e, nessa rede, não só os indivíduos circulam, mas estão sempre em posição de ser submetido a esse poder e, também, de exercê-lo. Jamais eles são alvo inerte ou consentidor do poder, são sempre seus intermediários. Em outras palavras, o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles. (FOUCAULT, 2002, p. 35).

A atuação das relações disciplinares e normalizadoras nas estruturas sociais se materializa na criação de normas e parâmetros, bem como na inclusão e exclusão. E não só as pessoas com deficiência compõem esse processo; de certo modo, todos podem ser excluídos ou incluídos de alguma situação de diversas formas (PINTO, 1999). Poderíamos afirmar que é um “jogo de poderes” (PINTO, 1999, p. 35) em que uns se aproximam de outros pelo exercício do domínio sobre certos indivíduos, grupos sociais e sobre a própria sociedade; tal domínio se efetiva num processo de conquista e sedução que se dimensiona ora mediante práticas sociais discursivas,⁶ ora pelas não discursivas,⁷ e que estabelece diferentes mecanismos de controle nas dimensões mais variadas possíveis: entre os homens e entre instituições como família, igreja, escola, partido político, sindicato e outras agremiações (PINTO, 1999). No dizer de Foucault,

Esse poder, por outro lado, não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição aos que “não têm”; ele os investe, passa por eles através deles; apóia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apóiam-se por sua vez nos pontos em que eles o alcançam. O que significa que essas relações aprofundam-se dentro da sociedade, que não se localizam nas relações do Estado com os cidadãos ou na fronteira das classes e que não se contentam em reproduzir, ao nível dos indivíduos, dos corpos, dos gestos e dos comportamentos, a forma geral da lei ou do governo. (1997, p. 39).

As relações de poder, normalização e disciplina têm vínculos intrínsecos com os diferentes discursos de inclusão e exclusão. Mas, discutir esse jogo de poder, essa política requer compreender a construção da normalidade segundo sua relação com a deficiência e, por consequência, da exclusão dos “anormais”. As análises de Foucault (2004a) em *História da loucura* apontam a hanseníase como uma — senão a primeira — forma de exclusão social. Amplamente conhecida pela designação de lepra, essa doença parece ser uma das mais antigas que acometem o homem e acredita-se que seja originária da Ásia, embora alguns documentos sugiram a África como berço. Conhecida há mais de três ou quatro mil anos na

⁶ As práticas discursivas são os elementos teóricos que integram o poder normalizador: discursos científicos, filosóficos, religiosos e outros.

⁷ As técnicas de controle corporal, regulamentos administrativos de controle do tempo dos indivíduos ou instituições, técnicas de organização espacial, técnicas de higienização constituem elementos não discursivos.

Índia, na China e no Japão, já existia no Egito mais de quatro mil anos antes de Cristo, segundo sugere um papiro da época de Ramsés II (EIDT, 2004).

Nos registros históricos sobre a lepra, encontramos que, em 583, realizou-se um conselho em Lyon em que foram estabelecidas as regras para a profilaxia da doença, as quais consistiam em isolar o doente dos sadios. Em áreas como a França, o isolamento foi rigoroso e incluía um ofício religioso em intenção do doente, semelhante ao ofício dos mortos, após o qual ele era excluído da comunidade para residir em locais reservados para esse fim. Também era obrigado a usar vestimentas que o identificavam como doente e soar uma sineta ou matraca para avisar os sadios de sua aproximação (EIDT, 2004). Na Idade Média, a lepra, então considerada como a mais terrível doença: aniquilou e desabitou várias cidades, pois a falta de conhecimentos para sua cura instituiu uma forma de exclusão. Os leprosários foram construídos às margens da comunidade.

“O abandono é, para ele, a solução; sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão”: assim Foucault (2004a) explica a atribuição, pela igreja, de um significado divino à lepra: era manifestação de Deus para punir os doentes. “Meu companheiro, diz o ritual da igreja de Viena, apraz ao senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo.” (FOUCAULT, 2004a, p. 6). Acreditava-se que, em certo sentido, os leprosos eram favorecidos por Deus porque sofriam nesta vida tal qual sofrera Cristo. Logo, como já estavam pagando em vida pelos pecados cometidos, ao morrerem iriam direto para o céu. Não se deve esquecer a existência de uma preocupação constante com a salvação da alma na Idade Média: a vida após a morte era tida como certa, e os ímpios não herdariam o reinado do céu. Tal pensamento se torna ambíguo se considerarmos que os leprosos medievais carregavam a marca do pecado e, por isso, eram excluídos e segregados.

A Igreja pregava a comunhão como forma de salvação e, embora separados dela, não os separavam da graça de Deus: garantia-lhes que o abandono e exclusão eram uma forma de salvação. Acrescente-se, que, segundo informa Eidt (2004), com base em dados do Serviço Nacional de Lepra, nos anos de 1100 a Igreja encorajou um surto de simpatia e piedade pelos hansenianos. As primeiras ordens religiosas dedicadas a cuidar desses doentes datam dessa época e foram responsáveis pela construção de asilos para abrigar os acometidos pela doença. A Igreja ensinava que essas pessoas infelizes eram os pobres de Cristo. Como resultado dessa “dedicação da comunidade”, os lazaretos — destinados a abrigar os pacientes com hanseníase — foram fundados em todos os lugares; mas, em virtude das confusões diagnósticas da época,

poderiam abrigar tanto hansenianos quanto portadores de outras doenças cutâneas crônicas, pessoas sadias ou com deficiências e até mendigos.

A magnitude da hanseníase na Europa no século XIII pode ser estimada pela existência de quase 20 mil leprosários ou lazaretos (EIDT, 2004); mas doença alguma matou tanto e provocou tanto isolamento quanto a peste bubônica, ou peste negra. Em meados do século XIV, ela devastou a população européia. Historiadores calculam que quase um terço dos habitantes morreram por causa dessa doença. A peste negra era transmitida pela picada de pulgas de ratos doentes, que chegavam à Europa nos porões de navios vindos do Oriente. Como as cidades medievais não tinham condições higiênicas adequadas, os ratos se espalharam com facilidade. Após se contaminar, a pessoa tinha poucos dias de vida.

Sem dúvida, a peste negra, que se alastrou por toda a Europa cristã, não se limitou a incrementar a mortandade, a alta de preços e salários e a debilitação das rendas senhoriais; também reforçou atitudes excludentes e normas disciplinadoras. Como diz Foucault (1987, p. 175), “se é verdade que a lepra suscitou modelos de exclusão que deram até um certo ponto o modelo e como que a forma geral do grande Fechamento, [...] a peste suscitou esquemas disciplinadores.” (1987, p. 175). Diferentemente daquela, esta levou à criação de espaços de enclausuramento nas próprias residências: os portadores eram vigiados constantemente por olhares disciplinadores. Tais espaços eram fechados, recortados e vigiados em todos os pontos; ali, os indivíduos estavam num lugar fixo onde os mínimos movimentos eram controlados e todos os acontecimentos, registrados; onde um trabalho ininterrupto de escrita ligava o centro à periferia; onde o poder era exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua; onde cada indivíduo era constantemente localizado, examinado e situado entre os vivos, os doentes e os mortos (FOUCAULT, 1987).

A organização das cidades passa pelo crivo rígido do poder. Tudo é observado e registrado: nome, idade, sexo, condições patológicas; e um resumo desses registros vai para o intendente do quarteirão, um para o síndico que faz a chamada diária e outro para a prefeitura. “No fundo dos esquemas disciplinares, a imagem da peste vale por todas as confusões e desordens; assim como a imagem da lepra, do contato a ser cortado está no fundo do esquema de exclusão” (FOUCAULT, 1987, p. 176). Se o leproso era visto numa prática de rejeição, exilado, lançado fora dos muros das cidades, deixado de lado sem importância alguma, o pestilento era vigiado taticamente com técnicas meticulosas para identificação e diferenciação: é o exercício do poder que se multiplica, se articula e se subdivide.

Desaparecida a lepra e a peste apagando (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que a salvação se espera dessa exclusão para eles e para aqueles que os excluïrem. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas substituirão, essencialmente, essa forma maior de uma partilha rigorosa que é a exclusão social, mas reintegração espiritual. (FOUCAULT, 2004a, p. 6).

Essas estruturas foram constituïdas lentamente no decorrer da história. Conforme as análises de Foucault, o poder não se localiza em uma instância apenas; antes, expressa-se de várias formas, como micropoderes, a exemplo de práticas sociais cotidianas. Os saberes sobre a doença, a sexualidade e a loucura, por exemplo, enquanto mecanismos de poderes disciplinadores, afirmam-se como estratégias normalizadoras da sociedade e dos indivíduos mediante tecnologias próprias: práticas discursivas e práticas não discursivas (FOUCAULT, 1987). Eis o comentário de Foucault das formas de sujeição do indivíduo no interior dessas práticas e das redes discursivas constituïdas pelo poder disciplinador no século XVIII:

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (FOUCAULT, 1987, p. 127).

Nesses termos, a constituição do sujeito em determinada cultura se processa mediante dadas práticas e certos discursos como subjetividade: “[...] o indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu” (FOUCAULT, 2004b, p. 183–84). Em seu trabalho arqueológico e genealógico, esse autor analisa como, no século XVII, foram criadas várias casas de internamento que abrigavam não só pessoas consideradas como dementes, mas também os pobres, os desempregados e os vagabundos.

Segundo Foucault (2004a), entre os séculos XIV e XVII, foi prática constante a exclusão de indivíduos, isto é, a eliminação de pessoas indesejadas, pois valores éticos, morais e o modelo médico estão fortemente enraizados. Mas a prática de retirá-las do

convívio social, seja enviando-os em embarcações marinhas ou fechando-as em celas e calabouços, asilos e hospitais é prática da modernidade. Asilos e manicômios são os lugares onde os internados perdem as referências de vida, pois ali estão excluídos do convívio familiar, do trabalho, do local onde moram, da cidade. Perdem, portanto, a maior garantia que a sociedade moderna pretende dar a todos: a cidadania.⁸ Acrescente-se que, até o século XVIII, na Europa, os hospitais não tinham finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar indivíduos considerados como “indesejáveis” à sociedade — a exemplo de leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Eram lugares de exclusão social, de pobreza e de miséria. Segundo Foucault (2004a, p. 49), eram “[...] destinados aos pobres de Paris, de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis” .

Ao longo dos séculos, a história das pessoas com deficiência foi marcada pela discriminação e omissão do Estado, da sociedade e da família. Caracterizadas como deficiência, as diferenças foram tomadas como anormalidade: o não-normal está fora, não pertence ao cotidiano social; por isso é necessário segregar ou institucionalizar. De origem remota, condizente com o modo como foram constituídas as relações humanas, a estrutura da exclusão é importante para se analisar a institucionalização escolar de pessoas com deficiências, vista como prática social normal até certo ponto coerente e cujo parâmetro são conceitos construídos ao longo da história. Devemos considerar, também, que até o século XVIII a deficiência era associada com o misticismo e ocultismo; não havia bases científicas para o desenvolvimento de noções fundamentadas na realidade.

Segundo Mazzotta (2005), as conceituações sobre diferenças individuais não eram compreendidas ou avaliadas; tampouco o eram as noções de democracia e igualdade. Assim, a falta de conhecimentos sobre as deficiências foi fator determinante para que as pessoas com deficiência fossem marginalizadas, ignoradas e excluídas; pois, em geral, as situações desconhecidas nos incomodam e até nos atemorizam. Isso ocorre na atualidade. A desinformação do que é a deficiência e o que dela decorre levam a acreditar que se trata de um estado crônico, imutável; associa-se a deficiência com a imagem de invalidez, incapacidade.

⁸ Entendemos cidadania aqui conforme Andrade: “Vejo a cidadania como um processo, uma instituição em desenvolvimento, uma forma, sempre instável e ambígua de se pleitear a inclusão, seja de que categoria for: sócio-econômica, cultural, étnica, de gênero, sexual, política [...]. Ao se lidar com cidadania, lida-se não somente com conhecimentos específicos de várias disciplinas, com valores, com atitudes, com sentimentos e com emoções, com identidades e subjetividades, mas também e, certamente, com formas de pensamento, que não cabem em molduras, instituídas historicamente e instituintes das formas pelas quais nos vemos, expressamos, julgamos, narramos ou dominamos a nós mesmos” (ANDRADE, 2003, p. 54; 67).

Embora essa condição seja ainda comum, a mudança tem se esboçado na iniciativa de quem tem vínculos com pessoas deficientes, de homens e mulheres, de leigos e profissionais, de portadores de deficiência ou não que lideram ações para sensibilizar, impulsionar, propor e organizar medidas que possam melhorar a condição de vida de pessoas com deficiência (MAZZOTTA, 2005). A princípio, tais iniciativas começaram na Europa; depois, expandiram-se para os Estados Unidos (EUA), Canadá e outros países, inclusive o Brasil. Segundo diz Mazzotta (2005), os séculos XVI, XVII e XVIII foram marcados pelas primeiras tentativas de se ensinarem pessoas com deficiência auditiva. Em 1770, Charles Michel Eppé elaborou um método de sinais para surdos que tornou seu trabalho fundamental à educação de surdos-mudos. Por volta de 1784, Valentin Haüy fundou o Instituto dos Jovens Cegos, em Paris, conhecido como a primeira escola do gênero na Europa.

Do século XVIII para o XIX, nas matas do Sul da França, surge o famoso caso do menino de Aveyron. De hábitos selvagem e destituído do uso da palavra, ele foi motivo de curiosidade da comunidade em geral e de grande interesse entre filósofos e cientistas. Ao chegar ao Instituto dos Surdos-mudos em Paris, ele foi submetido ao olhar da sociedade, que designou um grupo de pessoas para examiná-lo e observar o estado em que se encontrava. As conclusões do médico Philippe Pinel, que compara o caso do menino com os de outros indivíduos que estão em Bicêtre, são de que o selvagem de Aveyron era idiota — motivo de seu abandono na floresta; para o médico, era impossível recuperá-lo e educá-lo. Contudo, um aluno de Pinel — o médico Jean Marc-Gaspard Itard (1774–1838) — o examinou e se interessou pela idéia de educá-lo e integrá-lo à sociedade. Com os mesmos princípios epistemológicos do professor Pinel, Itard diagnostica o estado do menino como privação da convivência social. Jean Itard viria a ser o médico responsável pela possibilidade de educar o selvagem e, também, quem inaugurou o campo denominado de médico-pedagógico — mais conhecido como educação especial.

Esse fato inaugura o tratamento diferencial a pessoas consideradas como anormais em seu comportamento: em vez de serem sujeitos da segregação, passam a ser possuidoras de possibilidades não exploradas para se interagir aos espaços sociais tidos como normais. Mais tarde, Edward Seguin (1812–80), médico discípulo de Itard, prosseguiu com o desenvolvimento dos processos de ensino para os gravemente retardados. “Sua técnica era neurológica, baseada na crença de que o sistema nervoso deficiente dos retardados podia ser reeducado pelo treinamento motor e sensorial.” (MAZZOTTA, 2005, p. 21).

O período 1817–50 foi marcado pelo surgimento de escolas voltadas à educação de pessoas com deficiência visual, auditiva e mental. Nos EUA, os anos de 1829 e 1832 foram

particularmente marcantes. Em 1829, foi organizada a Massachusetts School for the Blind and Perkins Institution; em 1832, fundado o New York Institute for the Education of the Blind. Em 1897, em Roma, Maria Montessori, influenciada pelos trabalhos desenvolvidos por Itard e Seguin, iniciou seu trabalho, embasada no ensino e treinamento dos músculos e dos sentidos. Voltado aos deficientes mentais, sua metodologia ainda é aplicada em vários países e ficou conhecida como método Montessori. Outros importantes contemporâneos de Montessori foram Ovide Decroly e Alice Descoendres. O trabalho de Decroly, em Bruxelas, caracterizou-se pelo emprego de jogos para o treinamento muscular e sensorial de pacientes com deficiência mental; a esse trabalho, Descoendres acrescentou outras atividades para tornar o conhecimento parte integrante e útil da vida desses pacientes. Como se vê, a institucionalização de pessoas com deficiência remonta aos primórdios da história dessas pessoas. Eram institucionalizadas ora para procedimentos experimentais, ora para proteger a sociedade de suas figuras incômodas.

Por volta de 1940, o jornal *Times* de Nova Iorque publicou o anúncio do pai de uma criança com paralisia cerebral que suscitou o desejo de outros pais de fundar a New York State Cerebral Palsy Association. Levantaram fundos para os centros de tratamento e para a pesquisa, além de estimularem as organizações não governamentais a uma nova legislação que proporcionasse recursos para a pesquisa, o treinamento profissional e o tratamento. Em 1950, pais de crianças com desenvolvimento mental retardado começaram a se organizar para invalidar leis e regulamentos que as excluía da escola; dessa iniciativa surge a National Association for Retarded Children (NARC): organização de grande influência em vários países e que inspirou a criação, no Brasil, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), ramificada em várias regiões do país (MAZZOTTA, 2005).

Na história da educação especial no Brasil, as primeiras iniciativas datam da segunda metade dos anos de 1850. Em 1854, foi fundado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, no Rio de Janeiro, mediante o decreto imperial 1.428, assinado por dom Pedro II; mais tarde, em 1891, pelo decreto 1.320, a escola passou a se denominar Instituto Benjamin Constant (IBC). Ainda sob o governo de dom Pedro II, foi fundado, também no Rio de Janeiro, o Imperial Instituto de Surdos-mudos (atual Instituto Nacional da Educação de Surdos/INES), pela lei 839, de 26 de setembro de 1857 (MAZZOTTA, 2005, p. 27–8). No dizer de Mazzotta, embora essas instituições tenham sido fundadas para o atendimento especializado, suas ações foram direcionadas ao princípio de normalização das deficiências. Em ambas as instituições, foram instaladas oficinas para aprendizagem de ofícios como tipografia e encadernação para meninos cegos; tricô para meninas; e sapataria, encadernação, pautação e douração para

meninos surdos. Tais ações reforçam a preocupação com o estabelecimento de vínculos entre educação e trabalho profissional como medida de normalização.

Em 1874, ainda no Segundo Império, foi fundado o Hospital Estadual de Salvador, atual Hospital Juliano Moreira, para assistir aos deficientes mentais. Conforme Mazzotta (2005), os registros sugerem mais o tratamento de assistência médica, e menos um atendimento propriamente educacional. Mazzotta nos informa ainda que, em 1950, havia 40 estabelecimentos de ensino regular mantidos pelo poder público: um federal e os demais estaduais — estes prestavam atendimento escolar especial a pessoas com deficiência mental. Também havia 14 estabelecimentos de ensino regular: um federal, nove estaduais e quatro particulares, que atendiam, também, alunos com outras deficiências. Nesse mesmo período, três instituições especializadas — uma estadual, duas particulares — atendiam deficientes mentais; outras oito — três estaduais, cinco particulares — dedicavam-se à educação de pessoas com deficiência.

Assim, em meados do século XX, o Brasil podia contar com 54 estabelecimentos de ensino regular e 11 instituições especializadas no atendimento a pessoas com necessidades especiais (MAZZOTTA, 2005). Por um longo período, a educação das pessoas com deficiência visou à normalização, com predominância do modelo clínico-terapêutico; em geral, os objetivos do currículo escolar das instituições especializadas incluíam dar aos sujeitos deficientes as condições que lhes faltavam. As palavras reabilitar, adestrar, imitar, reforçar, dar, restituir são muito frequentes nos discursos pedagógicos da educação especial. Nesse sentido, é preciso,

[...] definir com clareza se esta perspectiva educativa é aliada da prática e do discurso da medicina ou se é aliada da pedagogia ou, como muitos outros supõem, se deve existir uma combinação, uma somatória provável de estratégias tanto terapêuticas como pedagógicas. (SKLIAR, 2004, p. 7).

A definição atual de educação especial — para pessoas com deficiência, pessoas com necessidades especiais etc. — atravessa intensa crise em sua interpretação política, filosófica e epistemológica. Como diz Skliar (2004), questionar em que sentido se justificou uma forma especial de entender e produzir uma educação para determinados sujeitos surdos, cegos, mentais, físicos etc. como sujeitos educativos especiais é um dos fatores mais relevantes que caracterizaram e caracterizam tal crise. Esse autor aponta três opções para o questionamento: 1) os deficientes impõem restrição, um corte particular da educação; 2) as instituições especiais particulares são diferentes da educação geral; ou 3) se é especial como sinônimo de educação menor, irrelevante e incompleta no duplo sentido possível, isto é, fazendo menção ao caráter menor e especial tanto do sujeito como das instituições.

Nesses termos, é necessário saber, também, por que foi criada a educação *especial*? Se for especial por atender esses sujeitos especiais tendo em vista suas características físicas,

não se trata de escola, mas de clínica hospitalar. Se o é porque pretendem desenvolver uma didática especial, então pode ocorrer que, em vez de processos interativos de educação, haja uma aplicação sistemática de recursos, exercícios e metodologias neutras e desideologizadas. Por fim, se é especial porque é menor, porque atua sobre sujeitos menores, então “seria necessária uma discussão embaraçosa e improdutiva do significado do oposto, isto é, acerca do que significa uma educação maior para os supostos sujeitos maiores, uma educação completa, relevante e, inclusive, absoluta” (SKLIAR, 2004, p. 6).

Outro questionamento ao tratamento que as instituições impõem aos deficientes é: trata-se, de fato, de um processo de educação ou de uma intervenção terapêutica? Como já dissemos, o modelo clínico-terapêutico⁹ constituiu e ainda constitui um paradigma marcante nas instituições. Em Skliar, vamos encontrar uma observação importante entre as contradições dos modelos educativos e modelos clínico-terapêuticos envolvendo a concepção de sujeito, a imagem de homem e a construção social da pessoa etc., pois

[...] desenvolvem-se em linhas opostas ao contrastar a versão incompleta de sujeito que oferece o modelo clínico-terapêutico e a versão de diversidade que oferece — ou melhor, que deveria oferecer — o modelo sócio-antropológico da educação. Disso resulta por outro lado, conseqüências futuras bem diferentes: uma questão seria a do completamento do sujeito, e a outra, contrária, seria a do aprofundamento dos aspectos comuns próprios da diversidade cultural. (SKLIAR, 2004, p. 7).

Segundo Skliar (2004, p. 7), há uma forte tendência a se definirem os sujeitos com deficiência como pessoas incompletas que reforça a concepção etnocêntrica de homem e humanidade. Para ele, o etnocentrismo está

[...] junto a um de seus derivados mais perigosos na educação especial: o paternalismo, reflexo da intolerância e do racismo gerado por um modelo econômico-político concêntrico, que utiliza os meios de comunicação de massa — ou o contrário — para exercer sua teoria e sua *práxis* de globalização.

Com efeito, essa definição fortalece o discurso da medicina, pois se torna uma aliada incomparável da concepção clínica dentro da educação especial. Nesse sentido, acredita-se que a aprendizagem se vincula à cura da deficiência, e os esforços pedagógicos serão inúteis, pois os sujeitos da deficiência são os mesmos da anormalidade, da incompletude, da doença. A informação terapêutica pode apontar para intervenções variadas no quadro da deficiência, porém jamais intervir na educação independente da atuação pedagógica. Infelizmente, essa influência tem levado a uma constante patologização dos processos de ensino e aprendizagem,

⁹ Para Skliar, o modelo clínico-terapêutico é toda opinião e toda prática que anteponham valores e determinações sobre o tipo e nível da deficiência acima da idéia de sujeito como pessoa integral, com sua deficiência específica.

com a crescente culpabilização daqueles a quem, de fato, a escola deveria atender: os próprios alunos diferentes ou deficientes.

Podemos afirmar que o modelo terapêutico predominou não só no século XIX; também, hegemonicamente, em boa parte do século XX e — é provável — prevalecerá por algum tempo no século XXI. Continuamos a afirmar que esse modelo clínico da deficiência é um dos grandes responsáveis pela resistência da sociedade a aceitar as mudanças nas estruturas e atitudes relativas à inclusão de pessoas com algum tipo de deficiência. Há uma forte tendência a tratar essas pessoas como doentes e incapazes frente aos padrões de normalidade. As situações vivenciadas por esse grupo sempre lhes proporcionaram desvantagens quanto às interações sociais ao ocuparem o espaço da caridade, da filantropia e da assistência social.

No atendimento em educação especial no Brasil até a década de 1960, assim como noutros países, as pessoas com deficiência eram atendidas apenas em instituições especializadas; por serem consideradas como fora dos padrões da normalidade exigidos pela escola regular, não podiam ser atendidas por ela. Tal distinção resultou num crescente número de instituições especializadas, cujos alunos se limitaram a um contato social restrito: com docentes e com colegas, em geral, com a mesma deficiência.

Com a introdução dos princípios da psicologia, nos anos de 1970, houve uma tendência ao ensino mais individualizado, que procurava observar as peculiaridades de ensino e aprendizagem individuais. A partir de então, visava-se, cada vez mais, à agregação dos “normais” aos “anormais” deficientes como forma não discriminatória de atendimento educacional no país, num processo chamado de integração escolar. O respaldo filosófico, político-educacional e legal para tal veio, a princípio, da Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948; da Constituição brasileira de 1988 — que garante, em seu artigo 208, inciso III, o “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 2001); da Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989; da Declaração de Salamanca, resultante da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade, ocorrida na Espanha, em junho de 1994 e que reafirmou o direito de todos à educação, independentemente de suas diferenças, e enfatizou a educação de pessoas portadoras de deficiência como parte integrante do sistema educativo; e, por fim, da Política Nacional de Educação Especial, de 1994.

De início, a integração escolar se caracterizou pela criação de classes especiais como meio de integração parcial, ou seja, de uma classe específica destinada ao atendimento de alunos/as com necessidades especiais para prepará-los/as a uma possível integração na classe

comum. Uma das características marcantes do processo de integração é que o aluno é quem se adequava à escola; noutros termos, a pessoas com necessidades educacionais especiais podiam ser normalizadas, ou seja, capacitadas a viver no espaço comum da escola ou da sociedade. Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB (lei 9.394/96), referendada no documento do Ministério da Educação (MEC) “Direito à educação: subsídios para gestão dos movimentos educacionais”, veio priorizar, de novo, o atendimento educacional a pessoas deficientes no sistema de ensino comum, concebendo a educação especial como “a modalidade [...] oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais” (BRASIL, 2004a).

Alguns autores (SASSAKI, 1999; WERNECK, 1997) apontam diferenças entre os conceitos integração e inclusão que facilitam nossa compreensão, pois essas expressões são muitas vezes empregadas de forma indiscriminada, como se tivessem o mesmo significado. Reconhecemos como útil clarear os significados diferentes para uma compreensão mais precisa do tema. Embora integração e inclusão constituam formas de inserção das pessoas com deficiência, a prática da integração vem dos anos de 1960/70; no dizer de Sasaki (1999, p. 30), surgiu para “derrubar a prática da exclusão social a que foram submetidas as pessoas deficientes por vários séculos”, baseando-se no modelo médico-clínico da deficiência. Segundo o autor, houve um impulso maior nos anos de 1980, acompanhando os movimentos sociais pelos direitos das pessoas com deficiência. Nesse modelo, os educandos portadores de necessidades educacionais especiais precisam se modificar — habilitar-se, reabilitar-se, educar-se — para se tornarem aptos a satisfazer aos padrões aceitos nos meios sociais, familiares, escolares, profissionais, recreativos e ambientais. “A integração social, afinal de contas, tem consistido no esforço de inserir na sociedade pessoas com deficiência que alcançaram um nível de competência compatível com os padrões sociais vigentes.” (SASSAKI, 1999, p. 34).

Para Werneck (1997, p. 53), “quando usamos a palavra integração queremos dar a idéia de que a inserção é parcial e condicionada às possibilidades de cada pessoa”. A prática da inclusão vem da década de 1980, porém se consolida nos anos de 1990, e segue o modelo social da deficiência (SASSAKI, 1999) segundo o qual nossa tarefa consiste em modificar a sociedade (escolas, empresas, programas, serviços, ambientes físicos etc.) para torná-la capaz de acolher pessoas que apresentem alguma diversidade. “A prática da inclusão social repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação.” (SASSAKI, 1999, p. 42). Nesse sentido, devemos

entender a inclusão como revolução de paradigmas, pois incluir não significa colocar pessoas “diferentes” num lugar não freqüentado por elas antes; incluir significa não mais conceber as necessidades especiais como imutáveis ou incapacitantes, e isso exige reestruturação em toda a sociedade, isto é, “[...] exige rupturas” (WERNECK, 1997, p. 53).

Na década de 1990, aparece um movimento que preconiza a inversão dos papéis ao defender a idéia de que o meio deve se adaptar para suprir as necessidades de todos e de cada um, sejam portadores de deficiência ou não; noutros termos, os espaços sociais devem ser organizados para atender ao conjunto de características e necessidades de todos os cidadãos, inclusive de quem apresenta necessidades educacionais especiais. Este movimento é o que hoje denominamos inclusão, seja escolar ou social.

Embora tenha se intensificado a discussão na década de 1990 e no início do século XXI, a inclusão é uma história de anos de lutas e conquistas, até a institucionalização de marcos legais que, no decorrer dos anos, configuraram-se em estratégias para atender, primeiro, em regime de ensino especial e, aos poucos, alcançar o ensino regular. Nesse contexto, a preocupação com a educação para pessoas diferentes pode ser observada no Brasil desde o fim do século XIX, com iniciativas do Estado (fundação do atual IBC e do Instituto Nacional dos Surdos-mudos).

Todavia, é a LDB que vem se referir à pessoa com deficiência, numa época em que se pretendia enquadrá-la, dentro do possível, na educação regular, garantindo-se apoio financeiro a instituições particulares que se mostrassem eficientes para atuar na educação especial (BRASIL, 2001b). De acordo com o 22º artigo dessa lei, a educação física se tornava prática obrigatória nos cursos primário e médio até a idade de 18 anos, estendendo-se a obrigatoriedade a todos os níveis e ramos de escolarização pelo decreto-lei 705/69. Mas a lei 5.664/71 (BRASIL, 2004a) permitiu a alunos do curso noturno a dispensa dessas práticas. A LDB 5.692/71 (BRASIL, 2004a) destinou o artigo 9º à educação especial: as pessoas com deficiências físicas ou mentais deveriam receber tratamento especial.

A educação física passou a ser incluída em todos os currículos plenos dos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, mas o decreto 69.450/71 (BRASIL, 1971b) esclareceu que, em quaisquer níveis de todos os sistemas de ensino, seria facultativa a participação nas atividades físicas de alunos do curso noturno com jornada de trabalho igual ou superior a seis horas, aos maiores de 30 anos, aos que estivessem prestando serviço militar ou a alunos que estivessem amparados por laudo médico. A lei 6.503/77 (BRASIL, 1977) estendeu essa isenção a alunas que tinham prole, a alunos que trabalhavam seis horas diárias e estudavam em outros períodos e a alunos em cursos de pós-graduação. Assim, aumentou o

número de pessoas para as quais a aula de Educação Física se tornava facultativa na escola regular; ao mesmo tempo, nas escolas especiais a Educação Física passava a ser chamada para atender pessoas que diferiam da norma.

A ementa constitucional 12/78 (BRASIL, 2004) assegurou legalmente às pessoas com deficiência melhorias nas condições socioeconômicas mediante educação especial e gratuita, proibindo discriminação, inclusive quanto à empregabilidade, e possibilitando o acesso a edifícios públicos. Embora tenha diminuído o rol de seus participantes no sistema regular de ensino, a educação física ampliou seu leque de possibilidades ao atender os alunos de escolas especiais e, também, pessoas com deficiência de diferentes setores da sociedade, através de programas de esportes adaptados e da criação de uma demanda por profissionais para atuarem nessas áreas. Com isso, a disciplina Educação Física Adaptada foi indicada a constar no currículo mínimo dos cursos de graduação em Educação Física, através da reforma curricular de 1987 (BRASIL, 1987).

Embora desde 1961 se propusesse que o sistema regular de ensino atendesse a pessoa com deficiência, as medidas tomadas não convergiram para esse anseio no Brasil e em outras partes do mundo. Isso gerou debates e promoveu ações voltadas à pretendida inclusão dessas pessoas em todas as escolas, já reivindicada pelas Nações Unidas desde 1975 (The United National 1975 Declaration). Com a resolução 45/91, essa organização propôs uma mudança no foco de seu programa sobre deficiências, passando da conscientização à ação a fim de se concretizar, com êxito, uma sociedade para todos por volta do ano de 2010.

Também importante foi a Declaração Mundial Sobre a Educação para Todos, produzida na Conferência de Jomtien (1990) e que trata dos objetivos e das metas, dos princípios de ação e da definição de políticas para melhorar a educação rumo à sociedade inclusiva. Seu artigo 3º propõe a universalização do acesso à educação e promoção da equidade, e o item 5 cita a necessidade de atenção especial a pessoas portadoras de deficiências com medidas que garantam “educação” aos portadores de qualquer tipo de deficiência como parte do sistema educativo. Nesse mesmo ano, foi aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, pela lei 8.069/90 (BRASIL, 2001a), cujo artigo 54 estabelece atendimento educacional especializado a portadores de deficiência na rede regular de ensino.

A Declaração de Salamanca (1994), já discutida neste trabalho, é o documento básico para se entenderem as ações relativas a esta questão geradas em todo o mundo. Ela provém de uma Conferência Mundial Sobre Necessidades Educativas Especiais e pode ser considerada como uma carta magna da política da inclusão. A declaração se divide em: “Novas idéias sobre necessidades educativas especiais”; “Diretrizes para a ação nível

nacional: política e organização”; “Fatores escolares”; “Contratação e formação do pessoal docente”; “Serviços externos de apoio”; “Áreas prioritárias”; “Participação da comunidade e recursos necessários”; “Diretrizes de ação em nível regional e internacional” (1997).

Nesse contexto mundial de debates sobre a inclusão social de pessoas com deficiência, o Brasil aprovou a LBD (lei 9.394/96), cujo capítulo V trata da educação especial, definida como modalidade de educação escolar e oferecida, de preferência, na rede regular de ensino para pessoas com necessidades educacionais especiais (PNEE). A lei ainda prevê serviços de apoio especializado na escola regular, embora possibilite a oferta de educação especial em escolas especializadas para casos em que não seja possível integrar o aluno às classes comuns de ensino regular. Independentemente do apoio às instituições, pretende-se, como alternativa preferencial, ampliar o atendimento aos educandos com necessidades especiais na própria rede pública regular de ensino. Para isso, propõe-se que sejam assegurados aos educandos com necessidades especiais currículos, técnicas, recursos educativos, organização e terminalidade específica, assim como professores com especialização para atendimento especializado dentro da escola e capacitação de professores do ensino regular.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2004a) estabelece acesso a serviços de educação, esporte e lazer, subsidiando, em caráter prioritário, programas que promovam a inclusão social dessas pessoas. A resolução CNE/CEB 2/2001 (BRASIL, 2001b) instituiu as diretrizes nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais na educação básica em todas as suas etapas e modalidades; nesse caso, os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos e as escolas devem se organizar para atender esse tipo de educando, assegurando as condições necessárias a uma educação de qualidade a todos. Também deve ser constituído um setor responsável pela educação especial, com recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem e sustentem o processo de construção da educação inclusiva.

