

# Educação Especial e Estigma

Corporeidade, sexualidade e  
expressão artística



Eduardo José Manzini (Org.)  
Paulo Roberto Brancatti (Org.)



Unesp  
Marília  
Publicações

EDUCAÇÃO ESPECIAL E ESTIGMA:  
CORPOREIDADE, SEXUALIDADE E  
EXPRESSÃO ARTÍSTICA

Organizadores:  
Eduardo José Manzini  
Paulo Roberto Brancatti

CAPES  
UNESP-MARÍLIA-PUBLICAÇÕES  
1999

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS

Copyright © dos autores, 1999

**Diretor**

Antônio Geraldo de Aguiar

**Vice-Diretor**

Arlêta Nóbrega Zelante

**Assessoria Técnica:** Maria Luzinete Euclides (Bibliotecária)

**Editoração Eletrônica e Arte Final:** Edevaldo Donizeti dos Santos

**Produção Gráfica:** Alípio Prado  
Osvaldo José de Oliveira Rocha

**Distribuição:** UNESP/Marília/Publicações

Todos os direitos reservados. É vedada, nos termos da lei, a reprodução total ou parcial deste livro sem a expressa autorização dos editores.

Educação especial e estigma: corporeidade, sexualidade e expressão artística / organização de Eduardo José Manzini e Paulo Roberto Brancatti. -- Marília : Unesp- Marília-Publicações. 1999. 197p.: 23cm

**ISBN 85-86738-07-7**

**DOI: <https://10.36311/1999.85-86738-07-7>**

I. Estigma. 2. Sexualidade e expressão artística. I. Manzini, Eduardo José, org. II. Brancatti, Paulo Roberto, org. III. Universidade Estadual Paulista.

CDD. 371.9

## SUMÁRIO

### Parte 1 : Conceitos básicos

Deficiência: da diferença ao desvio

*Sadao Omote* ..... 3

Cérebro e deficiência física

*Lígia Maria Presumido Braccialli* ..... 23

Atividades esportivas, recreativas e de lazer aplicadas a pessoas deficientes.

*Paulo Roberto Brancatti* ..... 43

### Parte 2 : Educação Física e Fisioterapia

A importância da atividade lúdica para integração de  
crianças com Síndrome de Down na pré-escola municipal

*Sônia Toledo Modafaris de Lacerda, Paulo Roberto Brancatti* ..... 65

A educação física nas classes especiais das escolas  
públicas de Presidente Prudente

*Paulo Celso Nogueira, Paulo Roberto Brancatti* ..... 77

Educação física e jogos cantados: uma estratégia lúdica para o  
desenvolvimento sócio-afetivo de crianças portadoras de  
paralisia cerebral em idade escolar

*Vagner Sérgio Custódio, Paulo Roberto Brancatti* ..... 95

Expectativas e concepções sobre a fisioterapia: o ponto  
de vista da criança com deficiência física e o ponto de vista da família

*Tânia Terezinha Scudeller Prevedel, Eduardo José Manzini* ..... 111

<b>Parte 3: Sexualidade e expressão artística</b>	
Sexualidade sob a ótica do aluno com deficiência	
<i>Emika Tanaka Shicasho, Eduardo José Manzini</i> .....	133
Concepção do professor especializado sobre a sexualidade do aluno com deficiência	
<i>Maria Aparecida Viudes Poppi, Eduardo José Manzini</i> .....	155
Educação sexual do deficiente mental: subsídios para elaboração de um programa educativo para pais e professores	
<i>Argene Maria V. Lemos, Maria Suzana de Stefano Menin</i> .....	167
A arte como meio de expressão de sentimentos vividos por profissionais da área de educação especial	
<i>Cenise Maria Veigas Martins, Eduardo José Manzini</i> .....	183

## Apresentação

A exemplo do volume anterior, *Integração do aluno com deficiência: perspectivas e práticas pedagógicas*, organizado por Eduardo José Manzini, este livro resulta do esforço empreendido por professores e alunos de um curso de especialização em Educação Especial. A Parte 1 apresenta três dos textos produzidos especificamente para tal curso, introduzindo alguns conceitos básicos. Os capítulos compreendidos nas Partes 2 e 3 foram elaborados a partir de monografias apresentadas por alguns dos alunos. Assim, a presente obra se reveste de significados muito especiais, que devem ser destacados.

Nas duas últimas décadas, os cursos de especialização tornaram-se importantes instrumentos de qualificação de profissionais da área de Educação Especial, tanto de atualização para alguns quanto de iniciação na área para outros. Comumente esses cursos exigem algum trabalho de conclusão, realizado sob a orientação de algum professor e eventualmente apresentado perante uma banca examinadora. A possibilidade de divulgação das monografias de conclusão de curso de especialização, por meio da publicação de uma coletânea, cria uma motivação muito especial para seus autores e confere à realização do trabalho um grau de responsabilidade que nem sempre pode ser encontrado quando a monografia cumpre apenas a função de avaliação e aprovação final do aluno.

O trabalho desenvolvido com vistas à elaboração da monografia tem-se constituído, em alguns cursos de especialização, em importantes oportunidades de realização de pesquisa. Um volume não desprezível de pesquisas na área da Educação Especial tem sido realizado por alunos de cursos de especialização e relatado em suas monografias. Muitos desses trabalhos têm sido divulgados em reuniões científicas - regionais, nacionais e até internacionais - e ocasionalmente em periódicos científicos. Uma amostra de administração eficiente da produção científica de alunos de curso de especialização em Educação Especial pode ser vista em Almeida e Marchezine (1997).

A presente obra apresenta também uma importante característica. Os textos não se destinam a esclarecer questões relacionadas a alguma deficiência específica. Alguns capítulos tratam de assuntos relativos a deficientes de maneira geral e outros tratam de diferentes deficiências. Essa reunião de textos que não tratam de uma única deficiência reflete inequivocamente o perfil do Curso de Especialização em Educação Especial, cujo desenvolvimento deu origem aos trabalhos relatados neste volume e no anterior. Os organizadores do curso e os docentes que ministraram as várias disciplinas acreditam na necessidade de buscar a compreensão tanto das especificidades de cada tipo de deficiência quanto dos problemas comuns a diferentes deficiências.

Buscou-se a especialização em Educação Especial, e não em alguma deficiência específica. Foram tratados problemas comuns da área e, ao mesmo tempo, de particularidades relativas a cada deficiência específica. Um pouco dessa orientação o leitor poderá perceber visitando os capítulos da presente obra.

Sadao Omote

### **Referência Bibliográfica**

ALMEIDA, M. A., MARQUEZINE, M. C. (Org.) *Produção científica do Curso de Especialização em Deficiência Mental da UEL: 1987-1997*. Londrina: Editora UEL, 1997.

PARTE 1  
CONCEITOS BÁSICOS





## DEFICIÊNCIA: DA DIFERENÇA AO DESVIO

Sadao OMOTE<sup>1</sup>

O conceito de deficiência, uma das noções basilares da Educação Especial, é amplo e ambíguo, comportando uma multiplicidade de significados. Apesar de existirem definições fundamentadas em critérios objetivos e tentativas de uniformização de terminologias, a prática da Educação Especial mostra que, nesta área, os significados atribuídos a certos termos e consagrados pelo uso parecem prevalecer sobre as definições oficiais. Daí, não se estranha que, numa escola pública, sejam identificados e tratados como deficientes mentais certos alunos que, na realidade, não atendem rigorosamente aos critérios de elegibilidade decorrentes de tais definições.

O desencontro entre as características de alunos identificados como deficientes mentais e os critérios de elegibilidade a classe especial nem sempre se torna evidente, na medida em que aqueles alunos passam a ser tratados como deficientes mentais. As evidências do suposto acerto desse tratamento podem ser falsamente identificadas, mediante a interpretação conveniente dos fatos, coerentemente com as necessidades do contexto em que o fenômeno da deficiência adquire particular importância, merecendo atenção e medidas especiais. A dificuldade escolar apresentada por um aluno, como resultado, por exemplo, do repertório que não satisfaz aos pré-requisitos exigidos pelas atividades acadêmicas em desenvolvimento, pode ser interpretada como evidência da deficiência mental.

O atendimento dispensado àqueles alunos identificados e tratados como deficientes mentais também pode contribuir para confirmar equivocadamente o acerto do diagnóstico e do encaminhamento. O atendimento desses alunos, caso seja fortemente influenciado por estereótipos de deficientes mentais e expectativas associadas à sua capacidade e ao seu desempenho, pode produzir nos alunos evidências comportamentais que acabam por confirmar a suspeita de deficiência mental deles.

---

<sup>1</sup> Departamento de Educação Especial - Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp - Câmpus de Marília.

Os vieses presentes em situação de diagnóstico e os mecanismos de profecia auto-realizadora são amplamente conhecidos no contexto da Educação Especial. Essas ocorrências não podem ser tratadas simplesmente como erros ou equívocos. Em vez disso, convém tratá-las como fenômenos que fazem parte integrante de percepção e relação interpessoal envolvendo pessoas que são vistas como não inteiramente normais (Omote, 1994). Essa perspectiva parece enriquecer sobremaneira a análise da construção social das deficiências.

Em vez de reiterar a necessidade da compreensão correta das definições de deficiência e da obediência rigorosa aos critérios de identificação e classificação, no processo de diagnóstico e tratamento de pessoas deficientes, vamos identificar e dimensionar alguns fenômenos de natureza diferente, envolvidos na noção da deficiência. Inicialmente, daremos destaque à *diferença, incapacidade, desvio e estigma*. Em seguida, outras noções serão introduzidas para a compreensão do mecanismo de construção e manipulação das deficiências.

## 1 Diferença, incapacidade, desvio e estigma

A razão primeira por que, em qualquer sociedade, as pessoas têm consciência da existência de algumas formas de deficiência que merecem atenção especial é, certamente, a percepção da existência de *diferenças individuais*. As pessoas apresentam um número incontável de diferenças umas em relação a outras. Algumas são imediatamente visíveis e outras, de visibilidade mais difícil. Algumas chamam a especial atenção e outras, ainda que sejam bastante visíveis, não se destacam na percepção das pessoas. As diferenças não são propriedades inerentes a algum atributo de uma pessoa. Uma diferença, na realidade, só emerge a partir de comparações. Podem ser comparações de um atributo ou comportamento de uma pessoa com o de outra. Podem ser comparações tomando por base um padrão, uma norma, um critério qualquer.

Duas condições importantes das diferenças precisam ser destacadas. Em primeiro lugar, dependem de avaliações e julgamentos. Em segundo lugar, a percepção das diferenças que se destacam numa situação tende a ser compartilhada pelas pessoas que participam dessa situação. Essas duas dimensões que caracterizam as diferenças percebidas e tratadas como importantes –

juízo e consenso – têm importância especial na compreensão do estigma, como se verá adiante.

Podem ser identificadas diferenças de várias espécies. Na nossa discussão acerca das deficiências, as diferenças que importam referem-se a atributos pessoais (anátomo-fisiológicos, somato-psicológicos e psicossociais) ou a comportamentos. Essas diferenças podem resultar da variabilidade intrínseca à espécie humana, de certas alterações ocorridas no organismo e de variações no ambiente (físico-químico e psicossocial). Na realidade, deve ser incluída aqui diferença atribuída a alguém em função da sua afiliação grupal. Por fim, para a presente discussão, importam aquelas diferenças que chamam a especial atenção das pessoas porque são percebidas como desvantajosas e são atribuídas significações especialmente negativas, levando o seu portador ao descrédito social.

Às alterações orgânicas que produzem diferenças que podem ser interpretadas como desvantajosas temos nos referido por *incapacidades*<sup>2</sup> (este pode não ser o melhor nome). Essas incapacidades referem-se a alterações estruturais ou funcionais, presentes no organismo, que limitam expressivamente a utilização do corpo como instrumento de ação sobre o meio ou de interação com ele. As incapacidades podem resultar de patologias congênitas ou adquiridas, ou outras ocorrências como acidentes automobilísticos, acidentes de trabalho, intoxicações etc.

Apesar de as incapacidades limitarem expressivamente o funcionamento de seus portadores, nem sempre levam ao descrédito social deles. Portanto, a condição de ser deficiente não decorre automaticamente da posse de uma incapacidade. É necessário levar em conta as conseqüências sociais que resultam da limitação imposta pela incapacidade. Isso remete à questão do desvio.

O *desvio* é um fenômeno social, construído para pôr em evidência o caráter negativo atribuído a determinadas qualidades de uma pessoa (atributos,

---

<sup>2</sup> Amaral (1995) utilizava o termo 'impedimento', com referência a alterações orgânicas aqui referidas por 'incapacidade'. Recentemente, passou a utilizar o termo 'deficiência', em vez de impedimento, acompanhando a tradução para o português do manual de classificação de deficiências, da Organização Mundial da Saúde. Evidentemente, é importante que se busque uniformizar as terminologias, porém mais importante ainda é apreender rigorosamente o que cada autor quer dizer com cada termo.

comportamentos ou afiliação grupal), que servem de base para estigmatizar e segregar essa pessoa. O desvio é criado, e sobreposto ao atributo ou ao comportamento, quando a não conformidade destes às expectativas normativas<sup>3</sup> não pode ser tolerada, sob pena de se criarem situações que podem pôr em risco aspectos da vida coletiva normal. Pode-se dizer que, desta maneira, um atributo ou comportamento deixa de ser apenas uma diferença para tornar-se uma diferença ofensiva, eventualmente até ameaçadora, que leva a pessoa a ser tratada de modo diferente pela coletividade. Essa diferença passa a receber interpretações especiais, sugerindo que se trata de algo a ser evitado por pessoas comuns da coletividade. A pessoa que possui esse tipo de diferença é tratada como desviante.

Esse significado de desvio deve ser diferenciado daquele com que o termo costuma ser empregado para designar qualquer distanciamento em relação a um valor considerado normal, padrão ou médio. Nesta acepção, o desvio não tem necessariamente valor negativo e depreciativo<sup>4</sup>. Qualquer capacidade acima da média ou padrão, e não apenas abaixo, representa desvio. Portanto, o gênio é tão desviante quanto o retardado, no sentido estatístico. A condição de ser desviante ou não desviante é definida independentemente de quem está sendo avaliado e julgado. Depende apenas da aplicação de um critério.

A significação de desvio, no contexto da presente discussão, por outro lado, implica uma complexa relação entre a pessoa que é percebida e tratada como desviante, as pessoas que a percebem e tratam como desviante e o contexto no qual isso ocorre. Nenhuma qualidade (atributo, comportamento ou afiliação grupal) tem inerentemente o sentido de desvio, ainda que se distancie do valor considerado normal, padrão ou médio. Uma qualidade qualquer pode ser interpretada e tratada como um caso de desvio, dependendo de quem é o portador ou ator, de quem constitui a audiência e do contexto em que ocorre esse julgamento.

---

<sup>3</sup> Temos preferido utilizar o termo 'expectativas normativas', com Goffman (1963), a utilizar os termos 'normas' e 'padrões', pois, nas relações sociais concretas, não é o cumprimento de quaisquer normas ou padrões que é exigido. Em vez disso, criam-se expectativas acerca de determinados atributos ou comportamentos em determinadas situações, e o cumprimento dessas expectativas é exigido dos que fazem parte da coletividade. Essas expectativas adquirem a força de normas a serem cumpridas rigorosamente.

<sup>4</sup> Na realidade, o desvio *per se*, independentemente do seu significado, pode exercer efeitos sobre as relações interpessoais, ao menos em situações em que tal desvio é destacado, como mostraram os experimentos de laboratório realizados por Freedman e Doob (1968).

Nessa extensão, uma qualidade pode: (1) caracterizar determinadas pessoas como desviantes, mas não outras; (2) levar seus portadores a serem caracterizados como desviantes por determinadas audiências, mas não por outras; e (3) levar seus portadores a serem caracterizados como desviantes pelos mesmos juízes numa determinada situação, mas não em outras. A probabilidade de uma qualidade ser tratada como um desvio não é determinada diretamente pela extensão do distanciamento em relação ao valor normal, padrão ou médio, nem pela extensão de limitações que pode impor ao seu portador. Assim, uma grande diferença pode não ser desvio nenhum e uma pequena diferença, um grande desvio; uma condição altamente limitadora pode não ser tratada como desvio, e uma outra condição que limita pouco ou nada pode tornar-se um grande desvio.

A caracterização como desvio de uma determinada condição, apresentada por uma determinada pessoa, depende, em última instância, da reação de cada audiência, em cada circunstância. O desvio não pode ser definido a partir de algum padrão, norma ou média preexistente. É necessário aguardar a resposta de uma dada audiência, perante uma qualidade de alguém (atributo, comportamento ou afiliação grupal), para saber se esta se constitui num caso de desvio. Se tal qualidade for tratada como um caso de desvio, o portador ou o ator será mais ou menos inevitavelmente desacreditado socialmente. Isto remete à questão do estigma.

O *estigma* se refere à condição de desgraça e descrédito social atribuída ao desviante. Originalmente, o termo estigma era utilizado, na Grécia antiga, com referência a sinais físicos produzidos artificialmente no corpo de uma pessoa (com cortes ou ferro em brasa), para sinalizar o *status* moral inferior dela, indicando que se tratava de uma pessoa marcada e com a qual devia evitar contato, especialmente em locais públicos. Esse assunto foi brilhantemente tratado por Goffman (1963) no seu antológico ensaio.

O termo estigma era utilizado, na Idade Média, com referência a sinais físicos presentes no corpo de alguém, e que era interpretado como sinal de graça divina recebida por ele. Era também utilizado na acepção médica, como sinais físicos do corpo que indicavam a presença de alguma doença.

Na atualidade, no contexto da Educação Especial, a palavra *estigma* é utilizada com um sentido semelhante ao original, porém refere-se mais à própria condição de descrédito social que a atributos físicos do corpo. É, portanto, uma marca social, uma mancha ou mácula social, como alguns preferem. Trata-se, portanto, da marca social de inferioridade social. Esse descrédito social resulta de julgamentos mais ou menos consensuais das pessoas que participam da relação com o estigmatizado.

Na discussão sobre a questão do estigma, freqüentemente tem sido apontado como sendo o próprio estigma o atributo que torna alguém diferente de pessoas comuns, com um profundo sentido depreciativo, caracterizando-o como um ser inferior. O próprio Goffman (1963) acenou nessa direção, ao apontar que enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande... (p. 12)

Entretanto, logo em seguida, assinalou que é necessária a linguagem de relações, pois um “atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem” (p. 13).

O uso da palavra *estigma*, com essa significação, precisa ser diferenciado daquele que ainda persiste, associando o estigma a patologias específicas. Por exemplo, o estigma da síndrome de Down se refere a alguns sinais visíveis que indicam a presença dessa síndrome. Portanto, é com referência a sinais físicos do corpo.

A condição de desgraça e descrédito social de desviantes pode ser estendida a relações sociais próximas, como os familiares ou amigos íntimos de desviantes estigmatizados, os quais podem sofrer privações sociais semelhantes àquelas impostas a estes. Em tais circunstâncias, dizemos que aquelas pessoas possuem o estigma de cortesia. Eventualmente, os profissionais que prestam serviços aos estigmatizados podem também receber o estigma de cortesia.

Até aqui tratamos de fenômenos de duas ordens distintas: a incapacidade, que é um fenômeno de natureza anátomo-fisiológica, e o desvio e o estigma, que são fenômenos de natureza psicossocial e cultural. A questão central, para se compreender a deficiência, é compreender a articulação que ocorre entre esses fenômenos, envolvendo pessoas específicas referidas como deficientes e os grupos no interior dos quais essas pessoas são referidas e tratadas como deficientes. É o que veremos na seção seguinte.

## **2 A audiência e o ator**

É preciso considerar que as pessoas portadoras de incapacidades podem ser tratadas como desviantes e ser estigmatizadas, em graus variados, de acordo com a natureza da incapacidade e a interpretação que uma audiência faz dela, e não necessariamente em função da gravidade do comprometimento. Num extremo, pode-se verificar que, apesar de certas incapacidades acarretarem limitações visíveis e expressivas em diferentes manifestações das pessoas portadoras, praticamente não ocorre qualquer estigmatização destas e nem é criada qualquer categoria de desviantes à qual possam ser encaixadas. Noutro extremo do contínuo, podemos encontrar incapacidades que, mesmo não implicando limitações tão expressivas dos portadores, podem levá-los à acentuada estigmatização e à colocação em alguma categoria de desviantes, inclusive com a prescrição de todo o tratamento distintivo destinado a eles.

Essa análise leva a distinguir duas situações interessantes: (1) pessoas portadoras de incapacidades, sem estigma e sem integrar nenhuma categoria de desviantes; e (2) pessoas portadoras de incapacidades, com variados graus de estigmatização e encaixadas em categorias de desviantes com variados graus de tratamentos distintivos. Qualquer pessoa pode passar de uma situação para outra, conforme a dinâmica da relação entre ela e a sua coletividade. Na realidade, a observação recomenda considerar uma terceira situação: a de pessoas que, embora não possuam nenhuma incapacidade, são estigmatizadas e colocadas em categorias de desviantes.



Uma pessoa pode ser portadora de alguma incapacidade que a deixa severamente limitada em várias capacidades e atividades, e nem por isso ser estigmatizada ou colocada em alguma categoria de pessoas a serem tratadas distintivamente. Existem muitas incapacidades que, apesar de não permitirem que os seus portadores cumpram muitas das atividades estabelecidas pela coletividade, não são tratadas por esta como casos de desvio. São incapacidades sem estigma, como asma, alergias, cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes, hemofilia (pelo menos até a construção social do desvio relativo a AIDS e do respectivo estigma), albinismo, etc. Talvez não sejam criados desvios relativos a essas incapacidades, porque elas não levam o portador ao não cumprimento de nenhuma expectativa normativa importante para a preservação do equilíbrio da vida coletiva.

A segunda situação se refere a pessoas que, além de serem portadoras de incapacidades, são estigmatizadas e colocadas em alguma categoria de desviantes, sendo tratadas distintivamente. Nessa perspectiva, estamos nos referindo a incapacidades cujas conseqüências sobre o portador são interpretadas como altamente desviantes num determinado contexto e momento social e histórico. Essas incapacidades levam o portador ao não cumprimento de importantes expectativas normativas, constituindo-se em séria ameaça social à vida coletiva.

Assim, é criado o desvio, são identificadas as pessoas que podem ser colocadas na respectiva categoria de desviantes e são criados tratamentos distintivos destinados a essas pessoas. São criadas terminologias e profissionalizam-se os serviços distintivos destinados aos desviantes. As terminologias e os serviços se especializam cada vez mais, e os desviantes tendem a ser cada vez mais vistos como distintos das pessoas comuns. Eventualmente, os desviantes podem ser vistos como sendo inteiramente diferentes das pessoas comuns, até mesmo nos atributos e comportamentos não afetados absolutamente pela incapacidade de que são portadores. Os efeitos específicos de uma incapacidade podem, nesse processo, ser globalizados pela audiência, que generaliza as limitações para todas as áreas de atividades dessas pessoas.

A terceira situação se refere a pessoas que são encaixadas em alguma categoria de desviantes, embora não sejam portadoras de nenhuma incapacidade. Essa colocação em alguma categoria de desviantes e conseqüente estigmatização ocorre em função de algum atributo ou comportamento que não está de conformidade com as expectativas normativas. Podem ser estatura baixa ou deformidade facial, em uma sociedade que valoriza a perfeição e a beleza físicas, ou comportamentos sexuais liberais em uma sociedade conservadora. Aqui, a afiliação grupal das pessoas (por exemplo, ser membro de algum grupo minoritário desacreditado socialmente, como ciganos ou certas torcidas organizadas de futebol) pode ser vista eventualmente como uma importante fonte dessa não conformidade.

As mais variadas condições podem levar as pessoas à estigmatização: patologias e suas seqüelas, atributos pessoais, comportamentos, afiliação a minorias etno-culturais e outros grupos minoritários, etc. Portanto, talvez conviesse utilizar um termo genérico, com ampla significação, como *condições geradoras de estigma*, com referência a ampla gama de condições que podem levar as pessoas a serem tratadas como cidadãos de segunda categoria.

É importante salientar que nenhum atributo ou comportamento é inerente nem universalmente desviante. Só adquire o sentido de algo desviante em função de outro conjunto de variáveis, destacando-se aí as outras qualidades do ator, as características da audiência que faz o julgamento e do contexto social e histórico no qual ocorre o julgamento. Daí porque uma pessoa pode não ser tratada como desviante, mesmo que apresente atributo ou comportamento habitualmente tratado como desvio.

Significa que um mesmo atributo ou comportamento pode ser motivo para um ator ser tratado como desviante e um outro ator não ser tratado como desviante (por exemplo, matar a mulher e o amante pode levar um trabalhador pobre, com pouca escolaridade, a ser julgado e tratado como um assassino frio e cruel, mas pode levar um rico *playboy*, filho de influente político, a ser julgado e tratado como inocente vítima ou, mais do que isso, como um cidadão honrado que defendeu, com aquele duplo assassinato, legitimamente a sua honra). Semelhantemente, um mesmo ator pode ser tratado como um desviante por uma

audiência e não por uma outra audiência (por exemplo, a dificuldade escolar crônica de um aluno pobre de periferia pode ser interpretada pelos professores como um grave problema, talvez até deficiência mental, mas ser interpretada como uma coisa absolutamente normal pelos pais dele). Ser tratado como desviante ou não pode depender também do contexto no qual ocorre o julgamento. A dificuldade escolar daquele aluno de periferia pode ser mais facilmente interpretada como evidência da deficiência mental numa situação em que a escola esteja necessitando de alunos deficientes mentais para abrir mais uma classe especial, no contexto de euforia pela expansão de recursos de ensino especial, do que numa outra situação em que não haja vaga em classes especiais da escola ou estejam estas sendo extintas por serem consideradas segregativas por educadores entusiasmados com a proposta de inclusão escolar. Tudo isso mostra a complexa articulação que ocorre entre atributo ou comportamento, expectativas normativas, as características do ator e da audiência, e o contexto no qual ocorre o julgamento.