Embora os avanços na regulamentação apontem uma educação inclusiva, percebe-se que estamos diante de um desafio que requer ações integradas da sociedade para que a inclusão de pessoas com deficiência não se torne discurso fragmentado nem ação abstrata. Se fundamentadas numa mudança de paradigma, essas ações nos remeterão a possíveis reformulações da concepção da educação inclusiva: uma concepção que supere expectativas e desafios; que lance um olhar sobre as diferenças e acredite na construção do conhecimento na qual o ensino e a aprendizagem partam do sujeito, de sua realidade contextualizada; e que valorize o ser global: um ser social, cultural, histórico, criativo e transformador. Nessa ótica, a

idéia de educação inclusiva deixará de ser utópica; e a tomada de consciência quanto a essa concepção pode abrir a possibilidade de agir com coragem, ou seja, de buscar alternativas de ação pedagógica com o coração: não um coração piedoso, mas um coração que busque construir o paradigma da aceitação das diferenças na diversidade e procure olhar para o diferente como seu par para que, juntos, conquistem o prazer em aprender — por mais difícil que pareça.

O movimento de olhar para si e para o outro exige a escuta de anseios, de valores e crenças instauradas socialmente e, muitas vezes, vividas pelo sujeito sem que este pare e reflita sobre suas ações. Quando esse sujeito está no papel de professor, essa reflexão requer um compromisso maior, pois sua prática não é neutra — antes, é referência para outras pessoas. Assim, a necessidade de formação continuada se evidencia cada vez mais, tanto na academia como no interior da escola; ao exercício da profissão, não basta mais a formação inicial do professor. Aliás, sua formação continuada se faz necessária pela própria natureza do saber e do fazer humanos como práticas que se transformam constantemente.

2 FORMAÇÃO DE PROFESSORES “ESPECIAIS” PARA UMA DOCÊNCIA “NORMAL”

A formação de professores merece um olhar especial — especial não porque vão lidar com pessoas “especiais”, diferentes, com necessidade de atenção diferenciada, mas porque respondem diretamente pela formação do cidadão portador ou não de necessidades especiais. Um olhar panorâmico para o atendimento a pessoas com deficiência revela que os diversos paradigmas que conduzem a propostas educacionais demonstram ser recente a reflexão sobre as relações estabelecidas por elas com os fatos, os outros e o meio. Também recente é o enfoque nos interesses e na capacitação de docentes para atuarem em classe regular ante uma população tão diversa e necessitada de atenção específica. Se conduzir uma classe heterogênea já é tarefa delicada, quando tal heterogeneidade se compõe, também, de pessoas com deficiência, então são necessários uma estrutura apropriada e profissionais aptos a reconhecer as limitações dos alunos e lhes garantir aprendizagem de qualidade.

Um retrospecto histórico da formação de professores para educação especial no Brasil mostrará que os cursos iniciais eram de nível médio e com carga horária variável, por serem intensivos e com professores de vários estados. Eram ministrados por estabelecimentos federais — como Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES) e Instituto Benjamim Constant (IBC), no Rio de Janeiro — e por organizações não governamentais — como o Instituto Pestalozzi, de Belo Horizonte (MG), que desde 1951 oferece curso de férias para professores de “excepcionais” (MAZZOTTA, 2005).

O primeiro curso regular de formação de professores para educação especial data de 1955 e era oferecido no estado de São Paulo. A formação em nível médio em todo Brasil foi elevada ao nível superior no fim dos anos de 1960, início dos anos 70 — conforme o parecer 295/69¹⁰ do Conselho Federal de Educação (CFE), cujo princípio visava a uma maior especialização exigida para essa modalidade educacional; esses cursos formavam professores normalistas “especializados”. No dizer de Mazzotta (2005), na parte

¹⁰ Segundo Bueno (2001), para o conselheiro Clóvis Salgado, até 1969, como especialidade, o ensino de excepcionais se limitou ao nível primário nos estabelecimentos federais; por isso, os professores eram, em geral, normalistas especializados na prática ou em cursos promovidos pelos próprios estabelecimentos. Evidentemente, deve haver evolução: a professora primária ser preparada em nível superior (faculdade de Educação); enquanto isso não for possível, é bom que se faça experiência em áreas limitadas — de início, com o professor primário de excepcionais. A própria deficiência dos alunos, dificultando a tarefa, indica a necessidade de haver professores preparados menos para emprego de técnicas especiais do que para orientação, supervisão e pesquisas em campos específicos.

diversificada desses cursos, evidenciavam-se duas tendências: a educacional e a clínica ou médico-pedagógica. A tendência educacional caracterizava os cursos de especialização para o ensino de deficientes visuais e deficientes auditivos; a médico-pedagógica, para deficientes físicos e mentais.

Em 1972, no Estado de São Paulo, a formação para professores de educação especial que atuavam na rede regular de ensino passa a ser obrigatória em nível universitário: Pedagogia com Habilitação em Educação Especial — que poderia ser numa área específica: deficiência auditiva (DA), deficiência mental (DM), deficiência visual (DV), deficiência física (DF) e geral (MAZZOTTA, 2005). Porém, em muitos outros estados, ainda prevalecia a formação em nível pós-normal. Só no fim dos anos de 1970 surgiram, no Paraná, os cursos de Estudos Adicionais para formação de professores para educação especial e que adentraram a década de 1980, chegando praticamente ao ano 2000.

O avanço significativo na área de educação especial no Brasil a partir das contribuições da Conferência Mundial de Educação Especial, em Salamanca, Espanha, em 1994, foi confirmado pela nova Política Nacional de Educação Especial, que reafirma o compromisso de: respeitar as diferenças e condições de eficiência de cada um, promover oportunidades semelhantes de aprendizagem com as contribuições dos colegas, sua alteridade e diferenças, e implantar programas individualizados apropriados a cada criança no sistema regular de ensino. A nova LDB (9.394/96) define educação especial como modalidade de educação escolar, tida como um conjunto de recursos educacionais e estratégias de apoio à disposição dos alunos e que ofereça alternativas de atendimento. Com a promulgação da nova LDB, o Ministério da Educação (MEC) passou a investir num sistema de informações e políticas adequadas às exigências e complexidades da educação especial. Segundo dados atuais desse ministério, o Programa Nacional de Capacitação de Recursos Humanos cobre 135 municípios. Dados estatísticos comprovam o crescimento de 24,7% em 2002 para 41% em 2005 (BRASIL, 2006) de matrículas de alunos com necessidades educativas especiais (por deficiência) em escolas regulares (BRASIL, 2006).

As publicações na área foram, igualmente, incentivadas. O MEC lançou a série Diretrizes, para cada necessidade de educação especial, e os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Especial. Em 2004, lançou as Referências para a Construção dos Sistemas Educacionais Inclusivos, a série Saberes e Práticas da Inclusão e, em 2005, os Ensaio Pedagógicos — Construindo Escolas Inclusivas. Ao lado da Secretaria de Educação Especial (SEESP), o MEC disponibiliza todas as publicações na internet, facilitando a pesquisa por meio do catálogo de publicações.

A busca por um modelo educacional que englobe “todos” na mesma escola e enfatize o convívio e a troca interativa entre os múltiplos grupos que ali se encontram sem exclusão nem segregação é um tema que provoca o reconhecimento de um novo olhar: o sistema inclusivo. O conceito de escola inclusiva se enquadra no princípio da igualdade de oportunidades educacionais e sociais a que todos têm direito e pretende significar que os alunos devem — ou têm o direito a — ser incluídos no mesmo tipo de ensino. Dessa maneira, deverá atender às diferenças individuais para potencializar o desenvolvimento conforme as características de cada aluno, o que implica flexibilizar a organização escolar e as estratégias de ensino, assim como a gestão de recursos e currículos. Fundamentalmente, a escola inclusiva pretende marcar a passagem de um modelo tradicional — turmas específicas do ensino especial — centrado no professor de educação especial, para um novo modelo em que os alunos com necessidades educacionais especiais são incluídos nas turmas ditas “normais” do ensino regular. Tal inclusão deverá ocorrer não apenas nas atividades curriculares; também em todas as outras atividades extracurriculares desenvolvidas na escola, para atenuar diferenças, aceitá-las e respeitá-las: algo fundamental na cultura escolar.

As propostas de organização do sistema educativo inspiradas no processo de inclusão simbolizam mudanças de atitude e muitas reflexões sobre sua operacionalização. Nesse panorama, o valor de diferenças individuais é essencial para se tornar a realidade aparentemente complexa e heterogênea em um conjunto mais rico, ao se abandonarem os estereótipos e se acreditar que a interação entre alunos, a troca e a reciprocidade desencadeiam uma educação de qualidade para todos. A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais desafia os professores que os recebem e requer investimentos na organização e concretização de uma escola aberta a todos — isto é, uma escola inclusiva, cuja construção requer mudança coletiva, enfrentamento de barreiras e uma busca constante cujo fim é a aprendizagem de todos. A escola inclusiva é construção de possibilidades e saberes.

Para muitos professores, a ausência de disciplinas que favoreçam o conhecimento nos cursos de formação dificulta o trabalho com alunos que têm necessidades educacionais especiais. Com efeito, o trabalho educacional deve ter o suporte do conhecimento, mas a ausência de tais disciplinas na formação inicial não deve obstar o trabalho do professor com esses alunos, pois ele poderá obtê-lo na formação continuada. A rejeição de alguns professores à presença de tais alunos na sala de aula pode refletir mais a falta de informação do que — como querem alguns — ausência de formação; isso porque a desinformação nos leva a construir barreiras que poderiam ser transpostas sem resistência. Assim, optar por enfrentar o desafio, com suas incertezas e dificuldades, requer investimento pessoal e postura

aberta à mudança; assim como outro olhar para a prática e as atividades diárias que priorizem a interação e a cooperação entre os alunos. Nesses termos, a inclusão é um desafio que o professor deve enfrentar com estratégias que possibilitem aos alunos adquirirem conhecimento, sobretudo de atividades coletivas.

Talvez o desafio maior seja oferecer capacitação não só aos professores, mas também aos demais profissionais da escola para que suas atividades se ajustem a pessoas com deficiência; não se trata, necessariamente, de se especializar em alguma deficiência, mas de serem capazes de adequar seu trabalho para obter respostas consideráveis. Ao se referir ao movimento denominado hoje de inclusão — escolar ou social —, Thoma (2004, p. 47) advoga “[...] um movimento que preconiza a inversão de papéis, defendendo a idéia de que o meio deve adaptar-se para atender às necessidades de todos e de cada um, sejam eles portadores de deficiência ou não”. Eis por que se impõe a necessidade de implementação de ações diversas.

Embora haja legislação que ampare a inclusão — aliás, condição necessária —, de forma alguma as leis bastam para garanti-la. A inclusão prescinde de um investimento na formação de docentes em diferentes níveis e modalidades de ensino, para que produza inovações pedagógicas relevantes. Também fundamental é levar a discussão sobre esse tema para fora do espaço acadêmico e do domínio de especialistas, mediante um diálogo mais estreito com a sociedade. Um olhar panorâmico para o tema inclusão revelará que esse termo, desde seu surgimento no meio socioescolar, tem se associado à inovação educacional, que pressupõe formação docente e propostas de ensino para atender a exigências contemporâneas — nas quais preconceito e discriminação entre pessoas não têm espaço, mas o têm a interação de todos com o mundo e a promoção da auto-estima do aluno com necessidades especiais.

A presença de pessoas com deficiência na escola regular pressupõe uma escola aberta e capaz de responder às necessidades concretas dos alunos que chegam ao ambiente escolar com diferentes interesses, motivações, dificuldades e habilidades. Nesse sentido, as interações estabelecidas precisam estar cada vez mais próximas e integradas ao conhecimento do aluno e aos desafios que o contexto lhe propõe, a fim de que ambientes de construção de aprendizagens sejam criados para incitar e possibilitar o pensar. É preciso considerar que os parâmetros para a ação educativa são constituídos no meio social e na formação profissional; por isso, ao se abordar a educação inclusiva, é importante destacar-se a preocupação com a formação e qualificação de profissionais para o desempenho competente de uma educação de qualidade.

Essa formação deve incluir o contexto do professor, pois é na sala de aula que o saber da experiência se manifesta. Na visão de Larrosa (2002, p. 21), “a experiência é o que

nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”. O professor parte dos conhecimentos que tem e de experiências, crenças e esquemas de trabalho; seu saber-fazer se baseia no seu aprimoramento, que amplia sua reflexão pela troca de idéias, informações e sentimentos, assim com pela assunção de responsabilidades, tomada de decisões e concretização de ações. Nesse sentido, a formação do professor deve pressupor a reflexão sobre os valores da educação, a vivência interdisciplinar, o trabalho em equipe, a pesquisa e a construção de competências. O professor deve partir não só da capacidade de explicar e reproduzir — consideradas como competências profissionais; também deve assumir o compromisso com a aprendizagem de todos os alunos e ter habilidade para apresentar e explicar os conteúdos de maneira a suscitar o prazer pelo aprender. Isso porque

A competência profissional se refere não apenas ao capital de conhecimento disponível, mas também aos recursos intelectuais de que se dispõe com objetivo de tornar possível a ampliação e desenvolvimento desse conhecimento profissional, sua flexibilidade e profundidade. (CONTRERAS 2002, p. 83).

Nesses termos, a formação do professor deve ser construção contínua da pessoa, de seus saberes, suas aptidões, sua capacidade de discernir e agir. Questionar a própria prática educativa, comparar, fazer análises, investigações e buscar soluções de problemas levam a reflexão constante, que serve para definir o docente, estruturá-lo e orientá-lo na ação.

Segundo Sacristán (1999), por se realizar no contexto interpessoal e social, toda ação humana gera marcas, sinais e vestígios que condicionam as próximas ações. Embora se vinculem a histórias de vida individuais, dando-lhes um caráter de imprevisibilidade e originalidade, essas ações deixam pegadas e demarcam roteiros, esquemas e rotinas que delineiam ações futuras. Ao analisar o conceito de prática educativa, esse autor reitera seu caráter multiforme e sugere o quanto a compreensão que temos desse conceito se articula com as circunstâncias históricas em que foi forjado.

Sacristán (1999) separa o conceito de ação do de prática, atribuindo-lhe uma operacionalidade rica. Entre as principais características componentes do conceito de prática, está a idéia de “traço cultural compartilhado”.

A prática educativa é algo mais do que a expressão do ofício dos professores, é algo que não lhes pertence por inteiro, mas um traço cultural compartilhado, assim como o médico não possui o domínio de todas as ações para favorecer a saúde, mas as compartilha com outros agentes, algumas vezes em relação de complementaridade e de colaboração, e em outras, em relação de atribuições. A prática educativa tem sua gênese em outras práticas que interagem com o sistema escolar e, além disso, é devedora de si mesma, de seu passado. São características que podem ajudar-nos a entender as razões das transformações que são produzidas e aquelas que não chegam a acontecer. (SACRISTÁN, 1999, p. 91).

A formação de professores tem vínculos intrínsecos com a relação entre teoria e prática, e é paralela a uma relação humana mais ampla: entre pensamento e ação. Para Sacristán, teoria e prática são duas realidades não identificáveis em separado; não há experiência sem conseqüências para quem as realiza e quem recebe seus efeitos; a experiência acumulada estabiliza, de alguma forma, a prática educativa, consolidando a cultura (SACRISTÁN, 1999). Nesse sentido, ação e prática ressaltam a importância da teoria, não uma sobre a outra, mas numa recriação entre si.

Para nós, o professor é um profissional que detém saberes de matizes variados sobre a educação e cuja função central é educar crianças, jovens e adultos portadores ou não de necessidades especiais. Por isso, o saber profissional que orienta a atividade docente se insere na multiplicidade própria do trabalho dos profissionais que atuam em diferentes situações e, portanto, precisam agir de forma diferenciada, mobilizando teorias, metodologias e habilidades diferentes. Nessa ótica, o saber profissional do professor é constituído não por um saber específico, mas por vários saberes de diferentes matizes — dentre os quais se incluem ainda o saber-fazer e o saber da experiência.

Como postula Tardif (2002), a questão relativa aos saberes dos professores situa-se num contexto amplo do estudo da docência e se relaciona com a realidade escolar e social dos professores; daí a necessidade de se estudá-lo no contexto do trabalho docente. A fim de articular os aspectos sociais e os individuais do saber dos professores, esse autor procura não reduzi-lo a processos mentais — baseando-se na atividade cognitiva dos professores — nem cair no sociologismo — o que eliminaria a contribuição dos professores para a construção concreta do saber (TARDIF, 2002). Assim, ele se baseia na origem social dos saberes, e para isso considera os lugares onde os professores atuam, as organizações que os formam, seus instrumentos e experiências de trabalho, bem como sua trajetória pessoal de vida. Disso se depreende como característica central na formação do docente sua historicidade, pois a formação pressupõe saberes incorporados ao longo da vida do professor e que resultam de sua imersão num contexto social e das relações estabelecidas com pessoas e instituições. Na profissão, os professores continuam a incorporar saberes que se agregam ao processo formativo de construção da identidade profissional. Noutras palavras, aprendem adquirindo conhecimentos e construindo saberes: ferramentas para desenvolver seu trabalho. O professor aprende a ensinar enfrentando situações diversas e cotidianas que lhe possibilitam construir tais ferramentas (TARDIF, 2002).

Se, como aponta esse autor, a incorporação de saberes se mostra como recurso central à atuação docente, esse recurso parece adquirir mais relevância ao professor que se

dispõe a trabalhar com pessoas com deficiência, pois seu trabalho pressupõe considerar que a busca pela superação não ocorre isoladamente: está em cada momento, em cada atitude, ora se estabelece em processos externos, ora em internos, provocando continuamente novas conquistas e abrindo uma gama de oportunidades de atuação pedagógica.

Nesse sentido, reconhecemos uma contribuição crucial nos pressupostos da teoria histórico-social de Vygotski (1997; 1998), pois demonstram uma preocupação fundamental com a interação social no desenvolvimento humano. Seus estudos ressaltam a importância da convivência social, das trocas do sujeito com o outro para que as funções psicológicas superiores se desenvolvam. Compreendemos que o papel do meio social não é ativador, mas formador de tais funções, pois, ao se variar o ambiente social, o desenvolvimento também varia. Assim, se este se dá pela apropriação ativa do conhecimento que há na sociedade, desenvolvimento e aprendizagem exercem influências recíprocas. E o professor é quem vai auxiliar o aluno ao mediar o processo de aprendizagem, pois media a relação entre o aluno e o conhecimento.

Como mediador, ele deve pôr o aprendiz em contato com diferentes conteúdos e situações que viabilizem a aprendizagem e o desenvolvimento. Ao professor, cabe compreender que cada pessoa desenvolve diferentes estratégias de compreensão e ação sobre a realidade, fruto de suas inserções sociais e condições socioculturais de desenvolvimento. Essas diferenças, em vez de serem apagadas ou ignoradas, devem ser consideradas e exploradas como propulsoras de novos conhecimentos, pela riqueza de pontos de vista e de experiências que podem ser trocadas. Acreditamos que, no espaço das diferenças entre uma pessoa e outra, existe grandes possibilidades de intervenções, e é por esse caminho que se pode construir a capacidade de criticar, argumentar, transformar, inventar — de estar incluso.

Ao professor, pode ser útil conhecer conceitos como zona de desenvolvimento proximal (ZDP), pois dariam mais aporte a suas intervenções pedagógicas. Elaborado por Vygotski (1998), esse conceito se refere a seus estudos com crianças, porém acreditamos em seu potencial genérico e, em nosso caso, o aplicaremos na relação que se estabelece entre pessoas com PC. A ZDP exige que vejamos cada momento como único e cada pessoa envolvida como única. Noutras palavras, as ações tomadas devem respeitar as características individuais, as limitações e os potenciais de cada pessoa, tenha ela deficiência ou não, sobretudo se considerarmos a afirmação desse teórico de que as funções psicológicas superiores provêm de processos sociais e que estes se formam por meio de ferramentas, ou instrumentos culturais, que medeiam a interação entre indivíduos e entre estes e o meio em que vivem numa relação dialética. Então, se o educador reconhecer que os ritmos de

aprendizagem e desenvolvimento são diferentes para cada aluno, sua atuação será a mesma perante pessoas que apresentem necessidades educativas especiais ou não. Nessa perspectiva, o professor constrói sua formação, fortalece e enriquece seu aprendizado.

Outra concepção na teoria de Vygotski (1997) que constitui elemento fundamental à atuação docente é que, para ele, não é o defeito que decide o destino das pessoas; são as conseqüências sociais desse defeito. O defeito — a deficiência —, no lugar de marcar limites, aponta capacidades, encontra fontes de força, pois não é só carência, deficiência, debilidade; é também fonte de força e capacidades; no defeito há algo positivo. Essa visão aponta possibilidades de superação da deficiência pela força que vem com a falta e cria essa fonte de forças, que, por sua vez, criam oportunidades à atuação do profissional docente.

A inclusão veio nos fazer pensar que não estamos prontos, formados e que sempre temos algo a aprender. Ser professor implica compreender que devemos aprender mais e mais e que podemos aprender sempre. Assim como a formação, a aprendizagem é um processo que se estende por toda vida; igualmente, a docência implica aprendizagem permanente, na qual o professor estrutura seus saberes e alicerça sua carreira. A formação é permanente e ocorre de diversas formas e em diferentes lugares; isto é, tem um sentido mais amplo, pois abrange toda a vida. Os saberes de docentes que trabalham com a inclusão se vinculam, sobretudo, aos saberes pessoais e aos provenientes de sua experiência, cuja origem está na família, na educação em sentido lato, no ambiente de vida, na prática pedagógica (escola e sala de aula) e na experiência com os pares.

Contudo, se a aprendizagem da docência e a construção de saberes para trabalhar com aluno incluído pode se dar de diferentes formas, alguns fatores se destacam na aprendizagem do professor em relação ao aluno incluído: a experiência de trabalho com tais alunos, o tempo — importante fator na evolução da forma de ensinar — e a relação que estabelecemos com outros colegas como parte de um processo interativo e dinâmico. Conforme Tardif (2002), a aprendizagem da docência ocorre, também, com a prática cotidiana, em que o docente constrói saberes experienciais. No exercício de sua prática e suas funções, os professores desenvolvem saberes específicos baseados no seu trabalho cotidiano e no conhecimento de seu meio. Ainda segundo esse autor, os professores valorizam muito a experiência em sala de aula e consideram que os saberes experienciais fundamentam seu saber ensinar. Por isso:

[...] a experiência provoca, assim, um efeito de retomada crítica (*retroalimentação*) dos saberes adquiridos antes ou fora da prática profissional. Ela filtra e seleciona os outros saberes, permitindo assim aos professores reverem seus saberes, julgá-los e avaliá-los e, portanto, objetivar um saber formado de todos os saberes retraduzidos e submetido ao processo de validação constituído pela prática cotidiana. (TARDIF, 2002, p. 53).

Em outras palavras, os saberes se provam na prática; nela, são validados ou não. Por isso, a experiência adquirida na prática representa o principal fator do sucesso do professor atuante.

O saber dos professores é temporal: “ensinar supõe aprender a ensinar, ou seja, aprender a dominar progressivamente os saberes necessários à realização do trabalho docente” (TARDIF, 2002, p. 20). Dito de outro modo, o saber ensinar é não inato; constrói-se, sobretudo na carreira, que é um “[...] processo temporal marcado pela construção do saber profissional” (TARDIF, 2002, p. 20). Tal saber é composto pelos saberes provenientes da história de vida individual, da sociedade, da instituição escolar, de outros atores educativos, dos lugares de formação etc. Logo, parte importante da competência profissional docente se enraíza na história de vida do professor, pois a competência individual se confunde com a sedimentação temporal e progressiva de crenças, representações, hábitos práticos e rotinas de ação. Nesse sentido, compreender os saberes do professor “[...] é compreender, portanto, sua evolução e suas transformações e sedimentações sucessivas ao longo da história de vida e da carreira, [...] que remetem a várias camadas de socialização e de recomeços” (TARDIF, 2002, p. 106).

Aprender a trabalhar com aluno incluído requer saberes construídos dia a dia: na prática, na interação com colegas e numa temporalidade que acompanha os percursos de vida dos professores. Segundo Tardif (2002), professores mergulhados na prática têm de aprender fazendo, devem se provar que são capazes de ensinar. A lida com situações forma, pois só isso permite desenvolver o “habitus”,¹¹ isto é, certas disposições adquiridas na e pela prática real que permitirão ao professor enfrentar os condicionantes e o imponderável da profissão. O “habitus” pode se transformar num estilo de ensino, em “macetes” da profissão e até em traços da personalidade profissional; manifesta-se através de um saber-ser e um saber-fazer pessoais e profissionais, validados pelo trabalho cotidiano. Com isso, o modo como os professores desenvolvem a aula, privilegiando a interação mediante atividades em grupo, constitui “macete” profissional desenvolvido pela experiência. Portanto, é possível que a ausência de experiência desenvolva a insegurança e o medo, freqüentes na fala de professores.

A inclusão impôs a necessidade de se repensar a educação e a instituição escolar, sobretudo pelas dificuldades enfrentadas pelos docentes, porque trouxe mudanças na forma de ver, pensar e fazer a educação escolar e a docência. Surge como estímulo para se pensar na educação tendo em vista a inadequação de um sistema escolar tradicional em que o aluno necessita se adaptar à escola, e esta, por sua vez, esquivava-se de possíveis mudanças. A

¹¹ O conceito de “habitus” aqui se baseia em Tardif (2002).

inclusão também significou a oportunidade de rever e repensar práticas escolares desestimulantes para torná-las mais atraentes, inovadoras e dinâmicas. Assim, entendemos que, ante a perspectiva da educação voltada à inclusão de todos os alunos, torna-se fundamental articular espaço e tempo de formação, por meio de políticas públicas de formação continuada e da universidade, que pode assumir a responsabilidade pela formação de profissionais mais preparados para essa realidade. Também devemos destacar a importância dos órgãos governamentais para se consolidar a inclusão ao elaborarem políticas públicas de formação em serviço. Assim, o tempo de estudo pode se inserir nos horários de trabalho, para que haja mais envolvimento em atividades e discussões coletivas sobre estratégias de ensino — uma prática comum em organizações não governamentais (ONGs) que trabalham com a educação especial.

Muitas vezes, a expectativa de encontrar alunos ideais se choca com a realidade. Isso poderia ser evitado por meio do contato prévio com o cotidiano escolar nos cursos de formação de professores — por exemplo, em parcerias com instituições especializadas que permitam aos acadêmicos estagiarem em contato direto com as pessoas com deficiência. Desse modo, pensar na forma como os docentes aprendem é fundamental para romper com a idéia preconcebida de que só quem frequentou o curso de educação especial está apto a trabalhar com alunos que têm necessidades educacionais especiais.

Entretanto, não basta pôr o aluno na classe para que o professor aprenda a lidar com ele; é preciso, também, orientar sua postura e suas representações para a crença no seu potencial de aprendizagem, de aceitar desafios e de criar, tanto quanto no potencial do aluno. Como foi dito, o saber docente é construção temporal, e ensinar supõe aprender a dominar progressivamente os saberes necessários ao trabalho. Assim, trabalhar com alunos incluídos é, também, uma construção atravessada pela temporalidade e pela aprendizagem. Porém, o tempo aqui se vincula ao amadurecimento profissional, e não à quantidade de anos de trabalho. Embora muitos docentes tomem o tempo de trabalho como sinônimo de experiência, compreendemos experiência como prática vivenciada, refletida, e não como prática caracterizada pela temporalidade sem ser por ela atravessada. Nesse sentido, reconhecemos como de suma importância os professores adquirirem saberes de diferentes fontes.

Isso, contudo, não minimiza a importância de se promover aprendizagem por meio de cursos de formação continuada em serviço. Acreditamos que, na circularidade que se estabelece entre a experiência vivida no dia a dia escolar e os cursos de formação continuada, o professor aprende e constrói sua maneira própria de trabalhar. Certamente neste movimento

os professores ficam mais bem preparados para lidar com situações difíceis e muitas vezes inesperadas em sala de aula.

Para Freitas e Castro (s. d.), a formação continuada de professores para atuar numa perspectiva inclusiva tendo em vista o desenvolvimento do sujeito autônomo deve prever uma reflexão constante dos profissionais sobre a prática pedagógica; assim como questionamentos, para que possa reavaliá-la, compartilhar experiências e idéias com colegas e, assim, fazer do exercício profissional um campo de investigação.

A educação inclusiva envolve um processo de preparação do professor que considera as diferenças e as dificuldades dos alunos na aprendizagem escolar como fontes de conhecimento sobre como ensinar e como aperfeiçoar as condições de trabalho nas salas de aula. (BRASIL, 1995, p. 17).

Compartilhar experiências é fundamental à formação continuada em educação, pois só os conhecimentos teóricos não bastam: é necessário haver a participação do professor nas mudanças sociais como agente de formação, e não apenas como transmissor de conhecimentos; por isso, cabe-lhe se aprimorar pessoal e profissionalmente. A formação do professor deve ser continuada, diferenciada e vista como ação que ampliará seu potencial, constituído por inúmeros elementos, dentre os quais sua experiência. Para que isso ocorra é primordial que cada professor busque o aprimoramento constante, seja mediante cursos ou pela formação em serviço. Ele deve ser propenso a mudanças e sempre revisar conceitos, ideologias e valores, a fim de que sua (atu)ação se concretize como elemento facilitador da construção de uma sociedade mais justa. E tal processo deve partir da prática e de conhecimentos prévios.

Acrescente-se que não só ao professor cabe melhorar a prática pedagógica; também a escola deve promover melhorias em conjunto com seus profissionais, pois um depende do outro para que estas sejam possíveis. Os professores não podem mudar sem que instituições em que trabalham mudem; nem estas podem fazer mudanças se aqueles não se empenharem nelas. Deve haver uma articulação entre escola, seus projetos e seus professores, pois todos interdependem. Em sentido amplo, o ensino inclusivo propõe uma prática pedagógica que busca promover a inserção de todos em escolas onde suas necessidades devem ser supridas, seja qual for o talento, a deficiência e a origem socioeconômica ou cultural. Ao professor e à equipe técnico-pedagógica, cabe alicerçar as mudanças necessárias à prática para que se incluam todos os alunos.

Romper com modelos pedagógicos pré-concebidos e consagrados no meio educativo requer coragem e um olhar panorâmico, depois direcionado — como em raios X —, para se alcançarem os diferentes caminhos educacionais que vão promover a convivência sadia entre

alunos, professores e funcionários da instituição escolar. Olhar mais de perto a educação física na ótica inclusiva é refazer o panorama de diferentes imagens de corpos sadios e malhados instituídas ao longo da história da educação física e, em especial, do esporte. Assim, manter o foco nessa direção impossível será transpor barreiras atitudinais que entravam a promoção da inclusão de corpos disformes, porém habitados pela mesma essência de corpos considerados como perfeitos, instituídos como modelos e tidos como parâmetros de normalidade e perfeição. A fim de encontrar a lente por que passou esse foco na história da educação física, autores como Oliveira (1986), Bracht (1992), Castellani Filho (1994), Coletivo de Autores (1993), Darido (1999; 2001) e outros nos ajudam a entender o percurso histórico da educação física — das primeiras práticas às práticas atuais — e como se constituiu sua identidade à luz do paradigma da inclusão e do direito inalienável ao acesso a essa prática social.

2.1 Formação do professor de Educação Física: retrospecto para compreender sua (busca de) identidade

A educação física entra na educação brasileira por volta de 1851, quando o Ginásio Nacional — atual Colégio Pedro II — incluiu a ginástica em seus currículos. Nesse mesmo período, surge a legislação referente à disciplina que torna obrigatória a prática da ginástica nas escolas primárias do município da Corte, no Rio de Janeiro (OLIVEIRA, 1986). No Brasil imperial, a educação física seria influenciada pelos fins militares e higiênicos, que lhe determinaram a concepção e as finalidades, bem como direcionaram seu campo de atuação e a forma como deveria ser ensinada. Também podemos ver como acontecimento central para a educação física nessa época os pareceres de Rui Barbosa sobre a reforma do ensino Leôncio Carvalho (1879). Suas idéias soaram utópicas: defendiam a inclusão da ginástica nas escolas e a equiparação de seus professores aos de outras disciplinas, além de destacar e explicitar a importância do corpo saudável para a atividade intelectual (OLIVEIRA, 1986).

Dentre as preocupações da expansão educacional, destacava-se a educação física e a formação de profissionais para atuar na área. Desde a criação da Academia Real Militar, em 1810, a fundação da Escola de Educação Física da Força Policial do Estado de São Paulo, em 1910, até a criação — por portaria do Ministério da Guerra — do Centro Militar de Educação Física, em 1922, a influência militar, aliada a outros fatores, marcou a formação dos primeiros professores civis de Educação Física. As instituições militares traziam forte influência dos princípios positivistas de manutenção da ordem social para se alcançar o “progresso” do país, que, pela ótica da eugenia, excluía radicalmente as pessoas com

deficiência dessa prática social. Nessa ótica, “a Educação Física no Brasil, desde o século XIX, foi entendida como elemento de extrema importância para o forjar daquele indivíduo ‘forte’, ‘saudável’, indispensável à implantação do processo de desenvolvimento do país” (CASTELLANI FILHO, 1994, p. 39).

Contudo, essa tendência higienista (educação do físico/saúde corporal) não se deve apenas aos militares, mas também aos médicos (CASTELLANI FILHO, 1994). A produção acadêmica exigida à época dos candidatos ao diploma de doutor em medicina pelo Colégio do Rio de Janeiro (Faculdade de Medicina) — uma tese obrigatória, e muitos doutorandos escolhiam a educação física como assunto (OLIVEIRA, 1986) — também influenciou os padrões de conduta física, moral e intelectual da sociedade. Tal influência vinha da Europa do século XVIII, onde a medicina era mais uma técnica geral da saúde, e menos um “serviço das doenças ou arte das curas”: de certa forma, o médico estabelecia condições morais — higienistas — à família européia (CASTELLANI FILHO, 1994, p. 40).

Castellani Filho (1994) se apóia no pensamento de Foucault (2004b, p. 202) de que “[...] a política médica que se delineia no século XVIII em todos os países da Europa, tem como reflexo a organização da família [...] como instância primeira e imediata da medicalização dos indivíduos”. Nesse contexto, as instituições militares fortemente influenciadas pela filosofia positivista visavam a uma educação física que mantivesse a ordem e o progresso, pois era fundamental formar indivíduos fortes e saudáveis para defenderem a pátria e seus ideais. No dizer de Bracht (1999, p. 69 – 88), essa mesma instituição colaborou para impedir a reflexão teórica e prática porque a desmilitarização não se efetivou, de fato, na educação física como na sociedade em geral.

Assim, o nascimento da EF se deu, por um lado, para cumprir a função de colaborar na construção de corpos saudáveis e dóceis, ou melhor, com uma educação estética (da sensibilidade) que permitisse uma adequada adaptação ao processo produtivo ou a uma perspectiva política nacionalista, e, por outro, foi também legitimado pelo conhecimento médico-científico do corpo que referendava as possibilidades, a necessidade e as vantagens de tal intervenção sobre o corpo.

As exigências da sociedade do século XVIII, início do século XIX, calcada no capitalismo, instituíram um “novo homem: mais forte, mais ágil, mais empreendedor” (COLETIVO DE AUTORES, 1993, p. 51). Sua força e energia física se transformavam em força de trabalho, e os exercícios físicos foram entendidos como “receita” e “remédio”. “Ora, cuidar do corpo significa também cuidar da nova sociedade em construção [...] Cuidar do corpo [o corpo sadio, sem deficiência], portanto, passa a ser uma necessidade concreta que deveria ser respondida pela sociedade do século XIX.” (COLETIVO DE AUTORES, 1993, p. 51).

O corpo é descoberto como máquina, que, por meio da ginástica dos exercícios sistematizados (pois exercícios livres sempre existiram), é capaz de se moldar, criar formas e força, e assim ser usado só como força física. Também é instrumento de liberação do erotismo, da sexualidade, mas nesse caso é preciso que o “poder” exerça o controle sobre o corpo, pois este é presença materializada, e seu domínio requer investimentos para que o corpo individual (indivíduo) se afaste do corpo social (população).

O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo [...] tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, metucioso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. (FOUCAULT, 2004a, p. 146).

Nesse período, a educação física correspondeu plenamente aos interesses da classe social hegemônica (COLETIVO DE AUTORES, 1993). Sob influência higienista, os educadores passaram a defender a introdução da ginástica nos colégios, embora a elite resistisse a isso, pois valorizava o trabalho intelectual e via com preconceitos a prática da atividade física. Para Castellani Filho (1994), mesmo com tal resistência, a idéia dos higienistas era conduzir a família brasileira à construção de hábitos vinculados à saúde privada e social — e aqui a educação física se destacava.

O controle familiar por parte dos higienistas, inseriu-se, portanto, na política populacionista elaborada pelo Estado Nacional, com vistas à [...] tentar criar uma população racial e socialmente identificada com a camada branca dominante [...] que pudesse vir a estabelecer um equilíbrio de forças entre a população branca e a escrava. Os médicos higienistas, então através da disciplinarização do físico, do intelecto, da moral e da sexualidade [...] [defendiam] A Educação Física associada à Educação Sexual, a qual, segundo os higienistas [...] deveria transformar homens e mulheres em reprodutores e guardiões de proles e raças puras. (CASTELLANI FILHO, 1994, p. 43–4).

Esse corpo “sadio” que por décadas foi modelo instituído pela eugenia nos fez lembrar de *Julgamento em Nuremberg*, filme de 1961 dirigido por Stanley Kramer. A cena, marcante, que nos vem à memória é a do testemunho de Rudolf Petersen: esterilizado pelos nazistas por ter sido tido como débil mental. No banco de testemunhas, o embate inclui Petersen e o advogado de defesa, preocupado em mostrar aos juízes a veracidade do diagnóstico. No teste a que é submetido — formar uma frase com as palavras “lebre”, “caçador”, “campo” —, Petersen falha, pois de fato era mentalmente incapacitado. Mas o momento mais pungente para o espectador é quando o advogado dos réus acusa, também, a mãe de Rudolf de ser retardada; contorcendo-se em sua cadeira, este tira do bolso uma foto da mãe e a mostra ao juiz: “Eu quero que você me diga — ela era retardada — a minha mãe? Era?”.

Até o início do século XIX, a deficiência se associava à idéia incapacidade, inutilidade e dependência, e não havia preocupação com a mudança desse quadro. No dizer de Foucault (2002, p. 305).

[...] quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu — não enquanto indivíduo mas enquanto espécie — viverei, mais forte serei, mais vigoroso, mais poderei proliferar.

Castellani Filho (1994) destaca ainda a constituição de um racismo de Estado biológico — a eugenia —, que distingue, no interior da mesma população, raças e subgrupos diversos para qualificá-los e hierarquizá-los como bons ou inferiores e, então, estabelecer um corte entre o que deve viver e o que deve morrer.

Azevedo (1960 apud CASTELLANI FILHO, 1994, p. 55–6) destacou o importante papel a ser desempenhado pela educação física no desenvolvimento da raça brasileira e definiu eugenia como

[...] a ciência ou disciplina que tem por objeto o estudo das medidas sociais econômicas, sanitárias e educacionais que influenciam, física e mentalmente, o desenvolvimento das qualidades hereditárias dos indivíduos e, portanto, das gerações [...] Dizia ser a Eugenia “[...] não só a intervenção da profilaxia contra o meio biológico representado pela matéria viva, patogênica, na luta constante contras as moléstias [...] nem somente a engenharia sanitária melhorando o meio físico, dessecando o solo paludoso. Onde incubam os miasmas que infeccionam os povos, impedindo a fixação e o aperfeiçoamento do tipo étnico pela ação higiênica, educativa e social. [...] A Eugenia — dizia ele — com tudo isto, é também a aplicação de uma educação enérgica para a conquista da plenitude das forças físicas e morais, tirando-nos deste plano inclinado de depauperamento e decadência [...] é o revigoreamento do povo, por uma sábia política de educação, de defesa sanitária e de cultura atlética, que o impulsiona, a todo pana, dos lagos mortos onde jaz estacionário, para o esplendido tumultuar da vida intensamente vivida em pleno ar, acrisolada no ouro do sol.

Segundo Coletivo de Autores (1993), no Brasil, especificamente nas quatro primeiras décadas do século XX, os métodos ginásticos e da instituição militar influenciaram o sistema educacional, e tal influência reforçou uma concepção de educação como atividade exclusivamente prática. Esses autores afirmam ainda que

Certamente, também não houve uma ação teórico-prática de crítica ao quadro apontado, no sentido de desenvolver um corpo de conhecimento científico que pudesse imprimir uma identidade pedagógica à Educação Física no currículo escolar. (COLETIVO DE AUTORES, 1993, p. 53).

Essa obra ainda destaca que, à época, ministravam as aulas de Educação Física instrutores formados por militares e que, em 1939, foi criada a primeira escola civil de formação de professores de Educação Física, pelo decreto-lei 1.212, de 17 de abril de 1939.

Em 1937, pela primeira vez, a educação física é explicitada em texto constitucional federal, incluída no currículo como prática obrigatória, e não como disciplina curricular, junto com ensino cívico e trabalhos manuais em todas as escolas do país. Com o estabelecimento do Estado Novo, atribuem-se-lhe o fortalecimento do trabalhador, a melhoria da capacidade produtiva e o desenvolvimento do espírito de cooperação em benefício da coletividade. “A Educação Física, por ocasião da implantação do Estado Novo, passa a servir como instrumento ideológico, como, de resto, tudo que pudesse servir ao mesmo fim.” (OLIVEIRA, 1986, p. 59).

Com a promulgação da LDB de 1961, ficou determinada a obrigatoriedade da educação física para o ensino primário e médio. Após a Segunda Grande Guerra, que coincide com o fim da ditadura do Estado Novo no Brasil, novas tendências surgem na instituição escolar. Os métodos: natural austríaco e método da educação física desportiva generalizada trazem em sua essência o esporte como elemento predominante da cultura corporal européia, ocupando espaço nas aulas de Educação Física em contraposição aos antigos métodos de ginástica tradicional. Naturalmente, tendo o esporte como “âncora”, a educação física desportiva estabelece os códigos da instituição esportiva: rendimento, regulamentação rígida, sucesso no esporte como sinônimo de vitória, racionalização de meios e técnicas etc. (COLETIVO DE AUTORES, 1993). “É assim que, por possuírem idênticos pressupostos como, por exemplo, a racionalização de meios em busca da eficiência e eficácia, a identidade esportiva da Educação Física escolar é fortalecida pela pedagogia tecnicista.” (COLETIVO DE AUTORES, 1993, p. 54).

Nessa época de pós-guerra, o esporte se desenvolve quantitativamente, a ponto de ser visto como meio de ascensão social. Bracht (1992) constata que ainda hoje nos meios escolares e esportivos se atribui à educação física a responsabilidade de formar a base da “pirâmide” esportiva; noutros termos, o esporte não se desenvolveu independentemente da educação física: houve uma contribuição mútua. Para Castellani Filho (1994), o esporte cumpriu seu papel de promover o aprimoramento físico. Obedecendo ao apelo do Estado pelo quesito “segurança”, coube-lhe ainda desviar a atenção do ambiente coercitivo vivido pelo povo durante a ditadura militar. O esporte prestigiava a educação física, e o professor confundia sua função pedagógica com a função de técnico.

A ênfase nos meios de ensinar caracterizou a pedagogia tecnicista, cujas premissas centrais passam a ser a eficiência, a racionalidade e a produtividade. A adoção do tecnicismo então pode ser considerada como um instrumento empregado para sufocar a atitude crítica: manter o controle sobre o povo, em geral, e a intelectualidade, em particular, influenciando a área do ensino e a da pesquisa. O centro do ensino não é mais o professor, tampouco o aluno; são as técnicas. Logo, valores como comparação, competição, rendimento, seleção dos mais

aptos são difundidos pela educação física, que, assim, exclui pessoas com deficiência. Com isso, a discussão sobre a pedagogia se arrefece nos anos de 1970; em contrapartida, o esporte adquire mais importância econômica e política.

Nesse contexto, a formação do professor de educação física na concepção de educador era cada vez menos necessária; se o objetivo correspondia à melhoria da aptidão física e aos resultados esportivos, restava pouco espaço para pensar na educação (BRACHT, 1992). Alguns autores identificam o surgimento de movimentos renovadores na educação física a partir das décadas de 1970 e 80: a psicocinética de Le Boulch, que valoriza questões de esquema corporal, aptidões motoras etc., e o movimento Esporte para Todos (EPT), que aponta uma alternativa ao esporte de alto-nível (COLETIVO DE AUTORES, 1993). A partir de então, surgem perspectivas voltadas ao redimensionamento do ensino de educação física na escola e a busca de uma identidade própria para o professor de Educação Física. Também cresce o número de encontros regionais, debates acadêmicos, publicações em revistas e livros, bem como se amplia a criação de cursos de pós-graduação em Educação Física, coincidindo com a volta de profissionais que foram se especializar fora do Brasil. Educação Física na escola deixa de ser celeiro de atletas para ajudar a resolver problemas de distúrbios psicomotores através da psicomotricidade.

Segundo Bracht (1992) e Castellani Filho (1994), a partir dos anos de 1980, vamos encontrar nos movimentos renovadores a concepção pedagógica crítico-superadora. Inspirada na pedagogia histórico-crítica, a pedagogia crítico-superadora incorporou alguns de seus pressupostos e, nesse sentido, compreendia educação como prática social com forte sentido político. A educação física atual busca se integrar ao projeto político-pedagógico da escola, impondo sua função social. Como a pedagogia se traduz na teoria e no método que constroem discursos e explicações sobre a prática social e a ação humana na sociedade onde ocorre sua educação (COLETIVO DE AUTORES, 1993), é com essa função que a pedagogia crítico-superadora vem para as aulas de Educação Física. Para isso, elabora um currículo cuja função social é ordenar a reflexão pedagógica do aluno e levá-lo a pensar sobre a realidade social e seu comprometimento com os interesses imediatos e históricos da classe trabalhadora.

Na perspectiva da reflexão da cultura corporal, busca-se desenvolver uma reflexão pedagógica sobre o acervo de formas de representação do mundo que o homem tem produzido no decorrer da história, exteoriadas pela expressão corporal: jogos, danças, lutas, exercícios ginásticos, esportes, malabarismo, contorcionismo, mímica e outros que podem ser identificados como formas de representação simbólica de realidades vividas pelo homem, historicamente criadas e culturalmente desenvolvidas. (COLETIVO DE AUTORES, 1993, p. 38).

Na perspectiva crítico-superadora, a formação do professor não pode mais ser confundida com a de um técnico. As questões mais amplas que permeiam o processo educativo — tais como a relação entre educação e sociedade, o currículo, o projeto político-pedagógico — passam a integrar sua formação em congruência com as novas necessidades que uma proposta pedagógica crítica impõe. Ante essas novas necessidades,

Todo educador deve ter definido seu projeto político-pedagógico. Essa definição orienta sua prática no nível da sala de aula [...]. É preciso que cada educador tenha bem claro: qual o projeto de homem e sociedade que persegue? Quais os interesses de classe que defende? Quais os valores, a ética e a moral que eleger para consolidar através de sua prática? Como articula suas aulas com este projeto maior de homem e sociedade? (COLETIVO DE AUTORES, 1993, p. 26).

Outras abordagens surgiram para ressignificar a Educação Física e ampliar a discussão sobre sua importância como disciplina curricular e formadora de sujeitos autônomos, aptos a dialogar com clareza e coerência, refletir sobre sua condição humana e, por consequência, impor melhores condições de vida a si e seus pares; são propostas como a abordagem crítico-superadora que se intitulam humanistas, e nesse sentido podemos afirmar que a educação física, nos últimos 20 anos, tem apresentado diferentes propostas construídas com abordagens que, sem dúvida, sugerem um pensar e repensar crescentes em relação à prática pedagógica nesse campo.

Essas construções surgem do momento histórico, social e político de cada época. Como não pretendemos analisar nem discutir a validade de cada uma, apresentamos sucintamente tendências mais recentes no âmbito da educação física para delinear os caminhos que apontam uma “tendência inclusiva”. Devemos ressaltar que os avanços não suprem a necessidade de discussão dos conteúdos, pois a manifestação da educação física, embora tenha fortes vínculos com a escola, transcende o universo escolar. Devemos enfatizar, também, que quem se interessar em aprofundar as discussões sobre o assunto deverá ler essas obras, pois assim terá como entender melhor o pensamento de cada autor e a contribuição deles para que a educação física superasse a falta de identidade instituída ao longo da história.

No livro *Educação física na escola: questões e reflexões* (1999), Darido enfocou quatro abordagens — desenvolvimentista, construtivista, crítico-superadora e sistêmica — e incluiu mais seis na publicação de 2001 resultante de estudo feito nos três últimos concursos públicos da rede de São Paulo, que apontaram algumas abordagens subjacentes requisitadas nas questões propostas. Segundo Darido (2001), como resultado das análises, surgiram as seguintes abordagens: psicomotricidade, baseada nos jogos cooperativos, cultural, crítico-emancipatória, saúde renovada e baseada nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).

A abordagem desenvolvimentista se baseia no progresso e na aprendizagem do ponto de vista motor (movimentos: fetais; espontâneos e reflexos; rudimentares e fundamentais; combinação de movimentos fundamentais; movimentos determinantes) para fazer o aluno aperfeiçoar seu comportamento motor pela diversidade e complexidade de movimentos. Darido acredita que saber controlar o movimento contribui para o autoconhecimento e para o uso do movimento. Tal concepção privilegia a aprendizagem motora, embora possa haver outras aprendizagens resultantes; o desenvolvimento cognitivo — alfabetização e pensamento lógico-matemático, por exemplo — podem ocorrer como subprodutos, isto é, sem serem objetivo prioritário. “Para a abordagem desenvolvimentista, a educação física deve proporcionar ao aluno condições para que seu comportamento motor seja desenvolvido através da interação entre o aumento da diversificação e a complexidade dos movimentos.” (DARIDO, 2001, p. 5).

Na abordagem construtiva-interacionista, a construção do conhecimento parte da interação do sujeito com o mundo. O aluno constrói seu conhecimento pela interação com o meio, resolvendo eventuais problemas. O movimento é usado como meio para atingir domínios cognitivos; respeita as experiências vividas e as diferenças individuais; opõe-se ao mecanicismo e busca resgatar a cultura da brincadeira e de jogos propostos pelos alunos. Nessa proposta, “o jogo, enquanto conteúdo/estratégia, tem papel privilegiado. É considerado o principal modo de ensinar, é um instrumento pedagógico, um meio de ensino, pois enquanto joga ou brinca a criança aprende” (DARIDO, 2001, p. 8).

A abordagem crítico-superadora valoriza a contextualização dos fatos e o resgate histórico. Baseia-se na justiça social e se opõe ao mecanicismo. Os mesmos conteúdos devem ser trabalhados ao longo das séries, aprofundando-se a cada ano, porém sem a visão de pré-requisito. É um projeto político-pedagógico: político porque encaminha propostas de intervenção em dada direção; pedagógico porque viabiliza uma reflexão sobre a ação dos homens na realidade. A “proposta crítico-superadora utiliza o discurso da justiça social como ponto de apoio e é baseada no marxismo e neomarxismo, tendo recebido na Educação Física grande influencia dos educadores José Libaneo e Demerval Saviani” (DARIDO, 2001, p. 8).

A abordagem sistêmica enfatiza as vivências do aluno (experimentação de movimentos) que lhe proporcionam conhecimentos cognitivos e experiências afetivas. Objetiva introduzi-lo no mundo da cultura física e formá-lo para usufruir, partilhar, produzir, reproduzir e transformar as formas culturais da atividade física (jogo, esporte, dança, ginástica); acredita que a educação física é influenciada pela sociedade e a influencia, e não

tem nas habilidades motoras os únicos objetivos da educação física escolar. Um dos principais defensores dessa abordagem, Betti (1992, p. 286 apud DARIDO, 2001, p. 10), afirma que:

[...] não basta aprender as habilidades motoras específicas do basquetebol, é preciso organizar-se socialmente para jogar, compreender as regras como um elemento que torna o jogo possível [...] aprender a respeitar o adversário como um companheiro e não como um adversário a ser aniquilado, pois sem ele não há jogo.

O aluno deve incorporar o movimento para tirar deste o melhor proveito possível; não apenas pela sua qualidade, mas também pela compreensão que pode trazer de si e dos outros. A diversidade dos conteúdos deve proporcionar mais vivências e incorporação dessas atividades ao tempo livre de lazer, oferecendo oportunidades para o alcance da cidadania.

Dois princípios centrais levantados por Betti (1991 apud DARIDO, 2001) devem ser enfatizados: a não-exclusão — os conteúdos e métodos da Educação Física devem incluir a totalidade dos alunos; a diversidade — os conteúdos do programa de educação física devem oferecer variedade de atividades para permitir ao aluno conhecer todos os conteúdos de forma valorativa em relação às atividades da cultura corporal de movimento.

A abordagem da psicomotricidade é o primeiro movimento mais articulado a surgir a partir da década de 1970. Usa a atividade lúdica para impulsionar processos de desenvolvimento e aprendizagem; trata das aprendizagens significativas, espontâneas e exploratórias da criança e de suas relações interpessoais; focaliza-se na criança pré-escolar, destacando sua pré-história como fator de adoção de estratégias pedagógicas e planejamento; e busca analisar e interpretar o jogo infantil e seus significados. Essa concepção, segundo Darido (2001), inicia uma nova fase no movimento da educação física que vai além dos limites biológicos e de rendimento corporal; ela inclui nas discussões a valorização do conhecimento de origem psicológica, aproximando as histórias da psicomotricidade e da educação física. “[...] a influência da psicomotricidade conduz à necessidade do professor de Educação Física sentir-se com responsabilidades escolares e pedagógicas [...] valorizando o processo de aprendizagem e não mais a execução de um gesto técnico isolado.” (DARIDO, 2001, p. 14).

A abordagem educação física cultural defendia por Daolio (1993 apud DARIDO, 2001) parte do ser humano — de sua especificidade — para entender e explicar a sociedade que ele integra. Busca interpretar o ser humano pela diversidade e pluralidade presentes na cultura do corpo, sua cultura, seu mundo. Encara o movimento humano como técnica corporal construída culturalmente e defendida pelas características de dado grupo social; logo, considera todo gesto como uma técnica corporal por ser uma técnica cultural. Permite que as

diferenças entre alunos sejam percebidas e seus movimentos, frutos de sua história do corpo, valorizados independentemente do modelo tido como “certo” ou “errado”. Nessa abordagem, não se pensa em “eficiência técnica”, e sim em “eficácia simbólica”: forma cultural como os alunos empregam as técnicas corporais. A escolha das atividades deve valorizar a cultura dos alunos, ser-lhes significativa: pela prática, proporcionar-lhes a compreensão, o usufruto, a crítica e a transformação dos elementos da chamada cultura corporal. A educação física plural considera que os alunos são diferentes e que a aula deve considerar tais diferenças para alcançar todos os alunos.

A abordagem crítico-emancipatória, cujo autor de referência é Kunz, busca uma ampla reflexão sobre a possibilidade de ensinar esportes pela transformação didático-pedagógica e fazer do ensino escolar uma educação de crianças e jovens para a competência crítica e emancipada. Essa abordagem se inspira, sobretudo, nos pressupostos da teoria crítica da escola de Frankfurt. Para Kunz (1994, p. 30):

O aluno enquanto sujeito do processo de ensino deve ser capacitado para a sua participação na vida social, cultural e esportiva, o que significa não somente a aquisição de uma capacidade de ação funcional, mas a capacidade de conhecer, reconhecer e problematizar sentidos e significados nesta vida, através da reflexão crítica.

A abordagem crítico-emancipatória enfatiza a comunicação como determinante do esclarecimento reflexivo da ação desenvolvida na aula de Educação Física. Como permite ao aluno ser sujeito no processo de ensino, por consequência há aquisição de ação funcional no que se refere a permitir-lhe conhecer, reconhecer e problematizar sentidos e significados na vida cotidiana. Segundo Darido (2001), Kunz defende o ensino crítico, pois é a base para que os alunos passem a compreender a estrutura autoritária dos processos institucionalizados da sociedade e que formam as falsas condições, bem como os falsos interesses e desejos.

A abordagem da saúde renovada considera como importante a adoção de ações pedagógicas que evidenciem e favoreçam a opção, entre crianças e jovens, por um estilo de vida ativo e estende tal escolha à vida adulta. Visa adotar uma visão ampla que alcance metas de promoção da saúde. Considera como fundamental promover a prática prazerosa de atividades que permitam ao educando adotar valores e atitudes que lhes possibilite um estilo de vida saudável e ativo fisicamente durante e após a escolarização.

Segundo Guedes e Guedes (1996 apud DARIDO, 2001), uma preocupação central da comunidade científica na área de educação física e saúde pública tem sido a busca por alternativas que ajudem a reverter a elevada incidência de distúrbios orgânicos associados com a falta de atividade física. Para eles, é evidente que o objetivo da educação física escolar

não está fundamentado nem deve ser direcionado só à promoção da saúde; também a qualidade e o sucesso dos programas de ensino serão marcantes na vida do educando, pois a escola tem um universo de informações e experiências que, se bem trabalhados, apontarão a adoção de práticas saudáveis na vida toda.

Entre os autores que defendem essa abordagem, há unanimidade quanto a duas metas prioritárias: a) promover experiências motoras que repercutam satisfatoriamente rumo a um estado de saúde melhor e neutralizem os riscos de surgir eventuais distúrbios orgânicos; b) levar os educandos a terem atitudes positivas quanto à prática de atividades físicas para se tornarem ativos fisicamente não apenas na infância e na adolescência, mas também na idade adulta. Nesse sentido, Nahas (1997 apud DARIDO, 2001, p. 18) afirma: o objetivo da educação física na escola de ensino médio é ensinar conceitos básicos da relação entre atividade física, aptidão física e saúde. “O autor observa que esta perspectiva procura atender a todos os alunos, principalmente os que mais necessitam, os sedentários, os de baixa aptidão física, os obesos e os portadores de deficiência.” (DARIDO, 2001, p. 18–9). Para Darido, tal proposta pode ser denominada de saúde renovada por incorporar princípios e cuidados já consagrados noutras abordagens com enfoque mais sociocultural.

Orientada pela valorização da cooperação em detrimento da competição, a abordagem dos jogos cooperativos parte da necessidade de se promoverem a interação e a participação de todos, deixando aflorar a espontaneidade e a alegria de jogar. Segundo Darido (2001), seu principal divulgador no Brasil é Brotto (1995), que se baseou nos estudos antropológicos de Margaret Mead, para quem a estrutura social determina se os membros de dada sociedades competirão ou vão cooperar entre si. No dizer de Darido (2001, p. 17), para Brown (1994) o jogo é “[...] sua mensagem, suas possibilidades de ser uma prazerosa oportunidade de comunicação e um espaço importante para viver alternativas novas, uma contribuição para a construção de uma nova sociedade baseada na solidariedade e na justiça”. Os jogos cooperativos se ancoram em princípios de inclusão, cooperação e não-seletividade; por suas características estruturais, oportunizam a todos o desenvolvimento de potencialidades, facilitam situações de sucesso (sucesso compartilhado) e promovem relações de respeito, amizade e solidariedade.

Para elaborar a abordagem dos PCN, segundo Darido (2001), o MEC se inspirou no modelo educacional espanhol e, em 1994, mobilizou um grupo de professores para elaborarem os parâmetros curriculares. Na visão do grupo que os organizou, o principal objetivo é subsidiar estados e municípios na elaboração de propostas que considerem a experiência vivida para conceber seus projetos segundo o projeto político-pedagógico da

escola, assim como referendar as reflexões dos profissionais envolvidos. A proposta dos PCN tem a cidadania como eixo norteador, e a educação física deve integrar esse contexto.

Os PCN (2000) não pretendem indicar um só caminho a ser seguido pelos profissionais, mas propor formas objetivas de atuação que proporcionarão o desenvolvimento de todos os alunos, e não apenas dos mais habilidosos. Também apontam objetivos gerais para a educação física nos quatro ciclos do ensino fundamental e do ensino médio; assim, no fim do ensino fundamental, o aluno deverá ser capaz de:

- participar de atividades corporais, estabelecendo relações equilibradas e construtivas com os outros, reconhecendo e respeitando características físicas e de desempenho de si próprio e dos outros, sem discriminar por características pessoais, físicas, sexuais ou sociais;
- adotar atitudes de respeito mútuo, dignidade e solidariedade em situações lúdicas e esportivas, repudiando qualquer espécie de violência;
- conhecer, valorizar, respeitar e desfrutar da pluralidade de manifestações da cultura corporal do Brasil e do mundo, percebendo-as com recurso valioso para integrar pessoas e diferentes grupos sociais;
- reconhecer-se com elemento integrante do ambiente, adotando hábitos saudáveis de higiene, alimentação e atividades corporais e relacionando-os com os efeitos sobre a própria saúde e a recuperação, manutenção e melhoria da saúde coletiva;
- solucionar problemas de ordem corporal em diferentes contextos, regulando e dosando o esforço em nível compatível com as possibilidades, bem como considerando que o aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências corporais resultam de perseverança e regularidade e devem ocorrer de modo saudável e equilibrado;
- reconhecer condições de trabalho que comprometem o crescimento e desenvolvimento, não aceitá-las para si nem para os outros e reivindicar condições de vida dignas;
- conhecer a diversidade de padrões de saúde, beleza e estética corporal próprias dos diferentes grupos sociais e buscar compreender sua inserção na cultura em que são produzidos, analisar criticamente os padrões divulgados pela mídia e evitar o consumismo e o preconceito;
- conhecer, organizar e interferir no espaço de forma autônoma, bem como reivindicar locais adequados para promover atividades corporais de lazer, reconhecendo-as como necessidade básica do ser humano e um direito do cidadão.

Os parâmetros curriculares ainda estabelecem critérios de seleção e organização de conteúdos que devem se basear na relevância social, nas características dos alunos e nas características da própria área. Esses conteúdos podem ser trabalhados em três blocos:

esportes, lutas e ginástica; atividades rítmicas e expressivas; conhecimentos sobre o corpo. Devem também alcançar as dimensões procedimentais, conceituais e atitudinais. Além desses conteúdos, os PCN (1996) recomendam a aplicação dos temas transversais: ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural.

Alguns aspectos podem ser considerados como relevantes nessa proposta. O princípio da inclusão que reconhece todos os alunos como capazes de participarem das aulas — educação para todos, sem discriminação. Conforme os PCN, a sistematização de objetivos e conteúdos, do processo de ensino e aprendizagem, bem como da avaliação, objetiva incluir o aluno na cultura corporal de movimentos por meio da participação e reflexão concretas e efetivas. Busca-se, assim, reverter o quadro histórico de seleção entre indivíduos aptos e inaptos às práticas corporais resultantes da valorização exacerbada do desempenho e da eficiência. Betti (1991) já defendia esse princípio, mas como não-exclusão.

2.2 Olhar reflexivo sobre a identidade ainda obscura

O histórico da atuação da Educação Física no Brasil nos leva a compreender o papel a que se prestou a disciplina: servir a interesses ideológicos sem que se preocupasse muito com a discussão e compreensão de questões referentes às necessidades e carências do homem. Também sugere que o contexto histórico possivelmente contribuiu para a condição de disciplina sem identidade em que a Educação Física se encontrava até bem pouco tempo; situação reforçada pela formação profissional do professor de Educação Física, pois, no âmbito acadêmico, a preocupação era passar conhecimentos práticos e tecnicistas — na maioria das vezes, desprovidos de reflexão filosófica, sociológica e educacional.

Seja educacional ou social, a inclusão tem suscitado discussões e tendências contraditórias, tanto na sociedade quanto na formação profissional — inclusive na formação do profissional de Educação Física. Na história da educação física, estão inseridas as tendências higienista, militares, tecnicista de caráter fortemente biológico e desportivo; as quais, segundo Castellani Filho (1994) e Bracht (1992), devem ser analisadas crítica e contextualizadamente, pois a busca pela eficiência e pelo rendimento privilegia uma camada de sujeitos aptos ao exercício e ao esforço físico intenso. Por isso, os profissionais que atuam diretamente com esporte, seja na educação física ou em áreas afins, não devem ficar indiferentes a essas discussões: as diferenças existem, e ignorar a diversidade que nos cerca é fechar os olhos para o mundo.

Percebe-se que em áreas como saúde, educação, esporte, lazer, dentre outras, o atendimento às pessoas com deficiências suscita olhares diferentes. No campo da educação física, o tema se encontra em constantes debates, que resultam em grandes preocupações. Lidar com a inclusão de pessoas com deficiência nas aulas de Educação Física ainda sob a lógica de tendências excludentes, seja a higienista, a militarista, a tecnicista ou a competitivista, não é tarefa fácil. Quebrar barreiras atitudinais de profissionais habituados a essas tendências, aproximando-os da “tendência inclusiva”, é uma necessidade premente nos cursos de formação continuada, para que o professor aprimore suas possibilidades de atuação entre os alunos com necessidades especiais, pois nem sempre essa disciplina está presente nos cursos de graduação. Nessa ótica, “é necessário um constante (re)pensar e um permanente (re)olhar nas ações da prática desses conhecimentos, obrigando o professor a adotar uma atitude investigativa para esse fim” (CAMPOS, 2004, p. 57). Só assim conseguiremos novos instrumentos de ação pedagógica para uma práxis reflexiva rumo à autonomia do ser humano.

Ainda que sucintamente, optamos por apresentar as abordagens que delineiam o campo da educação física por compreender que compõem a história e constituem referenciais importantes à formação acadêmica e atuação do professor de Educação Física. Se muitas pesquisas sugerem que parte expressiva dos cursos de formação foi estruturada à luz de tendências tecnicistas e do esporte competitivo sem vínculos com tendências críticas e que tal estruturação, aliada aos currículos fragmentados, pode ser considerada como a causa principal do despreparo dos profissionais que atuam na educação, é lícito ressaltar: nas tendências aqui apresentadas, encontramos referência ao atendimento a pessoas com deficiência apenas na abordagem da saúde renovada. Algumas dão indicativos da inclusão em geral, mas nada especificamente sobre as deficiências.

Essa ausência pode ser atribuída ao fato de a inclusão ser um assunto cuja repercussão é recente. Como movimento social, começou na segunda metade dos anos de 1980 nos países desenvolvidos. No Brasil, tomou impulso da década de 1990, com a difusão das idéias contidas na Declaração de Salamanca, de 1994, que aparece como divisor histórico entre educação especial e educação regular e aponta caminhos à educação inclusiva voltada, sobretudo, ao atendimento a pessoas com deficiências. Toda ela se direciona a um novo entendimento do papel da escola regular na educação de alunos com necessidades especiais: “As escolas regulares, seguindo esta orientação inclusiva, constituem os meios mais capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos” (DECLARAÇÃO DE

SALAMANCA, 1997, p. 10). No Brasil, a promulgação da LDB de 1996 foi passo decisivo para a efetivação de políticas públicas para regulamentar a prática da educação inclusiva.

Disso se depreende que a inclusão como prática educativa é recente na sociedade; a exclusão, a segregação institucional e a integração das pessoas com necessidades especiais têm dado espaço à inclusão. A constituição histórica da exclusão tem delineado caminhos que passam de um século a outro e permanece entre nós; mesmos que o discurso afirme uma quebra de paradigma, a realidade mostra certa distância entre *querer* concretizar as práticas inclusivistas e concretizá-las *de fato*. Sem dúvida, caminhamos para a mudança, mas devemos olhar a inclusão como prática educacional em sentido amplo. Os avanços não significam grandes mudanças, pois estas exigem esforço conjunto, caso se queira promover a formação de profissionais, criar e organizar uma infra-estrutura vinculada com o espaço e as condições materiais; assim como garantir atendimento especializado.

Para Cruz e Ferreira, “não se pode ignorar que parte dos professores atuantes em nossas escolas não teve, durante sua formação, acesso a qualquer informação relacionada ao assunto deficiência — principalmente aqueles formados até o final da década de 80” (2005, p. 164). Logo, a formação continuada complementar os conhecimentos necessários para se lidar com pessoas que têm deficiência, cuja história é carregada de restrições sociais e familiares e que são submetidas a vínculos políticos desassociados de suas realidades. Essa formação deve apontar o caminho para uma teoria e prática que abranjam as complexidades individuais de cada deficiência na perspectiva inclusiva para que o professor de Educação Física reconheça a plenitude de desenvolvimento desses sujeitos, a despeito de suas diferenças.

É inegável, os cursos de formação em Educação Física, também, deverão acompanhar, com urgência, a temática da inclusão. Como querem Cruz e Ferreira, a formação profissional é lacunar quanto à preparação adequada a demandas específicas de alunos “em contextos complexos e dinâmicos como uma sala ou quadra de aula” (2005, p.163). E a pós-graduação (seja *lato* ou *stricto sensu*) não pode ser a redentora dessa formação lacunar; igualmente, a experiência profissional, por si só, não será capaz de preparar o profissional para suprir demandas específicas referentes à inclusão escolar. Noutros termos, essa “deficiência” dos cursos de formação em Educação Física não pode se tornar responsabilidade só de cursos ou projetos de formação continuada — atribuída à boa vontade, ao interesse ou à oportunidade do professor.

A participação efetiva/ativa de professores de Educação Física em programas de formação continuada possibilita o adensamento de aspectos atitudinais, conceituais e procedimentais presentes na competência profissional almejada em sua formação, principalmente se a intenção é prestar serviços educacionais de qualidade a todas as pessoas inseridas em nosso contexto social. (CRUZ; FERREIRA, 2005, p. 166)

Nesse sentido tanto na formação inicial (graduação) quanto na continuada, os programas curriculares são primordiais; “além dos conhecimentos relativos especificamente aos assuntos das deficiências, [...] aqueles relacionados à aprendizagem motora, ao desenvolvimento motor e à metodologia do ensino” — conforme apontam Cruz e Ferreira (2005, p. 165) — são imprescindíveis a uma boa formação.

3 EDUCAÇÃO FÍSICA ADAPTADA: UM OLHAR DIFERENTE

Ampliar os caminhos à formação docente pressupõe sobrepor várias barreiras. Embora não deixe de buscá-los, o professor ainda tropeça na insegurança de como lidar com a diversidade; se esta sempre existiu, agora está posta como novo paradigma. Nesse sentido, a fim de capacitar o professor de Educação Física para atuar entre portadores de deficiência e outras necessidades especiais, a educação física adaptada surge nos cursos de graduação, preconizada pela resolução do Conselho Federal de Educação/CFE 3/87. Em substituição à resolução 69 (de 6 de novembro de 1969), ela concede autonomia às Instituições de Ensino Superior (IFES) para estruturação curricular, em que as disciplinas com conteúdos voltados à prática de atividade física entre pessoas com deficiência foram gradativamente implantadas.