Apesar dessa relatividade, alguns atributos e comportamentos podem ser interpretados como sendo desviantes mais facilmente que outros, mais ou menos independentemente de quem é o ator, da audiência e do contexto social e histórico. Assim são algumas severas deformidades, sobretudo as faciais, ainda que não impliquem nenhuma limitação diretamente decorrente delas; alguns comportamentos também são mais ou menos universalmente interpretados como desviantes, como, por exemplo, o incesto. Por outro lado, mesmo comportamentos que parecem, à primeira vista, universalmente desviantes, como o assassinato, podem depender fortemente das demais características do ator, da audiência e do contexto social e histórico para serem interpretados e tratados efetivamente como casos de desvio, ou, ao contrário, como ato de bravura e de heroísmo a ser louvado e valorizado socialmente.

Por tudo isso, ao considerar a questão do desvio e do estigma, um conceito que adquire uma importância particularmente grande é o de *audiência*. Em praticamente todas as situações, é a audiência que, em última instância, determina se um dado comportamento ou atributo será tratado como caso de desvio ou não. A reação da audiência é, certamente, o melhor critério para determinar se um atributo ou comportamento constitui, de fato, um desvio, já

que tal condição é contingente a um conjunto de fatores nem sempre previamente detectáveis. Portanto, cada desvio e o respectivo estigma precisam ser interpretados em função da audiência perante a qual uma condição constitui esse desvio. Perante outras audiências, a mesma condição pode não constituir nenhum caso de desvio. Portanto, afirmação como “fulano é deficiente” não tem sentido. Teria que ser *fulano é deficiente perante esta ou aquela audiência* (um aluno pode ser deficiente na escola e não em casa).

### 3 A construção do desvio e da identidade de desviante

Um atributo, comportamento ou afiliação grupal pode levar à construção de um desvio mediante tratamento distintivo destinado a seus portadores ou atores. Esse tratamento consiste de algumas etapas bem visíveis: identificação e reconhecimento público de alguém como desviante, exclusão dessa pessoa das principais atividades normais da coletividade, inclusão dessa pessoa em atividades especialmente criadas para essa categoria de pessoas desviantes, incorporação pelo ator da imagem de si próprio como desviante e a emergência da condição de desviante como *status* principal do ator.

Um atributo ou comportamento que não está de conformidade com as expectativas normativas pode ser interpretado como uma ameaça e passar a ser alvo de controle por parte da coletividade. Nessa medida, iniciam-se procedimentos para a identificação pública de portadores desse atributo ou sujeitos desse comportamento.

De alguma maneira, as pessoas identificadas como portadoras de alguma qualidade abominável precisam ter o seu *status* especial publicamente reconhecido. Um nome para designar essas pessoas passa a ter um importante papel (veremos adiante a questão da rotulação). O procedimento mais notável para tornar publicamente visível a condição especial dessas pessoas é o tratamento distintivo que elas passam a receber. Esse tratamento distintivo consiste inicialmente na exclusão delas de algumas das principais atividades normais desenvolvidas por pessoas comuns. Comumente, soma-se a isso a inclusão, muitas

vezes compulsória, em atividades especialmente planejadas e desenvolvidas para essas pessoas consideradas especiais.

A identificação e o reconhecimento público de alguém como sendo portador de alguma qualidade indesejável e o seu tratamento distintivo, que implica exclusão das atividades normais e inclusão em atividades especialmente destinadas à categoria de pessoas com tais características, ajudam a marcar essas pessoas, levando-as ao descrédito social. Estas acabam incorporando o ponto de vista da coletividade a seu respeito, aprendendo a ver a si próprias como portadoras de alguma qualidade indesejável, limitadas e inadequadas, que não podem participar de muitas das atividades normais de pessoas comuns. Essa trágica ironia se constitui num ponto fundamental para a construção da identidade de pessoa desviante.

Por fim, a condição de desviante acaba tornando-se o *status* principal dessas pessoas. Passam a ser vistas primariamente como portadoras de alguma qualidade indesejável (alcoolista, deficiente, aidético, homossexual, presidiário, doente mental, etc.) e apenas secundariamente as outras condições (homem, mulher, pai, mãe, criança, estudante, trabalhador, etc.) são lembradas. Assim, um aluno de classe especial pode ser visto acima de tudo como um deficiente, um aluno de classe especial, um aluno com necessidades especiais, etc., e apenas secundariamente como um menino que gosta de brincar de bola, um aluno regularmente matriculado na escola, um aluno com gosto especial pela música, etc. Na medida em que a condição de desviante se torna o *status* principal, a pessoa se destaca perante a sua audiência como um desviante. E o ciclo se completa com a construção da identidade de pessoa desviante, assumida integralmente por ela.

#### 4 Rótulos e estereótipos

O atributo ou o comportamento abominado que se transforma em desvio requer um nome, assim como a pessoa identificada como portadora dessa qualidade desviante precisa de um nome. Criam-se rótulos para designar o desvio

e a pessoa desviante (deficiência/deficiente, loucura/louco, alcoolismo/alcoolista, tráfico de droga/traficante, prostituição/prostituta etc.).

No contexto da Educação Especial, falou-se muito na inconveniência de se rotularem pessoas. Muitas discussões ocorreram em torno dos prejuízos que o rótulo poderia trazer para a pessoa rotulada. Muitos rótulos foram substituídos por outros, presumidamente menos pejorativos e estigmatizantes. Termos como 'idiota', 'imbecil' e 'mentecapto' foram substituídos por 'retardado mental' ou 'deficiente mental'. Mais recentemente, recomendam-se os termos como 'portador de deficiência' ou 'com deficiência' em vez de 'deficiente'. Uma profusão de terminologias e siglas vem surgindo nos últimos tempos: 'pessoa portadora de necessidades especiais', 'portadora de necessidades educacionais especiais', 'pessoa sensorialmente diferenciada', 'PPDM', 'PNE', 'PPNE' etc.

Duas questões precisam ficar claras com referência ao problema da rotulação. Em primeiro lugar, qualquer rótulo pode acabar adquirindo conotação negativa com o uso. Portanto, a substituição de um rótulo altamente pejorativo por um outro de conotação neutra ou favorável não resolve o problema. Com tempo, o uso constante desse novo rótulo acaba por emprestar-lhe uma conotação pejorativa, simplesmente porque é sistematicamente associado com outro evento que tem uma significação profundamente negativa.

Em segundo lugar, qualquer fenômeno, evento ou ocorrência precisa ter um nome para ser designado. Sem esse nome fica difícil a comunicação entre as pessoas. Trata-se apenas de um nome para designar uma condição e, portanto, não pode conter uma minuciosa descrição da condição ou da pessoa rotulada. Assim, o rótulo não pode ser utilizado como se sintetizasse as principais informações acerca da condição ou pessoa rotulada. A partir do rótulo, nenhuma previsão pode ser feita a respeito das capacidades da pessoa rotulada, nem pode ser feita qualquer prescrição de alguma espécie de atendimento. Deve ser utilizado o rótulo simplesmente como um nome. Efeitos negativos que podem advir não são decorrentes do próprio rótulo, mas do uso indevido que se faz dele.

Esse uso indevido do rótulo está associado a um outro fenômeno relacionado a desvios. O rótulo, embora seja apenas um nome, acaba sendo utilizado como se fosse uma descrição completa da pessoa rotulada. Isto porque,

junto com os desvios, são criadas categorias nas quais são encaixadas as pessoas identificadas publicamente como desviantes e tratadas distintivamente. A pessoa que recebe um determinado rótulo é colocada na respectiva categoria.

No uso que as pessoas fazem dessas categorias, tendem a ser exacerbadas as semelhanças e negligenciadas as diferenças entre os membros de uma mesma categoria, ao mesmo tempo em que tendem a ser exacerbadas as diferenças e negligenciadas as semelhanças entre os membros de uma categoria e os de outras categorias. Com isso, cria-se a ilusão de uma grande homogeneidade entre os membros de uma mesma categoria, sugerindo que pode ser bastante adequado utilizar um nome comum para designar todos os integrantes dessa categoria. Eventualmente, pode até sugerir que justifica plenamente dispensar igual tratamento para os membros de uma mesma categoria. Cria-se também a ilusão de grande diferença entre os membros dessa categoria e os de outras categorias, contribuindo para tornar saliente a condição desviante daqueles, até sugerindo que são muito diferentes de pessoas comuns.

Além de se criar a ilusão de homogeneidade intracategoria, a condição de desviante torna-se o *status* principal das pessoas rotuladas, conforme apontamos parágrafos atrás. Nessas circunstâncias, facilmente esses desviantes passam a ser caracterizados através de um número limitado de qualidades. As pessoas comuns costumam ser vistas como possuidoras de uma quantidade grande de características, pois desempenham diferentes papéis na vida (um homem pode ser marido, pai, bancário, sócio do Tênis Clube, esportista, torcedor corinthiano, jogador de truco, churrasqueiro de fim de semana etc.), e isto é reconhecido pela coletividade. Por outro lado, a pessoa rotulada, encaixada numa categoria de divergentes e cuja condição divergente é o seu *status* principal, pode ser caracterizada através de poucas qualidades, pois suas outras condições são lembradas apenas secundariamente, como se não fizessem parte da sua identidade. Essas poucas qualidades podem ser generalizadas para todos os membros de uma mesma categoria, já que são vistos como se fossem muito parecidos uns com outros.

Os *estereótipos* se referem exatamente a esses traços, pouco numerosos, que são utilizados para a caracterização generalizada de todos os

membros de uma categoria que recebem um mesmo rótulo. Assim, os cegos tendem a ser vistos como dóceis e os aleijados, como complexados. Pode haver um grande consenso em torno de uma quantidade limitada de traços através dos quais uma categoria inteira de pessoas é qualificada, com base no rótulo comum que elas recebem.

Na literatura especializada, os estereótipos são referidos como uma simplificação da realidade, que é indevidamente generalizada. São também referidos como sendo rígidos e resistentes a mudanças. Servem para orientar as nossas ações em relação a pessoas rotuladas. Os estudos têm demonstrado que diferentes grupos de pessoas podem apresentar estereótipos diferentes em relação a uma mesma categoria de pessoas desviantes. Por exemplo, as pessoas que não estão envolvidas no atendimento a deficientes mentais freqüentemente atribuem o traço de perturbados a eles, o que não ocorre com os estudantes de Educação Especial, familiarizados com essa categoria de pessoas rotuladas (Omote, 1984). Na medida em que ocorreram mudanças expressivas no meio social, com referência a pessoas deficientes, como temos observado nos últimos anos, os estereótipos modificaram-se bastante. Os deficientes são hoje vistos de modo mais favorável que 15 anos atrás (Omote, Martins e Artioli, 1999).

Tudo isso aponta a necessidade de, na relação com as pessoas deficientes, ou divergentes de um modo geral, levar rigorosamente a sério algumas velhas e boas recomendações, no sentido de cada pessoa, a despeito do rótulo com que é designada, ser tratada de conformidade com as suas necessidades particulares, respeitando-se a sua individualidade e a singularidade. O pensamento orientado por categorias, que costuma prevalecer nos tratamentos destinados a pessoas desviantes, deve ser evitado. Significa que um profissional deve buscar um modo de relação com as pessoas desviantes, sem ser influenciado por categorias, rótulos e estereótipos, se é que isso é possível, ou levando em conta que os seus julgamentos e comportamentos podem ser influenciados por categorias, rótulos e estereótipos. Talvez esta seja a grande diferença entre um profissional bem formado e um leigo ou aventureiro.



## **5 A questão da integração**

De longa data vem sendo criticada a situação de segregação e marginalização em que se encontram os desviantes e vem sendo discutida a necessidade de promover a integração deles. Por vezes, o próprio atendimento especializado tem sido criticado por contribuir para a segregação da sua clientela. Nesse sentido, não têm faltado sugestões para eliminar os serviços considerados segregativos, buscando com isso evitar a segregação dos desviantes. Na realidade, estamos diante de uma questão polêmica e mal entendida, que tem gerado muita confusão nos últimos tempos.

Na Educação Especial do deficiente, temos observado algumas confusões. As escolas especiais e classes especiais, vistas como recursos segregativos, têm recebido críticas de muitos estudiosos. Há os que até recomendam a extinção desses recursos, porque servem para promover a segregação. Propõe a integração plena no ensino comum. O conceito de escola inclusiva pode estar sendo mal interpretado.

Na realidade, conforme temos alertado em várias oportunidades, nenhum recurso pode ser visto como se fosse inerentemente segregativo ou integrador. As escolas especiais e classes especiais podem estar sendo mal utilizadas, resultando daí a segregação de seus usuários. Então, é o mau uso que deve ser questionado e urgentemente corrigido.

Os diferentes recursos são necessários para atender a toda a gama de variação de comprometimentos. O modo como são utilizados pode imprimir caráter segregativo ou integrador. Uma escola especial pode funcionar de modo a contribuir para a integração, se conseguir atender aqueles que estão confinados em instituições residenciais ou mantidos em casa e, ao mesmo tempo, encaminhar para classes especiais da rede regular de ensino aqueles que têm possibilidade de ser escolarizados através desse recurso.

A classe especial, por sua vez, pode funcionar de modo integrador, se conseguir atender aqueles que, embora tenham possibilidade de ser escolarizados, estão fora da escola em função da sua deficiência e, ao mesmo tempo, encaminhar para classes comuns os alunos que têm possibilidade de continuarem a sua escolarização através desse recurso, ainda que seja em apenas algumas atividades. A presença de classe especial precisa significar, acima de

tudo, a possibilidade de trazer para a escola crianças que, em função da sua deficiência, estão fora da escola.

Muitos educadores têm apontado a integração como sendo o objetivo maior da Educação Especial. Essa ponderação é especialmente curiosa em muitas situações em que um certo número de alunos é excluído do ensino comum justamente por causa da presença de algum recurso de Educação Especial. Não raras vezes, um aluno bem ou mal integrado no ensino comum é excluído dessa atividade para ser atendido no recurso de Educação Especial. Isto pode ocorrer exatamente para garantir o funcionamento desse recurso de Educação Especial, como amplamente já se evidenciou em várias pesquisas feitas em várias partes do Brasil. Nessas circunstâncias, é absolutamente incompreensível que essa Educação Especial aponte como um de seus principais objetivos a integração de seus alunos ao ensino comum.

Uma outra grande confusão em torno da questão da integração diz respeito ao seu caráter praticamente obrigatório. A integração dos excluídos é hoje palavra de ordem. Em várias situações, incluindo a de Educação Especial, essa integração é vista como sendo obrigatória. O deficiente é obrigado a integrar-se e o profissional se considera poderoso o suficiente para integrar alguém. Duas questões precisam ser ponderadas aqui. Primeiro, a integração talvez não seja o fim em si mesmo, mas apenas um meio para buscar o exercício pleno da cidadania e para buscar uma melhor qualidade de vida. Em segundo lugar, a integração talvez deva ser vista como um direito que cabe a cada um decidir se quer exercer ou não. Cassar esse direito de decidir sobre a sua própria vida pode até ser uma maneira velada de promover a segregação, mediante incapacitação e invalidação social do deficiente.

Recentemente, iniciou-se uma nova fase com novas polêmicas acerca dessa questão. Particularmente a partir da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), o conceito de integração passou a ser amplamente questionado, no Brasil, apontando o fracasso da política e do movimento integracionistas. A principal razão desse fracasso, segundo muitos dos críticos, estaria no modo inadequado de equacionamento e abordagem do problema, investindo esforços na capacitação do deficiente, para que este consiga ajustar-se às condições do meio e atender às demandas das atividades normais desse meio.

A proposta de inclusão teria o mérito de deslocar o foco de atenção para o meio, particularmente a escola. É a escola que deve buscar ajustes e transformações que permitam atender às necessidades especiais e específicas de cada aluno. É a escola para todos (exceto para alguns poucos que, em função da natureza e/ou do grau de comprometimento, não poderiam ser escolarizados no contexto de ensino comum). A proposta terá cumprido um importantíssimo papel, se a escola inclusiva conseguir lograr êxito: (1) na provisão de ensino de qualidade para a grande maioria das crianças e jovens em idade escolar, da educação infantil ao ensino universitário, e (2) no desenvolvimento de atitudes francamente favoráveis às diferenças, resultando em relações produtivas para todos que participam do convívio, e na prevenção de atitudes negativas e preconceituosas.

A inclusão tem sido compreendida de diferentes maneiras, com diferentes graus de entusiasmo e apreensão, por estudiosos da área. A coletânea organizada por Mantoan (1997) é uma oportuna e feliz apresentação de uma pequena amostra dessa diversidade de posturas dos estudiosos face à inclusão.

As polêmicas movidas por opiniões divergentes certamente contribuem para fomentar o debate, em busca de novas formulações. Portanto, pode-se considerar que estamos num momento privilegiado, na Educação Especial e áreas afins. Nos debates e discussões que se sucedem, pode ser enriquecedor estar destacando, à parte das confusões conceituais, três pontos que parecem conferir ao conceito de inclusão um caráter inovador: (1) a inclusão deve ser tratada como atitude, uma postura filosófica, e não um fim em si mesmo; (2) a inclusão deve implicar uma profunda transformação da escola, para poder prover ensino de qualidade a todos os estudantes, representados pela grande maioria das crianças e jovens em idade escolar, portadores de uma ampla diversidade de qualidades, sem descaracterizar os objetivos precípuos da escolarização; e (3) a inclusão deve ser tratada como um imperativo moral, em busca de uma sociedade justa, que provê oportunidades igualitárias a todos os cidadãos, independentemente de seus atributos, comportamentos ou afiliação grupal.

Todo esse movimento representa, na realidade, o ideal de uma sociedade inclusiva, cuja construção está deixando de ser um sonho, para tornar-se um imperativo em várias partes do mundo. A escola inclusiva é apenas uma manifestação, no contexto da Educação Especial, dessa enorme necessidade coletiva de todas as sociedades.

## **Referências Bibliográficas**

- AMARAL, L. A. *Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules)*. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- FREEDMAN, J. L., DOOB, A. N. *Deviancy: the psychology of being different*. New York: Academic Press, 1968.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Trad. M.B.M.L. Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1975. Original norte-americano.
- MANTOAN, M. T. E. *A integração de pessoas com deficiência*. São Paulo: Memnon, 1997.
- OMOTE, S. *Estereótipos de estudantes universitários em relação a diferentes categorias de pessoas deficientes*. São Paulo, 1984, Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- OMOTE, S. Deficiência e não-deficiência: recortes do mesmo tecido. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 1, n. 2, p. 65-73, 1994.
- OMOTE, S., MARTINS, G. A. H., ARTIOLI, A. L. Estereótipos a respeito de pessoas deficientes: 15 anos depois. In: SIMPÓSIO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS, 3, 1999, Marília. *Resumos....* Marília:Unesp, 1999.
- UNESCO. *The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education: World Conference on Special Needs Education: Access and Quality*, Salamanca, Spain 7-10 June 1994: UNESCO.



# CÉREBRO E DEFICIÊNCIA FÍSICA

Lígia Maria Presumido BRACCIALLI<sup>1</sup>

## 1 Evolução do sistema nervoso

Há alguns milhões de anos quando os pré-hominídeos foram obrigados a abandonar as árvores, provavelmente, devido a alterações climáticas que provocaram a devastação das florestas, e tornaram-se animais terrestres, diversas adaptações anatômicas e fisiológicas se sucederam em seu organismo, com a finalidade de garantir sua sobrevivência.

Os pré-hominídeos apresentavam desvantagens em relação aos demais animais, pois dispunham de um sistema sensorio-motor inadequado a vida no chão. Seus ouvidos, sua visão e nariz eram insuficientemente apurados, seu físico frágil e sua personalidade competitiva. Sua sobrevivência só foi possível por possuírem uma alta capacidade adaptativa. A adaptação à postura em pé possibilitou a liberação das mãos, a horizontalização do olhar e conseqüentemente o desenvolvimento do cérebro, permitindo sua sobrevivência.

No transcorrer da evolução humana o cérebro sofreu diversas adaptações, cresceu de baixo para cima, sendo que, os centros superiores mais complexos e recentes originaram-se das partes inferiores mais antigas.

A parte mais antiga do cérebro, presente em todas as espécies que têm sistema nervoso, localiza-se na região central, englobando o tronco encefálico e o sistema nervoso autônomo. Estas estruturas são as responsáveis pela regulação das funções vegetativas e vitais do organismo como o controle da respiração, da temperatura, da fome, da sede, do sono, que garantem a sobrevivência.

Com a evolução da espécie surge, destas estruturas, a parte mais recente do cérebro: o neocórtex, responsável pela capacidade do homem criar; modificar; planejar estratégias a longo prazo, aprender e transmitir conhecimentos a gerações seguintes. A partir da aquisição destas habilidades o homem inventa a cultura.

---

<sup>1</sup> Departamento de Educação Especial - Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp - Câmpus de Marília.

Atualmente, o neocórtex corresponde a 90% da massa do cérebro humano, desenvolve a totalidade de suas capacidades funcionais após o nascimento, possui fibras que realizam a conexão direta entre os centros superiores e inferiores do sistema nervoso e está mais sujeito a lesão, devido sua localização mais exposta e a dificuldade de aparecimento de circulação colateral, pois os vasos sanguíneos que o irriga são ramos terminais.

No entanto, estudos antropontológicos mostram que não existem evidências de aperfeiçoamento genético do homem nos últimos 50 mil anos, ou seja, desde o surgimento do *Homo sapiens*. Admite-se, portanto, que a espécie humana praticamente não evoluiu durante este período, nem no aspecto exterior, nem em suas capacidades intelectuais. Tudo que foi realizado e transformado na superfície do planeta, nesse período, foi resultado da evolução cultural. A sociedade humana mudou por meio da evolução cultural e não como resultado de alterações biológicas, pois, o que se aprende numa geração é transmitida diretamente pelo ensino, pela escrita, pelos rituais, tradições e inúmeros outros meios que os seres humanos inventaram com o objetivo de garantir sua continuidade. Assim, para ser um homem é preciso muito mais do que ter genes de homem. É necessário, também se beneficiar dos contributos de outros homens, oriundos da relação cultural.

## **2 Desenvolvimento do cérebro**

O cérebro humano é primordialmente integrativo e associativo. Apesar de ser uma estrutura altamente especializada, a alteração em uma área específica acarretará alterações no todo. A realização de uma ação depende do desencadeamento de um estímulo inicial que será transmitido a diversas estruturas onde a informação será modulada ou modificada, portanto, os ajustes necessários para a elaboração e execução da ação final serão organizados por um conjunto de componentes ordenados e integrados.

Estas estruturas não se encontram totalmente formadas ao nascimento. A criança apresenta um encéfalo imaturo, cujas conexões não estão totalmente desenvolvidas; as fibras nervosas que estimulam o cérebro não estão totalmente mielinizadas e serão construídas por meio dos estímulos, desafios e exigências impostos pelo meio ambiente. Apesar de modificações no cérebro

ocorrerem durante toda a vida, os primeiros cinco anos de vida é o período de maior crescimento e desenvolvimento.

O perímetro cefálico aumenta cerca de 20 cm desde o nascimento até aos 18 anos de idade, dos quais 50% ocorrem nos primeiros seis meses de vida e 75% até os dois anos de idade. O peso do cérebro passa de 400g ao nascimento para 1360g na idade adulta. Acredita-se que em um adulto bilhões de células nervosas estão em atividade, realizando mais de cem trilhões de conexões, porém, ao nascimento todos os neurônios já estão presentes faltando apenas estabelecer as conexões e a mielinização.

As experiências pelas quais os indivíduos passam, principalmente na infância, são responsáveis pela formação do cérebro. Atualmente sabe-se que o cérebro humano é um órgão que apresenta uma grande plasticidade, ou seja, capacidade de adaptação frente aos diferentes estímulos recebidos. No transcorrer da vida os indivíduos passam por diversificadas experiências sendo essas influenciadoras na formação do cérebro.

Os caracteres e o potencial orgânico de cada indivíduo resultam do patrimônio genético herdado dos pais. Porém, receber um patrimônio genético rico não garante um bom desenvolvimento. A expressão e emergência das potencialidades em aptidões e capacidades serão decorrentes dos estímulos externos recebidos, das experiências vivenciadas por cada um, experiências de si e do mundo que a cerca, associado a boas condições nutricionais, de higiene e saúde. Portanto, o crescimento e a maturação do cérebro estão intimamente relacionados ao desenvolvimento psicomotor da criança, sendo a estimulação e a exploração motora essenciais para potencializar as aptidões de cada indivíduo. Dessa forma, o desenvolvimento tem um caráter individual, não existindo duas crianças exatamente iguais, cada uma é o resultado dos estímulos recebidos durante toda sua vida.

As crianças nascem com uma quantidade de neurônios superior do que reterá seu cérebro maduro, as ligações neuronais menos utilizadas serão perdidas, e os circuitos neuronais mais usados serão fortalecidos. A experiência esculpi o cérebro (Goleman, 1996).

Para Bach-y-Rita (1981) durante a maturação do cérebro as conexões incorretas serão destruídas, muitas conexões não serão estabelecidas e outras serão suprimidas, processo o qual recebe o nome de mascaramento. Baseando-se nesses



relatos fica claro que muitas conexões estabelecidas ficam adormecidas, sem atividade, e nem todo o potencial cerebral do homem é utilizado.

Deve-se esclarecer que as potencialidades do cérebro expressam-se em períodos pré-determinados para a aprendizagem de cada atividade, da mesma forma que com o passar do tempo a possibilidade de se expressarem diminui ou desaparece. Deste modo não resolve superestimular uma criança sem considerar o momento de maturação que se encontra o cérebro, esse necessita estar apto para processar as informações recebidas. Estimular não significa suprimir etapas, a prática extra de uma atividade não acelera o processo maturacional, mas aperfeiçoa habilidades. Uma criança não aprende uma habilidade antes que músculos, ossos, capacidade cognitiva e sistema nervoso tenham se desenvolvido de maneira apropriada. Após atingir um determinado estágio, a criança necessita de oportunidades para repetir, modificar e adaptar as habilidades adquiridas para novas situações só assim pode-se dizer que houve aprendizagem.