A trajetória dessa resolução começa em 1984, quando foram estruturados alguns cursos de preparação profissional para suprir uma demanda futura de inserção da disciplina no ensino superior. Em 1986, aconteceu o 1º Simpósio Paulista de Educação Física Adaptada, evento que reuniu profissionais e estudantes da área para discutir questões referentes ao tema e passou a acontecer a cada dois anos desde então. Em 1988, foi criado o primeiro curso de especialização em Uberlândia — referência no país até hoje. Com o ingresso de docentes nos cursos de pós-graduação *stricto sensu*, um novo perfil se delineou (LIMA, 2005).

A educação física adaptada

[...] é uma área da Educação Física que tem como objeto de estudo a motricidade humana para as pessoas com necessidades educativas especiais, adequando metodologias de ensino para o atendimento às características de cada portador de deficiência, respeitando suas diferenças individuais (DUARTE; WERNER, 1995, p. 9 apud CIDADE; FREITAS, s. d.: s. p.).

Segundo Bueno e Resa (1995 apud CIDADE; FREITAS, s. d.: s. p.), a educação física adaptada para portadores de deficiência não se diferencia da educação física em seus conteúdos; mas compreende técnicas, métodos e formas de organização aplicáveis em atividades para indivíduos deficientes. Segundo Lima (2005), são várias as terminologias empregadas nas IFES para se referirem à disciplina em seus currículos: Educação Física Especial, Educação Física para Portadores de Necessidades Especiais, Educação Física para Portadores de Deficiência, Teoria e Prática da Educação Física Adaptada, Atividade Motora Adaptada, Esportes para Deficientes; porém, a mais usada é Educação Física Adaptada. Segundo essa autora, embora a terminologias difira, a maioria dos conteúdos objetiva transmitir conhecimentos relativos às deficiências.

Percebemos que a Educação Física Adaptada aparece nos currículos como paliativo para atender, de forma emergencial, uma clientela que sempre existiu, mas cujos direitos foram garantidos só após a regulamentação de certas leis. Com a inclusão, a Educação Física Adaptada deve possibilitar, ao profissional da área, um olhar reflexivo sobre as várias potencialidades a serem desenvolvidas por meio de sua intervenção; um olhar que viabilize a construção de saberes aliados aos saberes da prática docente que se sobreponham às dificuldades e quebrem preconceitos e modismos; que enxergue, atrás do corpo limitado pela deficiência, um ser humano com direitos de pertença iguais aos de qualquer pessoa.

Nessa ótica, compreendemos que o movimento paradesportivo dos últimos anos tem sido importante para se desfazer a imagem de que pessoas com deficiência são incapazes de freqüentar aulas de educação física e participar de atividades esportivas. Até bem pouco tempo, elas eram dispensadas das aulas sob o amparo de leis que atestavam sua incapacidade, pois existia — e ainda existe — uma relação estreita entre a prática esportiva, educação física e saúde e deficiências tratadas como doenças. O esporte adaptado que reconhecemos como modalidades esportivas modificadas/adaptadas para suprir necessidades de pessoas com deficiência tem sido o viés da inclusão social delas. Embora o berço de tais atividades tenha sido a área médico-clínica com fins preventivos, corretivos e de reabilitação, o esporte pode ser considerado como veículo de integração/inclusão que impulsiona e acelera essas ações.

3.1 Histórico do paradesporto: o esporte adaptado

Os primeiros registros do esporte adaptado para deficientes físicos mostram que, na Alemanha do pós-guerra, em 1918, um grupo de soldados que se tornaram deficientes por causa do conflito se reuniu para praticar tiro, arco e flecha. Anos mais tarde, em 1932, na Inglaterra, formou-se uma associação de jogadores de golfe com lesões/amputações de um dos membros superiores. Contudo, foi a Segunda Guerra Mundial que levou a um investimento maior nos esportes adaptados para deficientes físicos. O panorama político, econômico e social teve mudanças profundas, e as perdas humanas foram sentidas em todo o mundo: 28 milhões de soldados voltaram mutilados para seus países.

Em 1944, o médico Ludwig Guttmann inaugura, na Inglaterra, um centro de traumas medulares no hospital de Stoke Mandeville. Nesse período, começa a se evidenciar mais a trajetória do esporte adaptado a pessoas com deficiência física — os portadores de deficiência auditiva, sobretudo em modalidades coletivas, disputavam competições esportivas já nos anos de 1910, como mostram os registros. A princípio, na clínica de Ludwig Guttmann, as

atividades físicas eram usadas como parte do tratamento de reabilitação; mas a aceitação dos pacientes levou à rápida evolução de tais atividades para esporte competitivo. Assim, em 1948, foram instituídos os primeiros jogos de Stoke Mandevelli, em Londres — paralelamente aos Jogos Olímpicos —, que contaram com a participação de 14 homens e 2 mulheres das Forças Armadas Britânicas na modalidade arco e flecha.

No Brasil, o desenvolvimento do esporte adaptado seguiu, basicamente, o caminho traçado pelas clínicas de reabilitação com a iniciativa do carioca Robson Sampaio de Almeida e do paulistano Sérgio Serafim Del Grande, na década de 1950. Após ficar paraplégico, Del Grande buscou tratamento no Institute for Rehabilitation Kesle, em Nova Jérsei, nos Estados Unidos. Uma das atividades da reabilitação era o esporte, e entre as modalidades oferecidas ele escolheu o basquete em cadeira de rodas. Ao retornar ao Brasil, buscou apoio de várias pessoas para iniciar, em fevereiro de 1958, o treinamento de basquete, cuja equipe foi formada pelo próprio Del Grande. Nesse mesmo ano, foram fundados o Clube do Otimismo, na capital fluminense, e o Clube dos Paraplégicos de São Paulo, na capital paulista. Em 1959, a primeira competição de basquete em cadeira de rodas reuniria as equipes do Rio e de São Paulo. Assim, por meio do basquete, iniciaram-se as práticas esportivas para pessoas com deficiência; com o tempo, incorporaram outras modalidades.

Para fomentar e organizar o paradesporto, foram criadas entidades nacionais que constituíram ponto de apoio e ligação com entidades internacionais: Associação Nacional de Desporto para Deficientes (ANDE), criada em 1975; associações brasileiras de Desporto para Cegos (ABDC) e de Desporto em Cadeira de Rodas (ABRADECAR), em 1984; Associação Brasileira de Desporto para Amputados (ABDA), em 1990; Associação Brasileira de Desporto para Deficientes Mentais (ABDEM), em 1995. Essas cinco entidades nacionais de administração do paradesporto se unem em 1995 para criar o Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB). A partir de então, esse comitê se torna o organizador de eventos nacionais que envolvam mais de uma deficiência, bem como a entidade que, por dever, envia paraatletas brasileiros aos campeonatos sancionados pelo Comitê Paraolímpico Internacional (IPC).

Em 1960, acontece a primeira Paraolimpíada, em Roma, Itália, da qual participam 23 países, representados por 400 atletas. O prefixo para- não se refere a *paraplégico*, mas a *paralelamente* às olimpíadas, pois os jogos acontecem duas semanas no mesmo país onde ocorrem as olimpíadas e nas mesmas instalações, mas com as adaptações necessárias. A segunda edição dos jogos acontece em Tóquio, Japão, em 1964; a terceira, em Tel Aviv, Israel, em 1968; a quarta, em Heidelberg, Alemanha, em 1972 — na qual o Brasil participa pela primeira vez, na modalidade de bocha; dada a pouca experiência, não conquista medalha.

Em 1976, na quinta edição dos jogos, em Toronto, Canadá, o Brasil conquista as primeiras medalhas: duas de prata, na modalidade bocha. A conquista fomentou as modalidades do paradesporto no país, e nesse pequeno percurso histórico percebe-se que o país deu um passo grande, com uma participação brilhante na Olimpíada de 2004, fruto do investimento de todas as entidades nacionais: conquistou 33 medalhas (14 de ouro, 12 de prata e 7 de bronze).

Estão implantadas e em franco desenvolvimento 19 modalidades esportivas paraolímpicas no Brasil: atletismo, basquete em cadeira de rodas, bocha, ciclismo, esgrima, futebol de cinco, futebol de sete, golbol, halterofilismo, hipismo, judô, natação, rúgbi, tênis de mesa, tênis em cadeira de rodas, tiro, tiro com arco, vela e motor, voleibol. Dentre elas, existem as específicas para pessoas com paralisia cerebral (PC): atletismo, bocha, ciclismo, futebol de sete, halterofilismo, hipismo, natação e tênis de mesa; além destas, há o polybat, ainda não foi reconhecida como modalidade paraolímpico, e o *slalon*, praticado em alguns países, mas ainda não implantado no Brasil. Cinco dessas modalidades praticadas por pessoas com PC são trabalhadas na Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba (ADEFU): atletismo, bocha, halterofilismo, natação e tênis de mesa. Para nosso trabalho, que se aplica a pessoas com PC severa, vamos abordar a bocha e o polybat não com o objetivo de competição, mas como facilitadores da inclusão deste grupo e por se tratar de modalidades que podem ser inseridas com facilidade nas aulas de Educação Física.

3.2 Paralisia cerebral (PC): onde tudo começa

A PC é uma síndrome que com maior frequência limita física e mentalmente crianças: incide entre 1,5 e 2,5 de cada mil nascidos vivos; e a incidência não mostrou diminuição através dos anos em países desenvolvidos. Nos subdesenvolvidos, considerando todos os níveis, deve chegar a 7 por 1.000 (KUBAN; LEVITON, 1994 apud SOUZA; FERRARETO, 1998).

A PC compreende transtornos motores do tônus e da postura por causa da lesão cerebral adquirida no período pré-natal, perinatal e/ou pós-natal. Como não é lesão específica, a criança pode mostrar manifestações clínicas muito diferentes. O comprometimento motor pode se evidenciar por uma paresia (diminuição de forças), movimentos involuntários e incoordenados e falta de equilíbrio na marcha. O quadro motor pode ser acompanhado de um comprometimento mental numa porcentagem que varia de 30% a 50% segundo o tipo, assim como convulsões e alterações sensoriais e da capacidade de desenvolver a linguagem.

Nossa busca mostrou que até meados do século XIX nada se sabia sobre a PC. Segundo Piovesana (1998), foi o ortopedista inglês William Little o primeiro observar e relatar uma enfermidade que afetava crianças nos primeiros anos de vida, caracterizada pela rigidez muscular, em especial nos membros inferiores e, em menor grau, nos membros superiores. Ele observou que as crianças acometidas tinham dificuldade em pegar objetos, engatinhar e andar, que não melhoravam à medida que cresciam nem pioravam. Por muitos anos, essa condição foi chamada de síndrome de Little. Como a maioria das crianças nasceu prematuramente ou em partos complicados, Little sugeriu que tal condição resultaria de asfixia perinatal, propondo que a pouca oxigenação danificaria tecidos cerebrais responsáveis pelos movimentos.

Mais tarde, em 1897, ao estudar a síndrome de Little, Freud cunhou a expressão paralisia cerebral (PC). Suas observações mostraram que, em geral, as crianças apresentavam outros problemas: retardo mental, distúrbios visuais, convulsões e outros, e isso o levou a discordar de Little. Freud sugeriu, então, que a desordem poderia afetar, algumas vezes, o cérebro antes do nascimento durante o desenvolvimento cerebral fetal.

Incentivado pelo médico Crothers — um dos responsáveis pela classificação anatômica da PC —, o então estudante de medicina Winthrop Phelps começou a estudar o problema, generalizando o termo paralisia cerebral para diferenciá-lo de paralisia infantil (poliomielite), que consiste em paralisias flácidas. Em 1936, Phelps inaugurou o Children's Rehabilitation Instituto for Cerebral Palsy, em Reisterstown, Maryland (EUA), a fim de tratar dos sinais da PC. Também divulgou o termo paralisia cerebral pela descrição sucinta das combinações de distúrbios motores e sensoriais de um grupo específico de crianças deficientes que não eram basicamente deficientes mentais.

Mesmo com a observação de Freud, a crença de que complicações no nascimento provocavam a PC se difundiu entre médicos e familiares. Porém, estudos feitos nos anos de 1980 surpreenderam os cientistas: uma pesquisa governamental avaliando mais de 35 mil nascimentos mostrou que complicações no nascimento aconteciam em menos de 10% dos casos e, na maioria, não foi possível identificar a causa. Os resultados desse estudo perinatal — conduzidos pelo National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) — alteraram as teorias sobre PC e estimularam os pesquisadores a buscarem outras causas (CÂNDIDO, 2004).

3.2.1 *Conceituação, etiologia, classificação, prevenção*

Em nossa pesquisa, encontramos vários conceitos para PC: “[...] desordem do movimento e da postura devida a um defeito ou lesão do cérebro imaturo” (BAX, 1964, p. 295–97 apud BOBATH, 1979, p. 1); grupo não progressivo, mas frequentemente mutável, de distúrbio motor (do tônus e postura), secundário à lesão do cérebro em desenvolvimento — o evento lesivo pode ocorrer no período pré-natal, perinatal ou pós-natal (NELSON; SWAIMAN; RUSSMAN, 1994; KUBAN; LEVITON, 1994 apud PIOVESANA, 1998); grupo de desordens motoras não progressivas, porém sujeitas a mudanças, resultante de lesão no cérebro nos primeiros estágios de seu desenvolvimento (HAGBERG, 1989 apud SOUZA, 2002). Disso se pode concluir que não há um conceito amplo ou específico o suficiente sobre PC, tanto pela etiologia variada quanto pelas manifestações clínicas múltiplas; assim como de que não se trata de uma patologia única, pois se compõe de diversas desordens motoras com etiologia e prognóstico distintos (depende da extensão e do grau do comprometimento), sendo imperiosa a existência do transtorno de movimento. Como é uma lesão não progressiva, excluem-se as doenças degenerativas, em que há deterioração motora progressiva e irreversível.

O termo paralisia cerebral é tido como inadequado por muitos autores, pois significaria parada total de atividades físicas e mentais, o que não é o caso. Assim, tem ganhado projeção o termo encefalopatia crônica não progressiva ou não evolutiva, para evidenciar o caráter persistente mas não evolutivo, embora as manifestações clínicas possam mudar com o desenvolvimento da criança e a plasticidade cerebral. Com frequência, devido à lesão cerebral, a pessoa com PC tem distúrbios associados: deformidades ósseas, retardo mental, convulsões, constipação e outros. Com o avanço tecnológico na neuroimagem, genética, neurofisiologia e a implantação de laboratórios para estudar o movimento, espera-se o aprimoramento do conhecimento sobre a etiologia e a construção de parâmetros para classificar a PC e definir seu conceito.

Segundo Cândido, para compreender a PC,

Precisamos considerar que o desenvolvimento neurológico se inicia na concepção e o processo de mielinização¹² do sistema nervoso central começa no período fetal e continua até a vida adulta, apesar de estar quase completo nos dois primeiros anos de vida, quando ocorrem cerca de 80% deste processo. As mais rápidas mudanças no grau de mielinização ocorrem nos primeiros 8 meses de vida e em algumas áreas, tal processo se estende até o final do segundo ano de idade, prosseguindo até a vida adulta em outros casos, em um ritmo bastante lento. (2004, p. 7).

Assim, o momento e a forma de ocorrência da lesão repercutem no desenvolvimento posterior da criança; daí ser importante pesquisar a etiologia da PC sempre que possível. Apesar dos recursos tecnológicos atuais, em quase 40% dos casos não se pode apontar a causa específica.

Prevenir a PC requer conhecimento de suas etiologias¹³ — muito variadas. As causas podem incluir agressões no período pré-natal, perinatal ou pós-natal (QUADRO 1). O diagnóstico etiológico se baseia na história clínica e avaliação físico-neurológica da criança, ou seja, nas manifestações motoras constitutivas de sua principal característica clínica. Incidência do retardo no desenvolvimento, presença de reflexos arcaicos, anormalidades tônico-posturais, hiperreflexias (quando a resposta é muito acentuada, ou também quando bastam estímulos suaves para obter o reflexo) e sinais patológicos como Babinski¹⁴ são comuns no diagnóstico.

A PC pode ser classificada segundo o tipo e a distribuição da anormalidade motora (QUADRO 2). Suas formas se caracterizam, em algum grau, pela desordem motora e de postura; assim, um movimento voluntário normalmente complexo, coordenado e variado se torna incoordenado, estereotipado e limitado. Nos afetados com mais gravidade, uma tentativa de movimento voluntário pode evocar um reflexo primitivo, com contrações da musculatura agonista e antagonista com movimentos em bloco. Movimentos discretos podem ser impossíveis; os mais simples, feitos inconscientemente pelo lado não afetado, podem exigir esforço e concentração importantes, em geral com falhas no membro afetado. Todos os acometimentos motores são mais bem reconhecidos após o quinto ano de vida.

¹² Processo pelo qual a mielina — substância gordurosa isolante que recobre os axônios (transmissores da informação no sistema nervoso) — acumula-se ao seu redor no pré- e pós-natal, para promover um efeito profundo no desenvolvimento de funções cognitivas e motoras. A mielina envolve a maioria das fibras nervosas e acelera a transmissão de impulsos nervosos a outras partes do corpo; o impulso salta de nódulo para nódulo, e assim deixa a transmissão mais rápida do que se tivesse de viajar ao longo da fibra nervosa. Se a fibra de mielina for danificada ou destruída, os impulsos nervosos ficam mais lentos, ou não são transmitidos de todo. Os impulsos nervosos transmitidos com velocidade reduzida ou completamente bloqueados pelas lesões conduzem a uma grande variedade de sintomas e altera a atividade funcional do sistema nervoso: alterações sensoriais (como visão distorcida), dificuldades de coordenação, problemas de marcha e dificuldades com as funções corporais (por exemplo, controle insuficiente da bexiga).

¹³ Etiologia é o ramo da medicina que se preocupa com a causa das doenças, o que as origina.

¹⁴ Extensão lenta do hálux durante a pesquisa do reflexo cutâneo-plantar; é o primeiro sinal que ocorre nas lesões da via piramidal. Na primeira infância, o sinal de Babinski está presente (normal) por causa da imaturidade da mielinização do trato piramidal.

Sobre o sistema de classificação, encontramos diferenças singulares, mas que se complementam às demais. Para uma compreensão mais precisa dos diversos tipos de PCs, adotamos o sistema de classificação encontrado na fundamentação de Souza e Ferrareto (2002), por estar bem próximas de características que a experiência nos permitiu observar.

QUADRO 1 Fatores causais e de risco

Pré-natais

Genéticas e/ou hereditárias

Causas maternas

Infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, sífilis, HSV)

Drogadição materna, uso de medicamentos (tabaco, álcool, maconha, cocaína)

Complicações obstétricas

Eclampsia/pré-eclâmpsia

Descolamento placentário

Placenta prévia

Hemorragias/ameaça de aborto

Diabetes/desnutrição maternos

Má posição do cordão umbilical

Malformações congênitas

Exposição a radiações (raios X)

Perinatais

Prematuridade e baixo peso

Distócias (asfixia perinatal, trauma cerebral)

Infecções (meningites, herpes)

Hiperbilirrubinemia (hemolítica ou por incompatibilidade)

Hipoglicemia

Distúrbio hidroeletrólíticos

Pós-natais

Infecções

Meningites

Encefalites

Trauma craniano

Acidente cérebro-vascular

Cardiopatía congênita cianótica

Anemia falciforme

Malformações vasculares

Encefalopatias desmielinizantes (pós-infecciosas ou pós-vacinais)

Anóxia cerebral

Acidente por submersão

Aspiração de corpo-estranho

Insuficiência/parada respiratória

Síndromes epilépticas (West e Lennox-Gastaut)

Status epilepticus

Desnutrição

Fonte: modificada de DIAMENT; CYPEL, 1996.

QUADRO 2 Alterações do tono e da motricidade que ocorrem nas lesões das diferentes áreas do cérebro.

LESÕES	ALTERAÇÕES TÔNICAS	MOBILIDADE	ATITUDES
Lesão do córtex frontal ou da via cortico-espínhal	Espasticidade e movimentos associados	Perda de movimentos voluntários e padrões totais sem seletividade	Típicas
Lesão dos núcleos da base e de seus circuitos	Tono flutuante, hipotonia ou hipertonia, bloqueio tensional	Hipercinesia	Variáveis
Lesão do Locus Niger e de seu circuito	Rigidez, tremor de repouso	Acinesia	Típicas
Cerebelo e circuitos córtico Ponto cerebelares	Hipotonia, ataxia, tremor da ação	Incoordenação	Típicas

Fonte: BRANDÃO, 1992 (apud CAMPEÃO, 2002).

Durante o crescimento e a maturação da criança, há grandes alterações no desenvolvimento motor normal — desabrochar gradual de habilidades latentes — e o anormal. Os movimentos iniciais e bastante simples do recém-nascido se alteram e se tornam mais variados e complexos. Estágio por estágio, as primeiras aquisições são modificadas, elaboradas e adaptadas a padrões e habilidades de movimentos mais finos e seletivos.

Bem conhecidos e predizíveis, segundo Bobath e Bobath (1989), os marcos do desenvolvimento de uma criança normal e a maneira pelas quais crianças normais se movem nos vários estágios são atividades que ela atinge em certos estágios cronológicos, artificialmente isoladas e separadas do contexto de seu desenvolvimento total. O desenvolvimento não ocorre numa seqüência linear de marcos separados; alguns estágios — com os níveis atingidos na idade de 3, 5, 7 e 9 meses (QUADRO 3) — mostram a aquisição de certas habilidades importantes que preparam a criança para uma atividade nova e mais complexa; por isso, reconhece-se nelas um significado especial.

QUADRO 3 Algumas diferenças de desenvolvimento entre uma criança normal e uma criança com paralisia cerebral.

IDADE	CRIANÇA SEM PARALISIA ¹⁵	CRIANÇA COM PARALISIA
2–3 meses	Grande liberdade de escolha de movimentos	Movimentos limitados e estereotipados
	Preensão firme	Não existe preensão
4 meses	Traz as mãos à linha média	Apresenta reflexos tônicos assimétricos (cabeça para um lado e membros para o outro)
	Abandona a marcha reflexa (que se inicia nas primeiras 24 horas)	Persistência da marcha reflexa
	Controlo da cabeça	Falta de controlo da cabeça
5 a 6 meses	Ao cair, abre as pernas em pára-quadras	A criança espástica ao cair cruza as pernas
	Ao cair, une os braços para se proteger da queda	Ainda não é capaz de unir os braços para se proteger ao cair
7 meses	Apoio anterior e lateral dos braços: senta-se, vira-se da posição ventral para a dorsal.	Inexistência de rotação
	Desaparecimento do reflexo de Moro.	O reflexo de Moro pode persistir
	A criança engatinha	Os reflexos tônicos assimétricos impedem o engatinhar, pois dissociam os movimentos da cabeça e dos membros.
8 meses	Inexistência de apoio sobre os braços	
	Não se senta	
9 a 12 meses	Senta-se	
	Levanta a cabeça, quando estando deitada, é puxada pelas mãos para se levantar	Sentada cai lateralmente ou para trás
	Em pé, tem postura correta	Não consegue pôr-se de pé ou tem postura incorreta.

Fonte: BOBATH; BOBATH, 1989.

3.2.2 Classificação segundo a anormalidade motora

A espasticidade indica que a lesão ocorreu no córtex cerebral centrada nas áreas motoras; nesse caso, a lesão afeta, sobretudo, o tônus e os músculos flexores e extensores. O córtex cerebral responde pelas funções do pensamento, movimento voluntário, linguagem, julgamento e percepção. Há um grau de hipertonia que afeta a postura e o controle dos movimentos voluntários. As pessoas com espasticidade fazem movimentos bruscos, incontrolados e apresentam problemas de equilíbrio e coordenação. Conforme o grau de afetação, não conseguem deambular e necessitam de cadeira de rodas — muitos, de cadeiras motorizadas para se locomoverem sem auxílio. Além da espasticidade hiper-reflexiva nos tendões profundos, clônus¹⁶ e Babinski são outros sinais piramidais: apresentam tendências a

¹⁵ No original, criança anormal.

¹⁶ Apresenta-se em estados de hiper-reflexia exagerada por lesão da via piramidal; o clônus consiste em contrações sucessivas, como uma oscilação muscular.

desenvolver deformidades articulares e é comum a presença de pés eqüinos.¹⁷ É o tipo mais freqüente de PC: cerca de 75% dos caos. A imagem a seguir exhibe a posição do córtex ou substância cinzenta no cérebro.

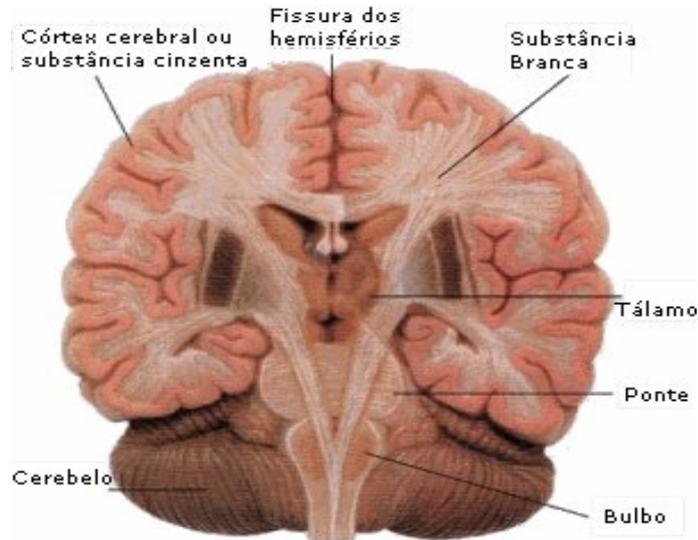


FIGURA 1 – Corte exibindo camada externa do cérebro (córtex cerebral ou substância cinzenta) e a parte interna (substância branca)

Fonte: VILELA, s. d.

A atetose ou extrapiramidal indica que a lesão se localiza nos gânglios de base e extrapiramidais, resultando em movimentos involuntários que aparecem em situações de repouso e estresse emocional acentuado. Em geral, os gânglios de base inibem movimentos rítmicos espontâneos que começam no córtex cerebral.

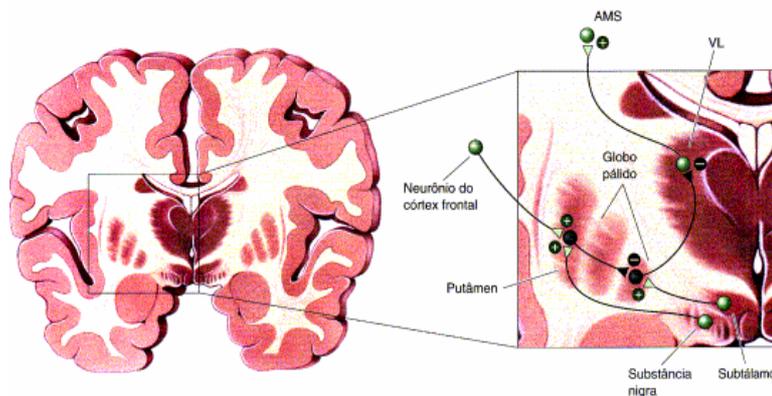


FIGURA 2 – Diagrama da circuitaria da alça motora por meio dos gânglios da base; sinapses marcadas com sinal de subtração (-) são inibitórias

Fonte: BEAR; CONNORS; PARADISO, 2002.

¹⁷ Pés eqüinos designam pés tortos congênicos; os pés são comparáveis a tacos de golfe tal a deformidade que apresentam.

As principais funções do núcleo caudato incluem controle de movimentos intencionais grosseiros do corpo (isso ocorre no subconsciente e no consciente) e auxílio no controle global dos movimentos corporais. No controle de movimentos, o núcleo caudato age com o putâmen, e ambos funcionam em associação com o córtex motor para controlar diversos padrões de movimento.

O globo pálido provavelmente controla a posição das principais partes do corpo quando uma pessoa inicia um movimento complexo; noutras palavras, se alguém deseja executar uma função precisa com uma mão, deve antes pôr seu corpo numa posição apropriada e, então, contrair a musculatura do braço. Acredita-se que essas funções sejam iniciadas, sobretudo, pelo globo pálido.

O núcleo subtalâmico e áreas associadas possivelmente controlam os movimentos da marcha e talvez outros tipos de motilidade grosseira. Quanto aos movimentos voluntários, há evidências de que a via motora direta facilita a iniciação deles por meio dos gânglios da base. Essa via se origina numa conexão excitatória do córtex para as células do putâmen, as quais estabelecem sinapses inibitórias em neurônios do globo pálido; este, por sua vez, faz conexões inibitórias com células do tálamo (núcleo ventrolateral/VL). A conexão do tálamo com a área motora do córtex é excitatória e facilita o disparo de células relacionadas com movimentos na área motora do córtex. Portanto, a consequência funcional da ativação cortical do putâmen é a excitação da área motora do córtex pelo núcleo ventrolateral do tálamo.

Em geral, os movimentos involuntários são classificados segundo suas características: coreoatetóide (combinação de movimentos coréicos¹⁸ e atetóides¹⁹) e distônicos.²⁰ Os movimentos coréicos são generalizados, rápidos, arrítmicos e de início súbito; os atetóides são contínuos, uniformes e vagarosos.

A distonia se caracteriza pela mudança intermitente entre os movimentos secundários e a contração simultânea de músculos flexores e extensores, envolvendo extremidades, pescoço e tronco. Movimentos distônicos comumente determinam posturas bizarras, que perduram por um período variável seguido de relaxamento. Pessoas distônicas têm desenvolvimento motor mais lento que os outros tipos de pessoas com PC; em geral, a boca fica aberta e babam; 40% apresentam perda ou diminuição da audição (hipoacusia). Movimentos distônicos aparecem em cerca de 10% dos casos.

¹⁸ Corresponde a movimentos bruscos, rápidos e desordenados, os quais afetam os segmentos do corpo, que habitualmente se localizam no rosto, na língua e na parte distal das extremidades.

¹⁹ Um transtorno caracterizado por movimentos contínuos, sobretudo de mãos e dedos e freqüentemente repetentes (como serpentes).

²⁰ Contrações musculares que podem ser permanentes ou se desencadear quando dados movimentos são feitos.

A ataxia deriva de lesão no cerebelo e resulta na dificuldade de equilíbrio e coordenação dos movimentos, pois as principais funções do cerebelo (FIGURA 3) são o movimento, o equilíbrio, a postura e o tônus muscular. Os atácticos apresentam marcha instável, podem apresentar hipotonia ou hipertonia e, em geral, têm dificuldade em manter o controle da cabeça e dos membros. A ataxia apresenta menos retardo que os outros tipos de PC.

Caracteriza-se, sobretudo, pela marcha ruda com alargamento da base, secundária à falha no equilíbrio, e se vincula a lesões cerebelares ou dos tratos cerebelares. Outros de seus sinais clínicos incluem: impossibilidade de alternar movimentos rápidos (disdiadococinesia); dificuldade/incapacidade de controlar a amplitude e a harmonia dos movimentos musculares voluntários, perda do equilíbrio — enfim, conseqüências motoras (dismetria); movimentos decompostos; movimentos rápidos e involuntários do globo ocular (nistagmo) e dificuldade em articular palavras (disartria). A ataxia se associa mais com a hipoplasia cerebelar — crescimento incompleto ou desenvolvimento incompleto do cerebelo — e menos com a paralisia cerebral; e as formas encontradas com mais freqüência são mistas: ataxia e espasticidade, com predominância de uma ou de outra. Aparecem em cerca de 8% dos casos.

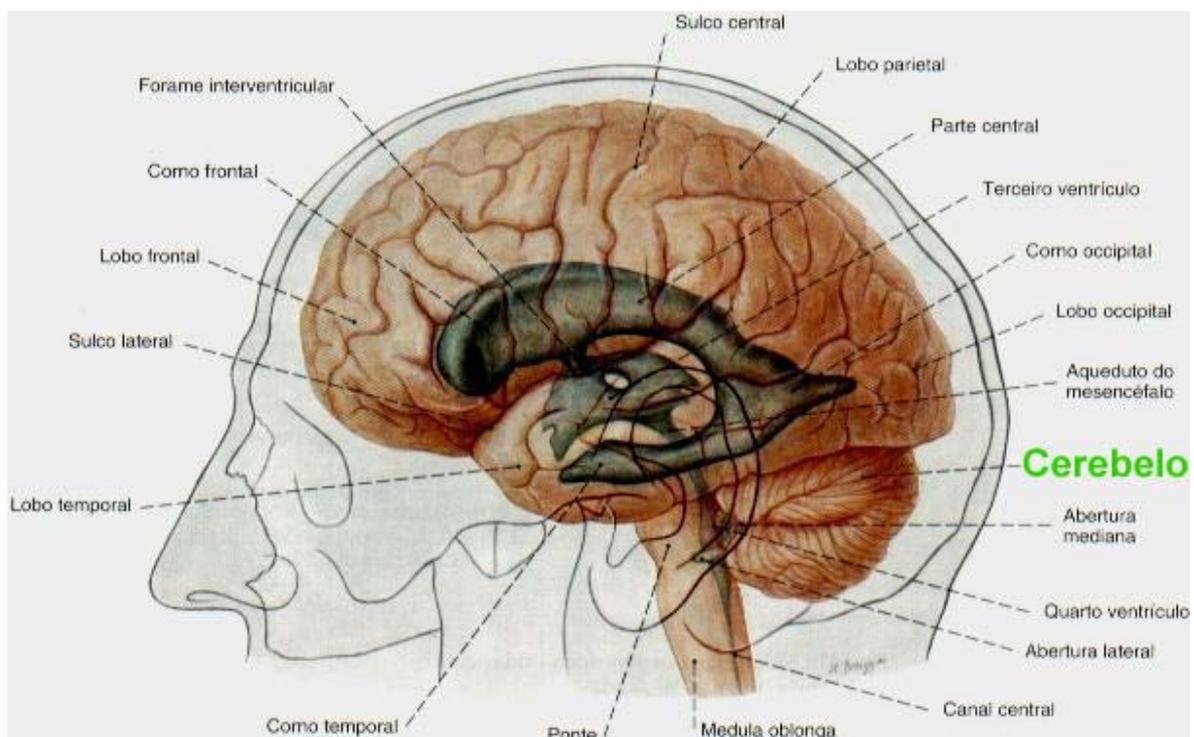


FIGURA 3 – Órgão vinculado com a regulação automática de movimento e da postura, o cerebelo funciona em íntima conexão com o córtex cerebral e o tronco encefálico

Fonte: VILELA, s. d.

As formas mistas consistem na combinação das alterações de movimentos descritas. O termo misto não deveria ser empregado indiscriminadamente; em vez disso, os sintomas motores predominantes deveriam determinar a classificação. São combinações freqüentes e podem encontrar uma união do tipo espástico com o atetósico. Apresentam rigidez, que impedem o movimento, e tremores, que provocam movimentos involuntários. É difícil encontrar alguém com PC total de um tipo muito definido; é mais comum encontrar diferentes manifestações em maior ou menor porcentagem na mesma pessoa.

3.2.3 *Classificação segundo as extremidades afetadas*

Conforme as extremidades que afeta, a PC pode ser classificada em:

- monoplegia: condição rara na qual um só membro é afetado; em geral, a desordem motora é a espasticidade;
- paraplegia: as alterações observadas se restringem aos membros inferiores; uma descrição precisa é muito importante, pois, se a criança tem paraplegia verdadeira, a PC não é mais o diagnóstico de escolha: devem ser consideradas lesão medular ou paraplegia espástica hereditária;
- hemiplegia: envolve os membros superior e inferior do mesmo lado; um número significativo de pacientes tem déficit sensorial cortical com estereognose (capacidade de reconhecer um corpo pelo tato) anormal, dois pontos de discriminação e senso de postura; também é freqüente a perda de uma metade do campo visual de um olho ou dos dois (hemianopia), o que pode representar dificuldade para o indivíduo, sobretudo ao dirigir; embora a espasticidade seja a desordem motora mais freqüente, crianças com movimentos involuntários unilateralmente são encontradas com facilidade;
- diplegia: envolve a extremidade superior e inferior, mais pernas que braços; é comum se vincular à prematuridade;
- triplegia: envolve predominante três membros, em geral as duas pernas e um braço; a espasticidade é desordem motora mais freqüente;
- tetraplegia ou quadriplegia: envolve os quatro membros, tronco, pescoço e cabeça, e a desordem de movimento pode ser espasticidade, coreoatetose ou uma forma mista; o termo “envolvimento total do corpo” foi aceito como mais apropriado, pois a paralisia dos quatro membros sem o envolvimento do tronco é rara; em populações desprivilegiadas, a tetraplegia — associada com freqüência à anóxia severa ou traumatismo cerebral — predomina mais que a diplegia; a explicação adequada para tal diferença pode estar relacionada com a diminuição

da mortalidade neonatal dos prematuros com o surgimento das unidades de tratamento intensivo neonatais (SOUZA; FERRARETO, 2002).

3.2.4 *Classificação segundo o grau de gravidade*

A gravidade da PC depende basicamente da percepção do observador. O aspecto funcional é o mais relevante, e o grau de envolvimento motor pode ser classificado como:

- leve: apenas alterações finas de movimento; deambula com facilidade e, em geral, não tem dificuldades com a fala;
- moderada: dificuldade variável quanto à fala e a movimentos grosseiros, a marcha é instável, mas as atividades diárias são realizadas sem maiores problemas;
- grave ou severa: incapacidade para andar, usar as mãos e falar, dificuldade na deglutição.

As pessoas com paralisia cerebral não apresentam um tipo único, mas sim uma mescla entre as diferentes sintomatologias. Embora se caracterize pela disfunção motora, a PC é sempre acompanhada por outras desordens da função cerebral. Dentre elas, estão anormalidades de cognição, visão, audição, fala, sensações táteis, atenção e comportamento. É comum o diagnóstico de epilepsia, bem como defeitos na função gastrointestinal e no crescimento.

Nem toda criança tem algumas ou todas essas deficiências associadas. E mesmo que as deficiências fossem só físicas, a precariedade dos movimentos resultante impediria a criança de explorar o ambiente, e ela ficaria limitada a ter sensações e percepções de coisas cotidianas. Assim, uma criança pode aparentar distúrbios de percepção que podem não ser orgânicos, e sim provocados pela falta de experiência.

Essa falta de experiências cotidianas retarda o desenvolvimento da linguagem e afeta a fala da criança. Sua compreensão geral pode ser prejudicada a ponto de ela aparentar ser mentalmente retardada; e mais ainda: a ponto de uma inteligência normal ser camuflada por uma deficiência severa. Além disso, a falta de movimento pode afetar o comportamento geral da criança. Assim, alguns comportamentos anormais podem decorrer da falta de experiências sociais e emocionais satisfatórias às quais o movimento é necessário (LEVITT, 2001 apud CÂNDIDO, 2004).

Tendo em vista que as causas da PC ocorrem nos períodos pré-natal, perinatal ou pós-natal e que em todos os casos o sistema nervoso imaturo sofre a agressão e continua a se desenvolver depois na presença da lesão, torna-se imprescindível conhecer e reconhecer o comportamento geral e motor da criança normal para se identificá-los na criança que tem PC.

Assim, segundo Levitt (2001 apud CÂNDIDO, 2004), a criança com PC mostrará variações adicionais dadas as dificuldades neurológicas e mecânicas. Segundo Brandão (1992 apud CAMPEÃO, 2002), se o sistema nervoso for lesado antes de a criança ter aprendido a executar os movimentos e as ações comuns da vida diária, a controlar o tono e ter adquirido os padrões normais de postura — isto é, antes de completar o desenvolvimento funcional da motricidade —, essa aprendizagem se perturbará e mais difícil será seu prosseguimento, que se processará de modo anormal. Tais alterações nos atos motores da criança com PC resultam de certa tendência das lesões a incidirem em áreas corticais diferentes, responsáveis pela motricidade e pelo tono, e que acarretam quadro clínico variado (CÂNDIDO, 2004).

Segundo Brandão (1992 apud CAMPEÃO, 2002), o trabalho de prevenção da PC é possível se as gestantes se conscientizarem da importância dos exames de rotina na gravidez e nos recém-natos. Para ele, a prevenção primária é fundamental, pois pode evitar a ação de agentes capazes de determinar lesões cerebrais na criança nos períodos pré-natal e perinatal. De outro modo, quando, mesmo com a prevenção primária, não for possível impedi-las nesses períodos, deve ser feita a prevenção secundária, isto é, avaliações sistemáticas nos recém-nascidos de alto risco para detectar anormalidades do desenvolvimento o mais breve possível.

4 CAMINHOS DA PESQUISA

4.1 O início: primeiros passos

Nossas atividades com esporte para deficientes começaram em 1999, quando soubemos que haveria uma vaga para professor de natação em projeto para pessoas com deficiência conduzido pela prefeitura de Uberaba (MG). Então, pedimos à Secretaria Municipal de Educação a transferência de um dos cargos efetivos que ocupávamos para a então Secretaria de Assistência Social do Trabalho, da Criança e do Adolescente (SETAS, atual Secretaria de Desenvolvimento Social/SEDS), órgão responsável pelo projeto. Nessa ocasião, ocupávamos dois cargos efetivos em escolas municipais e um terceiro em escola particular. Nessas escolas, trabalhávamos com a educação física na grade curricular comum e treinamentos esportivos fora dela. Desde a formação inicial, trabalhamos com a composição de equipes no desporto escolar e em clubes esportivos.

O pedido de transferência objetivava auxiliar as aulas de natação, então sob o comando da Coordenadoria de Apoio e Assistência ao Portador de Deficiência (CAADE), uma das seções da SETAS, órgão que gerenciava as ações dos projetos para pessoas com deficiência no município. Como trabalhávamos com esporte e tínhamos facilidade para lidar com situações desafiantes, assumimos a natação. Nesse projeto, trabalhávamos com deficientes auditivos, físicos e mentais. As aulas eram divididas em duas sessões semanais, com duas horas de duração, e o principal objetivo era a socialização por meio da hidroterapia como forma alternativa de lazer para essas pessoas que não tinham outro lugar onde pudessem desempenhar tal atividade.

No início, observamos que todas as pessoas tinham potencial a ser desenvolvido — embora, dado o grau de limitação motora, alguns alunos fossem considerados como incapazes de aprender e desempenhar atividades na piscina. Tentamos quebrar essa barreira e conseguimos resultados surpreendentes. No caso de pessoas com paralisia cerebral (PC) com alto grau de comprometimento motor — objeto deste estudo —, as dificuldades impostas pela deficiência, em geral, obstam a aprendizagem da flutuação e apinéia, assim como a coordenação dos movimentos de braços e pernas. Como o que desejávamos era criar um modo para que elas se sentissem incluídas na atividade, nosso trabalho começou a tomar forma à medida que os resultados apareciam.

A primeira vez que pusemos uma pessoa com PC para executar exercício de respiração, não tínhamos idéia do quão difícil seria. Isso porque aprender a não se afogar com a água no rosto requer que se aprenda antes a prender a respiração (apnéia). O controle do ciclo respiratório se origina no centro respiratório do cérebro; os sinais do centro são transmitidos para a medula espinhal pelo nervo frênico e, em seguida, para o diafragma, num processo involuntário. O controle voluntário dos movimentos respiratórios (apnéia) é, sem dúvida, possível; mas é tarefa difícil para quem tem PC, pois depende de um comando voluntário nem sempre respondido por causa da lesão cerebral. A respiração pode ser presa ou ser forçada; mas, para realizar o controle da respiração voluntariamente, a pessoa com PC tem mais dificuldade que os outros. Assim, tão logo percebemos que os alunos conseguiriam aprender esse exercício — ainda que com alterações no ritmo da aprendizagem —, reestruturamos o projeto, que passou de recreativo a pedagógico, com atividades físicas voltadas à qualidade de vida com objetivos mais amplos.

Em agosto de 1999, recebemos um convite para coordenar a Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba (ADEFU), cujo ginásio poliesportivo tinha acabado de ser inaugurado como sede própria. Na ADEFU, passamos a estruturar as atividades na área de educação, saúde e esportes; continuamos com as aulas de natação até dezembro de 2000, quando paramos por causa do acúmulo de funções assumidas. As atividades esportivas implantadas pela SETAS (basquete e natação) fora da sede continuaram a ser desenvolvidas, mediante convênio com a prefeitura e sob responsabilidade de outros professores.

A falta de atividades para as pessoas com PC que ficavam na sede em período integral nos incomodava; assim, em 2002, buscamos conhecer instituições e pesquisar esportes que pudessem ser desenvolvidos por elas. Pesquisa feita, implantamos a bocha e, logo a seguir, o polybat. Como sempre trabalhamos com esporte e estamos cientes de seus benefícios, não hesitamos em convidar quem freqüentava a instituição a participar do projeto — embora nem todos tenham se interessado a princípio.

Fizemos as bolas com meias, serragem e areia, pois não tínhamos recursos financeiros para adquirir o kit, que não era encontrado no Brasil. As aulas aconteciam duas vezes por semana, com quatro alunos por sessão. Nosso objetivo era promover a melhoria e o desenvolvimento da auto-estima, autovalorização e auto-imagem: valores que — percebíamos — estavam em baixa no grupo. Com o desenrolar das atividades, notamos que outros objetivos poderiam ser alcançados: vivência de situações de sucesso, superação de situações de frustração, socialização, estímulo à autonomia, melhoria das condições dos aparelhos

circulatório, respiratório, digestivo e, sobretudo, motivação para outras atividades, assim como o desenvolvimento da capacidade de resolver problemas de modo mais independente.

Nesse sentido, incentivamos a participação de todos no bocha. No primeiro mês, eram 8; no terceiro, 15; atualmente, são 23 pessoas atuando ativamente no projeto de esportes adaptados para quem tem PC severa; os esportes incluem bocha e polybat (na sede) e natação (fora da sede e sob o comando de outro professor). Os esportes adaptados para pessoas com PC incluem, ainda, atletismo, tênis de mesa, halterofilismo, futebol de sete, hipismo, dentre outros; mas essas modalidades não são praticadas pelas pessoas com deficiência severa pela impossibilidade motora.

De início, não pretendíamos participar de competições oficiais; mas, a convite da Associação Nacional de Desporto para Deficientes (ANDE), participamos, pela primeira vez em 2002, dos Jogos Brasileiros de Bocha, em Uberlândia (MG), e percebemos que, à parte os benefícios apontados há pouco, o esporte poderia mediar a inclusão social, pois era visível a mudança de atitude nos participantes do projeto. Assim, buscamos saber como o esporte poderia facilitar a inclusão social dessas pessoas; essa busca passou a integrar nossas atividades cotidianas e dois objetivos foram delineados: compreender problemas que as pessoas com PC severa, também, enfrentam — dificuldade de comunicação, aprendizagem e desenvolvimento — e saber como o esporte poderia minimizar essa dificuldade. Acrescenta-se que, mesmo com pouco tempo, pretendíamos ingressar num curso de mestrado; então, passamos a filmar as competições, a fim de que as filmagens pudessem ser usadas como fonte de dados para uma futura pesquisa, resguardando todo o respeito ético e adequado aos sujeitos participantes de tal investigação.

4.2 A pesquisa: segundo passo

Visto que este estudo objetiva verificar como o esporte contribui para a inclusão social de pessoas com PC, optamos por desenvolver uma pesquisa qualitativa de natureza interpretativa, por entender que esta tem características diretamente ligadas aos objetivos aqui propostos. Quanto à pesquisa, Lüdke e André (1986, p. 1) são incisivas: “para se realizar uma pesquisa é preciso promover o confronto entre os dados, as evidências, as informações coletadas sobre determinado assunto e o conhecimento teórico acumulado a respeito dele”. Na abordagem qualitativa, especial atenção é dada ao significado atribuído pelos atores sociais a suas experiências de vida, e a fonte de dados é o ambiente natural. Para Chizzotti (1998), as

pesquisas qualitativas procuram mostrar que as relações sociais e interpessoais são complexas, contraditórias, originais e imprevisíveis. Segundo esse autor:

Os pesquisadores que adotaram essa orientação se subtraíram à verificação das irregularidades para se dedicarem à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no meio ecológico em que constroem suas vidas e suas relações. À compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais ou, então, dos vínculos indissociáveis das ações particulares com o contexto social em que estas se dão. (CHIZZOTTI, 1998, p. 78).

No dizer de Triviños (1987, p. 130), “uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa é a sua atenção preferencial pelos pressupostos que serve de fundamento à vida das pessoas”. Acerca desse procedimento, são oportunas as palavras de Chizzotti (1998, p. 79):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz ao um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos atribuindo-lhes um significado.

Para realizar a pesquisa, fundamentada na bibliografia sobre o tema e na própria natureza qualitativa da investigação, optamos por duas fontes: observação das filmagens que fizemos previamente em VHS e realização de entrevistas. As fitas de vídeo com dados que poderiam ser usados na pesquisa, como dissemos, foram gravadas no início de 2002, quando participamos do VI Campeonato Brasileiro de Bocha. Assim, logo que iniciamos a pesquisa, após ingressar na terceira turma do Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba (UNIUBE), passamos a transcrever as fitas de vídeo tendo em vista uma análise posterior. Para aproximar mais as imagens gravadas, o período de estudo e a fundamentação da pesquisa, optamos por entrevistar os atletas e seus familiares; assim, poderíamos compreender o significado da mudança de comportamento do grupo estudado. Ainda nessa perspectiva, fizemos a observação (das fitas): prática considerada, na pesquisa qualitativa,

[...] como um método que, associado a outras técnicas, possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado [...] a observação permite também que o observador chegue mais perto da perspectiva dos sujeitos, um importante alvo, nas abordagens qualitativas. (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 26).

A observação aconteceu entre outubro e novembro de 2005. Pretendíamos captar, tanto em treinos quanto em competições, elementos que nos indicassem em que medida o esporte atua como facilitador da inclusão de pessoas com PC severa; além disso, se fatores como motivação, capacidade de concentração, raciocínio e auto-estima poderiam ser, também, avaliados como indicadores da inclusão por atuarem diretamente na aprendizagem do grupo de pessoas estudado e até então excluído da convivência social.

As informações usadas provieram da transcrição das fitas de vídeo, observadas uma a uma, a começar das que registram a competição de 2002; depois, as que registram todas as competições de bocha e polybat até 2005. Nesse procedimento, buscamos ter o cuidado de, ao mapear o universo investigado, reunir em categorias as tendências mais significativas resultantes da observação. Estas se delinearão à luz da leitura exaustiva de anotações feitas e da percepção de elementos não verbais (gestos, olhares, silêncio e expressão facial), até surgirem as dimensões mais evidentes e tendências mais relevantes que configuraram o tema do estudo: o esporte como facilitador da inclusão social de pessoas com PC severa.

Se a observação ajudou a coletar dados úteis à estruturação da pesquisa, a segunda técnica — as entrevistas — objetivou coletar informações que pudessem validar ou não as hipóteses formuladas. Para dar liberdade à manifestação das pessoas entrevistadas (alunos/atletas e familiares), optamos pela entrevista individual semi-estruturada, cujo roteiro continha questões fundamentais aos objetivos deste estudo. Tal técnica nos permitiu criar uma atmosfera de influência recíproca entre pesquisador e pesquisados, e estabelecer uma relação de interação face a face. Como não houve ordem rígida a ser seguida pelo roteiro, o resultado nos leva a concordar com Lüdke e André (1986, p. 33): “o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista”. Com esse pressuposto, tomamos a entrevista semi-estruturada como:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos informantes. [...] [a entrevista semi-estruturada], ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas necessárias, enriquecendo a investigação. (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

O protocolo da entrevista (APÊNDICE A) foi elaborado com base no marco teórico, em nossa vivência pessoal no paradesporto e nos objetivos da pesquisa. Para participar do estudo, definimos um grupo de 23 atletas com PC que integram o projeto de esportes adaptados; para serem entrevistados, suas respectivas mães ou os responsáveis. A definição destes pressupôs o conhecimento que têm dos atletas e de suas histórias de vida — dado que julgamos importante à pesquisa. A escolha dos atletas foi intencional e direcionada a quem tem mais dificuldades motoras (PC moderada e PC severa). Para nós, as dificuldades de inclusão impostas pela PC poderiam contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro da dimensão histórico-cultural e social que esse grupo vivencia. O critério para seleção dos entrevistados se ateve a estes parâmetros: a) quem estivesse participando dos treinamentos, pelo menos, duas vezes por semana e incluídos na escola; b) quem participa de competições,

no mínimo, em nível regional; c) quem tem mais limitações motoras (requer cadeira de rodas para se locomover e auxílio direto para executar atividades diárias, tais como usar o banheiro para necessidades fisiológicas/tomar banho, alimentar-se e outras). A seleção das mães ou responsáveis seguiu a dos atletas.

A amostra não representou predominância de sexo entre os atletas entrevistados: foram 11 do sexo masculino e 12 do feminino. A idade variou entre 14 e 46 anos. Foram entrevistados 18 mães e 5 pais ou irmãos responsáveis pelos atletas. Uma vez definidos o protocolo de entrevista e os participantes do estudo, elaboramos a carta de apresentação (APÊNDICE B) — procedimento recomendado para esclarecer o objetivo do estudo, solicitar participação e garantir consentimento dos entrevistados para divulgação de seus nomes e fotos, assim como para usar dados constantes nas fichas de triagem da ADEFU. Elaboramos um termo de consentimento, também, para a ADEFU (APÊNDICE C), pois seriam empregados dados relativos à associação, assim como a triagem de atletas.

A carta e o termo (APÊNDICE D para os atletas, APÊNDICE E para o responsável) foram entregues pessoalmente aos participantes do estudo. Como os sujeitos da pesquisa, embora tenham autonomia, são tidos como dependentes, preferimos usar um termo de consentimento para eles e outro para um representante responsável por eles, e assim garantir o cuidado ético que a pesquisa na área das ciências humanas requer. Elaboramos o termo de consentimento para descrever as entrevistas e para usar depois os dados obtidos, também, em outras publicações.

Como, de início, foram feitas duas entrevistas-piloto — uma com o atleta, outra com sua mãe, entre 11 e 14 de outubro de 2005 —, o protocolo se adequou aos objetivos do estudo, isto é, não exigiu alteração. Por terem as entrevistas-piloto sido feitas no tempo previsto e o protocolo se mostrado adequado, resolvemos considerar os dados contidos nas entrevistas-piloto para análise. No conjunto, foram mais de 46 entrevistas individuais semi-estruturadas, feitas entre 5 e 25 de novembro de 2005. Cada entrevista durou uma hora, em média aproximada, e todas foram realizadas na ADEFU.

Dada à dificuldade de comunicação das pessoas com PC, o que muitas vezes dificulta a compreensão do que querem dizer, optamos por descartar o recurso da gravação em áudio e escrever literalmente as entrevistas — recurso empregado, também, com as mães ou responsáveis. Assim, as entrevistas foram escritas e analisadas. Segundo Lüdke e André (1986, p. 45):

Analisar os dados qualitativos significa “trabalhar” todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observação, as transcrições de entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis. A análise está presente em vários estágios da investigação, tornando-se mais sistemática e mais formal após o encerramento da coleta de dados.

Após a transcrição (digitação) das entrevistas, o processo de validação consistiu em retornar aos entrevistados e ler a transcrição para aprovarem ou não o conteúdo. O objetivo era verificar se o que disseram não foi alterado. Com isso, foi possível fazer a análise com mais segurança, pois — como afirmamos — é difícil compreender a pessoa com PC com limitações acentuadas na fala. Durante as entrevistas, o protocolo de questões foi seguido sem muita rigidez; a abordagem era alterada conforme as idéias expressas pelos entrevistados, sem, contudo, desviar-se das questões que norteavam o estudo.

Feita a validação, para análise dos dados estabelecemos estes passos: a) recortar as entrevistas, trabalhando-as pergunta a pergunta; b) aproximar pergunta e resposta dos entrevistados, separando as convergências e divergências; c) verificar a frequência de convergências e divergências ocorridas entrevista por entrevista; d) classificar as respostas por categoria para facilitar a análise. O processo de organização e análise dos dados coletados numa pesquisa qualitativa é complexo. Como afirma Chizzotti (1998, p.79):

O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações.

Considerando-se que todas as informações importam no processo da pesquisa, fizemos um levantamento das triagens que compõem a fonte de documentos pertencentes à ADEFU. As triagens são fichas que contêm informações sobre as pessoas com deficiência; incluem dados pessoais e sobre a composição familiar, tanto quanto dados clínicos, históricos de vida e outros. São preenchidas quando a pessoa busca atendimento especializado para ingressar na associação; se ela não consegue responder às perguntas, agenda-se, com um dos profissionais responsáveis pela triagem (terapeuta ocupacional, pedagoga, psicóloga ou fonoaudióloga), uma entrevista com a pessoa que possa responder por ele/ela.

Com autorização da ADEFU, do aluno/atleta e da pessoa responsável, retiramos das fichas dados que consideramos como importantes à pesquisa, em geral, relatos das mães na primeira entrevista, onde há um resumo da vida da pessoa com PC — da concepção ao ingresso na associação. Os relatos são importantes porque facilitam a intervenção da equipe multiprofissional que atua para melhorar as condições de vida dessas pessoas.

4.3 Caracterização dos atletas com paralisia cerebral

As 23 pessoas que participaram da pesquisa freqüentam assiduamente os treinos das atividades de bocha e polybat e participam de projetos da ADEFU. Chegam de manhã e voltam para casa por volta de 17h. O sistema de classificação funcional para jogo de bocha e de polybat foi criado para atender pessoas com PC e outros tipos de deficiência que apresentam grau severo de comprometimento motor. Nesse sentido, é necessário agrupar os atletas com base em sua habilidade funcional para tornar o nível da competição o mais justo possível. Os atletas serão considerados como elegíveis caso se encontrem no perfil da classificação funcional para pessoas com PC correspondente às classes C1 e C2 — ou seja, com maior grau de comprometimento motor. Os atletas que participaram desse trabalho pertencem às classes C1 ou C2. Para melhor compreender os aspectos que envolvem essa classificação, buscamos em Campeão (2002) e no Classification & Sports Rules Manual (9th Edition, 2005–2008) da Cerebral Palsy International Sports & Recreation Association (CP-ISRA) as características de cada classe, descritas a seguir.

4.3.1 Perfil funcional

CLASSE 1 (C1). Atletas com quadriplegia (tetraplegia) com comprometimento severo, espasticidade severa com ou sem atetose, amplitude de movimento funcional pobre e força funcional pobre nas extremidades e no tronco; atetóide severa com ou sem espasticidade, com força e controle funcional pobres. Dependem de cadeira motorizada e ajuda para se locomover. São incapazes de mover funcionalmente a cadeira de rodas.

Membros inferiores — são considerados como não funcionais em relação a qualquer esporte devido às limitações em sua amplitude de movimentos, força e/ou controle; movimentos mínimos e involuntários não mudará a classe do atleta.

Controle de tronco, estático e dinâmico, muito pobre ou inexistente. Grande dificuldade para voltar à posição inicial ao realizar movimentos específicos ao desporto.

Membros superiores — os fatores principais em todos os desportos são a limitação severa, com alto grau de movimentos com atetose severa e, é evidente, uma reduzida capacidade de lançamento com dificuldade para finalização do movimento. A oposição do dedo polegar com outro dedo é possível e pode permitir pressão.

CLASSE 2 (C2). Atletas com quadriplegia (tetraplegia). Grau de comprometimento de severo a moderado. Espasticidade com ou sem atetose. Atetose ou tetraplegia severa com

maior funcionalidade no lado menos afetado. Pouca força funcional nas extremidades e no tronco. São capazes de manobrar cadeira de rodas.

Membros inferiores — grau demonstrável de funcionalidade em um ou nos dois membros inferiores que permite propulsionar a cadeira de rodas. Automaticamente classifica o atleta para a classe 2; se a equipe de classificação determinar que a função da extremidade superior é mais adequada à classe superior, então o atleta não se classifica como classe 2. Os atletas de classe 2 (alta ou baixa) podem andar, mas nunca correr.

Controle do tronco — controle estático. Pouco controle dinâmico de tronco, como demonstra o uso obrigatório dos membros superiores e/ou cabeça para ajudar a voltar à postura ereta.

Membros superiores — comprometimentos severo a moderado das mãos; espasticidade. Se a função da mão e do braço for como a descrita na classe 1, então as extremidades inferiores determinarão se a classe 2 é a mais apropriada.

Em geral, o atleta da classe 2 (alta) tem, com frequência, pressão cilíndrica ou esférica e pode mostrar destreza suficiente para manipular e lançar uma bola; mas demonstrará agarre e lançamento pobres. Os movimentos do lançamento devem ser analisados para ver seus efeitos na funcionalidade das mãos. Pode-se constatar do mesmo modo a propulsão da cadeira de rodas com os membros superiores. A definição do movimento ativo é de moderada a severamente comprometida, logo a função da mão é ponto-chave.

4.4 Esportes e paralisia cerebral

São poucos os registros históricos sobre esportes para pessoas com PC. Encontramos em Campeão (2002) que a prática esportiva se desenvolve desde o início dos anos de 1960; nessa época, as atividades esportivas compunham o currículo de escolas especiais e universidades. A então Spastics Society (sociedade dos espásticos) dirigia muitos dos esportes e procurava proporcionar aos alunos as mais variadas formas de atividade física. Essa autora relata que os primeiros Games for Spastics (jogos para espásticos) foram organizados pelo treinador e instrutor físico da Spastics Society à época. Com apoio de muitos voluntários e estudantes do então Nonigton Training College, foi possível promover e estabelecer outras atividades esportivas, tais como corridas, arremessos, natação, *slalon* e triciclos.

Segundo Campeão (2002), em 1970, na Inglaterra, houve um avanço nos eventos esportivos, e atletas com espasticidade foram estimulados não só a participar, mas também a competir, levando a uma necessidade de se redefinir a espasticidade nas atividades esportivas e

reavaliar o sistema de classificação, pois a cada competição se tornava visível que atletas inelegíveis não poderiam competir em iguais condições com atletas com diferentes níveis de espasticidade. A ênfase passou a ser na qualidade da competição. Dessa forma, para que fossem assegurados os direitos à prática esportiva em todas as suas possibilidades em que os atletas pudessem competir equitativamente entre eles, formou-se, em 1969, o International Cerebral Palsy. Atualmente, a Cerebral Palsy International Sports & Recreation Association (CP-ISRA) busca promover atividades esportivas para pessoas com PC, cujo nível de comprometimento motor os põe em desvantagem na competição esportiva. Oferece diferentes modalidades esportivas e recreativas para atender aos diferentes níveis de habilidade, priorizando o potencial de atleta de modo a lhe permitir competir com outros em grau similar de comprometimento neurológico. Atualmente a CP-ISRA oferece várias modalidades esportivas, dentre as quais atletismo, bocha, *bowls*, ciclismo (triciclo), futebol de sete, halterofilismo, hipismo, natação, *polybat*, *slalon*, tênis de mesa.

A ANDE é a instituição responsável pelos esportes para pessoas com paralisia cerebral e *Les autres* (outras deficiências físicas) no Brasil. Fundada em 18 de agosto de 1975, é filiada ao Comitê Paraolímpico Brasileiro (CPB) e ao CP-ISRA, órgão internacional responsável pelo desporto para pessoas com paralisia cerebral e *Les autres*. A primeira participação de atletas com PC em paraolimpíadas se deu em 1976, nos jogos de Toronto, Canadá. A partir de então, houve uma mobilização nacional para se difundir os esportes para as pessoas com PC no Brasil.

4.4.1 *Sistema de classificação funcional na prática desportiva para pessoas com paralisia cerebral*

Como fenômeno social, o esporte competitivo reflete as diversas nuances do cotidiano. Tem uma riqueza plural e, por meio dela, podemos ensinar muitos valores socialmente aceitos, mostrar que modelos e padrões são socialmente construídos e, assim, transformáveis. Também tem valores terapêuticos que beneficiam tanto a esfera física quanto a psíquica. Para pessoas com PC, além desses benefícios, possibilita testar seus limites e potencialidades, prevenir enfermidades secundárias à deficiência e promover sua integração total. Mas, para que isso ocorra, deve obedecer aos critérios técnicos de cada modalidade esportiva a fim de haja nivelamento entre os participantes e adequação do confronto, também, ao grau da deficiência e ao tipo de limitação que a ela se associa.

O sistema de classificação da CP-ISRA reconhece que a PC e outro tipo de condições resultantes de lesões cerebrais produzem limitações de diversas gravidades. Assim, o objetivo

da classificação é assegurar que as diferenças nos resultados desportivos se relacionem com o nível de treinamento e a experiência competitiva, mais do que com a capacidade neurológica do atleta. Nesse sentido, o sistema classifica a função neurológica inata de um atleta em relação ao esporte que pratica, de modo a lhe permitir competir com outros de similar grau de comprometimento neurológico.

As classificações internacionais devem ser feitas por uma equipe multidisciplinar nomeada e credibilizada pela CP-ISRA, que conte com médico, fisioterapeuta e técnico desportivo. Em âmbito nacional, tal equipe será indicada pela ANDE e deverá ter profissionais com conhecimento da paralisia cerebral, da lesão cerebral traumática, do derrame cerebral, de práticas desportivas e que tenham sido credenciados pela CP-ISRA em cursos de classificação funcional para eventos nacionais. Como o paradesporto é praticado em vários países, para padronizar o emprego das nomenclaturas, a CP-ISRA instituiu a letra C (de classe) e numerou de 1 a 8 as categorias por grau de comprometimento motor/neurológico em ordem crescente. Quanto maior for o comprometimento, menor será a classe. Assim, o sistema de classificação funcional que rege o paradesporto conforme determina a CP-ISRA em competições oficiais apresenta as características a seguir em termos gerais.

C1 — pessoas com que apresentem quadro de tetraplegia com alto grau de comprometimento motor. Espasticidade severa, com ou sem atetose, amplitude funcional de movimento pobre ou pouca força funcional nas extremidades e no tronco; pessoas com tetraplegia atetóide severa, com ou sem espasticidade, com pouca força e pouco controle funcional. Em ambos os casos, as pessoas dependem de cadeira de rodas motorizada ou de ajuda para se locomover e não são capazes de movimentar funcionalmente a cadeira de rodas.

C2 — pessoas que apresentem quadro de tetraplegia com grau de espasticidade de severo a moderado, com ou sem atetose ou com tetraplegia atetóide severa, com maior funcionalidade no lado menos afetado; força funcional pobre nas extremidades e no tronco. Mas são aptos a impulsionar cadeira de rodas manual. Em geral, na C2S (superior) estão pessoas com capacidades relativamente melhores na extremidade superior do que na inferior do corpo; e na C2I (inferior), pessoas com capacidades relativamente melhores na extremidade inferior do que na superior.

C3 — pessoas que apresentem quadro de tetraplegia moderada (assimétrica ou simétrica) ou hemiplegia severa e necessitam de cadeira de rodas para atividades cotidianas; podem impulsionar uma cadeira de rodas manual de forma independente e tem quase toda força funcional na extremidade superior dominante. Podem ser capaz de deambular com auxílio de algum recurso material, mas unicamente em curtas distâncias.

C4 — pessoas que apresentem quadros de diplegia de moderada à severa, com boa força funcional e limitação mínima; os problemas de controle de força são nas extremidades superiores e no tronco; podem apresentar uma limitação mínima em alguns movimentos, mas se observa um desenvolvimento normal na propulsão e no manejo da cadeira de rodas.

C5 — pessoas que apresentam quadro de diplegia ou triplegia moderada que podem necessitar de alguns elementos auxiliares para caminhar, mas não necessariamente quando estão parados, em pé ou durante o arremesso. Uma modificação no centro de gravidade pode originar uma perda de equilíbrio dinâmico. Em geral, tem equilíbrio estático normal, mas mostram problemas no equilíbrio dinâmico.

C6 — pessoas que apresentam quadro de atetose ou ataxia moderada; caminham sem auxílio; a atetose prevalece, embora alguns sujeitos com tetraplegia espástica (mais envolvimento nos braços do que na diplegia andante) possam se enquadrar nessa classe. Em geral, todos os quatro membros mostram envolvimento funcional em movimentos esportivos, e quem se enquadra nessa classe tem mais problemas de controle nas extremidades superiores do que quem está na C5, mas geralmente têm melhor função nas extremidades inferiores, sobretudo ao correrem. Podem ter um bom equilíbrio dinâmico em comparação com o equilíbrio estático.

C7 — pessoas que apresentam quadro de hemiplegia andante e espasticidade em um lado do corpo. Caminham sem ajuda, porém, muitas vezes, oscilando por causa da espasticidade em um membro inferior; têm boa capacidade funcional no lado dominante do corpo.

C8 — pessoas que apresentam quadros de diplegia espástica minimamente afetadas, hemiplegia espástica ou monoplegia ou que são minimamente afetadas por atetose ou ataxia. Em geral, apresentam uma função quase normal quando correm, mas devem mostrar uma limitação para os classificadores baseados na evidência de espasticidade, movimentos atáxicos, atetósicos ou distônicos durante a atuação no campo de jogo ou no treinamento.

4.5 O que é bocha

Os historiadores falam de um jogo praticado no Egito e na Grécia Antiga por meio de objetos de forma esférica, em particular, pedras redondas. Essa recreação primitiva se aperfeiçoou aos poucos, estabelecendo distâncias e regras. No Brasil, foi reconhecida como esporte em 1943, pela Confederação Brasileira de Desporto (CBD), e se firmou a partir da década de 1960 com a evolução técnica dos brasileiros e a conquista de adeptos, inclusive

mulheres. Há a idéia propagada de que bocha é esporte para idosos, mas a modalidade é praticada por pessoas de todas as idades e classes sociais e, mais recentemente, por pessoas com deficiência física. Como desporto adaptado, foi trazido para o Brasil em 1995, por um grupo de professores de educação física da ANDE que participaram da primeira edição dos Jogos Paradesportivos de Paralisados Cerebrais, em Mar del Plata, Argentina.

O jogo de bocha é bastante estético e consegue provocar no público que o assiste sentimentos diversos que se misturam com a incredulidade e a confirmação de que a superação dos limites está se concretizando diante de seus olhos, atentos a cada jogada que é executada. No jogo, o objetivo é aproximar o máximo de bolas (vermelhas ou azuis) da bola-alvo (branca) ou *jack*. Inicia-se por sorteio, no qual o jogador escolhe as cores das bolas com que prefere jogar. O jogador que escolhe as bolas vermelhas inicia o jogo. A primeira bola a ser arremessada é a bola-alvo; em seguida, o mesmo jogador arremessa uma bola vermelha. Na seqüência, o outro jogador arremessa uma bola azul, e a parcial terá seqüência com o jogador que tiver sua bola mais distante da bola-alvo, e assim até o fim da parcial. Quando todas as bolas forem arremessadas, o árbitro fará a contagem de pontos para verificar quem venceu a parcial, com base na medida da distância das bolas mais próximas da bola-alvo.