Toda criança passa pelas mesmas fases de desenvolvimento e obedece uma seqüência pré-estabelecida. A evolução da motricidade ocorre das reações mais primitivas e simples como os reflexos para atividades corticais mais complexas, dos movimentos involuntários e globais para movimentos voluntários e finos. Não se pode, no entanto, estabelecer um padrão de desenvolvimento pois existem diferenças no aspecto ritmo, velocidade e execução de gestos em cada conquista.

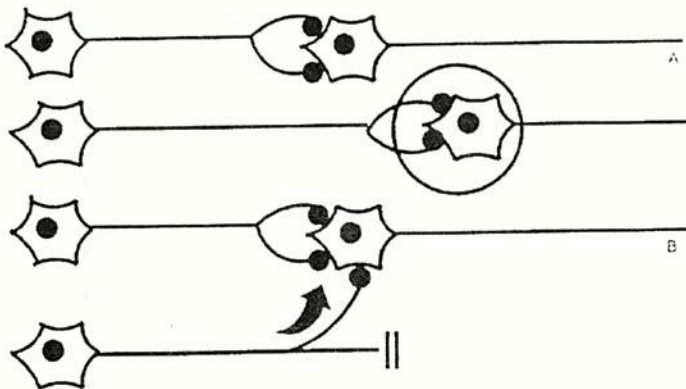
Desde a vida embriológica até a velhice inúmeros fatores poderão contribuir para o processo de desenvolvimento, lesão e degeneração do sistema nervoso. Após uma lesão no cérebro sempre é possível alguma recuperação devida sua plasticidade. Contudo a recuperação funcional dependerá de diferentes fatores tais como: a precocidade do início de um programa de reabilitação, dos estímulos ambientais recebidos, do período de tempo diário despendido para a reabilitação associados aos aspectos emocionais e motivacionais de cada um. O local, a extensão da lesão, e a idade do indivíduo, também, devem ser considerados fatores influenciadores na recuperação.

Dois mecanismos de recuperação vêm sendo amplamente estudados nos dias atuais, o brotamento e o desmascaramento.

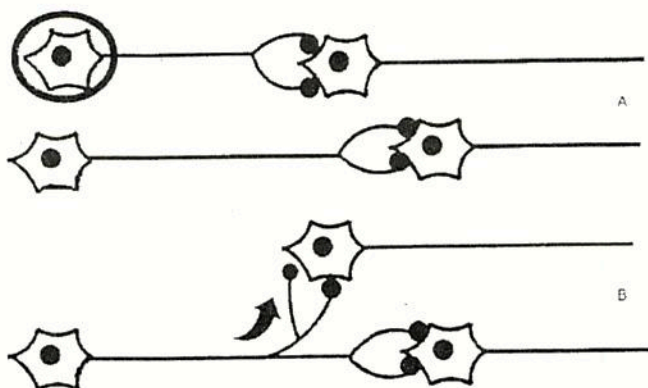
Desmascaramento é o restabelecimento de sinapses que se encontravam previamente adormecidas, antes da falência do sistema predominante existente. Alguns autores sugerem que após uma lesão, onde conexões nervosas são destruídas, as sinapses suprimidas durante a infância serão liberadas.

Brotamento é definido como o crescimento de um corpo celular, após uma lesão, em busca de uma outra célula para suprir uma região vaga por meio de novas sinapses.

Annunziato (1995) diferencia brotamento regenerativo e colateral. O autor define brotamento regenerativo a formação de novas sinapses, para suprir uma região vaga, após uma lesão de um axônio ou na porção proximal de uma célula alvo (fig 1). Enquanto, brotamento colateral ocorreria após uma lesão em um neurônio aferente. Nesse caso a célula que deixou de receber informações de outras células desenvolverá a capacidade de atrair brotamentos de células vizinhas que se encontram íntegras (fig. 1).



Brotamento regenerativo



Brotamento colateral

Fig 1 Esquema de brotamento referido por Annunziato (1995)

### 3 Deficiências e sistema nervoso

Inúmeras deficiências são causadas pela má-formação ou lesão no sistema nervoso. A literatura existente considera que uma grande porcentagem da população brasileira tem algum tipo de deficiência e que essa incidência só não é maior devido à alta taxa de mortalidade infantil, devido às precárias condições de saneamento básico, educação e saúde, existente no país. Pesquisa realizada pela Seade no estado de São Paulo no ano de 1999 concluiu que 1,8% da população do interior do Estado é portador de algum tipo de deficiência sendo que a região oeste é a que apresenta um maior índice de portadores de deficiência (2,2%).

Apesar de não existirem dados concretos, a paralisia cerebral parece ter uma alta incidência no país. Dados estatísticos existentes nos EUA apontam que entre 500.000 e 750.000 americanos são portadores de paralisia cerebral e que nascem aproximadamente 1500 bebês a cada ano com paralisia cerebral. Esses dados confirmam que a paralisia cerebral não é exclusiva de países pobres e que a incidência de casos vem se mantendo apesar dos avanços tecnológicos ocorridos na área da saúde nos últimos anos.

Kuban e Leviton (1994) definem paralisia cerebral como um conjunto de distúrbios motores (tônus e postura), não progressivos, mas mutáveis, causados por uma lesão no cérebro durante seu desenvolvimento. A lesão ocorre entre o momento da concepção e os primeiros anos de vida, em qualquer área do cérebro.

Diversas alterações podem vir associadas à paralisia cerebral tais como: déficit visual, na fala, audição, sensorial, mental, emocional e epilepsia dependendo da área do cérebro afetada e da extensão da lesão.

Inúmeras são as causas da paralisia cerebral e muitas dessas causas ainda não estão totalmente esclarecidas. Souza (1998) relata que a maior causa em nosso meio ainda é a anóxia peri-natal devido a um trabalho de parto anormal ou prolongado. Prematuridade, infecções pré e pós-natais teriam uma menor frequência. No EUA e na Austrália a falta de oxigênio ao nascimento é responsável por apenas 8-9% dos casos de P.C. (Nelson, Ellenberg, 1986; Torfs et al., 1990; Blair et al, 1992). Segundo Bhushan et al. (1993) a prematuridade e o baixo peso ao nascimento, atualmente, são considerados os maiores responsáveis pelos casos de P.C. Isso se deve ao aumento na taxa de sobrevivência, dessas crianças, em consequência ao avanço tecnológico ocorrido nas unidades de terapia intensiva para recém nascido de risco. Os nascimentos múltiplos, devido à fertilização in vitro, também vêm sendo considerados fatores de risco de P.C. e contribuidor para a alta incidência dessa patologia em países desenvolvidos (Grether et al., 1993).

A paralisia cerebral pode ser classificada em diferentes formas: de acordo com a alteração no tônus e nos movimentos, com as áreas do corpo afetadas e com a gravidade do caso.

Considerando as áreas do corpo afetadas a paralisia cerebral classifica-se em quadriplegia, diplegia, hemiplegia e monoplegia. Na quadriplegia a criança apresenta um comprometimento acentuado em membros inferiores e superiores associado a uma fraqueza de musculatura eretora de tronco, da cabeça e dos músculos abdominais resultando em um déficit no controle de cabeça e tronco. Na diplegia verifica-se um maior comprometimento de membros inferiores em relação aos membros superiores, mas os indivíduos possuem um bom controle de tronco. Na hemiplegia tem-se o comprometimento de um hemicorpo, enquanto na monoplegia existe apenas o comprometimento de um dos membros.

Em relação à gravidade do caso pode-se dizer que o mesmo é grave, moderado ou leve.

De acordo com a variação do tônus e movimento divide-se a paralisia cerebral em espástica, atetóide e atáxica.

### **3.1 Paralisia cerebral espástica**

Paralisia cerebral espástica é a forma mais comum encontrada, sendo responsável por cerca de 80% dos casos.

Nesses casos, as lesões situam-se, geralmente, nas áreas corticais ou no trajeto das vias corticoespinal, ou seja, no sistema piramidal. Essas áreas desempenham importante papel na modulação de tônus e inibição dos padrões reflexos.

Observações clínicas sugerem que essas lesões manifestam-se por meio de um quadro característico de espasticidade, dificuldades na realização de movimentos voluntários e hiperreflexia.

A função da via corticoespinal é realizar a conexão entre os centros suprasegmentares e segmentar, possibilitando que o ato motor planejado, modulado e estruturado nas áreas sensório-motoras do córtex torne-se disponível na medula espinal para posterior execução do movimento voluntário. A interrupção dessa via dificulta ou impossibilita a modulação do sistema supra-espinal sobre o arco reflexo medular provocando a liberação de respostas exacerbadas de tônus muscular a estímulos mínimos.

Denomina-se espasticidade o aumento do tônus muscular posterior a uma interrupção na via corticoespinal ou em áreas motoras específicas.

Para Casalis (1990) a espasticidade caracteriza-se pelo aumento de resistência do músculo ao estiramento, uma diminuição da resistência após um determinado grau de estiramento e uma distribuição irregular no território muscular afetado.

A resistência ao movimento de estiramento muscular é diretamente proporcional à velocidade do movimento. Portanto, quanto mais rápido e brusco o movimento de alongamento muscular maior será a resistência ao movimento.

Deve ser ressaltado, entretanto, que a manutenção prolongada do alongamento favorecerá um relaxamento e diminuirá a resistência inicial.

Observa-se que a espasticidade afeta grupos musculares específicos estabelecendo-se, dessa forma, padrões motores patológicos. Comumente, encontramos aumento de tônus nos seguintes grupos musculares: nos adutores de escápula e ombros; nos flexores de cotovelos; nos pronadores de antebraço e nos flexores de punho e dedos; nos adutores, extensores e rotadores internos de membros inferiores.

O aumento do tônus muscular impede que, durante as atividades cotidianas normais, os músculos se posicionem adequadamente e mantenham o alongamento necessário, favorecendo a fixação de posturas patológicas, limitando e dificultando a realização dos movimentos devido ao excesso de co-contracção em agonistas e antagonistas resultando em contraturas musculares e deformidades.

A hiperreflexia parece, também, ser conseqüente à ausência de modulação suprasegmentar, em relação ao arco reflexo medular, ocorrendo respostas reflexas aumentadas a estímulos mínimos.

Nesses casos, observa-se à persistência dos reflexos tônicos e primitivos, os quais dificultam ou impedem a liberação das reações de endireitamento, equilíbrio e proteção. A ausência ou o déficit dessas reações, não permitem que as crianças desenvolvam habilidades motoras básicas como sustentar a cabeça, controlar tronco, sentar, andar, adquirir linha média e simetria de mãos, explorar as mãos, realizar movimentos dissociados e estabelecer controle olho-mão.

Retomando que a paralisia cerebral espástica é resultado de uma lesão no córtex, estrutura extremamente especializada e integrada a diferentes áreas, torna-se importante conhecer algumas de suas funções para um melhor entendimento das seqüelas nesses casos.

O córtex é a região do cérebro que recebe os estímulos provenientes de todas as vias sensoriais, realiza o processamento dessas informações tornando-as conscientes para posteriormente interpretá-las e conservá-las. Encarrega-se, também, de elaborar e transmitir as respostas que irão iniciar, modular e comandar todos os atos e atitudes voluntárias.

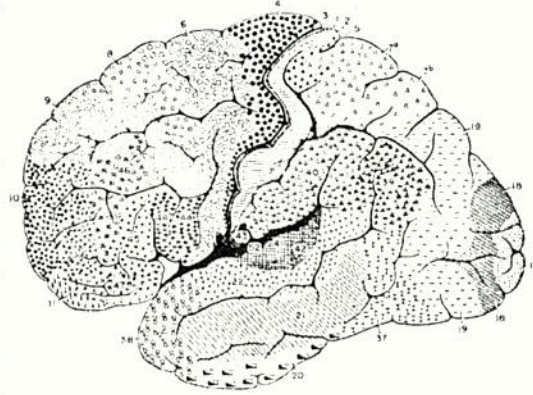
Distinguimos no córtex 4 lobos: frontal, parietal, temporal e occipital. Sendo que nesses encontramos as zonas primárias, secundárias e terciárias (Luria, 1973).

As zonas primárias ou de projeção encontram-se espalhadas em todos os lobos, tendo responsabilidade nas funções motoras e sensoriais. Para Luria (1973) as zonas primárias do córtex da sensibilidade seriam as áreas que receberiam as informações sensoriais provenientes de diferentes partes do corpo, tendo a função de analisar em partes as informações recebidas. As zonas primárias do córtex motor é a região responsável por receber os impulsos motores, já devidamente elaborados, para serem emitidos para periferia, onde provocariam os movimentos correspondentes.

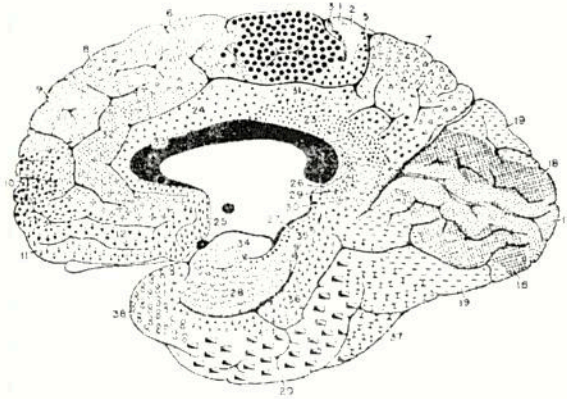
As zonas secundárias ou de associação são regiões encontradas nos diferentes lobos que têm como função nos lobos parietal, temporal e occipital receber as informações das zonas primárias e realizar a interpretação da informação. Porém, no lobo frontal a zona secundária é a responsável pela realização do planejamento dos atos motores. Luria (1973) considera que a importância das zonas secundárias consiste no fato dela reunir as irritações que chegam dos núcleos subcorticais subjacentes ou das zonas primárias do córtex e codificá-las em determinadas estruturas dinâmicas móveis.

As zonas terciárias situam-se no lobo frontal e nas áreas posteriores do córtex cerebral entre as regiões parietal, temporal e occipital. São formações específicas do ser humano que amadurecem mais tardiamente durante o desenvolvimento. Sua função básica consiste em unificar as informações que chegam de diferentes analisadores do córtex cerebral (Luria, 1973). Portanto, recebem e integram as informações processadas nas zonas primárias e secundárias com a finalidade de elaborarem estratégias de comportamentos.

Brodman foi o responsável pelo mapeamento do córtex em 52 áreas denominando-as por números. As áreas de Brodman atualmente, ainda, têm grande valor na clínica médica (fig.2).



Face supero-lateral do cérebro



Face medial do cérebro

Fig. 2 Mapeamento cortical segundo Brodmann

No lobo frontal pode-se destacar a área motora primária ou de projeção, a área motora secundária ou suplementar e a área pré-frontal ou terciária.



Área motora primária ou de projeção, localiza-se no giro pré-central, mais precisamente na área 4 de Brodmann, fazendo parte do sistema piramidal. Essa região é responsável pela emissão de impulsos nervosos os quais comandarão os movimentos voluntários na região contra-lateral do corpo. Por exemplo, a área 4 do hemisfério esquerdo é responsável pela movimentação voluntária do hemicorpo direito. Cada parte do corpo tem um espaço correspondente e pré-determinado no córtex motor, sendo que, grande parte dessa área é responsável pelos movimentos de mãos, pois esses requerem movimentos precisos e coordenados. A lesão da área 4 em um único hemisfério cerebral deixa como seqüela uma hemiplegia contra-lateral.

A área motora secundária ou área suplementar, correspondente à área 6 de Brodmann, desempenha importante papel no planejamento dos comportamentos motores complexos, garantindo a execução de movimentos harmoniosos. Sua lesão gera uma apraxia, ou seja, a incapacidade de realização de atos motores voluntários.

Encontra-se situado nesse lobo, na porção mais inferior do hemisfério esquerdo à área de Broca ou área 44 de Brodmann. Ao lesar essa região, o indivíduo apresentará um comprometimento na fala, uma afasia motora.

A área terciária ou pré-frontal é considerada uma zona associativa, pois recebe informações de todas as outras áreas primárias e secundárias do córtex. Assume, assim, importante papel na elaboração e codificação de estratégias complexas de comportamento. Portanto, é responsável pelo controle dos padrões de comportamento social ou físico, pela capacidade de concentração em tarefas específicas, por manter as funções mentais dirigidas a um objetivo, elaborar o pensamento e reter temporariamente as informações. Quando essa área encontra-se lesada o indivíduo age precipitadamente a sinais sensoriais, reage com raiva a pequenas provocações, perde os princípios morais, apresenta pouco constrangimento em relação às atividades sexuais, sociais e excretórias, flutuação de humor, torna-se distraído e com pouca capacidade para manter pensamentos longos e complexos.

No lobo parietal encontra-se as áreas primárias e secundárias da sensibilidade.

Área somestésica primária ou da sensibilidade: localiza-se no giro pós-central nas áreas 3,2,1 de Brodmann. Sua função é realizar a discriminação sensorial de diferentes objetos ou do próprio corpo, sem o auxílio da visão. Quando lesionado o indivíduo perde a capacidade de diferenciar o estímulo de dois pontos, de perceber movimentos de partes do corpo, de reconhecer objetos, localizar a parte do corpo tocada e de discriminar graus de temperatura, peso e textura de objetos tocados. A seqüela encontra-se sempre do lado oposto a lesão. A sensibilidade grosseira, no entanto, encontra-se preservada pois se torna consciente no tálamo.

A área somestésica secundária localiza-se nas áreas 5 e 7 de Brodmann e exercem a função de comparar e interpretar as características do objeto tocado com os conceitos existentes anteriormente dos objetos em sua memória.

No lobo occipital encontra-se a área visual primária e a área visual secundária.

Área 17 de Brodmann, ou área visual primária, é a zona responsável pela análise de estímulos visuais de forma fragmentada, sem formas definidas, identificando apenas pontos luminosos. A área associativa visual que corresponde às áreas 18 e 19 de Brodmann interpreta a inter-relação dos diferentes objetos e identifica-os, determinando sua forma e discriminando a direção das linhas e bordas das imagens. A interpretação da linguagem escrita é uma importante função da área visual associativa. Após sua lesão ainda é possível distinguir claro e escuro, porém, não é possível determinar a forma dos objetos.

No lobo temporal identifica-se à área auditiva primária e secundária.

Área 41 de Brodmann corresponde à área auditiva primária a qual recebe os estímulos provenientes dos ouvidos e interpreta as características básicas do som, tal como altura e ritmo. Dessa área, o estímulo será conduzido para área auditiva associativa onde será interpretado o seu significado. Uma parte desta área, determina se o som é ruidoso, musical ou falado; enquanto outras partes determinam os pensamentos trazidos pelos sons. Para interpretar o significado da fala, a área auditiva associativa inicialmente combina as várias sílabas formando palavras, depois as palavras em frases, as frases em sentenças e, finalmente, as sentenças em pensamentos (Guyton, 1976).

Entre o lobo parietal, temporal e occipital identifica-se a outra área terciária responsável pelo recebimento de estímulos provenientes de todas as outras áreas secundárias e pela sua organização e interpretação complexa. Esta zona é responsável pelo armazenamento de padrões complexos de memória envolvendo mais de uma modalidade sensorial.

Conclui-se que em consequência às lesões no córtex cerebral, crianças com paralisia cerebral espásticas, poderão apresentar diversos outros comprometimentos associados ao aumento de tônus e hiperreflexia, dependendo da área que foi comprometida e da extensão da lesão. Constatou-se, que invariavelmente, essas crianças apresentam comprometimentos motores, auditivos, visuais, na fala, cognitivos, epilépticos, agnosias e alterações em imagem corporal.

### **3.2 Paralisia cerebral atetóide**

A paralisia cerebral do tipo atetóide, coreo atetóide ou distônica são secundárias as lesões de sistema extra-piramidal.

Nesses casos, a lesão situa-se nos núcleos subcorticais, mais precisamente nos gânglios da base, estando em razão disso, muitas vezes, preservada a atividade cortical.

Conforme Kandel et al. (1991) existem 5 núcleos subcorticais: núcleo caudado; putamen; globo pálido; núcleo subtalamico e substância negra. Estão inseridos no centro branco do telencéfalo e apresentam como característica não realizarem conexões diretas, aferentes ou eferentes, com a medula espinhal. Esses núcleos recebem os impulsos por intermédio do córtex cerebral e enviam as informações por meio de conexões com o tálamo e o córtex, estando inseridos no sistema extra-piramidal.

Não se pode mais pensar no cérebro como estrutura dicotomizada. Apesar de altamente especializado, na qual o sistema piramidal é responsável por algumas funções específicas e o sistema extra-piramidal por outras, esses sistemas realizam um trabalho interconectado e harmonioso, sendo colaboradores no controle do movimento.

Pode-se dizer que os gânglios da base são estruturas envolvidas no planejamento, execução e modulação de estratégias motoras complexas, parece que agem de forma seletiva, facilitando alguns movimentos e suprimindo outros. Desempenham, também, funções relacionadas à memória, orientação espacial, habilidade para alterar comportamentos e no controle dos movimentos dos olhos (Kandel et al., 1991).

Portanto, lesões nessas estruturas manifestar-se-ão de diferentes maneiras e com diversos sintomas. Identifica-se, constantemente, nesses casos movimentos involuntários e alterações no tônus.

Diferentes manifestações de movimentos involuntários como: tremores, atetoses, coréia e distonia, podem estar presentes.

Atetose são movimentos involuntários lentos, serpentinais de extremidades os quais parasitam os movimentos voluntários.

Distonia são movimentos involuntários lentos bizarros e grosseiros presentes em extremidades. Diferencia-se dos movimentos atetóides pois envolvem porções maiores do corpo provocando posturas em torção.

Coréia são movimentos involuntários amplos e bruscos nas regiões proximais dos membros.

O p.c. atetóide, geralmente, apresenta flutuação de tônus (hipo/normotônico, hipertonia/hipotônico ou normo/hipertônico) associado a movimentos involuntários. Os reflexos tônicos encontram-se persistentes e fortes, sendo responsáveis pelo déficit característico nas reações de endireitamento, equilíbrio e proteção. O quadro clínico manifesta-se desde o nascimento, porém os movimentos involuntários e a flutuação de tônus tornam-se evidentes após o segundo ano de vida.

Com o crescimento, essas crianças, apresentam dificuldades na realização de movimentos voluntários e na aquisição de habilidades motoras. Dificuldades como: assimetria de membros, falta de coordenação olho/mão, ausência de linha média e na estabilização postural são comuns. No entanto, dificilmente apresentam contraturas pois o excesso de movimento evita a fixação de posturas. De outro modo, são crianças propícias a terem luxações de

articulações (principalmente de ombro e dedos), devido à ausência de fixação nas articulações proximais e a dificuldade em manter posturas.

Trabalho realizado por Kerrigan et al. (1991) sugere que as capacidades cognitivas dessas crianças estão preservadas, apesar das graves lesões subcorticais e das seqüelas motoras, porque a atividade metabólica cortical está preservada.

### **3.3 Paralisia cerebral atáxica**

A paralisia cerebral atáxica é rara e, geralmente, encontra-se associada a um quadro de espasticidade ou atetose.

A ataxia caracteriza-se por uma lesão em cerebelo. O cerebelo é uma grande estrutura localizada na fossa posterior do crânio, conectado ao tronco encefálico. Recebe informações dos receptores proprioceptivos localizados em todas as articulações e músculos do corpo, dos receptores especiais dos ouvidos e dos olhos e do córtex. Enfim, é um receptor de todas as informações possíveis sobre o estado do corpo em cada instante. Após receber estas informações, essas são avaliadas e transmitidas para as outras áreas do sistema nervoso.

Entre as principais funções do cerebelo Guyton (1976) destaca:

- controlar o equilíbrio em colaboração com o sistema vestibular, tanto na posição em pé como na deambulação;
- regular o tônus dos músculos antigravitacionais, necessários para a manutenção do equilíbrio;
- ajudar a planejar, monitorar e executar os ajustes corretivos das atividades motoras, providenciando a regulação e compensação de quaisquer erros ou imperfeições na execução de movimentos voluntários;
- armazenar padrões motores adquiridos durante a vida, mantendo-os em disponibilidade para serem reproduzidos;
- manter o equilíbrio entre as contrações dos músculos agonistas e antagonistas, durante mudanças de posturas;
- controlar os automatismos;

- função premonitória tempo espacial.

Lesões cerebelares resultam em distúrbios da motricidade relacionada basicamente com problemas de incoordenação motora. Após uma lesão cerebelar os indivíduos apresentam movimentos motores anormais do mesmo lado da lesão, hipotonia, rebote, dismetria, disdiadococinesia, disartria, tremor de ação e um andar atáxico acompanhado de reações de endireitamento, equilíbrio e proteção incompletos ou incoordenados.

Paralisia cerebral, apesar de comum, não é o único tipo de lesão encontrada no sistema nervoso. As malformações, como a mielomeningocele, não raramente ocorrem em nosso meio.

### **3.4 Mielomeningocele**

A mielomeningocele é uma anomalia congênita, decorrente de uma falha no fechamento do canal vertebral associado a uma herniação e malformação das meninges e medula espinhal, podendo vir associado uma hidrocefalia e deformidades congênitas ósteo articulares.

Medula espinhal é uma grande massa de tecido nervoso contido dentro do canal vertebral. É considerado um prolongamento do bulbo que segue pelo canal vertebral até a segunda vértebra lombar. Geralmente, após a segunda vértebra lombar não se encontra mais medula espinhal mas, apenas, meninges e raízes nervosas.

Essa estrutura realiza a comunicação entre o sistema nervoso supra segmentar (cérebro e cerebelo) e os órgãos periféricos. As informações provenientes do meio externo terão que transitar pela medula espinhal até alcançarem as zonas suprassgmentares, da mesma forma que as respostas elaboradas nesses locais precisarão passar pela medula espinhal antes de atingirem o órgão efetuator. A lesão completa da medula espinhal provoca a desconexão entre os dois sistemas, impedindo que as informações captadas pelos receptores sensoriais cheguem até as regiões superiores e que as respostas elaboradas no córtex cerebral sejam efetuadas.

As crianças acometidas por mielomeningocele terão, abaixo do nível de lesão, um quadro de paralisia muscular hipotônica, debilidade e atrofia

muscular, ausência ou diminuição de sensibilidade superficial e alterações no controle de esfíncteres.

A hidrocefalia caracteriza-se pelo aumento da pressão intracraniana, possivelmente, decorrente de um aumento na quantidade de líquido produzido ou um déficit no escoamento ou na absorção desse. Resultante dessas alterações ocorre a dilatação dos ventrículos e, conseqüentemente, a compressão do tecido nervoso de encontro a calota craniana.

Líquor é um fluido aquoso, límpido e incolor que em sua composição normal apresenta pequenas quantidades de células e proteínas. Ocupa o espaço subaracnóideo e as cavidades ventriculares e tem como função a proteção mecânica e biológica do sistema nervoso. É produzido nos plexos corioides, que se localizam nos ventrículos laterais, nos III e IV ventrículos. Sua reabsorção ocorre nas granulações aracnóideas no interior da dura-matér, sendo totalmente renovado a cada oito horas.

Os principais sintomas e sinais apresentados na hidrocefalia são: comprometimento visual devido à compressão das vias ópticas, estrabismos, sinal do sol poente, nistagmo, diminuição dos reflexos pupilares, vômitos freqüentes, dificuldades na deglutição e sucção, irritabilidade, convulsões, disjunções das suturas cranianas, paresias e aumento do perímetro cefálico (quando a hidrocefalia ocorre antes do fechamento das fontanelas). O tratamento existente, atualmente, consiste na colocação de válvula ventrículo peritoneal por meio de cirurgia.

#### **4 Tratando as deficiências**

O cérebro é uma estrutura com alta capacidade adaptativa, moldado de acordo com os estímulos recebidos e captados, o qual desempenha papel determinante no processo de aprendizagem. A potencialização das aptidões de cada indivíduo torna-se possível por meio da experimentação sensorio-motora.

Os primeiros anos de vida são essenciais para o desenvolvimento do cérebro, devendo ser oferecido às crianças condições de vivenciarem experiências as mais diversificadas e ricas possíveis as quais serão responsáveis pelo desenvolvimento de todos seu repertório de habilidades, sejam essas motoras, cognitivas e sociais.

Em um meio rico onde é dada a criança o direito de explorar, sentir, experimentar e questionar, por meio de atividades diversificadas as quais

estimulem o pensar e o resolver problemas, suas capacidades e habilidades serão desenvolvidas ao máximo.

As vias neuronais responsáveis pelo estabelecimento de habilidades como o manipular, o locomover e o manter posturas, requisitos básicos para a aquisição de quaisquer outras atividades, são estabelecidas na primeira infância. Faz-se necessário oferecer oportunidades, principalmente nessa faixa etária, para as crianças se exercitarem, modificarem e interagirem as habilidades adquiridas.

As atividades aprendidas e experimentadas são responsáveis pela formação das conexões e fortalecimento das sinapses neuronais. Portanto, é preciso exercitar o cérebro.

Experiências inadequadas, como a manutenção de posturas anormais e repertório empobrecido de habilidades, reforçarão o fortalecimento de vias neuronais danificadas e o enfraquecimento ou supressão de outras vias consideradas mais adequadas.

Dessa forma, o atendimento precoce, a estimulação de habilidades motoras e o correto posicionamento postural na criança deficiente física é de primordial importância para seu desenvolvimento.

Então, todas as pessoas que convivem ou interagem com o deficiente físico devem estar aptos para oferecerem atividades que propiciem a normalização do tônus, a estimulação das reações de endireitamento, equilíbrio, proteção e que inibam posturas inapropriadas e reflexos patológicos.

## Referências Bibliográficas

- ANNUNCIATO, N. F. Plasticidade neuronal e reabilitação. In: Damasceno, B. P., Coudry, M. I. H. (ed.). *Temas em neuropsicologia e neurolingüística*. São Paulo: Tec. Art, 1995.
- BACH-Y-RITA, P. Brain plasticity a basis of the development of rehabilitation procedures for hemiplegia. *Scand J Rehab Med*, n 13, p. 73-83, 1981.
- BHUSHAN, PANETH & KIELY. Impact of improved survival of very low birth weight infants on recent secular trends in the prevalence of cerebral palsy. *Peditrics*, n. 91, p. 1094-100, 1993.
- BLAIR, STANLEY, HOCKEY. Intrapartum asphyxia and cerebral palsy. *Journal of Pediatrics*, n 121, p. 170-1, 1992.



- CASALLIS, M. E. P. *Reabilitação /Espasticidade*. São Paulo: Livraria Atheneu, 1990.
- COSTA de SOUZA, A. M. Paralisia cerebral: prognóstico funcional. In: COSTA de SOUZA, M., FERRARETO, I. (org.). *Paralisia cerebral: aspectos práticos*. São Paulo: Frôntis, 1998.
- GOLEMAN, D. *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.
- GRETHER, NELSON, CUMMINS Twinning and cerebral palsy: experience in four Northern California counties, births 1983 through 1985. *Peditrics*, n. 92, p. 854-8, 1993.
- GUYTON, A. *Fisiologia Humana*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976.
- KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H., JESSELL, T M *Principles of neural science*. M-Appleton & Lange 1991.
- KERRIGAN, J. F., CHUGANI, H.T., PHELPS, M. E. Regional cerebral glucose metabolism in clinical subtypes of cerebral palsy. *Pediatric Neurology*. v.7, p. 415-25, 1991.
- KUBAN, K. C. K., LEVITON, A Cerebral palsy. *New England Journal of Medicine*, n 20, p. 188-95, 1995.
- LURIA, A R. *Fundamentos de neuropsicologia*. Londres, 1973.
- NELSON, K B., ELLENBERG, S. H. Antecedents of cerebral palsy, multivariate analysis of risk. *New England Journal of Medicine*, v. 315, p. 81, 1986.
- TORFS, C. P., VAN DEN BERG, B.J., DESKSI, F. W., CUMMINS, S. Prenatal and perinatal factors in the etiology of cerebral palsy. *J. Pediatr.* n 116, p. 615-9, 1990.

## ATIVIDADES ESPORTIVAS, RECREATIVAS E DE LAZER APLICADAS A PESSOAS DEFICIENTES

Paulo Roberto BRANCATTI<sup>1</sup>

Este texto foi elaborado com intenção de contribuir com os profissionais que pretendem ou trabalham com pessoas deficientes, tendo como ponto de partida o entendimento destas pessoas em relação ao seu movimento corporal.

É pelo movimento corporal que a pessoa humana interage com o meio ambiente e amplia sua relação com o mundo, a natureza e os outros homens. É através do movimento que a pessoa expressa sua afetividade, se manifesta e age sobre as coisas do mundo, descobrem quem são e o que são capazes de fazer, além de expressar sua criatividade e solucionar alguns dos seus problemas existenciais e motores. Através do movimento, o homem aprimora seu domínio motor, afetivo, cognitivo, social e cultural, interferindo em seu meio, transformando ou não os mesmos para sua sobrevivência.

Quando pensamos nas pessoas com deficiências e nos movimentos que elas expressam, percebemos que sua ação corporal reflete atitudes, gestos e aspectos que envolvem sua situação relativa a sua prática cotidiana de sujeito inserido numa realidade distante aos nossos olhos.

A deficiência constitui-se (e sempre foi) em um dos mais sérios problemas a serem enfrentados e solucionados pela sociedade capitalista moderna.

Vivemos em uma realidade estratificada socialmente. E o que constitui as pessoas deficientes é que elas são desprovidas desta sociedade, uma vez que suas características físicas, psíquicas e mentais tornam mais difíceis sua convivência com o meio social e conseqüentemente podemos afirmar que essas pessoas têm oportunidades diminuídas para frequentar escolas, competir no

---

<sup>1</sup> Departamento de Educação - Faculdade de Ciências e Tecnologia - Unesp - Campus de Presidente Prudente, formado em Educação Física e Filosofia.

mercado de trabalho, de se divertir, ter acesso ao lazer e participar das atividades esportivas, e por que não dizer, ter amigos.

Dentro desta sociedade capitalista e excludente, percebemos que o desenvolvimento, falta de informação, interesse e aceitação social em relação às pessoas deficientes, refletem a rejeição, o preconceito, a resignação e segregação social.

Vejam alguns exemplos atuais: as escolas brasileiras de um modo geral não são adaptadas. Faltam rampas, espaços adequados e a convivência do aluno deficiente com os demais alunos geralmente é excludente. No mercado de trabalho, geralmente, as empresas têm por princípio não contratar pessoas com algum tipo de deficiência, subjugando sua capacidade produtiva e criativa, marginalizando-as do convívio social. Na vida pública também ocorre a mesma situação, quase não vemos pessoas deficientes assumindo cargos importantes e, conseqüentemente, sua ação é despercebida pelo meio social.

Para ilustrar esses exemplos, basta olharmos para nossa escola, local de trabalho e locais onde geralmente freqüentamos, passeamos ou nos divertimos e percebermos o número de pessoas deficientes que participam ou estão presentes nestas formas de convivências. É quase insignificante, pois, pelo que vemos e sentimos, este tipo de situação quase não acontece.

A lei brasileira (7853/89) diz que o governo tem que tratar a pessoa com deficiência com prioridade. O que significa dizer que essas pessoas precisam ter acesso especial aos transportes públicos, cinemas, teatros, bares e restaurantes, estabelecimentos públicos e particulares e, conseqüentemente, às escolas.

Acesso especial significa que estes lugares tenham rampas, banheiros adaptados (portas mais largas, corrimão) para pessoas que fazem uso de cadeira de rodas, muletas, bengalas, próteses, além de promover facilidades para locomoção de pessoas com qualquer tipo de deficiência.

A pessoa deficiente por não estar caracterizada de acordo com os meios estabelecidos, é discriminada, marginalizada e estigmatizada, a sociedade às vezes parece querer reforçar a idéia de que os deficientes não são pessoas normais, são complicadas, improdutivas ou menos eficientes, que eles sim é que

deveriam adaptar-se ao mundo dos sãos, conformando-se com seu destino. Este tipo de atitude só fará com que essas pessoas tenham definitivamente uma enorme carga de insegurança, a perda da auto-estima e da confiança, sentindo-se desta maneira uma real pessoa deficiente.

E ainda seguindo esse raciocínio, podemos observar que em relação às atividades físicas e esportivas, o número de pessoas deficientes que participam de algum programa deste caráter, é particularmente insignificante, isso porque as atividades físicas de um modo geral são reservadas aos “não-deficientes”, caracterizada pela forte conotação cultural do corpo, um corpo belo, forte, saudável, reduzindo à pessoa deficiente como um corpo “estranho” que gera no convívio social um certo estranhamento, dificultando desta maneira o envolvimento delas nas atividades de recreação, lazer e esporte na escola, na comunidade e nas áreas livres e reservados ao lazer nas cidades.

Dentro desta realidade existente, penso no corpo enquanto ponto de referência para as atitudes das pessoas e da própria sociedade. E sendo o corpo um instrumento de trabalho do profissional da educação física e esportes, cabe a eles, trabalhar este corpo deficiente de forma a compreender as atitudes corporais como referência social e cultural dos indivíduos. Trata-se de uma participação do e no sujeito, enquanto totalidades imersas no corpo. Portanto, um corpo que marca presença e se faz existir através dos gestos, atitudes e expressão corporal.

O corpo humano é o corpo que sente, percebe, fala, chama atenção para o corpo que somos e vivemos. O corpo é presença concreta no mundo, porque veiculam gestos, expressões e comportamentos das ações individuais e coletivas de um grupo, comunidade ou sociedade. Assim, vivemos num contexto histórico que busca fazer dos corpos máquinas de competição, voltada para o lucro de uma sociedade pragmatista. Precisamos fazer do corpo um elemento de resistência, que nos liberte do negativismo e do pragmatismo. Um corpo que nos coloque em frente a nossa realidade, confrontando-nos com problemas e situações. Um corpo que nos coloque no mundo e que seja capaz de ‘aventurar-se’ para vivenciarmos novas e impensada perspectiva para a vida. (Gallo, 1997, p. 67)

Após esta breve introdução e tentando contextualizar as atividades físicas, esportivas, recreacionais e de lazer voltadas aos deficientes, o profissional precisa compreender o mecanismo que ocorre no corpo humano, a partir da interação sujeito-mundo, chamado de conscientização sensório-motora.

### **Conscientização sensório-motora.**

As atividades de conscientização para as pessoas deficientes devem incluir a estimulação de todos os sentidos, da visão, do tato, dos vestibulares labirínticos e proprioceptivos.

A integração sensorial é o processo pelo qual o sistema nervoso central capta e organiza os estímulos provenientes do meio externo, canalizando nos vários sistemas sensoriais como respostas adaptadas às demandas motoras exigidas pela experiência corporal de cada indivíduo.

Esses estímulos são transmitidos ao sistema nervoso central pelas vias aferentes, que recebem do meio ambiente informações necessárias para seu processo de captação. E as vias eferentes enviam os códigos de informações recebidas aos músculos, para a realização dos movimentos corporais. Para Rosadas (1986)

Não há ação motora sem a estimulação proveniente das vias sensoriais. Motricidade e sensibilidade se interligam como fatores básicos no desenvolvimento do homem. (Rosadas, 1986, p. 11)

O movimento é concebido, portanto, pela recepção do meio ambiente, através dos órgãos dos sentidos.

Esse movimento global do ser humano se concretiza pela ação da percepção. Pela percepção, a pessoa consegue de certa maneira operacionalizar os estímulos que lhes são conduzidos aos centros cerebrais superiores. Ou seja, a visão humana será organizada para perceber a luz, que lhe chegará em cores, movimentos, dimensões de quantidade, de tamanho, formas. A audição para perceber o som em diferentes timbres, altura e intensidade. O tato para perceber

pressão, temperatura e textura. E o movimento corporal para perceber as habilidades motoras, tanto na condição física quanto na condição motora.

Em se tratando de pessoas deficientes, sabemos que estes sofrem uma redução nas suas potencialidades sensitivas e possuem certos limites que podem alterar o desempenho de alguns setores do cérebro, sendo, portanto, importante trabalhar a estimulação sensitiva nas capacidades cinestésicas, visuais e auditivas.

Na percepção cinestésica, o esquema corporal é quem configura ao corpo (equilíbrio) que ele é o centro de integração e relacionamento com o outro, a natureza e o mundo. Também se estrutura em espaço-temporal que é um dado importante para a adaptação favorável ao indivíduo.

Ela permite-lhe não só movimentar-se e reconhecer-se no espaço, mas também concatenar e dar seqüência aos seus gestos, localizar as partes do seu corpo e situá-las no espaço, coordenar sua atividade e organizar sua vida cotidiana. (Coste, 1981, p. 56-7)

Coste (1981) trabalha os conceitos de tempo, espaço, distância e ritmo dentro da estruturação espaço-temporal no desenvolvimento psicomotor da criança. Para ele, tempo é, “simultaneamente, duração, ordem e sucessão; a integração desses três níveis é necessária à estruturação temporal do indivíduo” (p. 57). O espaço é o local onde o corpo tem sua referência, ou seja, “toda nossa percepção de mundo é uma percepção espacial, na qual o corpo (que não reduz, nem para o interior, nem para o exterior, à superfície da pele) é o termo de referência”.(p. 58). A distância, segundo o autor deve ser entendida em dois sentidos: o sentido físico e o sentido afetivo. Sentido físico é o que nos permite tomar consciência e conhecimento do próprio espaço. E o sentido afetivo é aquilo que nos separa ou nos liga mutuamente e que varia conforme o desenvolvimento cultural das pessoas. Quanto ao ritmo, o autor coloca como a chave do comportamento corporal, pois intervém em todos os níveis da atividade humana.

Em relação ao ritmo, podemos afirmar que há os externos...

....aqueles que organizam a sucessão de eventos naturais; ritmo das estações, dos dias, das horas do dia e do conjunto de fenômenos que lhes

correspondem: claridade-escuridão, calor-frio, germinação e floração, migração dos animais etc. (Coste, 1981, p. 62)

E há os ritmos internos; ritmo cardíaco, respiratório, digestivo, hormonais e neurovegetativos. “O corpo, pelo conjunto de suas funções vitais, é imediatamente mergulhado no universo do tempo” (Coste, p. 62).

A lateralidade é outro fator importante para o desenvolvimento humano: perceber, reconhecer e diferenciar os lados direito-esquerdo e trabalhar com essas pessoas formas adaptadas para o seu desenvolvimento psicomotor. E a organização espacial, “é a consciência de que o corpo pode movimentar-se em relação aos objetos que compõem um determinado espaço” (Rosadas p. 15).

Dentro da organização espacial, temos a percepção visual e a percepção auditiva, onde devemos trabalhar os estímulos sensoriais da visão, audição e fonação. Há exemplos que nos confirmam esses procedimentos. Por exemplo, trabalhar noções de mobilidade com os deficientes visuais, utilizando a caminhada, a corrida e as brincadeiras com bolas, arcos, cordas, dentro de uma sala específica, como num campo ou área aberta para a população.

### **Atividade física aplicada à pessoa deficiente**

Antes de entrar nas atividades específicas dos jogos e esportes adaptados aos deficientes, urge explicar o papel da educação física neste contexto.

Dentro do universo de conhecimentos da educação física em relação às discussões nas suas diversas áreas de atuação, enquanto motricidade da ciência humana, prática desportiva, manutenção da saúde ou como pura atividade recreativa-esportiva no âmbito escolar, abrir possibilidades para que a mesma trabalhe voltada para as pessoas com deficiência de forma livre, aberta, ampla, explicitando a importância dela na educação dessas pessoas, são alguns objetivos que a educação física pode alcançar.

Nesta perspectiva, temos a educação física adaptada ou especial, que é uma área do conhecimento em educação física e Esportes que tem por finalidade privilegiar uma população caracterizada como portadora de deficiência

ou de necessidades educativas especiais, e desenvolve-se através de atividades psicomotoras, esportivas, pedagógicas, recreativas e de lazer especiais, técnicas de orientação e locomoção.

A população atendida pela educação física Especial pode estar nas escolas, instituições, clubes, parques, residências, academias, hospitais e se define por trabalhar o movimento corporal: gestos, atitudes, expressões de forma ampla, contextualizando o aluno com sua prática cultural e social.

Os objetivos e procedimentos da educação física Especial a esta população se caracterizam de várias formas e métodos, procurando trabalhar as atividades tanto em nível geral, quanto particular, compreendendo os vários tipos de deficiências e quais ações concretas que devem ser adotadas na situação específica de uma pessoa.

A educação física constitui-se no desenvolvimento das aptidões físicas e motoras, das capacidades e padrões motores fundamentais e das capacidades em jogos e esportes coletivos ou individuais. Na educação física deve-se trabalhar visando o desenvolvimento dos domínios cognitivo, afetivo, motor, cultural e social.

Para isso, utilizamos como referência alguns elementos ligados às capacidades físicas (sistema energético) e capacidades motoras (sistema nervoso), que podem facilitar o trabalho voltado para as pessoas com deficiência, que são destacados na Proposta de Ensino de educação física - 1º. Grau: 5ª. a 8ª. séries, da secretaria de Estado da Educação de São Paulo (1992), quais sejam:

Capacidades Físicas ligadas ao sistema energético (Condição física).

Capacidade aeróbica pode ser definida como a capacidade que um indivíduo tem de realizar uma atividade física de longa duração de (6 a 7 minutos) com pouco esforço, sem interrupção, como, por exemplo, correr 4 quilômetros ou nadar 400 metros.

Flexibilidade significa mobilidade de uma articulação (junção entre dois ossos) ou conjunto de articulações.

Força é definida como a pressão que o músculo ou grupo de músculos pode exercer contra uma resistência em um esforço máximo, ou



simplesmente, a capacidade do músculo de se contrair para vencer uma força externa.

Resistência muscular localizada é a capacidade para repetir várias vezes uma mesma tarefa utilizando-se de baixos níveis de força; em outras palavras, é a capacidade do músculo em trabalhar contra uma resistência moderada durante longos períodos de tempo.

Capacidades físicas ligadas ao sistema nervoso (condição motora)

Agilidade é a capacidade de mudar rapidamente de direção.

Potência é a capacidade para realizar tarefas que envolvam, ao mesmo tempo, força e velocidade.

Equilíbrio é a capacidade para manter a posição do corpo, tanto estando parado, quanto estando em movimento.

Velocidade é a capacidade para mover-se de um lado para o outro no menor tempo possível.

Coordenação é a qualidade física que permite ao indivíduo a realização de uma seqüência de movimentos com um máximo de eficiência e economia (SE/CENP, 1992, p. 13).

Após estas considerações, a educação física Especial tem a possibilidade de trabalhar com as pessoas deficientes a partir do seu meio e da sua condição motora para a realização dos mesmos. Realizando um trabalho em piscinas, campos, quadras, áreas livres, sala adaptada é possível desenvolver a participação destes indivíduos em atividades interativas enquanto sujeito que interfere, contribui, critica e age sobre as situações de desigualdade em que se encontram em diversas situações concretas de vivência.

Nestes procedimentos descritos anteriormente, podemos destacar também aspectos gerais das habilidades motoras que são importantes para sua efetivação: desenvolver as capacidades perceptivas, como sentir, tocar, perceber, cheirar, reconhecer partes do corpo; desenvolver as capacidades físicas, como flexibilidade, força, resistência muscular e capacidade aeróbica; estimular as funções orgânicas como respiração, circulação, concentração, pressão arterial, temperatura e atividade sexual; trabalhar aspectos da afetividade, como

valorização da auto-estima, aumento da confiança e iniciativas; trabalhar aspectos da sexualidade, como amizade, confiança, prazer e sentimento de grupo.

O equilíbrio é um dos elementos ligados as capacidades motoras que se torna um dos requisitos básicos para a vida do homem. Dele depende o corpo para ficar em pé, andar, sentar, sendo sua mobilidade fruto da coordenação das partes do corpo.

Com uma pessoa deficiente podemos trabalhar o equilíbrio de forma estática ou dinâmica. Com os deficientes visuais utilizamos a marcha, a corrida, o salto para perceberem a independência e autonomia corporal em relação aos movimentos exigidos.

A agilidade, também ligada às habilidades motoras, deve ser trabalhadas com as pessoas deficientes, pois ela permite movimentar o corpo rapidamente com velocidade e mudança de direção. E a velocidade é a capacidade do corpo mover-se de um lado para o outro, rapidamente. A potência é a capacidade de realizar uma tarefa muscular com força e velocidade. Por exemplo, chutar, arremessar, lançar, correr, saltar, empurrar, carregar. Essas atividades podem ser aplicadas em pessoas com algumas deficiências, adequando os métodos e procedimentos de acordo com as necessidades de cada indivíduo.

A coordenação é a interação harmoniosa e econômica do músculo, nervos e sentidos, por isso é uma habilidade indicada para trabalhar com qualquer pessoa, procurando melhorar a vida diária e as próprias práticas esportivas e educacionais.

A coordenação motora pode ser geral (grossa e fina); postural e visomotora. Alguns exemplos de coordenação grossa: sentar, levantar, saltar em diversas situações e jogar. Coordenação fina: escrever, pintar, desenhar, recortar, descascar laranja, amarrar o cadarço do tênis. Coordenação postural é o corpo em equilíbrio e na coordenação visomotora, adequar atividades que utilizam a visão e o movimento. Vejamos alguns exemplos: boliche, lance-livre, acertar ao alvo, arco e flechas.

A boa coordenação depende da interação harmoniosa do complexo funcional trifásico motricidade piramidal, extrapiramidal, e cerebelar. Assim

como um conjunto cujos instrumentos se conhecem formando a harmonia de som, no corredor, essa combinação deve existir nos movimentos de braços e pernas (Rosadas, p. 69).

Com os deficientes visuais deve trabalhar atividades que favoreçam a postura corporal e a lateralidade. Noções de espaço corporal e autonomia nos movimentos. Com os deficientes auditivos, trabalhar as habilidades motoras e de comunicação (expressão corporal/mímica) e independência e domínio do corpo como meio de expressão comunicativa.

Com os deficientes mentais, trabalhar as capacidades cognitivas e as habilidades motoras gerais.

Com os deficientes físicos, estimular a locomoção, força, equilíbrio e as habilidades motoras gerais. Trabalhar independência e autonomia pelo domínio do corpo e sentimentos.

### **Atividades esportivas, recreacionais e de lazer.**

As atividades esportivas e recreativas devem ser trabalhadas tanto em escolas especializadas ou não, como em qualquer lugar, onde se privilegie um espaço que permita maior contato com o meio natural e com as outras pessoas, facilitando o desenvolvimento das atividades programadas contribuindo para uma interação das pessoas deficientes em relação ao seu contato com os acontecimentos do dia-a-dia.

Uma programação voltada para os jogos requer uma grande variedade de atividades, visto que entre as pessoas deficientes existem interesses e tipos diferentes. As pessoas necessitam de estímulos e de contatos sociais, sobretudo com pessoas da mesma faixa etária, seja qual for o seu grupo de deficiência.

## **Atividades esportivas**

A introdução de jogos esportivos e atividades adaptadas às necessidades das pessoas deficientes tem contribuído muito com o seu desenvolvimento físico, afetivo, social e cognitivo.

Graças às atividades esportivas, de recreação e lazer, essas pessoas têm encontrado motivação necessária para participar da comunidade, de produzir, de trabalhar e de assumir papéis de liderança em várias organizações desta mesma comunidade.