Como os níveis de comprometimento motor são diferentes nas várias classificações das PCs, o jogo é dividido em categorias (classes): BC1, BC2, BC3 e BC4. Pode ser disputado, também, nas categorias individual, pares BC3 e BC4 e em equipe, BC1 e BC2. Para as partidas individuais e pares, o jogo é disputado em quatro parciais; para as partidas em equipe, seis parciais. Se houver empate, haverá uma parcial extra para desempatar o jogo. Na categoria BC3 (atletas com alto comprometimento motor nos quatro membros), o uso de rampas (calhas) é permitido quando o atleta apresenta restrição que o impeça de arremessar a bola com as mãos ou pés. A direção da rampa é determinada por sinais específicos entre atleta e assistente, que não pode, em hipótese alguma, olhar para a quadra. O jogo pode ser disputado individualmente, em duplas e em equipes.



FIGURA 4 – Kit de bolas de bocha: um atleta joga com as azuis, outro com as vermelhas; a meta dos dois é aproximar suas bolas ao máximo da bola branca (alvo)

Fonte: nosso acervo.

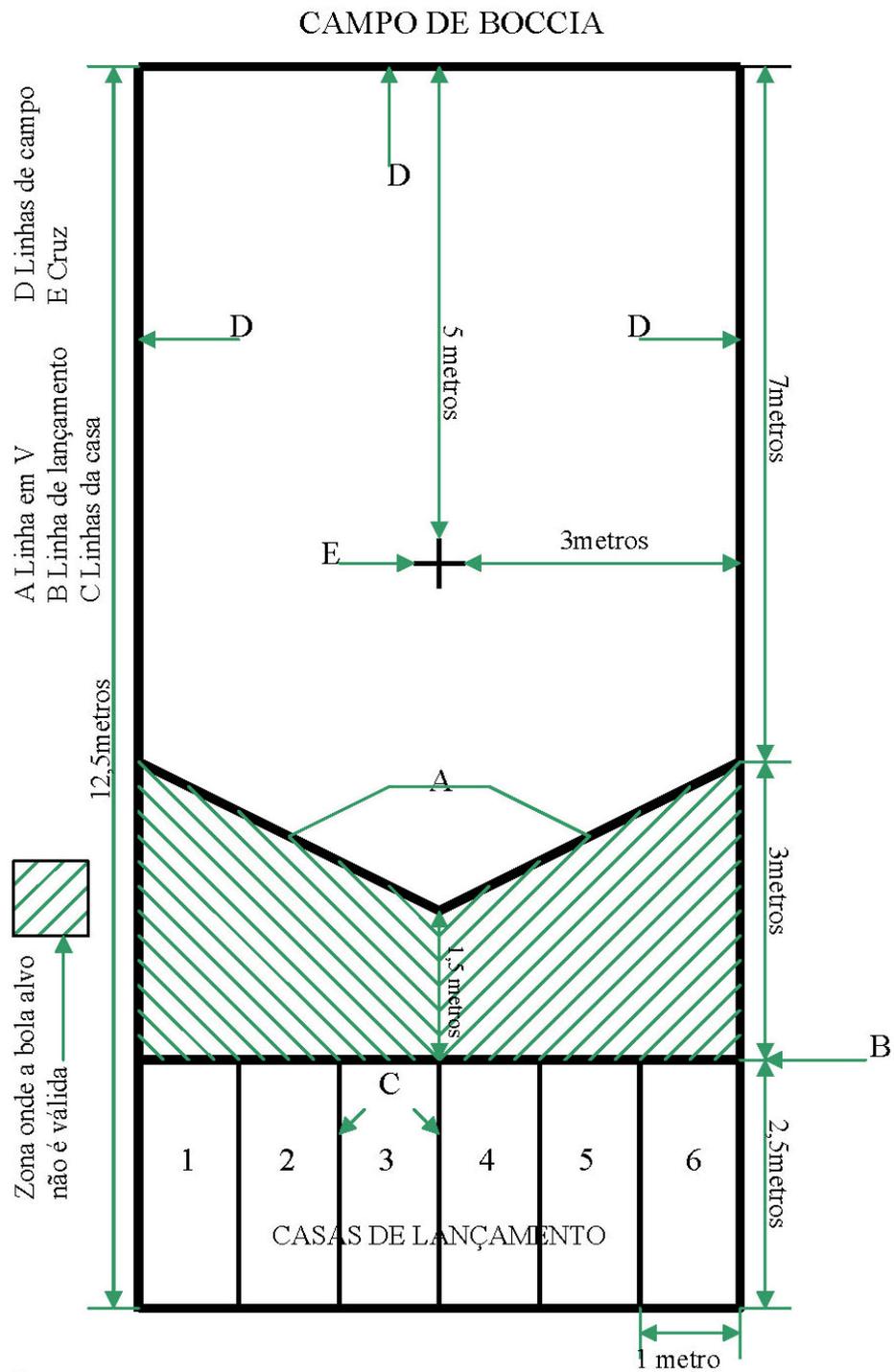


FIGURA 5 – Desenho da quadra de jogo de bocha
 Fonte: adaptado de CP-ISRA, 2005.

4.5.1 *Classificação funcional para o jogo de bocha conforme o perfil funcional do atleta segundo a CP-ISRA*

Essa classificação está descrita, também, em Campeão (2002).

BC1 — atletas com paralisia cerebral severa e disfunção motora que compromete todo o corpo: são incapazes de impulsionar funcionalmente a cadeira de rodas, têm dificuldade de alterar a posição de se sentar, usam o tronco quando faz movimentos com a cabeça e braços, têm dificuldades em movimentos de segurar e largar, mas podem arremessar a bola com as mãos ou com os pés. Para essa classe, temos seis atletas em treinamento.

BC2 — atletas com paralisia cerebral de severa a moderada e disfunção motora que compromete todo o corpo: têm controle do tronco, mas envolve movimento dos membros; têm dificuldades em movimentos isolados e regulares dos ombros; são capazes de afastar dedos e polegar, mas não rapidamente, e deslocar a cadeira de rodas com as mãos ou pés; podem ser capazes de ficar de pé/andar, de forma muito instável. Na classe BC2, encontramos nove atletas classificados nessa categoria.

BC3 — atletas com paralisia cerebral severa ou não cerebral de origem degenerativa: têm disfunção locomotora severa nos quatro membros; não têm força nem coordenação suficientes para segurar e largar a bola; não têm força nem coordenação suficientes para lançar a bola além da “linha V” em direção à quadra. Exigem auxílio da calha ou rampa para soltar a bola. Podem usar, também, uma ponteira para sustentar e soltar a bola. São objetos do nosso estudo quatro atletas da classe BC3.

BC4 — atletas com grave disfunção locomotora nos quatro membros, de origem degenerativa ou não cerebral: a faixa ativa dos movimentos é pequena; demonstram pouca força ou severa falta de coordenação, combinada com controle dinâmico deficiente do tronco; usam a força de movimento da cabeça ou dos braços para retornar à posição sentada após desequilíbrio (por exemplo: após lançamento); são capazes de demonstrar destreza suficiente para manipular e lançar a bola além da “linha V” rumo à quadra; entretanto, é evidente o precário controle de segurar e largar a bola; apresentam, com frequência, um balanço tipo pêndulo, em vez de arremesso com a mão por cima; são capazes de movimentar e deslocar a cadeira de rodas; não são capazes de fazer movimentos bruscos. Podem elevar os braços, porém são incapazes de impulsionar a bola dessa posição por cima do ombro. Atletas com os diagnósticos e perfis a seguir podem ser elegíveis à classe BC4: ataxia de Friedrich; distrofia muscular (força mais próxima menor que 60%); esclerose múltipla; acidente vascular encefálico (AVE, derrame); lesão medular de C5 e acima; espinha bífida com envolvimento

da extremidade superior. Também o serão pessoas que apresentarem outras condições semelhantes que resultem em problemas de força e coordenação. São quatro os atletas que integram essa classe participante da nossa pesquisa.

4.6 O que é polybat

A história do polybat é recente. Sua natureza esportiva se baseia no tênis de mesa, jogado individualmente ou em dupla. Mais conhecido como tênis de mesa com lateral, foi pesquisado e desenvolvido em meados dos anos de 1980, pelo corpo docente e por estudantes da Universidade de Nottingham Trent, Inglaterra. No Brasil, pouco se sabe sobre o polybat. Buscamos referências bibliográficas e só encontramos apostilas organizadas por instituições praticantes do esporte. Assim, esforçamo-nos para, mediante nosso conhecimento prático, descrevê-lo com auxílio de uma única fonte, traduzida para o português por Mônica Cobra Melo e organizada por Maria da Glória Cid Cobra.

O polybat surgiu como alternativa de esporte para pessoas que não podiam participar do tênis de mesa tradicional nem tinham perfil para bocha. Portanto, o perfil característico inclui quem tem distrofia muscular, paralisia cerebral, ossos quebradiços, traumatismo craniano e outras limitações severas. Para a competição, a função de agarrar do punho é essencial, por isso nem todos os jogadores de bocha podem jogar polybat.

É jogado numa mesa de 1,2 metro por 2,4 metros, com proteção nas laterais, para a bola não sair pelo lado, e altura de até 10 centímetros; a mesa deve ter altura suficiente para acesso fácil à cadeira de rodas. Cada jogador usa raquete de 30 centímetros de comprimento, com área de batida de 180 centímetros, para rebater a bola de plástico de golfe, tipo *airflow*, ao longo da superfície da mesa (o tempo todo) contra seu oponente. O objetivo é rebatê-la a fim de lançá-la para fora do lado adversário ou forçar falta e ganhar o ponto. As batidas diretas ou rebatidas, com frequência em alta velocidade, resulta num jogo animado que requer esforço dos competidores e dos espectadores para acompanhá-lo.



FIGURA 6 – Mesa para o polybat; de simples confecção, pode ser uma mesa de tênis com adaptações nas laterais

Fonte: nosso acervo.

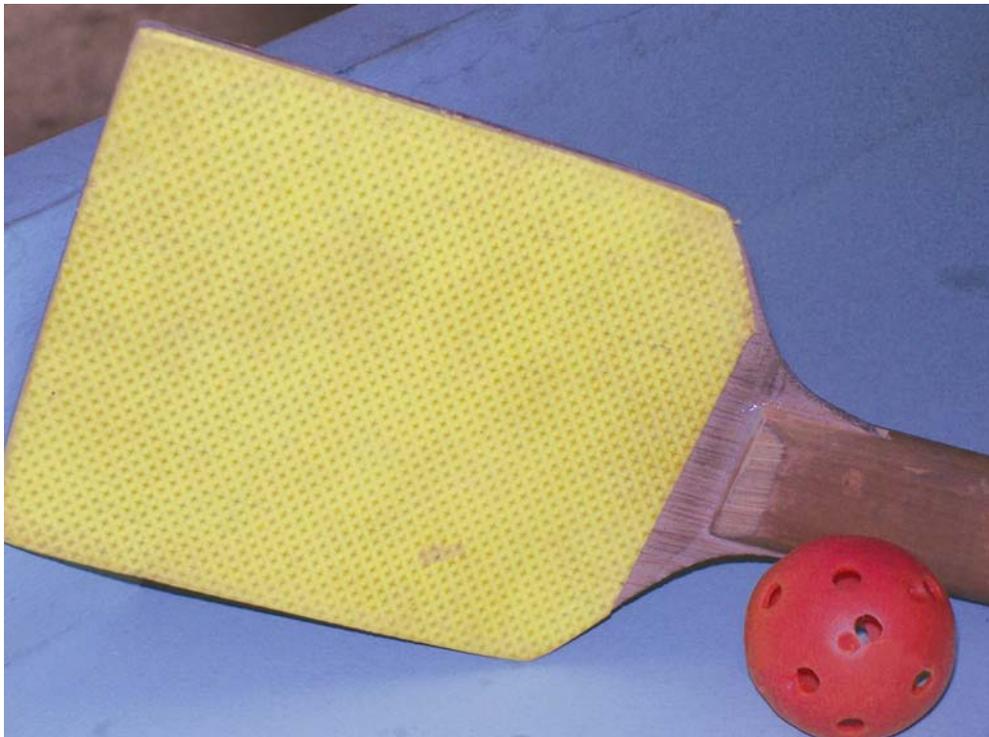


FIGURA 7 – Raquetes de polybat adaptada do tênis de mesa e bolinha, que pode ser de plástico duro com furos para não quicar nas rebatidas

Fonte E: nosso acervo.

O jogo é disputado em 11 pontos (jogo curto) ou 21 pontos (jogo longo), quando cada jogador saca cinco vezes em série alternada. A raquete deve manter contato com a mesa (ela é arrastada) e a bola, ser lançada diretamente ou nas bordas laterais. Para o jogador com vantagem do saque, ela deve ser lançada, de início, nas laterais da mesa; se lançada diretamente, será falta. Ganha quem fizer 11 pontos primeiramente; caso haja empate em 10 a 10 ou 20 a 20, quem fizer o 11º ou o 21º ponto vencerá. Não há vantagem; logo, toda bola ou infração resulta em ponto. Também não há pedido de tempo.

O polybat pode ser jogado em duplas — a divisão é por classe, não por sexo. Jogo dinâmico com regras fáceis, pode ser considerado como atividade inclusiva, pois permite que qualquer pessoa, tendo deficiências e idades variadas ou não, pratique. Oferece ao participante uma vivência motora rica que resulta em desenvolvimento cognitivo, recreativo e social. Os benefícios que observamos em nossa prática incluem desenvolvimento da capacidade de atenção e focalização; melhora na habilidade após certo período de tempo, por causa da natureza repetitiva da atividade, na postura e no controle de coordenação motora e dos membros superiores; e estímulo ao jogador para responder satisfatoriamente à tomada de decisões.



FIGURA 8 – Atletas da classe D; embora tenham limitação motora, conseguem equilíbrio suficiente para se manterem em pé

Fonte: nosso acervo.



FIGURA 9 – Atletas da classe B; alcançam a largura total da mesa durante os movimentos, mas não têm equilíbrio suficiente para se manterem em pé
Fonte: nosso acervo.

Constatamos nas nossas análises investigativas que o principal benefício alcançável pelos praticantes de polybat é a mediação da inclusão social de pessoas com PC. Isso porque o jogo estimula o convívio social e a iniciativa mental, evita o tédio pela falta de movimento e conduz à descoberta das próprias potencialidades, possibilitando a quem joga melhorar a qualidade motora e obter mais independência nas atividades de vida diária (AVD). Outra grande vantagem é o fato de ser um jogo, também, com função recreativa; além disso, qualquer aluno pode praticá-lo, a exemplo de pessoas que tiveram derrame, distrofia muscular, mielomeningocele e lesão medular. O polybat não se restringe em caso de comprometimento motor; basta que o praticante consiga segurar a raquete e movimentar membros superiores — mesmo que sejam leves e desajeitados.

4.6.1 *Classificação funcional para jogo de polybat conforme o perfil funcional do atleta*

Como todo esporte, o polybat divide-se em classes, que possibilitam a participação de todos, pois preserva a competição esportiva equilibrada e mantém a dignidade dos indivíduos envolvidos. Essa classificação se baseia em Williamson (s. d.).

CLASSE A. Apenas atletas que jogam sentados na cadeira de rodas. O alcance da área de ação através da mesa é limitado pela postura dos braços; comprimento e força na

rebatida são fracos; jogam, sobretudo, na defensiva e, em geral, precisam diminuir a velocidade da bola e reposicioná-la antes de rebater; têm dificuldade em reagir para antecipar o caminho da bola. Todos os saques devem bater no anteparo lateral no campo do receptor; logo, este deve deixar que a bola bata no anteparo para depois rebatê-la.

CLASSE B. Sentados ou em pé. Os jogadores dessa classe têm uma série completa no quesito cobrir a área de jogo com relação à largura e ao movimento para frente devido ao bom controle de tronco, que compensa a falta de movimento de extensão de braço ou de pulso; são capazes de ler o jogo básico, então podem transformar batidas defensivas em ataques, variando a força e direção das batidas; são capazes de jogar tanto batidas de frente quanto de costas (quanto à posição da mão na raquete) ou de cobrir a mesa inteira com a batida preferencial. Para os atletas dessa classe que jogam em pé, geralmente seus perfis funcionais se encaixam nos perfis descritos acima; mas, por causa dos problemas de equilíbrio dinâmico e/ou da dificuldade de controle dos membros superiores, será necessário se apoiar na mesa. Todos os saques devem ser feitos da linha central e bater no anteparo lateral da metade da mesa do lado do receptor.

CLASSE C. Sentados ou em pé. Atletas aptos a alcançarem a largura total da mesa e a frente, assim como a retornar à posição ereta de forma coordenada para jogar a próxima batida; como antecipam o caminho da bola, ganham a vantagem numa competição, em geral, jogada em grande velocidade. Podem jogar uma combinação de batidas em ordem para ditar ou ganhar o controle da competição; são capazes de identificar as fraquezas do oponente e, portanto, alcançá-lo, indicando melhor a coordenação das habilidades requeridas para um jogo tático, bem como apresentar um jogo rápido e rebater uma bola em movimento, controlando a velocidade e a direção das batidas. Para os jogadores andantes, seus perfis devem se encaixar nos perfis descritos acima quanto à mobilidade dinâmica e/ou ao alcance e controle do braço da raquete. Todos os saques devem partir da linha central e bater no anteparo lateral na metade da mesa do lado oponente.

CLASSE D. Somente andantes. Embora tenham problemas de mobilidade, os atletas dessa classe estão aptos a cobrir a largura total do fim da mesa com um tempo de reação apropriado, mas são incapazes de jogar tênis de mesa recreativo; devem ter movimento andante e alcance que permitam boa defesa e boa reação; o alcance e o arco do balanço da raquete devem ter velocidade e força. Todos os saques têm de partir da linha central e bater no anteparo lateral na metade da mesa do lado do sacador para que a bola se dirija ao oponente.

4.7 Caracterização da instituição

A pesquisa se desenvolveu na ADEFU: organização não governamental sem fins lucrativos, fundada em 5 de março de 1989, que objetiva promover socialmente pessoas portadoras de deficiência física e seus familiares. Norteada por estatuto e regimento interno, a ADEFU é administrada por uma diretoria eleita a cada quatro anos e que responde pela gestão da instituição; compõe a administração: presidência, vice-presidência e os departamentos administrativo, financeiro e de promoção.

A fim de viabilizar a proposta de habilitação e reabilitação física, social, educacional, profissional, esportiva e cultural dos associados num local adaptado às necessidades deles, foi iniciada, em agosto de 1996, a construção da sede própria, em área de 4,6 mil metros quadrados doada pela prefeitura de Uberaba. Os recursos para começar as obras foram captados com realização de eventos promovidos pela ADEFU e doações de empresas privadas. Em março de 1999, finalizou-se a primeira etapa da construção: um ginásio poliesportivo, com 970 metros quadrados de construção, 12 banheiros adaptados, 1 palco, 1 escritório e 1 cozinha. De julho de 2000 a dezembro de 2001, em parceria com algumas empresas, foi possível iniciar e concluir a segunda etapa: um bloco com seis salas para atendimentos na área clínico-pedagógica, com prática fisioterápica, fonoaudiológica, odontológica, pedagógica, psicológica e terapêutica ocupacional. Além disso, tiveram início os trabalhos manuais, treinamento esportivo, teatro e dança no ginásio poliesportivo. Os atendimentos são prestados por um profissional de cada área. Hoje a ADEFU atende 140 pessoas com deficiência, dentre aquelas com acidentes vasculares cerebrais, distrofia muscular, hemiplegia, paralisia cerebral, paraplegia, poliomielite, tetraplegia e outras.

Os projetos na área de educação funcionam em parceria com a Secretaria Municipal de Ensino, com salas anexas. Noutros termos, a ADEFU tem seis salas de aula que funcionam em sua sede sob supervisão da Escola Municipal Arthur de Mello Teixeira, responsável pela escrituração dos alunos com necessidades educacionais especiais ainda não inseridos no ensino regular. São seis salas para atendimento matutino, assim distribuídas: uma sala para educação infantil, quatro salas para Educação de Jovens e Adultos (EJA)/projeto Acertando o Passo I e uma tele-sala do ensino fundamental (séries iniciais). Essa parceria é necessária porque a ADEFU ainda não é mantenedora da própria escola, embora tenha iniciado o processo com a elaboração do Projeto Político-pedagógico e Regimento Escolar Interno — exigências de regulamentação necessárias para entrar com pedido na Secretaria Estadual de Educação de Minas Gerais e, assim, concretizar mais essa etapa.

A orientação pedagógica da ADEFU se baseia na proposta inclusiva, isto é, todas as pessoas têm direito à educação e a situações sociais que permitam sua participação plena, com respeito pelos seus limites e valorização de suas potencialidades. O atendimento escolar se estrutura para organizar espaços de crescimento, construção e integração individual e social de pessoas com deficiências, mediante recursos adequados e currículos adaptados que mobilizem o desenvolvimento desses indivíduos.

Cada pessoa é única e tem papel significativo na transformação do meio, interagindo num processo de troca e contribuindo para a evolução individual e do ambiente onde vive. Assim, respeitando as diferenças e valorizando as potencialidades, o processo educacional da ADEFU tem apontado que as pessoas com maior comprometimento físico-motor associado ao déficit intelectual, também, podem alcançar uma aprendizagem significativa. A clientela escolar atendida na instituição é formada basicamente por pessoas com paralisia cerebral com dificuldade na aprendizagem decorrente não só da deficiência, mas também do nível socioeconômico em que vivem, ou seja, da falta de acesso aos meios de comunicação, ao transporte, à cultura e, enfim, à vida em comunidade. Em sua teoria histórico-social, Vygotski (1998) afirma que a base do desenvolvimento do indivíduo é sociohistórica e enfatiza o papel da linguagem e aprendizagem nesse desenvolvimento. Segundo ele, a aquisição de conhecimentos pressupõe a interação do sujeito com o meio. Nesses termos, podemos compreender as dificuldades que as pessoas com PC apresentam para aquisição de conhecimento, pois grande parte está restrita ao ambiente familiar, com círculo de interação social restrito que reduz as possibilidades de desenvolvimento.

Os projetos na área de esportes adaptados nasceram timidamente, com uma equipe de basquete em cadeira de rodas e a natação. Até então, o basquete era o esporte mais conhecido, considerado como de elite, pois as cadeiras — as pernas dos paraplégicos — são caras. Prazeroso de se ver, por ser dinâmico, sem dúvida ainda é o mais conhecido nos meios esportivos e o que mais atrai a atenção do público. Com essas características, não foi difícil encontrar apoio para sua implantação. A natação, a princípio, era vista como hidroterapia, sem pretensão de formar atletas; com o tempo, verificou-se que algumas pessoas deficientes tinham potencial, também, para competir e que suas limitações motoras não obstavam a execução de movimentos naturalmente facilitados pela água. Do projeto inicial que visava apenas aos exercícios na água, nasceu a equipe de natação, em 2000.

Estruturadas essas duas modalidades, surge outra preocupação, voltada a pessoas com comprometimento motor acentuado em consequência da PC. Não haveria um esporte apropriado para elas? Como incentivá-las à auto-superação, à melhoria da auto-estima, à

confiança? Um corpo disforme, sem mobilidade, sem autonomia, dependente, não seria capaz de se movimentar? De sentir o prazer de participar, estar junto, conviver? De experimentar o prazer de uma boa gargalhada? De ser no sentido da identidade humana? Esses questionamentos nos levaram a pesquisar quais esportes existiam para essas pessoas e quais teriam condições de ser implantados na sede da ADEFU. Após algumas pesquisas, constatamos que bocha e polybat seriam mais indicados para os mais comprometidos (usuários de cadeiras de rodas com mobilidade muito reduzida) e que natação, atletismo e tênis de mesa poderiam atender muito bem aqueles com menos comprometimento motor. Assim, em 2002, implantamos o projeto de esportes adaptados a pessoas com PC leve, moderada e severa.

Com a participação nas competições realizadas pelas associações brasileiras responsáveis pelo paradesporto, conhecemos modalidades e ampliamos os atendimentos na área paradesportiva. As equipes se firmaram, conquistando espaços que antes pareciam impossíveis. Hoje a ADEFU oferece outras modalidades: halterofilismo, tênis de mesa e vôlei sentado; e o esporte se tornou um dos principais motivos de procura pela associação, que está em processo de crescimento, tanto fisicamente quanto no âmbito dos recursos humanos. A estrutura física está sendo ampliada com recursos de promoção de eventos, projetos e apoio da comunidade. As despesas diárias são cobertas com recursos da mensalidade de associados, de doações de empresas e da promoção de eventos. Os convênios firmados com o poder municipal garantem o atendimento escolar; e os atendimentos clínicos são mantidos, também, através de convênios, com a UNIUBE e Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

A missão da ADEFU é prestar atendimento à comunidade de Uberaba para habilitar e reabilitar física, social, educacional, esportiva, cultural e profissionalmente pessoas com deficiência física e/ou múltipla e seus familiares. Nesse sentido, a concretização de ações de defesa dos direitos, prevenção, orientação, prestação de serviços, encaminhamento para o mercado de trabalho e de apoio à família visa melhorar a qualidade de vida da pessoa com deficiência e construir uma sociedade mais justa e solidária.

5 APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS COM PARALISIA CEREBRAL

Compreender como se desenvolve o processo de aprendizagem das pessoas com paralisia cerebral (PC) não é tarefa fácil. Na maioria das vezes, aquelas que têm PC severa — maior grau de comprometimento —, além de não andarem, não se manterem sentadas na posição vertical, não falam e têm movimentos involuntários fortes e/ou espasticidade. Em geral, na primeira impressão, tende-se a confundir a condição delas com casos de deficiência mental; quem não conhece suas características, quando se vê ante uma pessoa com PC, depara-se com um quadro diferente: parece que nada entendem, nada expressam.

Ante as dificuldades que se apresentam para tal compreensão e as poucas obras que a elas se referem, escolhemos “Fundamentos de defectologia”²¹, de Vygotski (1997), que aborda questões da educação de pessoas com necessidades educacionais especiais para fazer um estudo dos problemas relativos à aprendizagem e ao desenvolvimento delas. Compreendemos este estudo como, talvez, a defesa mais precoce e importante da não-segregação escolar de alunos com deficiência. As investigações de Vygotski não se voltaram só ao desenvolvimento e à aprendizagem dos alunos ditos “normais”; atribuindo importância à educação especial, ele coordenou e desenvolveu pesquisas nesse campo, no qual trabalhou com crianças e adolescentes portadores de deficiência (física, visual, mental, auditiva e múltipla) no Instituto Experimental de Defectologia. Vygotski parte da premissa básica de sua teoria sociohistórico-cultural: duas dimensões afetam o desenvolvimento humano não apenas evolutivamente; também ontologicamente — ou seja, a dimensão biológica ou orgânica e a social ou histórica. Nessa ótica, o desenvolvimento de estruturas fundamentais do pensamento e da linguagem se apóia na qualidade das interações sociais no grupo (família, escola etc.).

Com base em experiências e observações, podemos afirmar que a maioria das crianças, dos jovens e dos adultos com paralisia cerebral vivencia o isolamento no seu cotidiano, que é um grande obstáculo a seu desenvolvimento. Em 80% dos relatos de vida dessas pessoas, a família afirma que elas não freqüentaram escolas nem saíam de casa — exceto para visitas familiares; viviam sempre em seus quartos.

²¹ Termo empregado na Rússia no início do século XX para se referir ao trabalho desenvolvido com pessoas portadoras de deficiências.

A vida do Humberto girava em torno daquilo que a mãe planejava para ele; foi alfabetizado, em casa, aos nove anos pela nossa mãe, que era professora. (Irmã de Humberto).

Júnior não saía de casa. Aos 6 anos, foi encaminhado para uma escola regular, que recusou sua permanência, pois não tinha acessibilidade e as professoras não sabiam como lidar com ele [...] foi alfabetizado por mim, em casa. (Mãe de Júnior).

Marquinho nunca freqüentou escola [...] a mãe até tentou colocá-lo em algumas escolas regulares, mas nenhuma aceitou sua matrícula. (Irmã de Marquinho).

Ângela nunca freqüentou escola; achava muito difícil levá-la e achava também que ela não iria precisar de estudos. (Mãe de Ângela).



FIGURA 10 – Atletas da ADEFU a caminho do ginásio para competir no VII Campeonato Brasileiro de Bocha (2005), em Alfenas (MG)

Fonte: nosso acervo.



FIGURA 11 – Atletas da ADEFU em momentos de lazer na praia de Copacabana (RJ), durante o VIII Campeonato Brasileiro de Bocha (2006)

Fonte: nosso acervo



FIGURA 12 – Atletas da ADEFU curtindo o fim de tarde numa pousada em Alfenas/2005

Fonte: nosso acervo.

Na visão de Vygotski (1997), o isolamento constitui não apenas um problema social ou ético; também significa uma ruptura psicossocial delicada: quanto mais intensas e positivas forem as trocas psicossociais, mais fortalecido será o desenvolvimento infantil; por oposição, quanto mais debilitadas forem essas trocas, maior será a lacuna a se formar no desenvolvimento. Na análise da fita de vídeo que registra a primeira competição de bocha de que participamos, essa ruptura psicossocial aparece em diversas situações: no sentimento de inferioridade ante outras pessoas e de culpa por serem deficientes; nos olhos arregalados perante lugares (tais como restaurantes, farmácias, carrinhos de cachorro-quente) e situações cotidianas (a exemplo de pessoas nas ruas). São comportamentos que afirmam situações de desconhecimento do que ocorre em nossa volta e evidenciam que o isolamento é crucial — e corresponde a 100% dos casos deste estudo.

O ponto central da teoria de Vygotski (1997) é que as funções psicológicas superiores constituídas por ações controladas, pela atenção voluntária, pela memorização ativa, pelo pensamento abstrato e pela linguagem têm origem sociohistórica e derivam de processos psicológicos elementares; estes, por sua vez, constituem-se de ações reflexas, reações automáticas, processos de associação simples entre eventos, de origem biológica, através da interação da criança com outros membros. Tal interação propicia a internalização dos mediadores simbólicos e da própria relação social. Em outras palavras, estruturas orgânicas elementares da criança, determinadas basicamente pela maturação, são o ponto de partida para a formação de funções mentais mais complexas — dependendo da natureza das experiências sociais a que ela está exposta.

Em termos genéricos, internalização é um processo que envolve atividade externa que deve ser modificada para se tornar atividade interna; é interpessoal e se torna intrapessoal. E mediação é um elemento central para a compreensão das concepções vygotskianas sobre o funcionamento psicológico; isto é, o processo de intervenção de um elemento intermediário numa relação que deixa de ser direta para ser mediada por tal elemento. A presença de elementos mediadores introduz um elo a mais nas relações entre organismo e meio, tornando-as mais complexas. No desenvolvimento da pessoa, as relações mediadas passam a predominar sobre as relações diretas, e o processo simples de estímulo e resposta dá lugar a um ato complexo.

Para Vygotski (1997; 1998), as funções superiores são constituídas de situações específicas na vida social, valendo-se de processos de internalização que usam instrumentos mediadores. Como processo de reconstrução interna, intrassubjetiva, uma operação externa com objetos com que o homem se interage, a internalização é uma operação fundamental ao

de desenvolvimento de funções psicológicas superiores. Nesse processo dinâmico, ativo e singular, a pessoa estabelece, desde o nascimento e durante a vida, trocas recíprocas com o meio, pois, ao mesmo tempo em que internaliza formas culturais, ela as transforma e intervém no universo que a cerca.

Os estudos e as investigações científicas têm mostrado que as leis que regem o desenvolvimento das crianças “normais” e “anormais” são fundamentalmente as mesmas, assim como o são as leis que governam a atividade vital do funcionamento dos órgãos. Elas se diferem, porém, quando há desenvolvimento atípico (pessoas com paralisia cerebral), que se desvia da norma; aí encontraremos uma manifestação qualitativamente peculiar, específica para cada criança. Segundo diz Vygotski (1997), deve-se partir de leis comuns do desenvolvimento infantil para, depois, compreenderem-se as peculiaridades das crianças com problemas no desenvolvimento. Ele parte da tese de que as funções psicológicas superiores, no processo de desenvolvimento, tem origem social: na filogênese²² e na ontogênese.²³

Quanto à filogênese, não tem havido muitas objeções. É tese clara que as funções psicológicas superiores se formam no período de desenvolvimento da humanidade e devem sua origem à evolução biológica que deu forma ao biotipo do ser humano; e seu desenvolvimento histórico se dá como ser social. Pela vida social coletiva, elaboram-se e desenvolvem-se as formas superiores da atividade intelectual humana (VYGOTSKI, 1997). Quanto à ontogênese, os estudos e as investigações têm apontado, relativamente ao desenvolvimento infantil, que a organização e estruturação das formas superiores da atividade psíquica se realizam no desenvolvimento social que circunda a criança.

A observação do desenvolvimento das funções superiores demonstra que a formação de cada uma delas está rigorosamente subordinada à mesma regularidade; quer dizer, cada função psíquica aparece no processo de desenvolvimento da conduta duas vezes, primeiro como função da conduta coletiva, como forma de colaboração e interação, como meio de adaptação social, assim como categoria interpsicológica, e em segundo lugar, como modo de conduta individual da criança, como meio de adaptação pessoal, como processo interior da conduta, isto é, como categoria intrapsicológica.²⁴ (VYGOTSKI, 1997, p. 214, tradução nossa).

Se partirmos da premissa de que os processos superiores do pensamento infantil surgem — segundo Vygotski (1997), — do desenvolvimento social da criança mediante a

²² Origem e evolução humana (das espécies).

²³ Desenvolvimento do indivíduo: da fecundação à maturidade (das espécies).

²⁴ “La observación del desarrollo de las funciones superiores demuestra que la formación de cada una de ellas está rigurosamente subordinada a la misma regularidad, es decir, que cada función psíquica aparece en el proceso de desarrollo de la conducta dos veces; primero, como función de la conducta colectiva, como forma de colaboración o interacción, como medio de la adaptación social, o sea, como categoría interpsicológica, y, en segundo lugar, como modo de la conducta individual del niño, como medio de la adaptación personal, como proceso interior de la conducta, es decir, como categoría intrapsicológica.”

relação de si mesma com as formas de colaboração que assimila na interação com o meio, então podemos compreender a ruptura no processo de desenvolvimento dessas funções de pessoas com PC marcadas pelo isolamento social. Vygotski (1997) aponta que o desenvolvimento da personalidade da criança se manifesta e se fortalece conforme sua interação com a coletividade. Nessa ótica, podemos afirmar que o isolamento social que as pessoas com PC vivenciam fortalece as características evidenciadas nas entrevistas.

José Carlos era muito nervoso, agitado, triste; falava muito em morrer. chorava muito, não tinha ninguém para conversar.

Keila era muito nervosa, [...] não tinha muito interesse pelas coisas.

O Wilton era um rapaz revoltado com a vida.

Ângela era muito triste; ela ficava muito quieta. (Depoimento de mães).