Neste sentido, Adams afirma:

A participação em esportes e jogos adaptados às suas possibilidades confere ao indivíduo a oportunidade de desenvolver o seu condicionamento físico, de se dedicar à atividade de lazer, de se tornar mais ativo, de aprender habilidades para poder se ocupar nas horas vagas e de colher experiências positivas no grupo e no ambiente social. (Adams, 1985, p. 218)

Os jogos podem ser de ordem simples ou mais complexa, tais como atividades que estimulem e envolvam o corpo ou partes dele; brincadeiras como a amarelinha, pega-pega, esconde-esconde, mãe-da-rua, corridas, jogos com bolas (de vários tamanhos, pesos, cores) e utilizando colchões, cordas, arcos, bastões. Ou seja:

O jogo assume proporções quase ilimitadas quando faz parte de um projeto pedagógico, aproveitando o grande interesse e afinidade que as crianças demonstram por essa atividade. Quando a criança joga, todo seu esquema motor é acionado, suas emoções afloram, sua socialização é mais solicitada e o esquema cognitivo é estimulado. (SE/CENP, 1992, p. 20)

Os jogos mais complexos estão voltados para atividades esportivas, tais como: basquete, futebol, atletismo, vôlei, natação, tênis de mesa e campo, pesca, boliche e jogos de mesa (dominó, xadrez, dama, baralhos).

Em todas as atividades sugeridas as pessoas deficientes encontrarão oportunidades para se integrar ao grupo ou comunidade, contribuindo de certa forma com a promoção de sua liberdade, prazer e independência pessoal.

### **Atividades recreativas**

Recreação é tudo que entretém e diverte o ser humano e, por esse motivo, ativa sua participação. A recreação está ligada ao prazer, ao tempo livre e deve desenvolver o máximo de divertimento das pessoas nas horas de lazer.

Algumas atividades de recreação podem ser trabalhadas com pessoas deficientes, obedecendo às condições do grupo, quanto ao aspecto mental, de idade, sexo e número de participantes. E estas atividades devem estar relacionadas com o meio ambiente (sala, quadra, jardim e locais apropriados). As atividades podem ser: naturais, culturais, artísticas, esportivas, complementares.

As atividades recreativas estão intimamente ligadas ao lazer, estando associadas ao tempo livre que a pessoa tem para usufruir, conforme sua necessidade. Por isso quando nos propomos a trabalhar com pessoas deficientes temos que levar em conta sua especificidade e as condições para realizar essas atividades.

Local adequado, meio ambiente, motivação do grupo, são elementos importantes para uma boa realização de atividades de lazer. Trabalhos com lazer podem ser efetivados em áreas urbanas ou rurais, entre elas: visitas a parques estaduais ou municipais, bosques, museus, bibliotecas, monumentos, instalações esportivas, fábricas, empresas, shoppings, fazendas, etc.

Segundo Rosadas (1991), encontramos cinco formas de lazer que podem ser desenvolvidas em qualquer circunstância para uma atividade recreativa:

- 1) Livre: a criança escolhe a atividade, o professor fornece o material;
- 2) Dirigido: o professor escolhe a atividade e o aluno pode ou não participar;
- 3) Orientado: é supervisionada pelo professor;
- 4) Direta: o aluno é participante direto das atividades;
- 5) Indireta: o aluno participa passivamente, sendo expectador. (Rosadas, 1991, p. 177)

## Prática do Programa de Atividade Motora

O programa da atividade motora adaptada deve conter desde jogos que possuam regras implícitas até aqueles institucionalizados por regras específicas de acordo com cada modalidade esportiva, não esquecendo que o aluno possui certo conhecimento de determinados jogos que foram culturalmente enraizados na população e que *podem ser um ponto de partida* a ser utilizado na educação e reeducação dos mesmos.

Didaticamente selecionamos alguns conteúdos relacionados ao esporte, jogos, ginástica e dança que podem ser adaptadas conforme as necessidades motoras das pessoas deficientes e que podem ajudar no seu desenvolvimento físico, psíquico, social e cultural.

1) Atletismo: Trabalhar basicamente a corrida e o salto de forma a perceber a capacidade aeróbica e de resistência do aluno. Essa atividade pode ser realizada em campos, ruas, praças, quadras, área livre e parques esportivos. O atletismo favorece a melhora do sistema cardiovascular e das capacidades orgânicas do indivíduo enquanto sujeito motriz. Por isso, esse conteúdo é fundamental para o processo integral das pessoas em geral.

A corrida pode ser aplicada a qualquer pessoa deficiente, sendo que o profissional tem que perceber as necessidades e diferenças entre os diversos tipos de deficiência. Por exemplo, para os cegos ou com visão subnormal, nas atividades de corridas e saltos é necessária a presença de um acompanhante vidente, que ligado por um cordão, o auxilia na realização do programa.

O arremesso de dardo ou peso elimina a necessidade da corrida, mas favorece o desenvolvimento da força, resistência muscular e do equilíbrio.

Os saltos podem ser de altura, extensão e triplo. Para desenvolver estas atividades, o professor pode utilizar os arcos, cordas, bancos, caixa de areia, gramas, favorecendo as necessidades de cada pessoa a partir do seu interesse em participar do programa.

2) Futebol: Esse é um esporte considerado fenômeno cultural. Todos gostam e querem praticar em qualquer fase da vida. Para os deficientes este esporte também é motivante e deve ser trabalhado enquanto jogo com suas normas, regras, exigências físicas, técnicas e táticas; enquanto espetáculo esportivo e formas de lazer e prazer.

As exigências em relação aos deficientes são ao desenvolvimento da agilidade, velocidade, coordenação, força e resistência muscular. Somente alguns tipos de deficientes físicos que utilizam cadeira de rodas não podem participar desses jogos e os deficientes visuais realizam com bolas adaptadas (goalball) e com regras específicas ao seu domínio corporal do jogo.

Em todas as atividades que utilizam o futebol, o profissional precisa estar atento às exigências orgânicas dos indivíduos e adaptá-las a sua condição motora para a efetiva realização.

3) Voleibol: Pode ser trabalhado com as pessoas deficientes mentais e auditiva seguindo os princípios normais do esporte, ou seja, desenvolver seus fundamentos básicos adaptando a realidade dos alunos: saque, recepção, passes, ataque e defesa, levantamentos e bloqueios. Para os deficientes físicos, esse esporte precisa ser adaptado a sua condição motora. Por exemplo, o vôlei pode ser jogado sentado no chão procurando a melhor forma para a realização dos mesmos. Já para os deficientes visuais torna-se complicado a aplicabilidade deste esporte.

4) Basquetebol: Esse esporte foi um dos primeiros a ser adaptado aos deficientes, principalmente os deficientes físicos, na sua reabilitação orgânica. Joga-se utilizando cadeira de rodas próprias para os paraplégicos, amputados e as outras incapacidades relacionadas as suas atividades. Pode-se trabalhar normalmente com as pessoas deficientes, não esquecendo os limites encontrados pelos deficientes visuais neste esporte.

Trabalham-se os fundamentos principais: passes, arremessos, dribles e sistema de jogos. O basquete favorece o desenvolvimento da agilidade, velocidade, coordenação, força, resistência e principalmente o espírito de grupo.

5) Ginástica: Constituem-se fundamentos da ginástica, o saltar, equilibrar, rolar/girar, trepar, balançar/embalar. Estes fundamentos podem ser

encontrados também no atletismo (caminhar, correr, saltar e arremessar). Incluem também exercícios em aparelhos (balançar na barra fixa, equilibrar na trave olímpica), exercícios com aparelhos manuais (saltos com arcos, cordas e bancos), formas de lutas e outros elementos da ginástica, como: empurrar, pular, levantar, carregar, esticar...

Como podemos perceber, a ginástica procura envolver os deficientes na melhor forma para desenvolver as atividades propostas, não esquecendo da sua condição motora na hora da realização dos mesmos.

6) Dança: Há uma condição natural do indivíduo em gostar de dançar. A dança lembra festa, comemoração, alegria, descontração. E as pessoas deficientes também gostam de dançar. A dança em cadeira de rodas é altamente gratificante para as pessoas com sérios comprometimentos motores. Conheci uma equipe que desenvolve a Ginástica rítmica desportiva com um grupo de deficientes físicos que utilizam cadeiras de rodas em Uberlândia, MG. Conforme o ritmo da música e dos instrumentos, realizam coreografias e formas, utilizando-se cordas, arcos, fitas de pano e bastões.

A dança concretiza a experiência corporal dos indivíduos em relação ao grupo, pois esta atividade favorece a interação, socialização e cooperação entre as pessoas.

7) Natação: Introduzi-la como forma recreativa e educativa para os alunos. A natação favorece a melhora do sistema cardiovascular, da força e da resistência do músculo em geral. Trata-se de uma atividade que completa o corpo inteiro, sem provocar esforço ou tensão exagerada em qualquer parte do corpo. O movimento corporal dentro de um ambiente que promova a respiração, flutuação, resistência muscular, contribui muito para favorecer o bom condicionamento orgânico.

Segundo Adams (1985),

A natação favorece o desenvolvimento social, por ser uma atividade freqüentemente praticada em grupos. Nas aulas de natação para grupos mistos, os nadadores deficientes conseguem muitas vezes competir em pé de igualdade com os nadadores fisicamente normais. Sem dúvida, este fato



melhora a auto-imagem, além de melhorar a confiança do paciente na sua capacidade para estabelecer contatos sociais. (Adams, 1985, p. 357)

Além de ser uma atividade organizada para trabalhar a educação e reeducação do movimento corporal, a natação propicia o aproveitamento útil das horas de lazer. Nesta hora é importante que o tempo seja utilizado de forma a atender as pessoas deficientes, mostrando que as atividades de lazer construtivas e bem sucedidas proporcionam a participação da mesma forma com os outros indivíduos.

8) Capoeira, judô, caratê: Esses esportes, um pouco mais reservados, podem ser trabalhados com pessoas deficientes a partir do seu interesse e capacidade de realização. São esportes que refletem as manifestações culturais e que podem ser adaptadas à realidade dos indivíduos com alguma deficiência física, auditiva e mental. Com os deficientes visuais é possível trabalhar o ritmo da capoeira, utilizando-se do berimbau e do pandeiro. O judô e o caratê dependem muito da pessoa e do profissional que está envolvido nestas atividades. Sem dúvida são esportes que favorecem o desenvolvimento do equilíbrio, agilidade, coordenação, percepção e os motivam para a prática dos mesmos.

9) Jogos de mesa: Constituem-se como atividades livres, descontraídas e motivantes para qualquer pessoa. Os mais conhecidos como, dama, xadrez, dominó, baralhos, podem ser utilizados como meio para as atividades de lazer e de treinamento para jogar conforme as regras estabelecidas.

Temos também o tênis de mesa que deve ser adaptado para quase todos os deficientes, inclusive para aqueles que perderam o movimento dos dedos, os que utilizam cadeira de rodas, prótese e muletas. Para os deficientes visuais (cegos) utiliza-se uma raquete de dois cabos, segurando-a de modos que ela encoste perpendicularmente sobre a superfície da mesa.

10) Atividades eventuais: Chamamos essas atividades de livres, ou seja, entender que as pessoas deficientes gostam e podem andar de bicicleta, patins; gostam de participar de uma pescaria; de jogar peteca, boliche, malha, etc.

Essas atividades são organizadas para favorecer o convívio do grupo e sua possível integração ao meio a que pertence.

11) Atividades em cadeira de rodas: Os indivíduos que utilizam a cadeira de rodas são duplamente discriminados. Primeiro pela própria deficiência e segundo pela companhia da cadeira para se locomover e conseqüentemente participar de uma atividade esportiva. Mas isso é possível de ser superado, pois na medida em que percebemos o interesse destas pessoas em jogar basquete, correr, nadar, arremessar, nos faz entender a realidade do esforço e da capacidade de vencer limites e superar as barreiras impostas pelo meio social, quando dependem de transportes coletivos, rampas de acesso, banheiro adaptado e condições para realizar suas atividades.

Os esportes realizados para os cadeirantes, amputados ou com alguma paralisia (física ou cerebral), são facilmente adaptados às suas condições motoras. Além do basquete que é o mais conhecido, pois existem campeonatos e torneios organizados para os deficientes (estaduais, municipais e associações próprias), temos o tênis de mesa e de campo; o handebol; o boliche; a malha; os arremessos de peso e os lançamentos de dardo e disco; a musculação; a dança; a natação e os vários tipos de ginástica (artística, olímpica e de solo).

Como podemos perceber, há vários esportes que podem ser trabalhados com estas pessoas e podendo ao mesmo tempo trazer benefícios orgânicos, como benefícios sociais relacionados com o lazer e o tempo livre.

Neste raciocínio e tentando dar um valor social ao papel do esporte, Tubino (1992), afirma:

Esta manifestação, que ocorre em espaços não comprometidos com o tempo e fora das obrigações da vida diária, de um modo geral, tem como propósitos à descontração, a diversão, o desenvolvimento pessoal e as relações entre as pessoas, também oferece oportunidades de liberdade a cada praticante, a qual se inicia na própria participação voluntária. (Tubino, 1992, p. 35)

### **Organização do programa**

Organização e planejamento são fundamentais para o êxito do trabalho com pessoas deficientes. Ajudará o professor e seus assistentes a preparar

um programa de atendimento global, bem como a realização de uma atividade específica.

Para isso, os profissionais devem pensar num local adequado, com equipamentos e materiais para atividades adaptadas e trabalhar em equipe.

Quase não existem lugares adequados para o desenvolvimento das atividades de recreação, pois o espaço físico geralmente é pensado para pessoas “normais”, dificultando a participação de quem faz uso de muletas, próteses, cadeiras de roda, ou tem outras dificuldades de locomoção.

Na falta de instalações especiais, o profissional deverá procurar meios para seu planejamento. Este local pode ser uma sala não utilizada, um corredor largo, um palco, um ginásio ou outro espaço qualquer que possa ser usado e adaptado para o desenvolvimento das atividades.

Neste sentido os materiais e equipamentos a ser utilizados, devem basear-se nas necessidades dos alunos que participam do programa, não esquecendo que podemos envolver os mesmos na confecção dos materiais adaptados a sua condição motora.

No ambiente escolar, a educação física especializada ou não, deve constituir-se

...de programas variados, abrangendo exercícios terapêuticos, exercícios gerais, exercícios rítmicos, atividades para favorecer o desenvolvimento, jogos e esportes, adaptados às limitações, às capacidades e aos interesses dos participantes. (Adams, 1985, p. 209)

Esses programas devem ser pensados e trabalhados de acordo com a idade, sexo, tipos de deficiências, local, instalações e quanto ao pessoal envolvido com as pessoas.

## **Conclusão**

O campo de atuação da educação física Especial é muito recente. Ganhou forças a partir da Constituição Federal de 1988, quando foi sugerida para fazer parte dos currículos dos cursos de educação física, procurando

desenvolver programas de atividades físicas e esportivas, estudar e pesquisar as capacidades motoras, pensando numa forma de integrar as pessoas deficientes em seu meio social, não esquecendo as diferenças individuais, os mitos, os preconceitos produzidos e perpetuados historicamente na sociedade, onde essas pessoas são consideradas como seres *segregados* e *incapacitados* no momento de assumir responsabilidades e compromissos como cidadãos.

A partir deste entendimento e procurando pensar no papel da educação física especial nas escolas especializadas ou não, nas escolas públicas ou particulares, entidades, associações, reforçamos a idéia de que trabalhar junto à essa população, nesta realidade, é uma tarefa difícil e desafiadora, porém de muita satisfação ao percebermos que uma pessoa com certo grau de comprometimento motor consegue desenvolver uma tarefa e superar suas dificuldades com muito esforço e dedicação.

Para ilustrar nossa idéia e penetrar no universo das transformações que o professor passa em termos de valores, princípios, convicções e conceitos, fiquemos com um relato feito por Carmo (1994), coroando este texto com uma significativa conclusão:

... Às vezes, quando estamos trabalhando com um grupo de cerca de 40 (df), nós é que parecemos estranhos ao grupo. Uns se locomovem com o auxílio de cadeiras de rodas, outros com muletas e outros apenas com o uso dos braços e mãos pelo chão. Fogem aos padrões, agredem valores estéticos, colocam em dúvida e ao mesmo tempo dão sentido à existência humana. Apesar de tudo isto, eles sempre lutam como nós para viver, para serem reconhecidos.

É difícil entender o significado que tem para um 'deficiente físico' a realização de uma simples pinça (movimento coordenado de dois dedos das mãos para apreensão de algum objeto), com os dedos das mãos lesados, ou o momento em que ele consegue, depois de meses de tentativas, flutuar sozinho na água da piscina, ou ainda movimentar a cabeça num gesto de afirmação ou negação, porque para as pessoas ditas 'não deficientes', estes gestos e realizações são tão simples e comuns, que na maioria das vezes nem são notados ou considerados (Carmo, 1994).

## **Bibliografia**

- ADAMS, R.C., DANIEL A ., CUBBIN, J.A ., RULLMAN, L. *Jogos, esportes e exercícios para o deficiente físico*. São Paulo: Manole, 1985.
- CARMO, A. A. *Deficiente físico: a sociedade brasileira cria, “recupera” e discrimina*. Brasília: MEC- Secretaria de Desportos, 1994.
- COLETIVO DE AUTORES. *Metodologia do Ensino de Educação Física*. São Paulo:Cortez, 1992.
- CORDE - Declaração de Salamanca e Linha de ação. Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade. Brasília, 1994.
- COSTE, J. L. *A psicomotricidade*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- FERREIRA, J. R. *A exclusão da diferença*. 3. ed. Piracicaba: Editora Unimep, 1995.
- GALLO, S. (Coordenador). *Ética e cidadania: Caminhos da Filosofia*. Campinas: Papirus, 1997.
- MARIA L.;MARIA H. *Filosofando: Introdução à filosofia*. São Paulo: Moderna, 1986.
- RIBAS, J.B.C. *O que são pessoas deficientes*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- ROSADAS, S.C. *Educação física especial para deficientes: fundamentos da avaliação e aplicabilidade de programas sensório motores em deficientes*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1986.
- SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. *Educação Física - 1º. Grau: 5ª. a 8ª. séries*. São Paulo: SE/CENP, 1992.
- SOUZA, SILVA, R.V. (Org.). *Educação física e a pessoa portadora de “deficiência”*: contribuição à produção do conhecimento. Uberlândia UFU, 1995.
- TUBINO, M.J.G. *Dimensões sociais do esporte*. São Paulo: Cortez, 1992.
- VENCENDO limites. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 19 abril 1997. Folhinha, p. 12.

Parte 2  
Educação Física e  
Fisioterapia



# A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE LÚDICA PARA INTEGRAÇÃO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWM NA PRÉ-ESCOLA MUNICIPAL.<sup>1</sup>

Sônia Toledo Modafaris de LACERDA<sup>2</sup>

Paulo Roberto BRANCATTI<sup>3</sup>

Este trabalho é fruto de observações obtidas com meus próprios alunos que freqüentam uma pré-escola municipal de educação infantil na cidade de Presidente Prudente. Esse trabalho é desenvolvido com duas turmas de vinte e cinco alunos que possuem duas crianças portadoras de Síndrome de Down.

A proposta foi analisar a integração das crianças com Síndrome de Down, em seus vários aspectos, e observar como reagem as demais crianças ao participarem, coletivamente, em aulas de educação física.

Foram ministradas três aulas de quarenta minutos em três dias diferentes, durante um mês, com a participação de mais ou menos vinte alunos. Nesse período foi possível obter informações sobre a integração do grupo.

Integração significa: tornar inteiro, completar, inteirar, integralizar. Neste sentido, toda instituição que se ocupa do *deficiente*, tanto quanto a educação do *normal* expressa com objetivo de tornar a criança deficiente integrada, completa, pelo desenvolvimento de toda capacidade física e mental, para que ela possa gozar seus direitos e deveres de cidadão, no seio da sociedade.

---

<sup>1</sup> Trabalho de pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Presidente Prudente. Unesp/Capes/Proesp (1997-1998).

<sup>2</sup> Professora de Educação Física da Prefeitura Municipal de Presidente Prudente.

<sup>3</sup> Departamento de Educação - Faculdade de Ciências e Tecnologia - Unesp- Campus de Presidente Prudente e Orientador da Pesquisa.



## **Conceitos de Educação Física**

Antes de falar da educação física em si, é preciso falar do direito à educação que foi aprovado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 21 de dezembro de 1959, que assegura no seu princípio 7º. que deverá ser gratuita e obrigatória, ao menos no nível elementar.

O artigo 205 da nossa Constituição Federal consagra a educação como direito de todos e dever do estado e da família. No seu princípio 5º. garante à criança portadora de necessidades especiais o recebimento da educação, tratamentos e cuidados especiais, compatíveis com suas necessidades pessoais.

Preocupou-se o constituinte brasileiro, ao garantir o direito à educação, aos portadores de necessidades especiais, através do atendimento educacional (...) preferencialmente na rede regular de ensino (artigo 208, III) reiterado do artigo 54, III do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei número 8069, de 13 de julho de 1990). O plano decenal de educação para todos (Mec. 1993/2003) em seu capítulo III, C, ação 7, prevê a integração à escola de crianças e jovens portadores de necessidades educativas especiais.

A educação inicia com o nascimento do indivíduo, prolongando-se durante toda sua existência, estimulando e desenvolvendo suas capacidades físicas, mentais e sociais.

A vida é movimento, o gesto humano é uma das principais manifestações de expressão e comunicação entre o ser e o meio em que vive. A realização de atividades motoras pela criança estimula e desenvolve a função psíquica. Daí a razão de ser a educação do corpo como fator de equilíbrio orgânico.

A educação física corresponde a uma atividade controlada, regida por normas, princípios, métodos e objetivos bem definidos, que vão desde o desenvolvimento morfofuncional do organismo infanto-juvenil até a manutenção do equilíbrio homeostático do indivíduo adulto e a readaptação orgânico-funcional do indivíduo doente ou deficiente físico por seqüelas traumáticas, produzidas por doenças anteriores.

A atividade física para crianças em período de crescimento deve ser ministrada através de programas adequados, é mais uma necessidade de ordem biológica do que de ordem pedagógica, pois a atividade motora iniciada no período fetal, após o nascimento, se manifesta através de movimentos variados, integrando-se às próprias necessidades. Daí a importância da educação física, desde a pré-escola.

A educação física tem como finalidade contribuir para a educação integral da criança, por meio da prática de atividades físicas/esportivas racionais e variadas de acordo com suas necessidades bio-psico-fisiológicas, ou seja, o desenvolvimento das potencialidades da criança nos planos: físico, mental e social.

A educação física não deixa de lado a preocupação com os demais aspectos do processo educativo, apesar de estar objetivamente voltada para o desenvolvimento corporal. As atividades corporais e desportivas contidas nos fins da educação física mobilizam diretamente a motricidade e, indiretamente, a cognição e a afetividade da criança.

Os objetivos da educação física, principalmente no ensino pré-escolar e escolar, devem ser obedecidos e respeitados, pois sua aplicação permite à criança melhorar a adaptação e integração aos estudos nas séries subsequentes do ensino fundamental.

Os objetivos gerais da educação física para pré-escolar e escolar, segundo Kerkmann citado por Hurtado, são:

- Estimular o desenvolvimento das capacidades físicas naturais, através do movimento.
- Desenvolver as aptidões perceptivas como meio de ajustamento do comportamento psicomotor.
- Propiciar o desenvolvimento das qualidades físicas, objetivando a adaptação orgânica ao esforço físico.
- Melhorar a aptidão física por meio da prática de habilidades de iniciação aos desportos individuais e coletivos.
- Estimular a capacidade de expressão individual, por meio de movimentos criativos.

- Contribuir para aquisição e formação de hábitos higiênicos.
- favorecer a socialização, através de atividades físico-recreativas. (Hurtado, 1987, p. 23)

A lei de Diretrizes e Bases, promulgada em 20 de dezembro de 1996, busca transformar o caráter que a educação física assumiu nos últimos anos ao explicar no artigo 26, parágrafo 3º., que "... a educação física, integrada à proposta pedagógica da escola, é componente curricular da educação básica, ajustando-se às faixas etárias e às condições da população escolar sendo facultativa nos cursos noturnos" (Brasil, 1997, p. 23-5). Dessa forma, a educação física deve ser exercida em toda a escolaridade de primeira a oitava séries, e não somente de quinta a oitava série, como estava prevista anteriormente.

Segundo o mesmo parâmetro citado, muitos professores de educação física, por desconhecimento, receio ou preconceito, excluem os alunos deficientes das aulas de educação física.

Para as crianças, a participação nessa aula pode trazer muitos benefícios, ajudando no desenvolvimento afetivo, na integração e inserção social, que possibilita este aluno a uma maior condição de consciência, em busca da sua futura independência.

Trabalhei por dois anos com classes comuns de pré-escola, onde em uma delas havia duas crianças com Síndrome de Down e as outras normais. Pude observar a funcionalidade dessas crianças, apesar de sua deficiência elas são requisitadas a contribuir, recebem o apoio e ajuda necessárias à sua participação e são mais valorizadas.

Devemos tomar alguns cuidados, analisar o tipo de necessidade especial de cada aluno e respeitar seus graus de limitações. É necessário que haja orientação médica para não implicar riscos graves, e em alguns casos, a supervisão de um especialista em fisioterapia, em neurologia, ou psicólogo, para avaliar os casos específicos de cada aluno.

O professor deve ser criativo, fazer adaptações, criar situações favoráveis de modo a possibilitar a participação dos alunos especiais.

A atitude das demais crianças diante dessas diferenças dependerá muito da atitude que o professor adotar. É possível integrar esta criança ao grupo, respeitando suas limitações e dando oportunidade para a criança portadora de necessidades especiais, desenvolver suas potencialidades. A aula de educação física favorece a construção de respeito por parte da criança especial e a convivência com ela possibilita a construção de atitudes de solidariedade, de respeito, de aceitação, sem preconceitos.

A educação da criança portadora de necessidades especiais deverá ser: durante e antes de tudo, uma educação motriz e psicomotriz.

A educação física especial tem como objetivo melhorar progressivamente o comportamento da criança, fazendo com que ela consiga: ter consciência do próprio corpo; dominar o seu equilíbrio; controlar as coordenações globais e segmentares; organizar-se no espaço.

Se a criança consegue uma organização espaço-corporal correta, atingirá melhoras de adaptação ao mundo exterior.

A educação física especial tem como metas: facilitar a ação das diversas técnicas educativas, permitindo uma melhor integração escolar e social da educação sistemática das condutas motriz e psicomotriz; a aplicação dos fins da reabilitação dos meios trazido para o que deverá ser a educação física normal da criança; respeitar o ponto de partida do desenvolvimento psicológico da criança; e recuperar as etapas que faltam ao desenvolvimento psicológico da criança.

Nós, professores de educação física, não podemos esquecer que o trabalho com criança portadora de necessidades especiais tem que partir do limite de cada um e não só da nossa vontade. Devemos descobrir onde a criança se encontra no seu desenvolvimento psicomotor e começar a trabalhar a partir desse referencial.

## **Desenvolvimento do Estudo.**

A seguir descreveremos o desenvolvimento das três aulas que foi objeto de análise neste estudo.

### **Primeira aula.**

#### **Atividades:**

##### **1) Pato, pato, ganso.**

Em roda, crianças sentadas, uma delas fica de fora da roda, tocando na cabeça das outras falando: pato, pato, pato... quando disser: “ganso”, a criança que foi escolhida como ganso deverá correr atrás da que lhe escolheu. Esta por sua vez, deverá correr e sentar no lugar da outra, se for pega antes de sentar deverá ficar no centro da roda, “chocando”, até que outra criança “choque” em seu lugar.

Analisando essa atividade, percebi que algumas crianças querem só elas brincarem, enquanto que as crianças com síndrome de down não respeitam a ordem da brincadeira, saindo do lugar antes da hora. As demais crianças cobram que esperem sua vez. Algumas crianças querem fazer por elas as atividades, outras chamam a atenção para que deixem fazer sozinhas.

##### **2) Carneirinhos e Lobos.**

No início dessa atividade todas as crianças queriam ser o lobo, conversando com elas acertamos que uma seria o lobo e as demais os carneirinhos.

As crianças com Síndrome de Down recebem a colaboração das demais, pegam nas mãos e tentam encaminhá-las juntas à brincadeira. Mas na hora de fugir do lobo largam das mãos e correm deixando-as para trás. A criança que faz o papel do lobo evita pegá-las. Algumas crianças deixam ser pegas, pois querem fazer o papel do lobo.

##### **3) Bambolês.**

Nessa atividade as crianças tiveram dificuldades para permanecerem em fila e esperarem a sua vez. Algumas crianças, inclusive as com síndrome de

down, furavam a fila a todo instante, querendo só elas brincarem, fizeram as atividades de maneira correta, mas não tinham noção de que deveriam esperar os demais para chegar sua vez. Algumas crianças empurravam, ficavam bravas, se irritavam, outras ficavam com pena, agradavam, beijavam e deixavam as crianças com deficiência passarem a frente.

Percebi que com as crianças dessa idade deve ser trabalhada a questão da motricidade, pois não tem noções de espaço. Para passar por dentro dos bambolês, esbarravam e derrubavam.

### **1) Boneco Duro/Mole.**

Nessa atividade as crianças se dispersaram um pouco, uma das crianças com síndrome de down pisou em alguma coisa que machucou seu pé, reclamou, sentou-se no chão, enquanto as demais foram ver o que havia acontecido. Tentei mudar a atividade, mas a criança que se machucou não quis mais brincar. Levei-a para ser medicada e todas as crianças foram juntas.

### **Segunda Aula.**

Iniciei as atividades com uma roda, cantando algumas músicas. Sugeriram a música do circo. Músicas na roda sempre foram bem aceitas pelas crianças, todas cantam e fazem os gestos acompanhando a melodia.

Uma das crianças com síndrome de down mostra-se muito dependente e solicita-me auxílio a todo o momento.

Na atividade com pneus (passar por dentro deles), ficaram bem claras as dificuldades que as crianças com síndrome de down tiveram: coordenação, noção de espaço e equilíbrio. Dificuldades mais pronunciadas do que as demais crianças do grupo.

As outras crianças colaboraram bastante com as duas crianças com Síndrome de Down, esperando e, na maioria das vezes, segurando os pneus para que elas pudessem realizar a atividade.

Passar por cima dos pneus requer bastante equilíbrio, agilidade e atenção, o que acarreta dificuldades para as crianças com síndrome de down. Mesmo observando os colegas, não fizeram as atividades corretamente. Com insistência e ajudas conseguiram passar por cima dos pneus. Ficou bem evidente a satisfação das mesmas e da torcida e aplauso das demais crianças quando elas conseguiram concluir a atividade.

Ao formar a roda final uma das crianças com síndrome de down ficou passando pelos pneus e de longe fiquei observando que batia palmas quando terminava de passar. As demais crianças a chamaram para que viesse na roda com a gente, ela veio correndo, mas sentou-se no centro da roda. Percebi neste momento mais uma vez a colaboração das crianças, indicando para ela o lugar certo para sentar.

Na atividade de volta à calma -bruxa e fada- todas as crianças deitam, fingindo dormir. As crianças com síndrome de down têm dificuldades de concentração, de permanecerem deitadas e com os olhos fechados. As demais sempre tentam ajudá-las, algumas cobram pelo seu comportamento.

Ao formar a fila todas querem ajudá-las a subir as escadas e encaminhá-las até a outra professora que os esperam. Notei que as crianças são bastante solidárias.

### **Terceira aula.**

Neste dia senti muita dificuldade em trabalhar com as crianças, pois a marcenaria da escola estava funcionando e fazia muito barulho, dificultando a concentração e nossa comunicação.

As crianças ao chegarem na quadra mostraram-se com muita vontade de brincar, foram correndo formar a roda. Uma das crianças com síndrome de down sentou-se no centro da roda e as outras a chamaram para sentar no lugar certo, e ela foi.

Perguntei quem queria brincar, todas responderam: “eu”, com exceção de uma criança com síndrome de down, que disse “não”, fazendo

movimento negativo com a cabeça. Mas mudou de idéia bem rápida e participou de todas as atividades.

Na roda e em pé, ensinei a letra e os gestos da musiquinha do *cão e o cozinheiro*, as crianças acompanharam. Só uma das crianças com síndrome de down ficou sentada, olhando, só acompanhou quando cheguei perto dela e fiz os movimentos junto com ela.

As crianças solicitaram outras músicas e cantaram com muita energia. A mesma criança que ficou sentada, parada, solicitava-me muito a todo o momento. Senti que é muito dependente.

Quando enjoaram de cantar, pediram que eu ensinasse outras brincadeiras.

Fomos brincar de *Dona onça*, uma das crianças com síndrome de down deita perto da *dona onça*, querendo ser também. Enquanto isso as outras aguardavam na outra extremidade da quadra. A criança com síndrome de down que quis ser *onça* mudou de idéia e se juntou as demais crianças no grupo.

Ao acordar a *Dona Onça* todos fogem. Uma criança com síndrome de down correu bastante, a outra não correu, e não demonstrou medo de ser pega.

Essa que não demonstrou medo (a mesma que queria ser a onça no começo da atividade), juntou-se as *Onças* novamente. Quando chegou a hora de se levantar para correr atrás das crianças, demorou muito, não foi e, por não ser ágil, ficava sempre para trás.

A outra criança com síndrome de down foi pega e virou onça também, pois consegue correr bem. Porém, não se esforçou para pegar as outras, só queria se divertir.

Chamei as crianças na roda e expliquei como deveriam passar pelo “circuito de pneus”. Os pneus foram distribuídos ao chão de forma que pudessem passar por dentro, por fora, pular três pneus, passar por cima, por baixo e assim por diante.



As crianças com síndrome de down fizeram o percurso certinho, quando se enroscavam ou derrubavam algum pneu, recebiam o auxílio dos demais rapidamente.

A próxima atividade foi com corda. Trabalhei nessa atividade a noção de tempo-espaço, baixo-alto. As crianças acompanharam com facilidade e algumas demonstraram lentidão na realização das atividades.

Depois dessa atividade percebi que as crianças estavam cansadas. Retornamos a roda, cantamos a musiquinha do *avião*, com gestos e movimentos e encerramos as atividades do dia.

## Conclusões

Aplicando as atividades propostas neste trabalho senti algumas dificuldades decorrentes de características que são próprias de crianças dessa faixa etária (quatro a cinco anos): demonstram ser extremamente expansiva, ativa, cheia de vida, ágil; utilizam do seu tempo a descontração, as brincadeiras e fazem muitas *travessuras*. A criança nessa idade, não tem paciência, não consegue se concentrar e não sabem esperar a vez nas brincadeiras realizadas.

Nas atividades elas não enfatizam o produto final e sim o processo. A criança quer brincar, independentemente de ganhar ou perder. Possui um sentimento relativamente forte de posse em relação aos objetos que gosta e busca apoio e auxílio dos mais velhos.

Por outro lado, houve uma grande participação do grupo, as crianças interagiram entre si, houve cooperação por parte dos alunos que estavam bem descontraídos e tivemos um bom relacionamento.

A criança nesta idade gosta muito de repetir as brincadeiras. Pediam sempre para fazer as atividades que já haviam sido feitas outras vezes. Mas foram aplicadas as atividades programadas e percebi que gostaram de enfrentar novos desafios.

Essas atividades foram propostas por estarem relacionadas com as necessidades das crianças, na certeza de estar contribuindo para o seu desenvolvimento integral.

Nessa idade, as crianças necessitam de atividades que desenvolvam basicamente: controle postural (tônus); esquema corporal; orientação espacial; orientação temporal; equilíbrio; lateralidade e coordenação geral.

A função motora, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento afetivo estão intimamente relacionados. Sugeri estas atividades para colaborar no processo de crescimento das crianças, pois elas têm um conjunto de habilidades a serem trabalhadas.

O relacionamento das crianças nas aulas de educação física é bom. Além das crianças desenvolverem suas potencialidades nos planos físicos e mentais, ficou claro o desenvolvimento afetivo-social.

Nas atividades sempre havia uma criança ou outra, corrigindo, explicando, ajudando as duas crianças down, apesar de existir diferenças entre ambas. Uma é dócil, afetiva, calma e dependente, enquanto que a outra se mostra agitada, hiperativa e, às vezes, até agressiva.

Em algumas atividades percebia-se o quanto as demais crianças torciam quando as downs conseguiam executar as tarefas, aplaudiam e dava para notar a satisfação estampadas em seus rostos.

Em alguns momentos, algumas crianças queriam ajudar as downs. Enquanto outras chamavam a atenção das crianças para que as deixem fazer sozinhas.

Percebemos assim que, a integração das crianças é muito importante em todas as atividades da escola, mas em especial nas aulas de educação física, onde nos momentos de descontração, elas brincam sem preconceitos e com muita intensidade.

Através desta análise fica comprovado que há integração das crianças com síndrome de down junto as demais, e que a educação física pode ter um papel significativo na relação entre as mesmas.

## **Bibliografia**

- BAGATINI, V. C. *Educação física para o excepcional*. 5. ed. São Paulo: Sagra, 1984.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Atividade física para deficientes*. Brasília: SEED/MEC, 1981.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: Educação física*. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- CARMO, A. A. *A sociedade cria, "recupera" e discrimina*. Brasília: MEC/Secretaria de Desportos, 1994.
- Esporte numa jogada de integração. Brasília: *Integração*. v. 2. n. 6, 1989.
- MACHADO, N. V. *Educação física e recreação para o pré-escolar*. 3. ed. Porto Alegre: PRODIL, 1986.
- ROSADAS, S. C. *Atividade física adaptada e jogos esportivos para o deficiente: Eu posso, vocês duvidam?* Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
- SÃO PAULO. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. *Subsídios para implementação da proposta curricular de educação física para deficientes mentais educáveis*. São Paulo: SE/CENP, 1988.

# A EDUCAÇÃO FÍSICA NAS CLASSES ESPECIAIS DAS ESCOLAS PÚBLICAS DE PRESIDENTE PRUDENTE<sup>1</sup>

Paulo Celso NOGUEIRA<sup>2</sup>

Paulo Roberto BRANCATTI<sup>3</sup>

## Versando sobre o tema

A prática pedagógica tradicional raramente se preocupa com as diferenças. A padronização metodológica em vez de simplificar a educação, acaba criando entraves, pondo em evidência as diferenças individuais e grupais.

A educação da criança deficiente tem como meta os mesmos objetivos determinados para a criança não-deficiente. Para que isso realmente aconteça, faz-se necessária uma educação especial que ofereça oportunidades de desenvolvimento e acesso a conhecimentos sistematizados, com recursos educacionais diferentes, ou melhor, dizendo específicos. Desta forma a criança que tem necessidade especial de educação atingirá as mesmas metas de uma criança dita normal.

A expressão 'Educação Especial' engloba, atualmente, todos os serviços, procedimentos e instituições que se dedicam ao indivíduo tido como excepcional. Tem assim um sentido que, incluindo a educação escolar, vai além dela, nos campos de reabilitação física, estimulação e preventiva e áreas afins. (Ferreira, 1995, p. 17)

O processo educativo que contempla a população dos deficientes apresenta uma série de ambigüidades e impedimentos para uma trajetória mais

---

<sup>1</sup> Trabalho de pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Presidente Prudente - Apoio CAPES (1997-1998).

<sup>2</sup> Professor de Educação Física da Rede Pública Estadual

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Educação - Faculdade de Ciências e Tecnologia - Unesp - Campus de Presidente Prudente.

favorável ao atendimento institucional para portadores de necessidades educativas especiais.

As barreiras enfrentadas pelos pais de deficientes em idade escolar são complexas, merecendo um estudo mais aprofundado.

As instituições especializadas lutam com a falta de recursos financeiros, debatendo-se com a preocupação de integrarem os deficientes a estrutura social, na tentativa de oferecer a dignidade do ser humano condutor do próprio destino, dentro das limitações que todos nós possuímos.

As escolas públicas não possuem vagas nem recursos humanos especializados suficientes para estar atendendo a demanda da clientela que vai ficando à margem, por ser portadora de deficiência e por ser pobre.

Um jovem de 18 anos vive como animal dentro de uma jaula no povoado de Moendas de Dentro, em Salgado(SE) [...] O problema é que não existem hospitais na região, muito menos atendimento especializado. Até na capital os recursos são praticamente inexistentes “. (Revista ISTO É, 10/06/98, p. 46-47).

Nas comunidades mais carentes e desinformadas, a visão que se tem sobre os deficientes nos faz retroceder a um momento negro da história da humanidade, quando a deficiência numa concepção mística, era tida como castigo dos deuses e os portadores de anormalidades eram segregados e ou eliminados.

Atualmente, o conceito de deficiência está intimamente ligado ao modelo social e econômico predominante, em decorrência do selecionamento dos indivíduos economicamente produtivos.

Só modernamente, sobretudo com ‘o boom’ científico que dominou o mundo, a partir das duas guerras mundiais, a necessidade das modernas sociedades em aumentar o rendimento com a diminuição do investimento e sustentar elementos não produtivos, houve uma preocupação nas descobertas de métodos que visassem uma reintegração social do deficiente e, na medida do possível torná-lo um fator de produção para a sociedade. (Rosadas, 1986, p. 3)

Seguindo esta tendência os educadores voltaram-se para estudos com a preocupação de desenvolver uma metodologia que vá de encontro com as necessidades educacionais desta população. Surge assim a educação física como um dos meios para a recuperação e a integração dos indivíduos portadores de necessidade educativa especial.

Sabemos do déficit e da necessidade do profissional neste campo de atuação e a dificuldade em adquirir conhecimentos específicos nesta área. Para que o processo educacional efetivamente se efetue é condição indispensável um embasamento teórico-prático, obtendo conhecimentos objetivando um melhor desenvolvimento do ensino.

As instituições universitárias não oferecem, ou poucas oferecem ao profissional de Educação Física, saberes relativos a problemáticas que envolvem os indivíduos portadores de deficiência, e quase não contemplam em seus currículos, conteúdos de Educação Física adaptada para deficientes.

Esta lacuna curricular reproduz o segregacionismo frente às minorias pressionadas pelo sistema de produção em vigor que dita a normalidade, dificultando o espaço para as discussões, não incentivando a integração e nem oferecendo condições facilitadoras para encurtar a barreira das diferenças.

A Educação Física constituindo em uma disciplina com um conjunto de conhecimentos e atividades específicas, capaz de contribuir eficientemente para o aprimoramento do homem como um ser integral possuidor de corpo e alma, é um instrumento muito importante para a reabilitação e integração da pessoa deficiente.

Sendo imprescindível para um melhor desenvolvimento do portador de deficiência, a Educação Física por esta razão, está incluída nos projetos do processo educacional que visa o atendimento aos deficientes.

### **A educação física tradicional e as tendências atuais**

Nos últimos anos o momento histórico tem consagrado o corpo como instrumento de produção, como mercadoria e fonte de prazer, considerando tão

somente a estrutura anatômica observável em detrimento da sua objetividade, do *eu* intelectual presente no interior da matéria.

Essa tendência dá valor à função mecânica do movimento, estruturada no sistema de produção capitalista vigente e decreta a coisificação do homem. É nesse panorama que a Educação Física veio se afirmando, onde o corpo é mero cumpridor de comandos, executando movimentos repetitivos visando o rendimento, a produção e uma plasticidade estética corporal, não dando ênfase à participação do indivíduo como agente criador da realidade concreta na qual está inserido.

A prática da Educação Física esteve sempre presente na vida dos povos. Na Antigüidade era praticada de maneira natural e instintiva, através de saltos, corridas, lançamentos, etc...

Os exercícios físicos eram realizados em cerimônias religiosas, em funerais e nos treinamentos de guerreiros. Na Grécia era tida como forma de Educação dos jovens. Pouco praticada na Idade Média ressurgiu como forma de Educação na Idade Contemporânea. Segundo Gonçalves (1994), temos que:

... educação é a prática pela qual se pretende atuar sistematicamente sobre os indivíduos e grupos sociais, com a intenção de possibilitar a formação de sua personalidade e sua participação ativa na sociedade. (Gonçalves, 1994, p.118)

No Brasil, embora com a carga do preconceito inicial, quando a execução de atividades físicas era relacionada com o trabalho escravo, a necessidade da Educação Física foi se firmando e introduzida nas escolas. De início se baseava nos princípios higienistas e eugenista, posteriormente, com forte cunho militarista, nos métodos europeus.

A eugenia, segundo Betti (1991) visa o melhoramento genético, das virtualidades inatas, valendo-se de medidas como o exame pré-nupcial, a proibição do casamento de consangüíneos e até mesmo a esterilização, para impedir a procriação dos tipos considerados "inferiores" - os delinquentes, os imbecis, os débeis mentais.

Com o processo de industrialização e urbanização, na década de 30, tem outra finalidade: preparar o operário como força de produção, assegurando o vigor físico, preparando-se para uma nova jornada de trabalho, na substituição do modelo econômico agrário exportador por um urbano industrial.

Na constituição de 1937, é incluída como prática educativa obrigatória. Essencialmente o exército foi quem difundiu a Educação Física nas décadas de 30 e 40, e foram os militares os primeiros professores de Educação Física. Em 1956 é consolidada a prática da Educação Física nos estabelecimentos de ensino secundário. Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1961, ficou determinada a obrigatoriedade para o ensino primário e médio. É introduzido o método Desportivo Generalizado e o esporte passa a ter ênfase cada vez maior nas aulas de Educação Física.

Com a influência da tendência tecnicista a Educação Física em 1968, com a lei 5.540, e, em 1971, com a lei 5.692, é considerada como atividade prática, enfatizando o desempenho técnico e físico do aluno. Esta mesma lei em seu artigo 9º. previa "... tratamento especial aos excepcionais", através de procedimentos especializados, que visam superar as limitações e ou as deficiências do indivíduo, não contempladas em situações normais de ensino.

Na década de 80, a fórmula voltada para a performance técnica e física passa a ser discutida e posta em check. Com a realização de estudos, seminários, congressos, publicações, o fio condutor passa a ser o desenvolvimento psicomotor do aluno.

A psicomotricidade, afirma Bouch (1995, p. 17), "... apóia-se na experiência corporal e mental vivenciada pela pessoa no seu confronto com o mundo dos objetos e das pessoas".

A visão do homem biológico é ampliada, os objetivos educacionais não se preocupam somente com a formação de um corpo mecanicista e higienista, permite ultrapassar os limites do organismo humano elegendo também os aspectos afetivos, psicológicos, sociais e cognitivos.

A lei no. 9.394, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional promulgada em 20 de dezembro de 1996, enuncia no artigo 26, parágrafo 3º., que



a Educação Física, integrada à proposta pedagógica da escola, é componente curricular da Educação Básica, ajustando-se as faixas etárias e as condições da população escolar, sendo facultativa nos cursos noturnos.

Essa lei, sendo liberal, proclama os aspectos individuais e particulares do educando e de cada escola, a integração ao projeto pedagógico, mas não garante e nem dá suporte para o que está escrito seja realmente a prática. Haja vista as últimas medidas tomadas pelos tecnocratas da educação contraditórias aos próprios textos legais, afastando o profissional de Educação Física das séries iniciais, diminuindo neste ano de 1998, a carga horária destinada às aulas de Educação Física, e com a desobrigação das aulas no curso noturno, o resultado prático obtido é a exclusão da Educação Física para este turno das escolas, discriminando assim o aluno trabalhador.

Essa mesma lei no seu artigo 4º., parágrafo III assegura “atendimento educacional especializado gratuito ao educando com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino”, mais uma vez a lei incorre na contradição quando afirma igualdade de condições ao não contemplar também com o professor habilitado, as aulas de Educação Física previstas no currículo escolar e no Projeto Pedagógico, o educando com necessidades especiais de educação das Classes Especiais, ficando as aulas de Educação Física a cargo do professor da classe.

Não queremos afirmar a incapacidade do professor da classe em estar trabalhando com Educação Física e nem que o profissional da área esteja bem preparado para atuar com este aluno, mas é fato que o professor da classe possui poucos conhecimentos específicos relativos a Educação Física, enquanto o professor de Educação Física possuindo um embasamento teórico-prático atingirá de forma mais verdadeira o respectivo objetivo educacional a serem atingidos.

A realidade da Educação Física atual está longe de se aproximar do pensamento dos estudiosos, com toda a problemática que permeia a sua prática, ela continua sendo conduzida de forma convencional.

Segundo Medina (1983, p. 78) a Educação Física convencional é “... um conjunto de conhecimentos e atividades específicas que visam ao

aprimoramento físico das pessoas”. Essa visão não leva em conta os aspectos psicológicos e sociais do indivíduo, entende Educação Física como educação do físico e promotora da saúde biológica.

A educação física continua assumindo um caráter de elitização, contemplando o esporte institucionalizado, do qual deverá o aluno obter o máximo de rendimento produtivo e habilidades técnicas.

Como diz Santim (1987, p. 38) “... a educação física parece assumir mais um caráter de treinamento ou adestramento do movimento corporal, mais do que propriamente uma educação física humana”.

Neste sentido o aluno que desponta como atleta em potencial é conduzido para as turmas de treinamento e todos os esforços são concentrados na *educação do movimento* visando obter a vitória no campeonato escolar, por exemplo. Esta ação tem um resultado palpável mais imediato e porque não, uma realização profissional do professor, em prejuízo das experiências e dos objetivos educativos que proporcionariam uma vivência plena da corporeidade.

Essa modalidade prática da educação física exclui os alunos menos habilidosos e os portadores de deficiências que ficam a margem do pleno processo educativo. Quando as aulas eram ministradas em período adverso às demais disciplinas, este aluno não as freqüentava, apresentava atestado de incapacidade física para exercer as atividades propostas nas aulas. Atualmente, na maioria das escolas de ensino fundamental, as aulas de educação física estão inseridas no período normal do horário escolar, permitindo ao aluno deficiente a possibilidade de superar o isolamento e integrar-se ao grupo durante as atividades físicas/esportivas.

Medina (1983) aponta outras duas concepções de educação física, a ‘Modernizadora’ e a ‘Revolucionária’. A modernizadora considera a educação física como uma educação através do movimento, fundamenta-se nas diversas ciências, considera os aspectos biopsicológicos em função da integração social. Já a concepção ‘Revolucionária’ vai ao encontro das tendências progressistas, que têm como objetivo transformar o estabelecido socialmente. Ela é tida como forma de luta, promovendo o desenvolvimento e a mudança da personalidade humana

em todos os aspectos, a integração do meio social, visando adquirir uma consciência política que liberta do cárcere imposto pelo sistema dominante.

Concordamos que a Educação Física escolar tenha avançado graças as intermináveis buscas dos abnegados estudiosos, mas é preciso fazer chegar de uma forma mais concreta esse conhecimento até o professor para que ele possa melhorar a sua prática pedagógica.

O profissional professor de Educação Física continua trabalhando baseado na tendência Desportiva da Educação Física, colocando à margem aqueles que não se encaixam dentro de um padrão esperado.

A modificação de postura só será possível em uma plenitude quando a própria sociedade perceber o indivíduo como um ser integral. A Educação Física independente da sua linha de ação tem uma função primordial para conscientizar o homem do seu papel de criador do próprio destino e transformador do contexto social e não um mero reproduzidor de gestos e atitudes.

Com o surgimento de novas abordagens para a Educação Física e a conseqüente ampliação do seu campo de ação, as suas origens mais tradicionais vão sendo superadas e novos campos de atuação vão se evidenciando. Nesse sentido a Educação Física contempla também os portadores de deficiência e surge assim a Educação Física Especial e/ou Adaptada.

A participação da pessoa deficiente nas aulas de Educação Física pode lhe oferecer inúmeros benefícios, como o aumento da auto estima, o desenvolvimento das capacidades afetivas, a oportunidade de integração social, já que este indivíduo não é muito exposto, seja por preconceito ou vergonha.

Antes de tudo é imprescindível estar avaliando as possibilidades e os limites das capacidades deste aluno, para estarmos adotando procedimentos que vão de encontro as reais necessidades exigidas para cada indivíduo.

Também é de suma importância que o orientador das atividades possua conhecimentos sobre a deficiência com a qual vai trabalhar, para criar situações e adequações, levando em conta as particularidades do educando. É

condição indispensável que providências sejam tomadas, com a finalidade de evitar possíveis perigos que possam vir a provocar danos ou seqüelas.