Por meio das interações sociais, também se processa a conduta na esfera da adaptação individual. Na essência, esse processo traz um significado particular para se compreender precisamente o desenvolvimento completo e incompleto das funções psíquicas superiores da criança com deficiência. Há uma distinção entre o defeito e o desenvolvimento das funções superiores, e entre o defeito e o desenvolvimento das funções elementares. É preciso dominar, compreender essa diferença para se encontrar a chave da psicologia da criança “anormal”.

Considerando que o desenvolvimento incompleto das funções elementares é, com frequência, consequência direta de algum defeito (por exemplo, o desenvolvimento incompleto da motricidade na cegueira, o desenvolvimento incompleto da linguagem na mudez, o desenvolvimento incompleto do pensamento no retardo mental etc.), o desenvolvimento incompleto das funções superiores na criança anormal aparece, por comum, como fenômeno secundário, suplementar, que se institui sobre a base das suas particularidades primárias. (VYGOTSKI, 1997, p. 221, tradução nossa).²⁵

A idéia de que criança com PC tem, no desenvolvimento, uma estrutura completa, fechada precisa ser analisada com mais cuidado. A prática tem nos mostrado que a deficiência não responde por todos os sintomas característicos do quadro de desenvolvimento de pessoas com PC, pois há particularidades em que se manifesta esse quadro. Tais particularidades têm estrutura complexa: revelam uma vinculação, uma dependência estrutural e funcional complicada e, em particular, mostram que, paralelamente às peculiaridades primárias dessa criança — derivadas de seu defeito —, há complicações secundárias, terciárias etc. que não derivam do defeito, e sim dos sintomas originários. É importante compreendermos e sabermos discernir, no desenvolvimento da criança com PC, o fundamental do suplementar; assim como

²⁵ “Mientras que el desarrollo incompleto de las funciones elementales es, con frecuencia, consecuencia directa de algún defecto (por ejemplo, el desarrollo incompleto de la motricidad en la ceguera, el desarrollo incompleto del lenguaje en la mudez, el desarrollo incompleto del pensamiento en el retraso mental, etc.), el desarrollo incompleto de las funciones superiores en el niño anormal aparece, por lo común, como un fenómeno secundario, suplementario, que se erige sobre la base de sus particularidades primarias.”

o primário do secundário. Essa condição é imprescindível para que nossas ações convirjam para as necessidades dessas crianças.

Segundo Vygotski (1997), por mais paradoxal que nos pareça, os estudos têm apontado que as maiores possibilidades de desenvolvimento da criança com deficiência se encontram mais no campo das funções superiores, e menos na área das funções inferiores, elementares. Ele afirma que, por muito tempo, aceitou-se tacitamente como premissa fundamental na defectologia a lei de T. Ribot,²⁶ H. Jackson e outros, segundo a qual “a ordem de destruição patológica é inversa no que diz respeito à ordem de estruturação da função”²⁷ (VYGOTSKI, 1997, p. 21). O que nasce mais tarde no processo de desenvolvimento é afetado antes no processo de desagregação. Logo, desenvolvimento e desagregação se vinculam por uma espécie de relação inversa; dito de outro modo, as funções desenvolvidas após a deficiência já estão afetadas por esta.

Por muito tempo, acreditou-se que a criança com retardo mental não era capaz de aprender, por isso não se lhe ensinava a raciocinar — não se ensinava a criança a pensar. A ela, reservava-se o ensino da diferenciação de cores, sons, odores etc. O trabalho educacional dessas crianças priorizava a linha sensório-motora, das funções elementares, inferiores. Acreditava-se que a criança com deficiência já trazia, na esfera das funções psicológicas superiores, processos fechados e inacessíveis; logo, não seria possível desenvolver senão o que ela já tinha, e todas as aspirações pedagógicas se voltavam ao aperfeiçoamento e avanço de processos elementares, inferiores. A criança “anormal” teria de ser trabalhada só no nível de desenvolvimento real, pois, com base nos estudos de Vygotski (1998), esse nível é exatamente o nível de desenvolvimento das funções mentais que se estabeleceram como resultado de certos ciclos de desenvolvimento já completado — funções já amadurecidas.

As investigações científicas mostraram que este ponto de vista é errôneo. Precisamente por causa de sua inconsistência teórica, estes sistemas pedagógicos resultaram tão pouco úteis, tão infrutíferos do ponto de vista prático, que levaram a uma crise séria e profunda que agora abarca todo o âmbito da educação das crianças anormais. (VYGOTSKI, 1997, p. 222, tradução nossa).²⁸

²⁶ Théodule Ribot (1839–1916): filósofo e psicólogo francês especialista em psicopatologia e psicologia geral; seus trabalhos fundamentais são dedicados aos problemas da memória na atenção voluntária e nos sentidos.

²⁷ “a ordem de destrucción patológica es inverso com respecto al orden de estructuración de función.”

²⁸ “La moderna investigación científica muestra que este punto de vista es erróneo. Precisamente a causa de su inconsistencia teórica, estos sistemas pedagógicos resultaron tan poco útiles, tan infructuosos desde el punto de vista práctico, que llevaron a la crisis seria y profunda que ahora abarca todo el ámbito de la educación del niño anormal.”

Para explicar as possibilidades de a aprendizagem influenciar o processo de desenvolvimento mental, Vygotski (1997, p. 112) formula o conceito “zona de desenvolvimento proximal” (ZDP), assim definido:

[...] distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes.

São essas possibilidades de se criarem ZDPs que nutrem o professor de um instrumento significativo para orientação de seu trabalho; com isso, ele lidará com funções e processos ainda não amadurecidos nas pessoas com PC. Vygotski é incisivo ao afirmar que o aluno é capaz de fazer mais com o auxílio do outro do que sozinho. Nessa ótica, o trabalho com pessoas que têm PC deve se voltar, em especial, à “zona” onde estão as capacidades e habilidades, pois, uma vez internalizadas, tornam-se parte das conquistas independentes dessas pessoas.

Ao contrário do que se pensava, os processos inferiores, elementares são os menos educáveis; também são os menos dependentes de influências externas (na sua estrutura). Podemos aqui analisar o que acontece com pessoas que têm PC. Na aprendizagem da movimentação para o arremesso de uma bola, seus movimentos estão tão arraigados à deficiência que, por mais que a pessoa tente executar o gesto da maneira técnica que lhe é solicitada, só conseguirá à sua maneira. Tomados assim, os sintomas primários que nascem diretamente do próprio núcleo do defeito se acham tão ligados a esse núcleo, que não se consegue vencê-los exceto pela eliminação do próprio defeito; como isso é algo quase impossível na maioria dos casos, naturalmente a luta contra os sintomas primários está condenada, de antemão, à esterilidade e ao fracasso.

Na ótica vygotskiana, o desenvolvimento e treinamento das funções elementares, inferiores tropeçarão a cada passo em obstáculos quase insuperáveis. Assim, segundo Vygotski (1997, p. 222, tradução nossa), “a dialética do desenvolvimento e da educação da criança anormal consiste, entre outras coisas, em que não se realiza por via direta, mas indireta”.²⁹ Nesse sentido, podemos afirmar — conforme depoimento de alunos atletas — que o esporte tem sido para eles um mediador indireto de sua aprendizagem.

O esporte me mostrou que sou capaz de raciocinar sozinha, eu escolho o que fazer durante o jogo, eu faço o que penso ser correto porque eu quero, e não porque outra pessoa escolhe por mim. (Mariane).

Melhorou muito minha memória e meu raciocínio. (José Carlos).

²⁹ “La dialéctica del desarrollo y de la educación del niño anormal consiste, entre otras cosas, en que no se realizan por vía directa sino indirecta.”

Minha memória não é muito boa, mas melhorou bastante, consigo decorar melhor minhas falas no teatro. (Viviane).

Antes, eu estudava e não guardava nada, agora eu estudo e guardo bastante. (Antonio).

Nossas experiências, assim como as afirmações de Vygotski (1997; 1998), apontam que a melhor maneira de se atenuarem as conseqüências da deficiência é a convivência social, a coletividade; e o esporte veio inserir na sociedade essas pessoas, que até bem pouco tempo viviam isoladas e não eram estimuladas a participar da rotina escolar, mediante vivências que elas não conheciam. Nesse campo, encontraremos as maiores possibilidades para a intervenção educativa.

Vygotski (1997) afirma que seria errôneo acreditar que as funções psicológicas superiores da criança “anormal” estão menos desenvolvidas que as inferiores. Errôneo porque, na maioria dos casos, as funções psicológicas superiores estão incompletas, o que não se confunde com finalizadas, pois elas são passíveis de se desenvolverem. O essencial é que o desenvolvimento incompleto dos processos superiores não se condiciona ao defeito de modo primário, mas sim do secundário; por conseguinte, representam uma ligação mais débil de toda a cadeia de sintomas da criança “anormal”. Assim, a orientação educacional deve romper as cadeias exatamente no ponto onde houver mais debilidade.

Vygotski (1997) explica claramente uma das principais dúvidas que encontramos quanto ao desenvolvimento incompleto das funções superiores na criança com retardo mental — e aqui entendemos que podemos considerar, também, a criança com PC. O que ele atribui a essa incompletude das funções se vincula aos fatores de interação social; noutros termos, as dificuldades que experimenta a criança “anormal” na atividade coletiva constituem a causa do desenvolvimento incompleto das funções psíquicas superiores. Nessa ótica, podemos afirmar que a deficiência impõe à criança uma série de particularidades que obstam o desenvolvimento normal da comunicação coletiva, de colaboração e a interação dela com as pessoas ao redor; por conseqüência, a separação da coletividade dificultará o desenvolvimento social, que, por sua vez, vai determinar o desenvolvimento incompleto das funções psíquicas superiores.

Considerando-se que o desenvolvimento incompleto das funções elementares se arraiga na deficiência, no defeito, deixando-nos impossibilitados de lutar contra o defeito e suas conseqüências diretas, é necessário, então, lutar contra as dificuldades que surgem para a atividade coletiva — ou seja, “não combater a enfermidade, mas os sintomas” (VYGOTSKI,

1997, p. 223, tradução nossa).³⁰ Por outro lado, se houver falhas no desenvolvimento das funções psicológicas superiores, devemos interferir não na manifestação, mas na causa — isto é, “combatendo a própria enfermidade e não os sintomas” (VYGOTSKI, 1997, p. 223, tradução nossa).³¹ Dessa maneira, devemos lutar contra as dificuldades que as pessoas com PC encontram na atividade coletiva, buscando eliminar manifestações decorrentes da deficiência e possibilitando-lhes a vivência mediante experiências que facilitem o desenvolvimento de suas funções psicológicas superiores.

A possibilidade de eliminar a causa do desenvolvimento incompleto das funções psicológicas superiores pelas vivências coletivas deve ser analisada em primeiro plano, pois isso abre caminhos valiosos à intervenção pedagógica. Historicamente, crianças e adultos com deficiência viveram e vivem segregados socialmente. A segregação começa no círculo familiar, ora com excesso de cuidados e atenções duplicadas, ora por se achar que o/a filho/a deficiente é castigo, um fardo que só a família pode “carregar” (como resultado, os filhos são isolados do convívio social); e se amplia com a exclusão escolar, a incompreensão comunitária, e assim por diante. Essa situação está visível no depoimento das famílias:

Minha mãe não permitia que ele tivesse uma vida social, pois acreditava que todas as pessoas iriam lhe fazer alguma mal. (Maristela, irmã de Humberto).

Nós nunca o soltamos, ele sempre teve muita dificuldade; a gente tinha medo do que as outras pessoas pudessem fazer com ele. (Cleuza, mãe de Júnior).

Ao considerarmos a aprendizagem das pessoas com PC, não podemos perder de vista que são marcadas por histórias distintas, delineadas por fatores de natureza biológica e social. Se o desenvolvimento humano — intelectual, afetivo, social, moral etc. — necessita de experiências sociais para se construir de forma positiva, então podemos afirmar que uma criança com PC afastada desse convívio terá sérios problemas no seu desenvolvimento. Vygotski (1997) compara o isolamento social das pessoas com deficiência a uma luxação corporal: quando um membro é afetado — pé ou mão —, rompem-se os ligamentos, o que provoca dores intensas. Para ele o defeito físico provoca algo como uma luxação social.

No dizer de Vygotski, desassociar a linha biológica da cultural provoca uma ruptura difícil de ser suturada. Uma e outra precisam ser adequadamente consideradas na psicologia e na educação: “é preciso propor e compreender o problema da deficiência infantil, na psicologia e na pedagogia, como um problema social” (VYGOTSKI, 1997, p. 74, tradução

³⁰ “...no combatimos la enfermedad sino sua síntomas.”

³¹ “...combatimos la propia enfermedad y no los síntomas.”

nossa).³² Para ele, as dimensões biológica e social deveriam ser trabalhadas em paralelo, porque uma depende da outra, e ambas se equivalem em importância para se compreender o comportamento humano. Se observarmos a situação de pessoas com PC — carência orgânica e isolamento social —, podemos compreender melhor o entrelaçamento entre as duas dimensões, pois essa situação evidencia o papel que cada uma desempenha. Para Vygotski, o contraste das duas dimensões pesa em favor do prejuízo resultante do isolamento social a que essas pessoas são costumeiramente submetidas. Diz ele: “se a deficiência corporal significa psicologicamente uma luxação social, do ponto de vista pedagógico educar essa criança é enxertá-la na vida, como se enxerta um órgão luxado e enfermo” (VYGOTSKI, 1997, p. 74, tradução nossa).³³

Nesse contexto, acreditamos ser o esporte um importante veículo para “enxertar” as pessoas com PC na vida social, mediando ações de intervenção da área educacional. O esporte atua diretamente no conhecimento das potencialidades até então adormecidas, na superação dos limites e no despertar de sentimentos de valorização da auto-estima, e esse são fatores considerados como fundamentais à aprendizagem. Reside aí a necessidade maior de apoio externo, além — é claro — do suporte necessário às carências orgânicas específicas; por exemplo: para o surdo, domínio e uso da língua de sinais; para o cego: escrita braille; para o paralisado cerebral: recursos do computador etc. As experiências que vivenciamos com pessoas que têm PC nos deram base para acreditar que elas buscam uma força para superar as limitações; e essa força se fundamenta na teoria da compensação e supercompensação, estudada por Vygotski. “Qualquer defeito, quer dizer, qualquer insuficiência corporal põe o organismo ante a tarefa de superá-lo, de completar a insuficiência, de compensar o dano que causa.” (VYGOTSKI, 1997, p. 197, tradução nossa).³⁴

O conceito da compensação ou supercompensação foi considerado por Vygotski a partir do conceito de compensação de Adler,³⁵ amplamente difundido na Europa e América do

³² “Es preciso plantear y comprender el problema de la defectividad infantil, en la psicología y la pedagogía, como un problema social.”

³³ “Si una deficiencia corporal significa psicológicamente una luxación social, desde el punto de vista pedagógico educar a ese niño es insertarlo en la vida, como se inserta un órgano luxado y enfermo.”

³⁴ “Cualquier defecto, es decir, cualquier insuficiencia corporal pone al organismo ante la tarea de superarlo, de completar la insuficiencia, de compensar al daño que causa.”

³⁵ Nascido em Penzing, Áustria, e falecido em Aberdeen, Escócia, Alfred Adler (1870–1937) foi um psiquiatra proeminente: criou a corrente psicológica conhecida como psicologia individual e introduziu conceitos como “sentimento de inferioridade” — ou “complexo de inferioridade”. Um dos principais postulados de sua doutrina era a necessidade de ver o homem como todo: uma unidade funcional que reage ao meio, tanto quanto aos próprios dotes físicos, em lugar de vê-lo como somatório de instintos, desejos e outras manifestações psicológicas. Em 1907, publica *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, estudo onde sustenta que as pessoas buscam compensar psicologicamente sentimentos de inferioridade resultantes de deficiências físicas (COBRA, 2003).

Norte pela corrente psicológica criada pela escola de Adler — autodenominada de psicologia individual ou psicologia da personalidade. Teoricamente, Vygotski foi além do conceito de Adler ao considerá-lo à luz de construções sociohistóricas, em vez de se prender a categorias psicanalíticas. Da postura de Adler, Vygotski criticou a interpretação subjetiva do conceito de compensação e destacou as relações sociais do conceito, em que compensar significaria confrontar o sujeito com a realidade social ou não social em que ele estivesse ou não inserido. Afirmava Vygotski que o problema da deficiência se definiria mediante sua solução social: processos de inserção e superação social, isto é, inclusão na escola, no trabalho, na família, no lazer etc. Por conseqüência, a auto-estima das pessoas com deficiência seria atingida diretamente, levando à superação psicológica do sentimento de inferioridade pelo reconhecimento da condição de pessoa. Esse fortalecimento da auto-estima se traduz na fala dos alunos atletas entrevistados em expressões tais com:

Sei que posso fazer, que sou capaz./ Agora acredito em mim./ O esporte abriu minha cabeça./ Me sinto mais independente./ O esporte abriu meu cérebro./ A vontade de vencer, de superar tudo veio do jogo./ Eu achava que eu era um João-ninguém./ Eu não acreditava em mim./ Se não fosse o esporte, eu estava mal./ O esporte mudou minha vida.

A supercompensação dos processos orgânicos vinculados às leis fundamentais da matéria viva é fato científico. Com base nesse pressuposto, Adler fundamentou seus estudos dando mais ênfase aos processos de compensação de órgãos deficientes para comprovar sua teoria. Recorrendo ao conceito de personalidade integral — fortemente difundido nas correntes psicológicas individuais —, ele vê na compensação biológica uma fonte de estudos para comprovar a superação de pessoas com deficiência ante os obstáculos resultantes da própria deficiência. Segundo Vygotski, (1997, p. 42, tradução nossa), “o aparato psíquico cria, sobre o órgão, uma sobreestrutura psíquica a partir das funções superiores que facilitam e elevam a eficiência de seu trabalho”.³⁶ Assim, “a sensação da insuficiência dos órgãos é para o indivíduo um estímulo constante de desenvolvimento da sua psique” (VYGOTSKI, 1997, p. 43, tradução nossa).³⁷

³⁶ “El aparato psíquico crea, sobre tal órgano, una sobreestructura psíquica a partir de las funciones superiores que facilitan y elevan la eficiencia de su trabajo.”

³⁷ “La sensación de la insuficiencia de los órganos es para el individuo un estímulo constante el desarrollo de su psique.”



FIGURA 13 – Atleta da ADEFU recebendo medalha no Campeonato Regional de Bocha, em Uberlândia (2006)

Fonte: nosso acervo.

A afirmação de Adler e o que mostra essa foto nos fazem compreender melhor a fonte de força que cada pessoa com PC busca para superar seus limites.

Até bem pouco tempo, eu ficava isolado no meu quarto, só saía para tomar banho com o auxílio da minha mãe, que nem sempre compreendia que eu não conseguia me “virar” sozinho, ela achava que eu fazia corpo mole. Eu passava dia e noite no meu quarto; tinha vontade de morrer, assim não dava trabalho para as pessoas. O esporte mudou minha vida. (Depoimento do atleta da foto durante viagem de avião para Argentina, onde disputou o Parapan-americano em 2003).

Para Vygotski (1997, p. 46), a teoria da supercompensação é fundamental e serve de base psicológica à teoria e prática da educação das crianças com deficiência.

Que perspectivas se abrem diante de um pedagogo quando sabe que o defeito não é só uma carência, uma deficiência, uma debilidade, mas também uma vantagem, um manancial de forças e amplitudes, que existe em certo sentido positivo. (1997, p. 46, tradução nossa).³⁸

Com efeito, nossa experiência tem confirmado esse pensamento. O desejo de superar o que a deficiência acarreta cria um manancial de forças difícil de descrever. Não queremos afirmar que esse desejo apague a deficiência e resolva os problemas provenientes dela. Queremos — isso sim! — comprovar que pessoas com PC têm condições idênticas às de

³⁸ “Qué perspectivas se abren ante un pedagogo cuando sabe que el defecto no es sólo una carencia, una deficiencia, una debilidad, sino también una ventaja, un manantial de fuerza y aptitudes, que existe en él cierto sentido positivo!”

peçoas “normais” de desenvolver processos psicológicos superiores, usando a compensação para superar limitações e o desafio da aprendizagem — considerada por muitos educadores como incapaz de ser desenvolvida por paralisados cerebrais.

No estudo sobre a compensação, Vygotski (1997) é enfático: o defeito busca, em todas as forças psíquicas, um caminho para a superação; a dificuldade se torna objetivo para os processos superiores criarem alternativa de solução. E nesse caminho Vygotski (1997) vê as possibilidades da educação de crianças deficientes. Do ponto de vista dele, ao lado da deficiência, estão as tendências psicológicas de orientação oposta, estão dadas as possibilidades compensatórias para se superar o defeito; e são precisamente estas que se dão em primeiro plano no desenvolvimento da criança, por isso devem ser incluídas no processo educativo como força motriz.

Construir todo processo educativo seguindo as tendências naturais da supercompensação significa não atenuar as dificuldades que derivam do defeito, mas buscar todas as forças para compensá-lo, traçar somente tais trabalhos e criar tal ordem, que respondam na gradualidade do processo de formação de toda a personalidade sob um novo ângulo. (VYGOTSKI, 1997, p. 47, tradução nossa).³⁹

É necessário compreender que a compensação segue duas classes fundamentais: uma direta ou orgânica; outra indireta ou psíquica. Naquela, o organismo aciona uma compensação, na maioria das vezes, quando existe lesão ou extirpação de órgãos pares — exemplo disso é a retirada de um rim: compensada pelo par, que assume as funções do órgão retirado. Quando a compensação direta é impossível, o sistema nervoso central e o aparato psíquico se encarregam da tarefa: sobre o órgão enfermo ou insuficiente, criam uma sobreestrutura defensiva, por meio das funções superiores que garantam seu trabalho. Na opinião de Adler, “a sensação de insuficiência dos órgãos serve ao indivíduo como estímulo permanente para o desenvolvimento psicológico” (VYGOTSKI, 1997, p. 197).⁴⁰ E é nisso que a educação da criança com dado defeito físico deve se apoiar.

Como não é possível compensar a deficiência física organicamente, faz-se necessário compensá-la indiretamente, com a inclusão social. Devemos ter em mente que o defeito precisa ser considerado do ponto de vista de sua relação com o sistema nervoso central e com

³⁹ “Construir todo proceso educativo siguiendo las tendencias naturales a la supercompensación, significa no atenuar las dificultades que derivan del defecto, sino tensar todas las fuerzas para compensarlo, plantear sólo tales y hacerlo em tal orden, que respondan a la gradualidad del proceso de formación de toda la personalidad bajo un nuevo ángulo.”

⁴⁰ “la sensación de insuficiencia de los órganos sirve al individuo como estímulo permanente para el desarrollo psicológico.”

o aparato psíquico da criança. A atividade do sistema nervoso central⁴¹ distingue três aparatos que cumprem diferentes funções: o perceptivo (vinculado a órgãos dos sentidos); o de resposta ou efector (vinculado a órgãos efetores do corpo: músculos e glândulas) e o sistema nervoso central. A insuficiência de cada um deles influencia distintamente o desenvolvimento da criança e sua educação. Por exemplo, a cegueira, a surdez ou a cegueira-surdez são provocadas por uma lesão nos órgãos perceptivos; uma lesão ou insuficiência de uma parte do aparato de resposta dos órgãos efetores acarreta mutilação ou invalidez de um membro; assim como a insuficiência ou lesão do sistema nervoso central provoca uma debilidade mental, cujo nível se vincula diretamente à gravidade da lesão. Para cada caso, a deficiência e o tipo de compensação vão diferir.

Vygotski (1997) esclarece que, na visão do psicólogo russo Troshin, se analisarmos uma criança “normal” e uma criança “anormal” do ponto de vista fisiológico, não há diferenças em sua essência: uma e outra são pessoas; uma e outra são crianças; tanto em uma quanto na outra, o desenvolvimento segue a mesma lei. Nesse sentido, do ponto de vista fisiológico, a educação deve ser a mesma para a criança “normal” ou para a criança com deficiência. O que deve diferir são as técnicas de ensino, porque, como afirma Vygotski, “a natureza psicológica deste processo, quanto aos princípios, é absolutamente idêntica à da criança normal” (VYGOTSKI, 1997, p. 198, tradução nossa).⁴²

De todas as formas, a educação deve buscar elaborar métodos que facilitem a aprendizagem de crianças deficientes, pois escrever com lápis ou com auxílio do computador não modifica a essência da escrita; o que importa é uma criança com PC aprender como uma criança sem PC. Não queremos dizer que a maneira de se desenvolver e se educar a criança deficiente seja a mesma; as limitações impostas pela deficiência exigem que, em essência, o método seja distinto do que se apresenta à criança “normal”. Exatamente por isso, a técnica de ensino da criança deficiente vai se distinguir, pois buscará alternativas que facilitem a aprendizagem, isto é, para que esta ocorra com possibilidades idênticas à da criança “normal”.

A deficiência — e aqui nos atemos à PC — rompe as relações com o mundo como espaço físico, e com as pessoas como espaço social. Seria demasiada hipocrisia dizer que as crianças ou a pessoa com PC são vistas como qualquer outra: essa deficiência é especial. As relações que criamos com pessoas que têm PC não são habituais; se nos depararmos com duas

⁴¹ Formado pelo cérebro e pela medula espinhal, o sistema nervoso central é responsável por receber, analisar e integrar informações; é o local onde ocorre a tomada de decisões e o envio de ordens. O sistema nervoso periférico, formado por nervos, encarrega-se de transmitir informações de órgãos sensoriais para o sistema nervoso central, e deste para os órgãos efetores (músculos e glândulas).

⁴² “... la naturaleza psicológica de este proceso sea, en cuanto a los principios, absolutamente idéntica a la del niño normal.”

crianças — uma com PC, outra sem —, nossa relação com elas será distinta: aquela não será tratada como esta. Por isso, Vygotski (1997, p. 198) é categórico ao afirmar que “todos os vínculos com as pessoas, todos os momentos que determinam o lugar do homem no ambiente social, seu papel e seu destino como partícipe da vida, todas as funções do seu ser social se reestruturam” (1997, p. 198, tradução nossa).⁴³ Isso porque não é o defeito físico que se torna tragédia, é a luxação social.

Eis por que o educador deve buscar formas de quebrar as conseqüências sociais que a PC institui; quebrar as barreiras decorrentes da deficiência, que deve ser encarada como fator biológico. Parafraseando Vygotski, quando nos deparamos com uma criança com PC na condição de educando, devemos enfrentar não a deficiência, mas os conflitos que surgem nessa criança enquanto se incorpora na vida. “[...] a educação da criança deficiente é uma educação social.” (VYGOTSKI, 1997, p. 199, tradução nossa).⁴⁴ Ele ainda complementa que não devemos nos esquecer de que a reparação orgânica é impossível e a compensação vai aparecer por influência do defeito, não para reparar o defeito orgânico, mas para a superação psicológica, a substituição, a correção do defeito, a conquista da validade e da aproximação social. Isso porque “o defeito não é somente um fator negativo, uma insuficiência, uma debilidade, mas também um fator positivo, uma fonte de força e capacidade, um estímulo para a compensação” (VYGOTSKI, 1997, p. 199, tradução nossa).⁴⁵

As afirmações dos atletas nas situações de jogo analisadas por eles mesmos nas entrevistas confirmam os estudos de Vygotski (1997):

Não há nada mais gratificante quando você sabe que pode superar as suas limitações.

Antes de participar do esporte, eu não acreditava em mim. Todo mundo falava que eu não era capaz de nada.

A gente tem muita dificuldade motora e elas [as pessoas] não conseguem acreditar que a gente pode superar isso.

Não é fácil ser diferente. Mas agora sei que, mesmo diferente, eu sou capaz, e isso muda muito.

Dessa forma, é necessário acompanhar o que a ciência aponta: o processo educativo deve seguir as tendências naturais da compensação do defeito (VYGOTSKI, 1997). Esse teórico entendia que as pessoas não se diferenciavam qualitativamente das ditas normais; antes, configuravam uma forma diversa de se desenvolver, aprender ou ter referências

⁴³ “Todos los vínculos con las personas, todos los momentos que determinan el lugar del hombre en el ambiente social, su papel y su destino con partícipe de la vida, todas las funciones de su ser social se reestructuran.”

⁴⁴ “... la educación del niño deficiente es una educación social.”

⁴⁵ “... el defecto no es solamente un factor negativo, una insuficiencia, una debilidad, sino también un factor positivo una fuente de fuerza y de capacidad, un estímulo para la compensación.”

culturais. Pelo contrário, os significados culturais permaneceriam como referências comuns a todos os sujeitos sociais, quaisquer que fossem as condições individuais. Para Vygotski (1997), mais importante que os signos seria a possibilidade do acesso aos significados — o que poderia ocorrer através dos mais variados signos ou caminhos de apropriação dos significados. Assim o indivíduo estabeleceria uma renovação constante com significados e valores sociais — tese central no pensamento vygotskiana —, pois dessa forma toda criança passaria de ser biológico para ser social, isto é, seria capaz de construir estruturas mentais cada vez mais complexas.

Vygotski (1997) deixa clara sua posição relativa ao envio de crianças com deficiência a escolas especiais. Em princípio, ele se opõe ao projeto pedagógico de tais escolas porque têm orientação demasiado terapêutica, cujo efeito seria afastar gradativamente a criança do ensino regular. Para ele, o ensino “especial” deve perder seu caráter “especial” para integrar o trabalho educativo comum. Criada apenas para ajudar a escola normal, a escola auxiliar não deve romper “nunca nem em nada” (VYGOTSKI, 1997, p. 93, tradução nossa)⁴⁶ os vínculos com ela. Com freqüência, a escola especial deve tomar por um período os atrasados e restituí-los à normal; deve seguir o rumo dos interesses infantis; orientar-se pela norma; desterrar, por completo, tudo o que agrava o defeito e o atraso — esse é o objetivo da escola. Não deverá ser vergonhoso estudar ali, e sobre suas portas não deve estar escrito: “Perdei toda a esperança os que aqui entráis” (VYGOTSKI, 1997, p. 93).⁴⁷

Para nós, a forma mais apropriada de se dimensionar o pensamento de Vygotski relativo às considerações sobre educação inclusiva de crianças com necessidades especiais deve partir de seu pensamento social de que não haveria diferença essencial na estrutura psíquica e na forma de aprendizagem entre pessoas com deficiência e pessoas “normais”. Essa abordagem nos permite compreender por que Vygotski (1997) defende como fundamental preservar ou promover condições plenas de acessibilidade e trânsito social para crianças potencialmente ameaçadas, pelos seus estados individuais, de segregação ou não-interação com os significados culturais compartilhados pelo grupo social. Daí sua clara ênfase na importância de espaços escolares e sociais menos demarcados institucionalmente — e, portanto, potencialmente segregadores — para crianças com necessidades especiais; daí sua reiteração enfática de que o lugar mais legítimo para todas as crianças é a escola regular. Isso porque a escola especial correria o risco de criar e perpetuar a cultura do déficit, de escola

⁴⁶ “...nunca ni en nada.”

⁴⁷ “Perded toda esperanza los que aquí entráis.” Verso do canto I de “O inferno”, parte de *A divina comédia*, do escritor italiano Dante Alighieri.

menor, onde os significados das identidades — individuais e sociais — seriam velados por atitudes de superproteção, comiseração, rejeição etc. Também seria inadequado impor modelos, valores ou referências culturais que não viabilizassem ao sujeito sua própria síntese cultural, num espaço de intercâmbio sociocultural o mais amplo e democrático possível.

Uma segunda razão para Vygotski (1997) defender a importância da convivência social da criança com necessidades especiais em situações de heterogeneidade e riqueza de trocas sociais está no próprio fundamento de sua teoria sociohistórica. É precisamente na amplitude das relações interpsicológicas que a criança encontrará o meio fértil para desenvolver as estruturas intrapsíquicas do pensamento e da linguagem. Quando falamos de linguagem, tratamos de algo simbólico, de representação de um mundo externo e interno a nós mesmos. A linguagem, aqui, é categorização, explicação do mundo objetivo e do que se passa em nosso interior; é também comunicação, interação, orientação e regulação de quem fala e de quem ouve, vê ou lê; é via de acesso ao outro e revelação do falante. Nesse sentido, podemos imaginar o que significaria a convivência predominante da criança em situações de grupo homogêneos, em escolas ou classes especiais.

O mundo social e a atuação do outro são os parâmetros para se transformarem as formas de conduta. As expectativas, os valores, as possibilidades e os limites postos ou não pelo meio vão direcionar a pessoa para que signifique a realidade e a si própria. Quando a PC está presente, tudo isso já vem marcado pelo estigma do pertencimento a um segmento determinado, inferiorizado e, na maioria das vezes, infantilizado. Os estudos de Vygotski (1997) sobre as deficiências abriram outra perspectiva à educação dessas pessoas; suas críticas foram categorias referentes às concepções que circulavam em sua época. A educação de pessoas com deficiência era fundada na idéia de redução de educação mais lenta ou na falta de capacidade que decorria da própria deficiência. A imagem negativa de débito do desenvolvimento era estabelecida por meio de proporções e escalas fundamentadas numa concepção quantitativa, que se complicava para quem apresentava comprometimentos por algum tipo de deficiência. A diversidade das pessoas não era respeitada para se instituir a uniformização dos quadros clínicos, constituídos por características estatísticas e quantitativas. Segundo Vygotski (1997), essa base para a educação de crianças nas escolas especiais resultava em pedagogia menor, porque não se concebia o desenvolvimento como processo aberto e se tomavam, como ponto de partida, as limitações e os impedimentos da deficiência.

Essas críticas tiveram como alvo o tratamento dado a pessoas com deficiência por volta dos anos de 1920. Contudo, ainda hoje nos deparamos com tais conceitos, tão

enraizados na cultura brasileira. É possível que os horizontes de desenvolvimento e aprendizagem de crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais fossem outros se a educação tivesse tomado a direção apontada pelos estudos de Vygotski (1997; 1998). Mais pesaroso é saber que as 23 pessoas abordadas neste estudo integram essa população que ou passou a maior parte da vida institucionalizada, ou viveu totalmente isolada da vida em sociedade. O que nos mobilizou a fazer esta pesquisa é a certeza de que o esporte pôde proporcionar a cada uma vivências que até então elas desconheciam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS — QUEM SÃO ESSAS PESSOAS

Ao analisarmos os dados da pesquisa, podemos caracterizar as pessoas com paralisia cerebral (PC) que fazem parte deste estudo como pessoas cuja história de vida se assemelha — é marcada pela desinformação — e que, até pouco tempo, eram excluídas da convivência social: desde o nascimento, foram isoladas do mundo, sem direito a sair e impossibilitadas de reclamar. Suas histórias as mostram com o traço característico do determinismo divino: *“sou aquilo que Deus determinou, não adianta lutar contra”*.

Na maioria das vezes, são vítimas de uma mente aprisionada num corpo com distúrbio motor severo que não podem se expressar e sujeitas a uma série de desordens associadas, dor e angústia. Não fazem escolhas. Aceitam o que lhes oferecem — a alimentação, a vestimenta, o penteando — e o que lhes determinam — que programa assistir na TV, a hora de tomar banho, a hora de dormir. Dependem da boa vontade e tolerância não só de familiares, mas também de todos — os poucos — com quem convivem.