A prática da Educação Física pode possibilitar um maior envolvimento do deficiente com as outras pessoas, favorecer o conhecimento de si próprio, a afirmação como ser humano digno de respeito e merecedor de espaço no mundo das relações econômicas e sociais.

### **Ouvindo os Professores**

O trabalho foi realizado em três circunstâncias:

A - Levantamento das escolas públicas com classes especiais;

B - Elaboração de questionários como roteiro de entrevista, contando com dez questões, aplicadas a cinco professores de Classes Especiais das escolas públicas de Presidente Prudente;

C - Análise e discussão dos resultados, onde procuramos verificar:

c1) Se as Classes Especiais possuem aula regular de Educação Física com programação sistematizada e quem desenvolve este trabalho; c2) A importância da Educação Física para as Classes Especiais; c3) Se a Educação Física adaptada constava no currículo na formação profissional dos professores das Classes Especiais; c4) Se existe material de apoio e quais as dificuldades encontradas; c5) A participação dos alunos e quais as outras atividades realizadas.

Ao conhecermos esta realidade, constatando que as aulas estão sendo realizadas um tanto quanto de afogadilho pelos professores das Classes Especiais e a contento pelos alunos estagiários da Unesp, questionamos: Qual é o nível de trabalho que está sendo realizado e porquê estas aulas não são oferecidas ao profissional professor de Educação Física?

Primeiramente fizemos um levantamento junto a Delegacia de Ensino de Presidente Prudente, para conhecermos o universo das escolas com Classes Especiais que realizam o atendimento para educandos com necessidades especiais.

As escolas encontradas foram as seguintes: EEFG. “Profa. Carmem Pereira Delfim” (01 Turma de Deficientes Físicos), EEPSG. “Profa. Francisco de Almeida Góes Brandão” (02 Turmas de Deficientes Auditivos), EEFG. “Profa. Maria Luiza Formozinho Ribeiro” (03 Turmas de Deficientes Visuais), EEFG. “Prof. Adolpho Arruda Mello” (01 Turma de Deficientes Mentais) e EEFG. “Prof. João Sebastião Lisboa” (01 Turma de Deficientes Mentais).

A pesquisa foi realizada em quatro escolas públicas com Classes Especiais e em uma com sala de recursos, todas situadas na cidade de Presidente Prudente, com consentimento prévio da direção dessas unidades escolares ao serem contatadas pessoalmente.

Partindo do fato que nenhuma escola estadual de Presidente Prudente possui o professor de Educação Física trabalhando com alunos portadores de deficiência, a investigação foi realizada com o professor da classe. Todas as cinco entrevistadas são do sexo feminino, com idade variando entre 23 a 47 anos, habilitadas e com tempo de exercício variando de cinco até 18 anos de atuação profissional.

Foi elaborado um roteiro de entrevistas com função documentária, utilizando um gravador portátil para coletar as informações pessoalmente, com o propósito de armazenar os dados. Posteriormente foi efetuada a transcrição literal das entrevistas para a linguagem escrita, para melhor analisarmos os conteúdos existentes e fazer as comparações necessárias.

Utilizamos o roteiro de entrevistas e não um questionário simples, por percebermos que este instrumento seria mais adequado ao nosso propósito, pois o contato direto entre o sujeito e o pesquisador enriquece muito a quantidade das informações e a compreensão das questões formuladas. Uma expressão, um movimento realizado com as mãos, etc... contribui de maneira positiva à avaliação das respostas apresentadas.

Na EEFG “Profa Carmem Pereira Delfim” chegamos no período da tarde. Procuramos pelo Diretor da escola que nos atendeu, pondo-se a disposição para qualquer informação, permitindo o livre acesso no interior do prédio da escola e à classe especial, bem como na realização da entrevista.

No momento estipulado, apresentou-nos a professora da classe, informou-a sobre o conteúdo da entrevista e deixou-nos à vontade para a realização da entrevista.

Na EEPC “Profa. Francisca de Almeida Góes Brandão”, a professora concordou em ser entrevista fora do ambiente escolar, no horário do trabalho pedagógico (HTPC). No dia seguinte, dirigimos até a escola e após termos sido autorizado pelo diretor, realizamos a entrevista no interior da sala dos professores do período da tarde.

Na EEPC “Profa. Maria Luiza Formozinho Ribeiro” não foi possível encontrar a Diretora e nem os professores da sala de recursos que não se encontravam no período da tarde. Retornei no mesmo dia à noite e consegui falar com a Vice-diretora, explicando meu intuito. Ela informou na necessidade da autorização da Diretora e que a entrevista poderia ser realizada no dia seguinte. Na entrevista concedida, a professora desta escola, foi a que mais falou sobre as questões levantadas.

Na EEPC “Prof. Adolpho Arruda Mello”, no período da tarde, conversamos com a Vice-diretora que exigiu um documento de frequência do curso de especialização para efetuarmos a entrevista com a professora da classe especial. De posse do documento exigido, retornamos no dia seguinte para a realização da entrevista. Concedendo um momento para ser entrevistada, a professora respondeu as questões rapidamente parecendo estar com pressa em retirar-se.

Na EEPC “João Sebastião Lisboa”, foi contactada a professora da classe especial em oportunidade externa ao ambiente da mesma, deixando-nos à vontade para realizar o trabalho, indicando o melhor horário para estarmos na escola.

### **Análise e discussão dos resultados.**

Para detectar como está sendo conduzida a prática da educação física nas classes especiais das Escolas Públicas de Presidente Prudente, confrontamos

os professores dessas classes com os questionários. As respostas seguem as seguintes seqüências: 1) EEPG “Profa. Carmem Pereira Delfim”; 2) EEPG “Profa. Francisca de Almeida Góes Brandão”; 3) EEPG “Profa. Maria Luiza Formozinho Ribeiro”; 4) EEPG “Prof. Adolpho Arruda Mello” e 5) EEPG “Prof. João Sebastião Lisboa”.

## **2) Sua classe tem aulas regulares de Educação Física?**

- 1) Não, não tem. Eu realizo algum trabalho que envolve educação física.
- 2) Tem aulas duas vezes por semana.
- 3) Temos, porque no período da tarde, temos os estagiários da Unesp.
- 4) Não. Eu realizo algumas atividades às vezes.
- 5) Tem. Tem atendimento feito pelos professores da Unesp

Constata-se que todas as escolas possuem aulas de educação física para os alunos das classes especiais, mas quando as professoras discorrem sobre as atividades realizadas, observa-se que este trabalho é realizado mais num sentido recreativo do que propriamente educação física. Tomemos como exemplo o que diz a entrevistada no. 1 “Eu realizo algum trabalho que envolve educação física...”.

Constata-se também que em algumas escolas possuem estagiários do curso de educação física da Unesp de Presidente Prudente.

## **1) É desenvolvida uma programação sistematizada em educação física adaptada na classe em que você trabalha?**

- 1) É desenvolvido sim, inclusive no currículo consta.
- 2) É, o trabalho que faço com as crianças está no meu planejamento.
- 3) Sim tem, fica a cargo do professor da Unesp.
- 4) Não, as atividades que realizo são mais de uma forma recreativa e não tem uma certa periodicidade.
- 5) É desenvolvido, porque tem estagiários da Unesp.

Verifica-se que a programação sistematizada é confundida com o constar no currículo e no planejamento, sem dar ênfase à prática pedagógica.

Confirma-se também o já observado no item anterior, relativo a participação da Universidade em estar desenvolvendo atividades de educação física em algumas classes especiais da cidade.

### **3) Quem desenvolve este trabalho?**

- 1) O professor da própria classe.
- 2) A professora da classe, e as alunas da Unesp.
- 3) Estagiários da educação física da Unesp.
- 4) O professor da classe.
- 5) O professor da classe e estagiários da Unesp.

As respostas versaram sobre a participação de estagiários da educação física em algumas escolas, enquanto que outras, as próprias professoras se encarregam das aulas.

### **4) Você considera que a educação física é importante para as turmas de classe especial? Por que?**

- 1) Muito... É fundamental, mesmo porque ajuda no desenvolvimento motor da criança com paralisia cerebral.
- 2) Tudo que é preciso desenvolver, a coordenação... Tudo eu trabalho na educação física.
- 3) A educação física vai criando conceitos do próprio corpo como um todo.
- 4) Sim... As atividades de educação física são necessárias para uma melhor conscientização do próprio corpo, domínio das relações espaços temporais, etc...
- 5) Facilita o nosso trabalho por que muitos conceitos. Alguns pré-requisitos para alfabetização são desenvolvidos “na sala” e “nas aulas de educação física”.

É consenso entre os professores que a educação física é muito importante no ensino para os deficientes.

Como podemos perceber nas falas dos professores pesquisados, a educação física é fundamental para que os alunos, através de experiências



vivenciadas, portanto concretas, possam adquirir conceitos, habilidades e atitudes que se constituem em pré-requisitos para o processo de ensino aprendizagem.

**5) Na sua formação profissional a educação física adaptada constava no currículo?**

- 1) Não, infelizmente não.
- 2) Não, falava de educação física, mas não própria pra deficientes.
- 3) Não. A parte de educação física nós não tivemos.
- 4) Não. Não tivemos nada relativo a educação física para deficientes.
- 5) Não.

Comprova-se nesta questão, que nenhuma professora teve algum conhecimento sobre a educação física adaptada na sua formação profissional, afirmando que não tiveram nenhuma disciplina específica que tratasse dessa questão ou que se preocupasse com determinados conteúdos.

**6) Conta com material de apoio para as aulas de educação física? (bolas, cordas, colchão, banco etc...).**

- 1) Isso eu tenho, materiais nesse sentido.
- 2) Tem tudo isso. Só não tem material adaptado.
- 3) Sim. São poucos os materiais que eu tenho.
- 4) Sim, só não tenho banco sueco.
- 5) Sim.

Considerando-se que o material usado para a educação física para deficientes é o mesmo para os ditos normais, não é por falta de material que as aulas não são realizadas, pois todas as escolas possuem materiais e é importante frisar também que as aulas de educação física podem ser oferecidas e trabalhadas sem nenhum material, utilizando apenas o corpo e suas possibilidades de exercícios.

**6) Quais são as dificuldades encontradas?**

- 1) Teria que haver um profissional preparado.
- 2) Não tenho nenhuma, as crianças tem muitas dificuldades.
- 3) Falta de subsídios. Os alunos também sentem assim um pouco de dificuldade.

- 4) Falta de preparo.
- 5) Nenhuma.

A falta de preparo dos professores e o comprometimento motor dos alunos sobressaiu-se neste tópico, ressaltando a importância e necessidade do professor habilitado em estar trabalhando com as turmas.

**8) Quanto à participação do aluno, você concluiria que é boa, razoável ou insatisfatória?**

- 1) Razoável
- 2) Boa, eles participam bastante.
- 3) Boa, porque eles amam.
- 4) Boa, quando era possível utilizar a quadra, eles sempre participavam.
- 5) Boa, todos participam e gostam.

Pela sua importância para o desenvolvimento do educando, a educação física não pode ser conduzida de forma assistemática, improvisada e ocasionalmente. Deve ser planejada de maneira cuidadosa, equilibrada, garantindo os resultados desejados.

Nesta questão ficou claro o entusiasmo com que os alunos participam das atividades. Ela é participante ativa e construtora de sua própria aprendizagem através das atividades propostas, justificando que as aulas são bem conduzidas.

**9) Aponte outras atividades realizadas com os alunos de sua classe:**

- 1) Algum tipo de brincadeira, joguinhos educativos, qualquer tipo de jogos a gente realiza no pátio.
- 2) Temos teatro, geralmente no final do ano tem danças. Nas festas juninas eles dançam quadrilhas.
- 3) Temos o conjunto musical "Raio de Luz", levo para passeios, também A.V.D. e preparação de material de modo geral.
- 4) Passeios, participam de quadrilhas.
- 5) Apresentações em comemorações, participação em festas juninas e saem para ir ao cinema.

Esta questão nos revela que outras atividades são realizadas, no sentido de estar ampliando as situações de aprendizagem e de socialização no ambiente escolar e fora do mesmo, com os alunos deficientes.

Assim, podemos afirmar que os conteúdos a serem abordados pela criança deficiente e a não deficiente são iguais. O mesmo podemos dizer das finalidades, mas esta afirmativa não pode ser relacionada aos meios. Os métodos precisam ser adaptados as reais necessidades do educando tido como especial, para uma eficaz aquisição da aprendizagem.

As aulas são realizadas em todas as escolas investigadas. Às vezes de uma forma precária pelos professores de classe e por outras realizadas com eficiência e freqüência, quando observamos a intervenção dos alunos estagiários de Educação Física da Unesp<sup>4</sup>.

## **Resultados e conclusão**

As análises revelaram que todas as escolas que tem classes especiais na cidade de Presidente Prudente contemplam a disciplina de educação física. Para constatar isso, não foi preciso despendar esforços, pois ao adentrarmos às escolas visualizamos o horário exposto, onde as disciplinas estão distribuídas, verificando a presença da educação física na grade curricular.

Como não bastasse esta prova visual, o meu interesse profissional como professor, ao iniciar este estudo foi retratar a real situação da realidade prática da educação física para deficientes.

Constatamos uma aula conduzida de forma recreativa, porque os professores da classe estão poucos preparados para enfrentar uma situação na

---

<sup>4</sup>Este é um programa desenvolvido pela Disciplina de Prática de Ensino em Educação Física, que visa dar oportunidades às pessoas deficientes que freqüentam as escolas com classes especiais e salas de recursos. Em 1998, o programa atendeu 40 pessoas entre crianças, adolescentes e adultos. (d.v. d.m. d.a ).

qual não foram preparados. Sentindo necessidades de subsídios e métodos em como trabalhar as aulas de educação física para crianças deficientes.

Estes profissionais revelaram-se incapazes para conduzirem as aulas de educação física, apesar de demonstrarem conhecimento do conteúdo específico, pesquisando livros e buscando orientações com profissionais especializados, nenhum professor da classe especial e também o da sala de recursos, teve conhecimento prévio da área e sentem dificuldades em ministrar estes conteúdos. Fica claro que a maior dificuldade dos professores é a adaptação dos métodos às necessidades especiais do indivíduo deficiente.

Ficou constatado também, que as aulas realizadas de forma a atingir os objetivos educacionais para as pessoas com necessidades educativas especiais, são conduzidos pelos estudantes de educação física da Unesp Campus de Presidente Prudente, destacados em entrevista conforme relatos anteriores. O programa da Universidade tem como finalidade a formação profissional nesta área da educação física especial tão carente em nossa região.

Os depoimentos apresentados nos permitem concluir que a educação física é fundamental para que os educandos especiais possam realizar experiências concretas de aprendizagem e também ter benefícios terapêuticos, recreativos e de lazer, adquirindo conceitos, habilidades e atitudes, não só para melhor aquisição do ensino, como também para uma melhor qualidade de vida.

Partindo do fato de que todo educador necessita de fundamentação teórico-prático e o avanço das pesquisas na área da educação especial, torna-se necessária a instalação de mais cursos de habilitação em educação especial, para que mais educadores tenham acesso às metodologias aplicadas à educação do deficiente e a problemática conceitual que envolvem estas pessoas, contribuindo para uma mudança de mentalidade dos educadores, ao conhecer as características da população tida como deficiente, melhorando a sua capacidade de avaliação das necessidades específicas de educação de que carecem os alunos.

Desta maneira, deve-se encurtar as barreiras existentes nas inter-relações pessoais dentro da escola, valorizando o indivíduo em sua totalidade,

proporcionando condições favoráveis à integração e a oportunidades de êxitos educacionais e sociais.

É importante ressaltar mais uma vez a necessidade do professor habilitado para ministrar aulas de educação física especial, pois sendo ele possuidor de conhecimentos específicos da área, terá melhores condições de elaborar as atividades necessárias às pessoas que tem alguma deficiência.

Finalmente, nas aulas de educação física, as pessoas tendem a ser alegres, descontraídas, espontânea, o que favorece a boa relação entre eles e possibilita o despertar da conquista do seu espaço na sociedade.

## **Bibliografia**

- BETTI, M. *Educação física e sociedade*. São Paulo: Movimento, 1991.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental *Parâmetros curriculares nacionais: Educação física*. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- BRASIL. Lei de diretrizes e bases da educação nacional. São Paulo: Editora do Brasil, 1996.
- FERREIRA, J. R. *A exclusão da diferença: a educação do portador de deficiência*. 3. ed. Piracicaba: UNIMEP, 1995.
- GONÇALVES, M. A. S. *Sentir, pensar, agir: corporeidade e educação*. Campinas: Papirus, 1994.
- MARCO, A. de. *Pensando a educação motora*. Campinas: Papirus, 1994.
- MELLO, R. A. de. *Educação física: revisão crítica e perspectiva*. Maringá.
- ROSADAS, S. C. *Educação física para deficientes*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996.
- SANTIN, S. *Educação física: uma abordagem filosófica da corporeidade*. Juí: Unijuí, 1987.
- TEIXEIRA, H. V. *Educação física e desportos*. São Paulo: Saraiva, 1995.

# EDUCAÇÃO FÍSICA E JOGOS CANTADOS: UMA ESTRATÉGIA LÚDICA PARA O DESENVOLVIMENTO SÓCIO-AFETIVO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL EM IDADE ESCOLAR<sup>1</sup>

Vagner Sérgio CUSTÓDIO<sup>2</sup>

Paulo Roberto BRANCATTI<sup>3</sup>

Uma das preocupações da educação especial é desenvolver o aspecto cognitivo e *escolarizar* o aluno especial. Porém, aspectos como físico, psíquico, psicomotor e sócio-afetivo têm relevância significativa e devem ser considerados. Esses aspectos interferem e interagem com o cognitivo, colaborando para a educação numa perspectiva diferente, permitindo a integração do deficiente na sociedade, visando um desenvolvimento qualitativo das condições de vida do portador de deficiência em todos os aspectos.

De todos esses aspectos citados, podemos notar que o mais difícil de ser trabalhado é o fator sócio-afetivo, pois envolve o educador, que também necessita de uma estrutura afetiva capaz de suportar uma relação de corpos livres com seus alunos, fora dos hábitos estereotipados da sala de aula, onde o aluno normalmente fica em uma carteira, sentado, em uma posição passiva, sem movimento e com pouco liberdade e forma de expressão, e sem poder se expressar afetivamente.

O que nos aparenta é que alguns profissionais que trabalham com educação especial, até certo ponto, têm feito *vistas grossas* sobre esse aspecto, encarando-o como sendo um problema. Em contraponto existem vários trabalhos

---

<sup>1</sup> Trabalho de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Presidente Prudente. Unesp/Capes/ Proesp (1997/1998).

<sup>2</sup> Professor de Educação Física da rede Pública Estadual.

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Educação- Faculdade de Ciências e Tecnologia - Unesp - Campus de Presidente Prudente e orientador da pesquisa.

sobre sexualidade do deficiente, mas que (muitas vezes) se limitam somente em orientar o aluno deficiente para que ele possa exercer sua sexualidade de uma maneira *sociável*, esquecendo que a sexualidade é um dos aspectos da afetividade, portanto, impossível de desenvolvimento isolado.

Isso, a nosso ver, traz um caráter paliativo, não intervindo profundamente na dificuldade do deficiente em demonstrar sua afetividade e sexualidade.

Aliás, essas orientações têm sido feitas geralmente de uma maneira chata e enfadonha, na qual aluno deficiente, não incorpora a orientação, que, por sua vez, não consegue atingir o seu objetivo que é promover um processo de ruptura, levando a mudanças de comportamento em relação a sua sexualidade e a do seu parceiro.

Essas questões foram palco para o presente estudo, cujo objetivo foi desenvolver um programa que auxiliasse os profissionais da Educação Especial, principalmente os que trabalham com deficiente físico, mais especificamente com os portadores de paralisia cerebral, a utilizar de atividades como, jogos cantados, brincadeiras de rodas e brinquedos populares para atingir os processos afetivos, numa perspectiva lúdica e prazerosa, e conseqüentemente, desenvolvesse aspectos correlacionados a afetividade, sexualidade e corporeidade que é comprometida e carregada pelo julgamento social e estigma que norteiam as deficiências.

### **Desenvolvimento sócio-afetivo e educação**

Podemos afirmar que se nossas crianças tivessem durante a fase escolar uma educação que abordasse o aspecto sócio-afetivo com o mesmo enfoque do aspecto cognitivo, provavelmente, não teríamos tantos casos de transtornos mentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde D.S.M. (1992) atualmente 1% da população sofre de esquizofrenia que, dos transtornos mentais, é o mais incapacitante com um prognóstico de doença crônica, e requer um tratamento demorado e normalmente com internações. Isso significa que só no Brasil existem 1.300.000 esquizofrênicos, segundo dados do Ministério da Saúde (1995). Um

terço dos leitos hospitalares brasileiros estão sendo ocupados por pacientes psiquiátricos e a tendência é que até o ano 2000 isso alcance 50% das internações.

Infelizmente, o sistema educacional não está auxiliando plenamente o desenvolvimento de nossas crianças de uma maneira global. O sistema esbarra na dificuldade de a escola conviver com alunos que desejem liberdade de expressão, movimentação, exibir conteúdos afetivos, buscar a compreensão da sexualidade, corporeidade e sociabilização. Podemos ver que o nosso sistema educacional está viciado em trabalhar com alunos imóveis na sala de aula numa visão empirista na qual o professor detém o conhecimento e os alunos são submetidos a aceitarem tudo de maneira imposta tendo como princípio a disciplina, não no sentido de componente curricular, mas no sentido de militarização da escola, obedecendo a hierarquias e reproduzindo e ajudando a manter a sociedade dessa mesma maneira, sem promover um processo de ruptura que caracteriza uma educação progressista e transformadora.

Mas mesmo na escola militarizada existem componentes curriculares que poderiam prestar-se a desenvolver esses aspectos importantes para formação da personalidade das crianças. Esses componentes seriam as disciplinas: educação física, educação artística, música, e ensino religioso que, apesar de terem sido implementadas na grade curricular com o objetivo de disciplinar os alunos, podem auxiliar com liberdade de expressão através das diversas formas sócio-culturais. Porém, hoje, esses componentes curriculares, principalmente a educação física e a educação artística, que ainda estão na grade curricular da rede oficial de ensino do Estado de São Paulo, só ainda existem por que se prestam ao papel de tentar desenvolver nos alunos hábitos de lazer *saudáveis* como os esportes e as artes, contrapondo-se a hábitos como o alcoolismo, consumo de drogas e a prostituição.

Assim, o sistema educacional esta infectada pela militarização, no qual o professor não está preparado para trabalhar com seus alunos numa perspectiva lúdica, prazerosa, com liberdade de movimento e expressão, podendo colocar a flor a seus sentimentos, emoções e afetividade.

O que ocorre atualmente é que essas aulas são, até certo ponto, mais chatas e desorganizadas que das outras disciplinas, no caso específico da educação física, ela está totalmente voltada ao esporte, que têm como exemplo o esporte de



alto nível que fugiu do objetivo principal a qual foi criado na Inglaterra onde era praticado pela aristocracia e tinha como finalidade o *Fair play* que nada mais é senão o jogo limpo, o cavalheirismo, o companheirismo, a amizade e a união sobre um determinado objetivo.

O que aconteceu é que o esporte passou a ser mercadorizado, sendo atualmente a segunda fonte de renda dos EUA perdendo somente para a indústria automobilística que também depende do esporte para vender seus automóveis.

Com a mercadorização o *fair play*, foi substituído *pelo vencer a qualquer custo*, mesmo que para isso tenha que agredir, machucar, brigar, discutir, até mesmo matar o companheiro adversário, é o *vale tudo*. O esporte deixou, então, de colaborar para a sociabilização e desenvolvimento afetivo e passou a exercer o papel das arenas do Império Romano, quando os cristãos eram jogados para lutarem com leões, iludindo o povo, e dando suporte para a política do *pão e circo*. A barbaria então passou a tomar conta de nossos campos de futebol, o esporte passou a ser uma válvula de escape das pressões que sofremos no dia a dia, mas o pior de tudo isso é que quando vamos praticar nossa atividade esportiva, com nossos amigos, com a finalidade de lazer, inconscientemente reproduzimos toda essa ideologia do esporte de alto nível, brigando, agredindo, e sendo agredido, machucando e sendo machucado. Resumindo, aquele momento que poderia servir para relaxamento e descontração promovendo a amizade, o companheirismo, e a afetividade, passa a ser algo pior que o nosso trabalho estafante, estressante, chato, local onde, muitas vezes, criamos inimizades.

O que é mais grave, é que a Educação Física Escolar tem incorporado esse esporte bárbaro, praticando-o numa visão competitivista, e alienada ao processo pedagógico da escola, restringindo-se a prática esportiva sob uma visão destrutivista, ou seja, tem sido uma disciplina irrelevante e sem objetivos precisos do que está sendo desenvolvido no aluno.

O professor de educação física deve ter cuidado ao escolher suas abordagens. Deve ser respeitado o aluno, sua individualidade, seu sexo, sua faixa etária. O que temos visto é que nós professores, principalmente de Educação Física, estamos tratando nossos alunos sem objetivos claros, normalmente resumindo sua função em administrar o escasso material esportivo da escola, fornecendo

bolas ou algum outro material, se negando a dar aula, e privando o aluno de ter uma rica experiência educacional através do movimento.

Podemos, então, chegar a uma triste conclusão, que a Educação Física que vem sendo trabalhada nas escolas, além de ser irrelevante nos aspectos cognitivo, e psicomotor, tem se prestado ao papel contrário no aspecto sócio-afetivo, ao invés de sociabilizar, segregar, ao invés de integrar, reforçar o estigma sob uma visão eugenista de buscar o ser ou o atleta perfeito, que traga performance esportiva, resultados imediatos e faça o professor ficar famoso, pois infelizmente ainda os professores tidos como sendo os melhores, são aqueles que conseguem resultados expressivos com seus alunos nas competições oficiais, mesmo que seu trabalho não tenha nada a ver com a proposta pedagógica da escola.