Pouco tempo atrás, ouviam músicas que não eram escolhidas por elas e tinham poucas alegrias. Não conheciam cinema nem viajavam; não conheciam senão a vizinhança de suas residências. Residências? Casas pequenas, com quartos pequenos, portas pequenas, banheiros pequenos, áreas pequenas. Vêm de famílias simples, que desconhecem até o motivo da deficiência. Algumas sabem que são pessoas com PC; mas ninguém lhes explicou o que é isso: se é doença ou não; o que ela limita e o que permite; se progride ou estaciona. *“Os médicos me falaram que ele tinha um probleminha.”* Eis o que diz a maioria das mães.

Em seus depoimentos, aparentam não ter se preocupado em saber mais do que se tratava quando foram informadas desse “probleminha”. Também não deixam transparecer se os médicos não foram claros ao informar, ou se elas não conseguiram compreender de imediato o que era. Tem cura? Vai andar ou vai ficar paralítico a vida inteira? Até o momento, fica claro que a maioria delas não compreende muito bem o que é a PC. Poucas procuraram informações e atendimentos especializados para os/as filhos/as desde quando souberam que não eram crianças como as outras, pois havia algo errado no desenvolvimento delas. Assim, os sujeitos — as pessoas — desta pesquisa são marcados, também, pela desinformação, tanto quanto seus familiares.



FIGURA 14 – “Minha mãe nunca soube o que eu tinha [...] cresci sem compreender por que eu não era ‘normal’, por que eu era diferente.”

Fonte: nosso acervo.

Não é difícil compreender por que pessoas com PC são intituladas de “anormais”. O teor dessa fala da atleta Ângela aparece em 90% das outras entrevistas.

Os significados de normalidade e anormalidade relativos ao corpo humano instituídos ao longo da história são produtos mais do âmbito social — padrões de normalidade do corpo que devem corresponder a uma característica padronizada — do que do âmbito vital — como espécie viva, o corpo humano é único e, nesse sentido, cada um é diferente do outro. Se para os pais da criança que nasce com PC ela é “anormal”, para a criança essa anormalidade, essa diferença, só aparecerá quando alguém lhe informar disso, pois se criou uma constância de traços característicos que “apontam” o que é “normal” e o que não é “normal” em relação à constituição física em nossa sociedade. Assim aconteceu com Ângela (FIG. 14) e com as outras pessoas com PC que aparecem nesta pesquisa: a anormalidades delas incomodava mais aos outros do que a elas.

Isoladas do convívio social, essas pessoas desconhecem até seus direitos. Até bem pouco tempo, antes de começarem a participar de atividades esportivas, não tinham Carteira de Identidade nem o Cadastro de Pessoa Física (CPF). Documentos são para identificar e cadastrar as pessoas, comprovar a existência delas pela individualidade única de cada uma.

Por que elas não tinham documentos? Não são individualidades? Não são pessoas? Na primeira competição de que participaram, em 2002, foi necessário pedir a todos que providenciassem os documentos exigidos, pois nenhum os tinha.



FIGURA 15 – “Me disseram que eu não preciso de documentos.”
Fonte: nosso acervo.

Quando solicitados a providenciar a documentação dos atletas, alguns familiares diziam não ser preciso: acreditavam que, por serem pessoas com PC severa, dependentes de auxílio direto para atividades diárias, não necessitavam de documentos. De certa forma, nós os compreendemos, pois, se elas — as pessoas com PC severa — não saíam de casa, não viajavam nem faziam contas, a não ser por meio de seus tutores, nada justificava a exigência de documentos comprobatórios de identidade. Tivemos de pedir permissão aos organizadores da competição para que os atletas participassem, apresentando só o registro de nascimento — pedido prontamente aceito.

Contudo, para depois da competição, havia o compromisso de providenciarem a documentação. Foi gratificante acompanhar a euforia de cada um. Em pouco tempo, todos

estavam com Carteira de Identidade e CPF; orgulhosos, exibiam a Identidade como exibem um troféu. Merece reflexão o fato de que situações tão simples e corriqueiras para nós “normais” sejam tão importantes para eles, tidos como anormais. Podemos afirmar — e de maneira incisiva — que o esporte representa a oportunidade de participar de uma competição, de desencadear a busca pela identidade: não apenas a proporcionada pelos documentos, mas também a identidade como pessoa única.

Após analisarmos as fitas de vídeo, desde o momento de embarque na saída para as competições, compreendemos quem são essas pessoas. A alegria irradiante no olhar e no sorriso, que não conseguem conter, tamanha a felicidade, apresenta um quadro diferente daquele que presenciávamos nos corredores da ADEFU: ontem eram tristes, cabisbaixos, conformados com a condição de dependentes; hoje são felizes, fazem escolhas, reclamam se não estão satisfeitas.

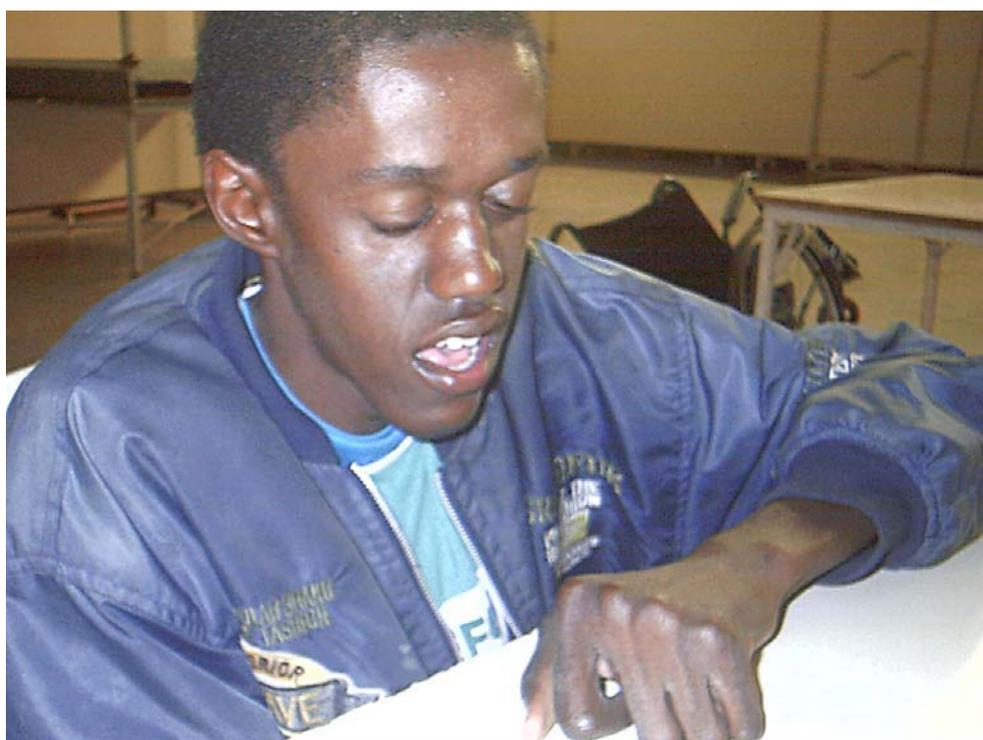


FIGURA 16 – “Minha família nunca acreditou muito em mim. Achava que eu não conseguia raciocinar.”

Fonte: nosso acervo.

Vygotski (1998) explica que a mediação social é o fator, a condição primeira, para que o conteúdo e as formas de pensamento dados no plano social sejam (re)elaborados no plano individual. Para isso, ele ressalta a importância da interação entre criança e criança, criança e adulto, criança e instrumentos físicos como fator fundamental ao desenvolvimento

de funções psicológicas superiores. É o que percebemos ao analisar os dados desta pesquisa: a falta de convivência que pudesse lhes proporcionar essa interação bloqueou o desenvolvimento das funções elementares e superiores. Como as possibilidades de desenvolvimento são proporcionais às experiências de interação, podemos afirmar que as oportunidades de interação dessas pessoas ficaram reduzidas, assim como as de construção de representações mentais que dependem da interação social, pois elas viveram em ambientes com poucas possibilidades de troca — digamos, em ambientes pobres de significação. Noutros termos, a falta de interações significativas provocou uma alienação mental só descoberta quando se descobriram pela convivência social proporcionada pelo esporte.

A deficiência não incapacita a pessoa; apenas torna diferentes suas possibilidades. Nessa perspectiva, a deficiência não deve ser vista como fraqueza, falta, pois as pessoas com PC severa podem encontrar, nas relações sociais, outras formas de desenvolvimento e superar as limitações. Agora, escolhem o que comer, vestir e onde ficar; pedem ajuda, mas se não querem ser ajudadas, recusam e agradecem. A dependência continua, mas com outro sentido: se antes dependiam sem poder escolher, hoje dependem, mas com direito de escolha, pois são respeitadas como pessoas com sentimentos, necessidades, preferências.



FIGURA 17 – “Não é fácil ser diferente. Mas, agora sei que mesmo diferente eu sou capaz e isso muda muito.”
Fonte: nosso acervo.



FIGURA 18 – “Agora as pessoas acreditam mais em mim.”
Fonte: nosso acervo.

Na fita de vídeo que registra a participação dos atletas na sexta edição dos Jogos Brasileiros de Bocha (2004), algumas situações relativas à dependência e ao desrespeito a que estão sujeitos vieram à tona, pois nessa competição aproveitamos para conversar sobre o sentimento de dependência. Segundo o relato do grupo, incomoda mais na dependência ter de fazer as necessitadas fisiológicas com a cara de nojo que faz quem os auxilia; até entendem que a situação produz a sensação, por isso seguram ao máximo, mas quando não conseguem mais, aí *“tem que sair de alguma forma”*. *“Todo mundo faz isso.”* Ao serem perguntados se isso ocorre nas competições ou no dia-a-dia, a resposta foi unânime: no dia-a-dia. Devemos esclarecer que, nas competições, as pessoas que vão apoiar estão sempre disponíveis e dificilmente isso ocorre. Perguntamos se não falavam assim por estarem em nossa presença; afirmaram que não! O grupo todo afirmou que se sentia muito mais incomodado antes de participar de competições. Perguntamos por quê? Responderam que, quando começaram a viajar para competir, compreenderam melhor as situações vivenciadas, pois perceberam que outras pessoas, também, passavam por essa situação, que não eram os únicos a ter de enfrentá-la.

Aproveitamos para perguntar sobre a comida, como se sentiam quanto à dependência para se alimentarem. *“É muito ruim”*, disse um. Por quê? *“A gente tem que esperar as pessoas para colocar a comida na nossa boca. Isso dói muito”*. *“Nem sempre a pessoa tem paciência; quer que a gente coma depressa.”* Perguntamos como é a sensação ou o que sentem quando alguém lhes prepara o prato e não pergunta se gostam do que pôs: *“Não é bom! Às vezes a gente tem comer o que nem gosta, porque as pessoas não perguntam e, se perguntam, nem sempre entendem o que a gente fala”*. *“Pior é quando a pessoa tem nojo da gente: dói, dói lá no fundo!”* Perguntamos como percebem isso — visto que a pessoa muitas vezes não reclama, não fala que sente nojo. De novo a resposta foi unânime: *“a gente não é bobo [...]! A gente percebe, está na cara, no olhar”*. Ao serem perguntados se não estavam confundindo esses olhares e reclamações com brincadeiras e gozações que, às vezes, são feitas com eles para deixá-los mais à vontade, responderam: *“Não, a gente sabe quando é zoeira”*.

Essas conversas surgiram nos jogos de 2004 porque tivemos problemas com um dos apoios; na hora de resolvê-los, aproveitamos para discutir assuntos do dia-a-dia deles não percebidos por quem os cerca. Nas gravações em vídeo, ficaram claros o tratamento diferente em ambientes de competição — se comparado ao tratamento rotineiro — e o despreparo de quem lida com pessoas que têm PC — despreparo esse que os afeta diretamente e deixa marcas profundas. Percebemos, também, que no ambiente de competição há a valorização e o respeito nem sempre presentes noutras situações da vida

deles. Isso é determinante para que as pessoas paralisadas cerebrais que foram objeto deste estudo atribuam ao esporte a responsabilidade de solucionar seus problemas. Até o momento, é o que se apresenta. Os dados nos permitiram ver com clareza o poder da compensação.

Como nos alerta Vygotski (1997), há muitas maneiras de se compensarem limitações impostas pela deficiência, e o esporte competitivo pode ser uma delas. O esforço de cada um nos mostrou capacidades até então desconhecidas, por eles e seus familiares. Superar impossibilidades motoras e cognitivas que até então obstavam suas vidas — estigmatizadas pela deficiência — e os impediam, assim como a outras pessoas da convivência deles (familiares, conhecidos, amigos, vizinhos), de serem valorizados e reconhecidos foi, sem dúvida, uma conquista expressiva.

Na gravação em vídeo das competições, pudemos reconhecer avanços nos processos de desenvolvimento de habilidades motoras como destreza, coordenação, força e equilíbrio que desencadearam o desenvolvimento da concentração, memória e atenção. E tudo leva ao desenvolvimento da afetividade. Nesse sentido, podemos considerar que houve interação mediada pela socialização e por atividades esportivo-competitivas porque desenvolveram processos psicológicos superiores; estes desencadearam o desenvolvimento de funções elementares, que, por sua vez, deram condições materiais para desenvolverem funções psicológicas superiores, num sentido dialético de desenvolvimento.

O esporte — a competição esportiva — trouxe, para os sujeitos desta investigação, um avanço nas relações e na interação social que até então desconheciam. São vivências e experiências registradas na memória de cada um e que desencadearam outras vivências e experiências aparentemente latentes, mas das quais não puderam participar em razão da própria situação dos familiares, cujo desconhecimento ou falta de informação não lhes permitia usufruir delas. Para esses sujeitos, o esporte surgiu como fonte de superação de dificuldades diárias. Além de compreenderem que podem superar suas limitações, entenderam que o esporte lhes trouxe o respeito da família, dos amigos, dos profissionais que os assistem e de toda a sociedade — até então alheia de como pessoas com PC podem superar limitações.



FIGURA 19 – “Agora sei que sou respeitada. Antes, eu era só deficiente; agora sou a Mariane que joga bocha ... escolho o que fazer... quem diria!”

Fonte: nosso acervo.

Essas são as pessoas da pesquisa. Pessoas que experimentaram situações de exclusão e hoje se sentem valorizadas, felizes; que não tinham sonhos nem almejavam a um futuro melhor e hoje se sentem capazes, respeitadas; que querem namorar e se casar; que compreendem que merecem usufruir, senão dos direitos destinados aos “normais”, pelos menos do direito à felicidade. O esporte tem esta magia: levar à busca pela auto-superação; para essas pessoas, além propiciá-la, o esporte trouxe o desenvolvimento das funções elementares, para oportunizar o desenvolvimento das funções superiores, que estavam — se assim podemos dizer — adormecidas, pela falta de vivências e convivências: fatores preponderantes no desenvolvimento de todas as funções, elementares ou não. Com o desenvolvimento motor, veio o cognitivo; com este, vieram os desenvolvimentos que — no dizer de Vygotski — são a aprendizagem. Assim, se aprendizagem é desenvolvimento, e ambos se inter-relacionam desde o primeiro dia de vida (VYGOTSKI, 1998), então podemos afirmar que pessoas com PC, pelos dados desta pesquisa, estiveram adormecidas para o desenvolvimento e a aprendizagem, vítimas que eram da desinformação e do preconceito.

Ao avaliarmos a caminhada para concretizarmos esta pesquisa — parte de nossa prática pedagógica —, constatamos que pouco tem sido feito pela inclusão social de pessoas com PC; e menos ainda no âmbito da pesquisa nesse campo, caso se compare com outros. Do

que ficou, destacamos alguns pontos — para nós — prioritários: a exclusão foi, é e continuará a ser analisada como prática social naturalmente instituída enquanto não houver, para se reverter esse quadro, ações conjuntas da pesquisa, da política, da formação profissional, dos movimentos de pessoas com deficiência e de pessoas com ou sem deficiência — numa palavra, ações da sociedade. A maioria das pessoas não conhece a PC, mesmo professores de Educação Física, e isso as leva a tomar atitudes discriminatórias. O levantamento teórico mostrou que há estudos aprofundados tentando explicar a evolução da educação física e mostrando a busca de sua diversidade e identidade; todavia, mais que isso, tais estudos deixam claro que, se a inclusão das “deficiências” é caminho longo, os passos ainda são curtos. Na formação profissional, ainda há uma lacuna, à espera de programas e currículos adequados às exigências da formação para a diversidade — outrora oculta, agora exposta.

Para essas 23 pessoas e seus familiares, fica uma certeza: algo mudou. Uma mudança profunda, a ponto de afirmarmos que a relevância social da pesquisa, num primeiro plano, materializou-se. Quanto à divulgação de informações — o segundo plano —, também consideramos que a pesquisa tem relevância social, pois adentrar o processo de quebrar paradigmas excludentes requer mais que dedicação: requer preparo e compreensão do tema.

“Agora sei que sou **capaz**
de raciocinar”



FIGURA 20 – Atletas da ADEFU exibem medalhas conquistadas em campeonatos nacionais de bocha
Fonte: nosso acervo.

“Agora as **pe**ss^oas me
respeitam”



FIGURA 21 – Atletas da ADEFU mostram a satisfação em participar dos Jogos abertos de 2004
Fonte: nosso acervo.

“Muita coisa **muda** quando
a gente é **valorizado**”



FIGURA 22 – Atletas da ADEFU que competem nas modalidades de bocha e polybat
Fonte: nosso acervo.

“Hoje me **comunico**
bem **melhor**”



FIGURA 23 – Atletas da ADEFU que disputam competições regionais
Fonte: nosso acervo.

“O esporte mudou
as nossas **vidas**”



FIGURA 24 – Equipe de atletas competidores da ADEFU
Fonte: nosso acervo.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Fernando de. **Da educação física: o que ela é, o que tem sido e o que deveria ser**. São Paulo: Melhoramentos, 1960.
- ANDRADE, Maria Celeste M. **Cultura, cidadania e diferença na escola**. 2003. Dissertação (mestrado em Educação) — Faculdade de Educação da Universidade de Uberaba, Uberaba.
- ARAÚJO, Paulo F. de. **Desporto adaptado no Brasil: origem, institucionalização e atualidade**. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto/INDESP, 1998.
- BAX, M. C. O. Terminology and classification of cerebral palsy. **Development Medicine and Child Neurology**, n. 6, p. 295–97, 1964.
- BEAR, M. F., CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências — desvendando o sistema nervoso**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. Disponível em: <http://www.afh.bio.br/nervoso/nervoso/nosso3.asp>. Acesso em: 05/10/2005
- BETTI, Mauro. **Educação física e sociedade**. São Paulo: Movimento, 1991.
- _____. Ensino de primeiro e segundo graus: Educação Física para quê? **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, n. 13, v. 2, p. 282–87, 1992.
- BOBATH, Karel. **Uma base neurológica para tratamento da paralisia cerebral (a deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral)**. São Paulo: Manole, 1979
- BOBATH, Berta; BOBATH, Karel. **O desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.
- BRACHT, Valter. **Educação física e aprendizagem social**. Porto Alegre: Magister, 1992.
- _____. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. **Cadernos CEDES** [online], v. 19, n. 48, p. 69–88, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32621999000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de mar. 2006.
- BRANDÃO, J. S. **Bases no tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral**. São Paulo: Memnom, 1992.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer 265/69**.
- _____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB**. Lei 5.692/71, de 11 de agosto de 1971a.
- _____. Conselho Federal de educação. **Decreto-lei 69.450**, de 1º de novembro de 1971b.
- _____. Conselho Federal de educação. **Lei 6.503/77**, de 13 de dezembro de 1977.
- _____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução 3/87**, 1987.
- _____. Ministério da educação e do Desporto. **O processo de integração escolar dos alunos portadores de necessidades educativas especiais no sistema educacional brasileiro**. Séries diretrizes n. 11. Brasília: SEESP, 1995.
- _____. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: Corde, 1997.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

_____. Ministério da Educação. **Direito à educação**: necessidades educacionais especiais: subsídios para a atuação do Ministério Público Brasileiro, Brasília: MEC, SEESP, 2001a.

_____. Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Básica (CEB). **Resolução 2/2001**, de 11 de setembro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, Conselho Nacional de Educação, 2001b.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Caderno-texto do curso de capacitação de professores multiplicadores em educação física adaptada**. Brasília: MEC/SEESP, 2002.

_____. Ministério da Educação. **Direito à educação**: subsídios para a gestão dos sistemas educacionais: orientações gerais e marcos legais. Brasília: MEC, SEESP, 2004a

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Programa educação inclusiva**: direito à diversidade — a fundamentação filosófica. Brasília: MEC, SEESP, 2004b.

_____. Ministério da Educação. **Coordenação Geral de Planejamento**: números da educação especial no Brasil. Brasília: MEC, SEESP, 2006.

BROTTO, F. O. **Os jogos cooperativos**: se o importante é competir, o fundamental é cooperar. São Paulo: CEPEUSP, 1995.

BROWN, G. **Jogos cooperativos**: teoria e prática. São Leopoldo: Sinodal, 1994.

BUENO, José Geraldo S. **Crianças com necessidades educacionais especiais, política educacional e formação de professores**: Generalistas ou especialistas? Disponível em: <http://www.educaonline.pro.br/art_crianças_com_necessidades_ee.asp?id_artigo=59> [publicado no site em 20/1/2001]. Acesso em: 15 de abr. 2005

BUENO; S. T.; RESA, J. A. Z. **Educación física para niños y niñas con necesidades educativas especiales**. Málaga: Aljibe, 1995.

CAMPEÃO, Márcia da Silva. **Proposta de ensino de bocha para pessoas com paralisia cerebral**. 2002. Dissertação (mestrado em Educação Física) — Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CAMPOS, Luiz Antonio S. **Os caminhos e descaminhos da educação física escolar**: refletindo sobre o pensamento teórico a partir da prática docente. 2004. Tese (doutorado em Educação Física) — Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CÂNDIDO Ana Maria D. M. **Paralisia cerebral**: abordagem para o pediatra geral e manejo multidisciplinar. 2004. Monografia (residência médica em Pediatria) — Hospital Regional da Asa Sul, Brasília.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1966.

CASTELANI FILHO, L. **Educação física no Brasil**: a história que não se conta. São Paulo: Papyrus, 1994.

CEREBRAL PALSY—INTERNATIONAL SPORTS AND RECREATION ASSOCIATION (CP-ISRA). **Classification & Sports Rules Manual**, 9th Edition 2005/2008. Disponível em: <<http://www.cpisra.org/2k>>. Acesso em: 15 de fev. 2006.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

CIDADE, Ruth E.; FREITAS, Patrícia Silvestre. **Educação física e inclusão: considerações para a prática pedagógica na escola.** Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/sobama/sobamaorg/inclusao.pdf>>. Acesso em: 20 de maio 2005.

COBRA, Rubem Q. **Alfred Adler, fundador da psicologia individual.** Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.cobra.pages.nom.br/ecp-adler.html>>. Acesso em: 12 out. 2005.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do ensino de Educação Física.** São Paulo: Cortez, 1993.

CONTRERAS, José. **A autonomia de professores.** São Paulo: Cortez, 2002.

CORREIA, L. de M. Educação inclusiva ou educação apropriada. In: RODRIGUES, D. (Org.). **Educação e diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva.** Porto: Porto, 2001.

CRUZ; Gilmar de C.; FERREIRA, Júlio R. Processo de formação continuada de professores de educação física em contexto educacional inclusivo. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**, São Paulo, v. 19, n. 2, abr.–jun./2005. Disponível em: <<http://www.usp.br/eeef/rbefe/v19n22005/v19n2p/63.pdf>>. Acesso em: 2 de dez. 2005.

DAOLIO, Jocimar. Educação física escolar: uma abordagem cultural. In: PICCOLO, V. L. N. (Org.) **Educação física escolar: ser ou não ter.** Campinas: UNICAMP, 1993.

DARIDO, Suraya C. **Educação física na escola: questões e reflexões.** Ararás: Topázio, 1999. _____ . **Educação física na escola: questões e reflexões.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Trad. de Edilson Alkmim da Cunha. 2ª ed. Brasília: CORDE, 1997.

DIAMENT, Aaron. Encefalopatias crônicas da infância (paralisia cerebral). In: DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul. **Neurologia infantil.** 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

DUARTE, E.; WERNER, T. Conhecendo um pouco mais sobre as deficiências. In: CURSO DE ATIVIDADE FÍSICA E DESPORTIVA PARA PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA: EDUCÇÃO À DISTANCIA. Rio de Janeiro: ABT: UGF, 1995, v. 3.

EIDT, Leticia M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, . 13, n. 2, p.76–88, maio–ago./2004. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade/XIII_2/artigos%2013.2%20PDF/revista%2013.2%20artigo%207.pdf>. Acesso em: 22 out. 2005.

EWALD, François. **Foucault: a norma e o direito.** Lisboa: Vega, 1993.

FOUCAULT, Michel. Direito de morte e poder sobre a vida. In: _____. **História da sexualidade I. A vontade de saber.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975–1976).** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

_____. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2004a.

_____. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004b.

FREITAS, Soraia N.; CASTRO, Sabrina F. de. Representação social e educação especial: a representação dos professores de alunos com necessidades educativas especiais incluídos na classe comum do ensino regular. **Educação on-line**. Disponível em: [www.educacaoonline.pro.br/art_rs_e_educacao_especial.asp?f_id_artigo=546 - 132k](http://www.educacaoonline.pro.br/art_rs_e_educacao_especial.asp?f_id_artigo=546-132k). Acesso em: 17 de set. 2005.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES Joana Elisabete R. Pinto. Associação entre variáveis do aspecto morfológico e desempenho motor em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Educação Física**, n.10, v. 2, p.99–112, 1996.

HAGBERG, B. Nosology and classification of cerebral palsy. **Giornale di Neuropsichiatria del Eta Evolutiva**, v.4, (supl.), p 12–7, 1989.

INTERNATIONAL BOCCIA COMMISSION. Disponível em: <http://www.bocciainternacional.com/e1/classification/Classificatio.htm>. Acesso em: 3 de jul. 2004.

JULGAMENTO EM NUREMBERG. Direção: Stanley Kramer. São Paulo: Look Filmes, 1994. 1 fita de vídeo (187 minutos), VHS, son., color., legendado. Tradução de Judgment in Nuremberg.

KUBAN, K.C.K.; LEVITON, A. Cerebral palsy. **N. Eng. J. Med.**, v. 20, p. 188–95, 1994.

KUNZ, Elenor. **Transformação didático-pedagógica do esporte**. Ujuí: Unijuí, 1994.

LARROSA, Jorge Bondía. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, jan.–fev.–mar.–abr./2002

LEVITT, S. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor**. São Paulo: Manole, 2001.

LIMA, Sonia M. Toyoshima. **Educação Física Adaptada**: proposta de ação metodológica para formação universitária. 2005. Tese (doutorado em Educação Física) — Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

LUNARDI, Márcia L. **Inclusão/exclusão**: duas faces da mesma moeda. **Cadernos de Educação Especial**, n. 18, 2001. Disponível em: <http://www.ufsm.br/ce/revista/index.htm>. Acesso em: 11 de nov. 2005.

MACEDO, Lino. **Fundamentos para uma educação inclusiva**. Disponível em: <http://www.educacaoonline.pro.br/art>. Acesso em: 2 mar. 2005.

MARQUES, Mario O. **Formação do profissional da educação**. Ijuí: Unijuí, 2003.

MAZZOTTA, Marcos José S. **Educação especial no Brasil**: história e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2005.

NAHAS, Markus Vinicius. Educação física no ensino médio: educação para um estilo de vida ativo no terceiro milênio. In: SEMINÁRIOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR/ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTE, 4. **Anais...** 1997, p. 17–20.

NELSON, K.B.; SWAIMAN, K. F.; RUSSMAN, B. S. Cerebral palsy. In: SWAIMAN, k. F. (Ed.). **Pediatric neurology** — principles and practice. St. Louis: Mosby, 1994, v. 1, p. 471–88.

OLIVEIRA, Marinho V. **O que é educação física**. São Paulo: Nova Cultural, 1986.

OSÓRIO, Antônio Carlos do N.; OSÓRIO, Alda Maria do N. **O direito a educação: desafios da diversidade social.** *Cadernos*: 2004, n. 24, 2004. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/ce/revista/index.htm>>. Acesso em: 2 de fev. 2006.

PINTO, Célia Regina J. Foucault e as constituições brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. **Educação e Sociedade**, ano XXIII, ago./2002 [Dossiê **Diferenças**]. Campinas: Cedes, 2002.

PIOVESANA, Ana Maria S. G. Paralisia cerebral: contribuição do estudo por imagem. In: Souza COSTA, Ângela Maria de; Ferraretto, Ivan. (Org.). **Paralisia cerebral: aspectos práticos**, 1998. São Paulo: Memnon, 1998.

REGRAS INTERNACIONAIS DE BOCCIA. Disponível em: <<http://www.coccia2002.com>>. Acesso em: 17 jul. 2005.

RODRIGUES, David. (Org.). **Educação inclusiva e necessidades educacionais especiais**. Santa Maria: ed. da UFSM, 2005.

SACRISTÁN, José G. **Poderes instáveis em educação**. Porto alegre: Artmed, 1999.

SASSAKI, Romeu K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1999

SILVA, Tomaz. T. A política e a epistemologia da normalização do corpo. **Espaço**, Rio de Janeiro, n. 8, p. 3–15, ago.–dez./1997.

_____. **Teoria cultural e educação: um vocabulário crítico**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

SKLIAR, Carlos. A invenção e a exclusão da alteridade “deficiente”. **Educação e Realidade**, v. 24, n. 2, jul.–dez./1999.

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

_____. (Org.). **Educação e exclusão**. Porto alegre: Meditação, 2004.

SOUZA, Ângela Maria C. de; FERRARETTO, Ivan (Org.). **Paralisia cerebral: aspectos práticos**. São Paulo: Memnon, 1998.

SOUZA, Fani F. de. **Os leprosos na Idade Média**. Disponível em: <<http://www.ifcs.ufrj.br/~frazao/leprosos.htm>>. Acesso em: 4 nov. 2004

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis: Vozes, 2002.

THOMA, Adriana da S. Sobre a proposta de educação inclusiva: notas para ampliar o debate. **Educação Especial**, Santa Maria, n. 23, 2004. Disponível em: <http://www.ufsm.br/ce/revista/artigos_cad.htm-138k>. Acesso em: 3, nov. 2005.

TRIVIÑOS, Augusto. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VILELA, Ana Luísa M. **Cerebelo**. Disponível em: <<http://www.corpohumano.hpg.ig.com.br/sist.nervoso/cerebro/cerebro.2html>>. Acesso em: 04/010/2005

VILELA, Ana Luísa M. **Córtex cerebral**. Disponível em: <http://www.corpohumano.hpg.ig.com.br/sist.nervoso/cerebro/cerebro.2html>. Acesso em: 11 de nov. 2005.

VYGOTSKI, Lev S. **Obras escogidas — Tomo V Fundamentos de defectologia**. Moscú: Pedagógica, 1997.

VYGOTSKI, Lev S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

WERNECK, Cláudia, Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva. Rio de Janeiro: WVA 1997.

WILLIAMSON, D. C. **Polybat (tênis de mesa com lateral)**; um esporte em desenvolvimento para jovens e adultos com deficiências severas. Trad. de Mônica Cobra Melo; org. de Maria da Glória Cid Cobra. Dissertação, Projeto adaptado da Universidade de Nottingham Trent, Inglaterra, (s.d.).

APÊNDICES

APÊNDICE A – Protocolo de entrevista

Entrevista n. _____

Entrevista realizada em _____ / _____ / _____

Dados de Identificação

Nome: _____

Escolaridade: _____

Idade: _____ anos sexo: () M () F

Endereço: _____ Telefone: _____

Esportes que pratica: _____ Frequência: _____

Tempo de prática esportiva: _____ meses _____ anos _____

Roteiro das entrevistas

1) Entrevista – com os pais ou responsáveis conversas de caráter informal, onde os entrevistados expuseram todas as suas opiniões e impressões pessoais sobre o assunto abordado.

Critério: para que todas as entrevista pudessem seguir o mesmo roteiro elegemos duas questões para a família: como era seu filho(a) antes de praticar o esporte? Quais as mudanças visíveis que puderam ser constatadas após o ingresso no esporte?

2) Entrevista com os alunos atletas

Para os alunos/atletas elegemos também estas mesmas perguntas abordadas da seguinte maneira: como você era antes de praticar o esporte? E, como você é hoje, o que o esporte mudou na sua vida?

Obs.: deixei que os entrevistados falassem espontaneamente e fui intervindo com as seguintes perguntas: E na parte motora? A memória como está? Melhorou o raciocínio? Ou continua da mesma forma? Quais as diferenças que você pôde perceber com a prática do esporte?

APÊNDICE B – Carta de apresentação aos participantes do estudo

Uberaba, _____ de _____ de _____.

Senhor(a) entrevistado(a),

Dirijo-me a Vossa Senhoria, na condição de aluna do curso de Mestrado em Educação da Universidade de Uberaba/MG, para solicitar a sua participação em pesquisa que objetiva analisar as contribuições do esporte para a inclusão das pessoas com paralisia cerebral. O estudo em referência constitui tema para dissertação para conclusão de curso sob a orientação da professora Ana Maria Faccioli de Camargo, que procurará desvendar, revelar e explicar a relação do esporte com a inclusão social das pessoas com paralisia cerebral. Pretende-se contribuir, por meio de uma análise crítica, para o debate sobre o tema e estimular ações transformadoras que propiciem a inclusão das pessoas com paralisia cerebral.

Assim gostaria de contar com sua colaboração no sentido da concessão de entrevistas, que serão realizadas em local e horário estabelecidos em comum acordo, com duração prevista de uma hora. Peço-lhe também que autorize a divulgação de nomes e fotografias visto que serão dados enriquecedores para a pesquisa.

Consciente de como sua contribuição é importante e de quão valioso é o seu tempo, agradeço-lhe antecipadamente, considerando que o único retorno que poderei oferecer será a informação acerca dos resultados da pesquisa, que será colocada a sua disposição, assim que o trabalho esteja concluído.

Atenciosamente,

Janaína Pessato Jerônimo

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

A Associação dos Deficientes Físicos de Uberaba (ADEFU) concorda em participar, voluntariamente, do estudo sobre as contribuições do esporte para a inclusão das pessoas com paralisia cerebral, disponibilizando as fontes documentais existentes em nossos arquivos.

Concordamos que as informações podem ser utilizadas em futuras publicações e também que o nome e as fotografias da instituição possam ser divulgados na pesquisa.

Ass. do(a) entrevistado(a)

UBERABA, _____ DE _____ DE _____.

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS ATLETAS ENTREVISTADOS

Eu, _____, concordo em participar, voluntariamente, do estudo sobre as contribuições do esporte para a inclusão das pessoas com paralisia cerebral. Concordo que as informações podem ser utilizadas em futuras publicações e também que meu nome e fotografias possam ser divulgados na pesquisa. Reservando-me, no direito de interromper minha participação quando desejar ou achar necessário e de não responder qualquer questionamento que não julgue pertinente.

Ass. do(a) entrevistado(a)

Uberaba, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Eu, _____, concordo em participar, voluntariamente, do estudo sobre as contribuições do esporte para a inclusão das pessoas com paralisia cerebral.

Concordo que as informações podem ser utilizadas em futuras publicações e também que o nome do meu filho/a e fotografias dele/a possam ser divulgados na pesquisa.

Reservando-me, no direito de interromper tanto a minha participação quanto a dele/as quando desejar ou achar necessário e de não responder qualquer questionamento que não julgue pertinente.

Ass. do(a) entrevistado(a)

Uberaba, _____ de _____ de _____.