Essa visão eugenista é a mesma que sustentava o nazismo de Adolf Hitler, mas que hoje é transmitida de maneira sutil pelos meios de comunicação, através do que Codo (1990) chama de corpolatria, ou seja, a adoração ao corpo ou o culto ao corpo.

Diariamente nos deparamos com frases e slogans promovido por cartazes out-doors, rádio e televisão como *agita galera; dia da comunidade ativa; esporte não é droga pratique; esporte para todos; esporte é vida* etc. Essas afirmações dão suporte a uma vertente da educação física chamada de Educação física para promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, que tem como objetivo criar nas pessoas o hábito saudável da prática de atividades físicas regulares como meio de se promover a saúde da população que segundo a Organização Mundial da Saúde (1988) é o bem estar físico, mental e social do indivíduo, que gera melhoria na qualidade de vida da população.

É o mesmo higienismo apregoado por Rui Barbosa, mas agora com um respaldo científico e estatístico que são os elevados índices de casos de doenças degenerativas, ou seja, doenças causadas por hábitos de vida agressivos a saúde como a tabagismo, alcoolismo, estresse, toxicomania, alimentação rica em gorduras e colesterol e, principalmente, o sedentarismo, principal causa da arteriosclerose que é, atualmente, segundo SES/CVE (1993) a segunda causa de morte entre a população, perdendo somente para os acidentes de trânsito.

Essa visão seria louvável se não estivesse infectada pela corpolatria, ou seja, uma ideologia que busca levar às pessoas um comportamento de cultuar o corpo como forma de se sentir mais saudável, pois atrás desse discurso de qualidade de vida está embutida uma idéia de que as pessoas precisam realizar atividades físicas como meio de melhorar sua auto-imagem e, conseqüentemente, sua auto-estima.

O grande problema é que essa imagem corporal é ditada como sendo um padrão de beleza pelo qual pessoas são sutilmente obrigadas a se enquadrar para poder sentir-se seduzidas e para poderem seduzir.

Esse padrão muda conforme meio social, cultura e tempo. Na era Vitoriana da Roma Antiga, por exemplo, o padrão de beleza para as mulheres era a obesidade, podemos constatar isso nos quadros de obras de arte da época. A expectativa era que as mulheres precisariam ser fortes, obesas para poderem parir crianças também fortes, guerreiras, aptas a guerrear nos conflitos medievais. Esse padrão foi mudando até chegar nos dias de hoje, que enfatiza um padrão de corpo atlético para os homens, com músculos definidos, sem barriga e, para as mulheres, um corpo escultural, sem gorduras localizadas. Isso faz com que as pessoas corram para os clubes e academias para conseguirem desenvolver seus corpos e assim sentirem-se mais sedutores e mais seduzidos, ou seja, buscarem uma vida sócio-afetivo e sexual ativa e feliz.

Assim, aquelas pessoas que não conseguem chegar a esse padrão corporal são discriminadas, gerando um estado de frustração e, como conseqüência, um rebaixamento em sua auto-estima, fazendo as achar que são incapazes de poderem seduzir alguém ou terem uma vida sexual de qualidade. É o caso dos obesos, anoréxicos, raquíticos, anões, e os deficientes que devido aos seus comprometimentos, não conseguem obedecer essa ditadura corporal.

No caso dos deficientes físicos, mais especificamente os portadores de paralisia cerebral, isso se torna mais latente, pois é uma deficiência corporal visível, que foge totalmente do padrão de corpo ditado pela sociedade e, como o desvio é notório, o estigma é mais acentuado, provocando distúrbios afetivos.

O mais grave é que o deficiente, principalmente o mental, apesar de *socialmente* ser lhe vedado o ter direito a uma vida sexual ativa, pode ser considerado como sendo um tarado ou maníaco sexual, por se masturbar perto de outras pessoas. Essa visão não leva em conta que tanto o aluno deficiente como o não deficiente se masturbam. A diferença está que o aluno tido como normal pratica esse ato dentro de um banheiro, pois foi orientado para isso. Já o aluno deficiente, como tem sua sexualidade negada por todos, não recebe nenhum tipo de orientação e, quando começa a manifestar seus impulsos sexuais de maneira pública, sem pudor, é tido como sendo tarado ou maníaco sexual.

Isso começa na própria casa e passa pela esfera da escola onde lhe é negado o direito a falar. Essa falta de liberdade de expressão provoca nas pessoas uma revolta intensa e levando-as a demonstrar atitudes de rebeldia e até agressividade. Quando isso acontece logo chamamos o nosso aluno deficiente de agressivo, rebelde, atribuindo, erradamente, à deficiência a causa desse tipo de comportamento.

Atribuo esse comportamento como sendo um mecanismo de defesa do portador de deficiência em relação ao mundo que não respeita suas idéias e os coloca em condição de descrédito social e psicológico. Muitas vezes nosso aluno deficiente está demonstrando um comportamento rebelde e agressivo não como forma de hostilidade, mas como único meio de se colocar em evidência, ou seja, a única maneira que lhes sobra para ser notado: a rebeldia. O professor tem que ter isso bem claro ao trabalhar com portadores de deficiência, e isso deve ser trabalhado não somente com os alunos, mas também com os familiares, que normalmente reforçam e reproduzem esse esquema vicioso que acaba com relacionamentos afetivos de pessoas que necessitam de cuidados especiais e que, normalmente, se apegam muito às pessoas que as respeitam, enquanto cidadão pensante, crítico e participativo. Portanto devemos educar para transformar e transformar para melhorar.

## Jogos cantados, brincadeiras de rodas e brinquedos populares num enfoque afetivo

O comportamento lúdico é uma esfera inata do ser humano. Ninguém estudou tanto esse tema a fundo como Klein (apud, Simon, 1978) autora de livros como *A psicanálise da criança*, que eternizaram sua teoria sobre o crescimento e desenvolvimento emocional nas crianças. Essa autora foi a precursora da ludoterapia, que pode ser definida como uma técnica terapêutica baseada em atividades lúdicas das crianças para interpretar atitudes relacionadas a seu desenvolvimento sócio-afetivo e psicológico, funcionando como uma forma de *associação livre* que traz em seu conteúdo um rico material para ser analisado a luz da psicanálise.

Klein (apud Simon, 1978) utilizou-se das teorias de Freud, adaptando-as ao contexto infantil. Mas tanto para Freud como para Klein, se observarmos somente suas conclusões, vamos achá-las absurdas e até mesmo escandalosas. Exemplo disso é a descrição que Freud faz sobre a criança: é um malvado polimorfo, que tem impulsos parciais de afetividade e de agressividade, que ainda estão desorganizados, que ainda não formou sua personalidade. Freud desmistifica a figura angelical das crianças. Outras frases como a de Klein, escandalizam: o que impulsiona a criança a brincar é uma pulsão que, através das brincadeiras, descarrega suas fantasias masturbatórias. Essas afirmações chocaram uma sociedade que via a criança como ser inóceno que somente na fase adulta se transvestiria de malícia, maldade, agressividade, etc. Mas na verdade, essas conclusões são fruto de um árduo estudo clínico que para Klein durou cerca de 40 anos.

Klein (apud Lemon, 1978) para elaborar sua técnica terapêutica, sistematizou uma intuição da doutora Hug Hellmuth, contemporânea de Klein, que dizia que:

As diferentes operações que as crianças fazem durante os seus jogos são o equivalente infantil das associações livres do adulto. Da mesma maneira, ao alargar esta mesma intuição, os desenhos de criança são reveladores das suas representações, das suas obsessões, dos seus fantasmas (Lemon, 1978, p. 92).

Por exemplo, uma criança brincando com cubos ou um carrinho e uma menina vestindo ou tratando de uma boneca, acariciando-a ou destruindo-a, entrega a análise um material que depois de interpretado nos permite chegar às representações inconscientes da criança para com os pais ou para com seu próprio corpo.

Para Freud, em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, o *Complexo de Édipo* instala-se na criança de três a cinco anos. Klein (apud Simon, 1978) diz que essa pulsão para agressividade acompanha a criança desde muito antes dizendo:

É desde a origem que se manifestam no lactente impulsos cruéis, agressivos: desejos de morder, de cortar, de rasgar de destruir, de sujar. Desde a origem a criança dá mostra de impulsos sádicos para com o seio da mãe que ela gostaria de despejar, esgotar, destruir como sendo um mau seio que lhe recusa toda a satisfação que ela deseja. (Simon, 1978, p. 93)

Podemos dizer que Klein transforma a criança Édipo que Freud representou, pela Criança-lobo, visto que o lobo é uma figura que simboliza a agressividade, maldade, podemos ver isso nos contos de fadas de *Chapeuzinho vermelho* e *Os três porquinhos*, nos quais o lobo simboliza a maldade, além de possuir um símbolo fálico, de possuir órgãos grandes simbolizados com a frase *mas que boca tão grande, é prá te comer melhor*.

Bem, mas essa definição da criança lobo, só corresponde a meia verdade, pois a mesma criança que transmite esses impulsos sádicos, também transmite fortes impulsos amorosos que a levam a amar os bons objetos. Que para Klein (apud Simon, 1978) possuem um sentido muito mais amplo do que objetos concretos como brinquedos, lápis, caneta, mamadeira, chupeta, etc, para Klein objeto é tudo que afeta a vida afetiva da criança podendo estar no seu próprio corpo ou no corpo da mãe, ou do pai. Entre esses objetos alguns saem do corpo, por exemplo, a urina, as fezes, e podem então entrar num outro corpo quer seja para lhe fazer bem, se é um bom objeto como o leite materno ou para fazer mal como, por exemplo, a urina e os excrementos que talvez justifiquem as expressões vulgares utilizadas pelos adultos para exprimirem ódio através dos excrementos.

Para Klein (apud Simon, 1978) existem os bons e os maus objetos que assombram o mundo fantasmagórico da criança, expressão utilizada para explicar o universo de fantasia em que a criança está inserida. Os impulsos agressivos a criança dirige contra os maus objetos, que são fontes de angústia para ela, porque receia ser também maltratada e contaminada pelos maus objetos do outro. Já os seus impulsos amorosos são fonte de alegria e de segurança.

É para reencontrar esta segurança que sente a necessidade de reparar o que destruiu ou estragou no corpo da mãe ou no seu próprio corpo. Deste modo, as manifestações sutis de afeto para com a mãe podem produzir fantasmas de agressão e tem este valor de condutor de reparação a fim de que a criança encontre a paz e a segurança da boa mãe, o que terá como resultado reduzir a sua angústia.

O interessante na obra de Klein (apud Simon, 1978) é que ela encara o mundo imaginário da criança, não como sendo algo tranquilizador de um bebê adormecido nos braços de sua mãe, cheia de graça, frescura e ternura, mas sim como uma vida ativa cheia de impulsos e reações de defesa, e intensamente lúdica representada pelas brincadeiras infantis.

Entre essas brincadeiras podemos destacar os jogos cantados, brincadeiras de roda e brinquedos populares, que são atividades lúdicas, representativas, encobertas por uma simbologia e carregada de aspectos culturais de uma determinada região.

### **Jogos cantados, brincadeiras de rodas e brinquedos populares: estratégias para implementação**

A Educação Física é muito rica, pois possui várias estratégias e um campo muito amplo para ser trabalhado dentro do contexto da Educação Especial. São diversas formas de aplicação como, jogos cantados dentre eles as brincadeiras de roda, brinquedos populares, aulas historiadadas ou dramatizadas, e a dança, sendo que, esta última se aplica de várias maneiras.

*Jogos cantados:* esta forma de atividade deveria ser uma das mais aplicáveis à educação da criança em idade escolar, representando a forma mais

simples de jogo. A música tem grande importância para cada indivíduo. Sabe-se que crianças geradas com músicas têm traços de personalidade distintos, tais como a calma, a sensibilidade. Através da música muitas pessoas extravasam suas angústias e frustrações. Os jogos cantados se apresentam, então, como sendo uma legítima e natural expressão de uma infância alegre e feliz.

Há pouco tempo, os jogos cantados foram considerados como elementos de oportunidade para a educação da criança, mas Froebel (1972), foi o primeiro educador a entender que essa forma de atividade poderia contribuir para a educação justamente por fundir numa mesma atividade, o jogo e a música.

Dentro dos jogos cantados destacamos o chamado *Cancioneiro Folclórico Infantil*, que são cantigas que se perpetuam e se transmitem pela tradição oral passando de geração para geração.

Esse cancionário é um conjunto de cantigas entoadas pelos adultos quando pretendem adormecer, entreter ou instruir a criança e se constituem de:

*Cantigas de ninar, cantigas avulsas:* por meio das quais as crianças entoam em qualquer de suas atividades, sem que com elas tenham direta correlação.

*Estrilhos musicais:* que integram as histórias contadas e cantadas.

*Toadas:* que ajudam no ensino da soletração e da tabuada.

Os jogos cantados se dividem em: brincadeiras de roda; de grupos opostos; de fileira; de marcha; de palmas; de pegar; de esconder; de cabra cega.

Destes jogos, o que mais oferece atração para a criança são as brincadeiras de roda.

Há também as *chamadas para brinquedo*, e as *cantigas para selecionar jogadores*.

Para se trabalhar com brinquedos cantados, o professor tem que utilizar didática adequada, ou seja, saber escolher corretamente a atividade que se encaixará ao objetivo das aulas, ou seja: a letra, que deve ir ao encontro de uma diversão sadia, cuja aplicação seja justificável, a fim de se conseguir que as crianças,



brincando, fantasiem uma atividade, liberando energia em forma de brinquedo. Nessas atividades evita-se as incorreções de linguagem.

A letra do canto deve ser ensinada precedendo-a de uma pequena palestra com ela relacionada. A letra deve ser, enunciada com clareza e o seu conteúdo deve ser comentado. Dessa forma, a memorização da letra será mais fácil e sua apresentação será melhor e mais atraente. Havendo alguma palavra de difícil compreensão, deve-se explicá-la primeiro, para depois, mediante exercícios, obter clareza na sua dicção.

*A melodia:* deve-se escolher canções cuja extensão média de voz não seja ultrapassada. Devemos tomar cuidado com o limite de esforço permitido às vozes infantis.

Deve-se fazer a classe ouvir, algumas vezes, a nova melodia, cantada pelo professor. Em seguida, pedir à classe que a murmure a meia voz; assim junta-se a letra, visando a uma boa prosódia musical, que nada mais é do que a função do texto melódico e do poético. Deve-se iniciar o canto com suavidade, sem gritar, com entusiasmo e alegria.

Passado a aprendizagem destas duas fases, deve-se ensinar a criança um outro aspecto: a movimentação, ou seja, os tipos de formação e formas de locomoção. O professor deve explicar exemplificando, e a criança através de uma mímica natural, aprenderá facilmente.

Para o aprendizado dessa movimentação considera-se dois aspectos: 1) o que se refere às formulações e figuras decorrentes; 2) o que se refere à atividade envolvida.

Após aprendido esses três aspectos: letra, melodia e movimentação, torna-se necessário unificá-los, para uma realização total.

Sabendo que a maioria das rodas envolve atividades saudáveis, como a marcha, a corrida, não há contra indicações, e o que importa é selecioná-las, quanto ao esforço exigido, quanto à sua oportunidade de ser incluída nas séries de brinquedos que irá constituir o plano de aula, quanto às suas oportunidades educacionais.

Dentro do plano de aula, o professor deve tomar cuidados especiais para que as crianças continuem cantando com suavidade, sem exageros, mas também sem perder o entusiasmo natural.

Os países que possuem uma cultura avançada incluem nos seus programas de Educação Física e recreação os jogos cantados, pois o mesmo reflete a obediência e respeito às idéias, de tudo aquilo que empolga, pelo valor, a tradição e o sentido educacional que se pretende imprimir em um povo. Para que isso ocorra, o professor deve ter em mente que: 1) os jogos cantados precisam estar de acordo com o desenvolvimento físico e mental da criança; 2) é necessário partir do mais simples para o mais complexo; 3) o interesse pode ser mantido, utilizando-se brincadeiras atraentes, segundo opinião do grupo; 4) o jogo cantado deve corresponder ao grau de socialização do grupo; 5) nas atividades deve-se evitar a rotina e a monotonia.

O Brasil conta com um número apreciável de jogos e brinquedos que nos foram transmitidos por outras nações. Estes sofreram deturpações em muitas letras e músicas, e na própria movimentação, para serem contextualizados e incorporados ao nosso folclore. Qualquer mudança quando percebida pelo professor pode ser questionada, mas não deverá fazer correções, pois sua origem popular, sua transmissão oral, faz parte do próprio processo cultural e não nos compete como educadores, interferir no sentido de alterá-los.

O que se deve fazer é evitar ensinar às crianças letras de música ou jogos que tenham um caráter educativo duvidoso, já que existe uma variedade de atividades folclóricas ao nosso alcance com adequados e interessantes conteúdos sociais e morais.

O nosso folclore muito pode contribuir para a Educação Especial, pois a cultura popular brasileira é rica nesse aspecto. Utilizando os jogos cantados podemos visar o desenvolvimento global do aluno nas diversas esferas, cognitiva, sócio-afetivo e psicomotora.

Esses conteúdos, anteriormente descritos, nortearam a aplicação de atividades com jogos cantados desenvolvidos na classe de Educação Especial para deficientes físicos da Escola Estadual de Primeiro Grau Prof<sup>a</sup>. Carmem Delfim.

No estudo original também fizemos uma análise psicológica sobre a atividade proposta.

### **Caminhos da implementação de jogos cantados.**

O plano de implementação das atividades foi apresentado à diretora da escola e à professora da classe especial. Discutimos a intenção do projeto e o porque da escolha dessas propostas.

Constituíram em participantes deste trabalho 10 alunos, sendo seis meninas e 4 meninos, portadores de paralisia cerebral, com idade média de 11 anos, sendo um atáxico hemiplégico, quatro atetóides hemiplégicos, quatro hipotônicos (dois quadriplégicos e 2 hemiplégicos). O trabalho durou 30 dias e foi realizado em aulas com duração de 60 minutos, duas vezes por semana.

O objetivo era realizar uma intervenção com jogos cantados no sentido de promover o desenvolvimento sócio-afetivo nos alunos.

As atividades compunham-se de duas esferas: a primeira envolveu aspectos da afetividade e sexualidade, a segunda socialização e cooperação.

Na primeira esfera de atuação desenvolvemos as seguintes atividades:

*Morena me dá sua mão:* a atividade é feita formando duas colunas paralelas, uma de garotos e outra de garotas, cada uma com o seu respectivo par, que por ordem aleatória, estava na coluna ao lado. Ao começar a atividade, ambos realizam o movimento sugerido na música, e ao final trocam de par. Todos se relacionam com os demais alunos que participam da brincadeira;

*Dominó:* os alunos serão dispostos em dois círculos, um de garotas do lado de dentro da roda, e outro de garotos do lado de fora. O professor vai cantando a música e os alunos repetem a palavra dominó enquanto realizam as tarefas propostas pela música;

*Pererê:* o professor puxa a palavra de ordem *pererê* e realiza um movimento que é imitado pelos alunos. Esses movimentos são, num primeiro

momento, individuais, como tocar em seu próprio corpo (pé, cabeça, peito, ombro, cintura, joelhos, nádegas, nariz, etc.). E num segundo momento, tocar as mesmas partes, mas no corpo da outra pessoa participante da atividade;

*O galo e a galinha:* os alunos são dispostos em um círculo, onde o professor começa a cantar e os alunos acompanham batendo palmas e realizando a dança proposta. Esse jogo cantado trabalha o aspecto sexual do indivíduo, pois no caso o galo representa o menino e a galinha a menina. O galo vai para a festa de avental, que simboliza a veste feminina, brincando assim com a masculinidade do homem e a galinha vai à festa de avental típico de trabalho para o qual não se vai à festa. Então a feminilidade da galinha é afetada, pois a mesma gosta de ir à festa arrumada e não de avental.

Na segunda esfera de atuação, que envolveram aspectos da socialização e cooperação, foram desenvolvidas atividades tais como:

*Chapéu da cor do céu:* dispor os alunos em forma de um grande círculo, sendo que somente um integrante irá ficar no meio da roda com um chapéu na cabeça podendo passar a quem quiser. É uma atividade cantada e requer a dinâmica do grupo disposto;

*Casa do Zé:* dispor os alunos em grande círculo. O professor canta a música e procura realizar movimentos estranhos com o corpo para poder entrar na casa do Zé;

*História da serpente:* coloca-se o grupo em forma de círculo, o professor canta e escolhe as pessoas para fazer parte do rabo da serpente, e para isso é preciso passar por debaixo da perna dos componentes que já estão formando o rabo da serpente;

*Choquinho:* os alunos são colocados em forma de círculo com as mãos entrelaçadas, com os braços cruzados, dando a mão para os companheiros da direita e da esquerda, o professor que também está inserido na roda, começa realizar um movimento para baixo e para cima, simulando um choque que vai aumentando sua frequência. Os demais membros não podem soltar as mãos;

*Boca de forno*: os alunos estão dispersos e o professor puxa a brincadeira através de palmas e palavras de ordem e os alunos realizam movimentos tocando partes do corpo do companheiro;

*Dança do chap-chap*: os alunos são colocados em um círculo e o professor vai cantando a música e fazendo os movimentos. Os alunos vão dançando e imitando os passos do professor.

### Considerações finais

Esses momentos, em que passei realizando esse trabalho, foram momentos muito ricos em minha vida profissional, emocional e afetiva, não tem como deixarmos de nos envolver afetivamente e emocionalmente com nossos alunos deficientes nessa perspectiva de Educação Especial.

Foram momentos deliciosos onde podemos dar e receber carinho, afeto, de uma maneira alegre dinâmica e criativa. Nessa visão concluo que atividades como os jogos cantados com um fim afetivo enriquecem não só o currículo do aluno, mas também o do professor, que está cansado de trabalhar numa visão fechada, sem liberdade na qual ele também foi condicionado a realizar com seus alunos. Atividades como essas deveriam ser constantes na escola, buscando fortalecer os elos de amizade entre a comunidade escolar, e podendo ser sendo utilizadas como meio para inclusão e como forma para conscientizar o deficiente no seu papel de cidadão que, apesar de estar inserido em uma sociedade segregacionista, pode ser transformada em algo mais humano e sensível ultrapassando as diversas diferenças de seus membros.

### Referências Bibliográficas

- CODO, W. *O que é corpolatria?* São Paulo: Brasiliense, 1992.
- FREUD, A. *Psicanálise para pedagogos*. São Paulo: Martins Fontes, 1974.
- \_\_\_\_\_. Conferência 34: explicações, aplicações e orientações. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
- SIMON, M. *Para compreender a sexualidade hoje*. Lisboa: Moraes, 1976.

# EXPECTATIVAS E CONCEPÇÕES SOBRE A FISIOTERAPIA: O PONTO DE VISTA DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E O PONTO DE VISTA DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

Tânia Terezinha Scudeller PREVEDEL<sup>2</sup>

Eduardo José MANZINI<sup>3</sup>

Atualmente é possível notar o surgimento das mais variadas especializações no campo da fisioterapia e demais profissões da área da saúde. Esse fato é positivo, por um lado, pois amplia o conhecimento do profissional em determinadas áreas mas, por outro, pode fazer com que a especificidade seja tanta que acabe por excluir a percepção do próprio indivíduo e da família frente ao tratamento, ou seja, as reações, os sentimentos, as angústias e desejos.

Segundo Vash (1988), quando a deficiência ocorre a família inteira começa uma batalha adaptativa para recuperar o equilíbrio. Esse processo de reabilitação do paciente pode ser facilitado ou dificultado pelas atitudes ou comportamentos da família.

Acreditamos que o fisioterapeuta poderia ter papel determinante nesse aspecto, pois sendo este um profissional que mantém um contato quase que diário com o paciente e sua família poderia muito contribuir para o ajustamento familiar.

Marinho (1995) ressalta a importância do fisioterapeuta não se limitar à simples execução de uma técnica. Deve, antes, fazer uso consciente e apropriado desta técnica, associando-a a uma visão totalizante do ser humano.

Almeida (1997) alega que se o fisioterapeuta não tiver consciência da importância de ações educativas (informar/orientar) na atuação na área da

---

<sup>1</sup> Trabalho final apresentado no Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Marília - Unesp/Capes/Proesp, 1997/1998. Agradecemos as sugestões da Professora Lígia Maria Presumido Bracciali, do Depto de Educação Especial da Unesp - Campus de Marília.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta e ex-aluna do Curso de Especialização em Educação Especial.

<sup>3</sup> Departamento de Educação Especial - Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp - Campus de Marília, orientador da pesquisa.

saúde, sua postura será apenas técnica, mesmo tendo todas as condições de trabalho favoráveis.

Acreditamos que para orientar e informar, o primeiro passo a ser seguido seria escutar, saber o que a família e a criança entendem por fisioterapia, o que esperam do tratamento, o que lhes seria prioridade nesse tratamento, para, então, assumir a postura educativa com a criança e seus familiares.

Segundo Marinho (1995), escutar é um aspecto relevante na relação terapeuta-paciente na fisioterapia.

Nesse sentido, delineamos o presente estudo cujo objetivo é identificar a concepção e as expectativas que família e criança com deficiência física têm sobre o tratamento de fisioterapia.

### Desenvolvimento do estudo

Participaram dessa pesquisa sete crianças com deficiência física, com idade entre sete e 12 anos, que estavam recebendo tratamento fisioterapêutico e seus respectivos pais e/ou responsáveis.

No quadro a seguir apresentamos as características das crianças.

### Quadro 1- Características das crianças participantes da pesquisa

Crianças	Sexo	Idade (anos)	Tempo de fisioterapia	Diagnóstico	Escolaridade (série)
C1	F	10	1	Retardo no desenv. Neuro-psico-motor	1ª
C2	M	11	4	Retardo no desenv. Neuro-psico-motor	3ª
C3	M	8	6	Paralisia Cerebral	3ª
C4	M	7	5	Paralisia Cerebral	1ª
C5	F	10	10	Mielomeningocele	4ª
C6	F	11	11	Paralisia Cerebral	Pré-primário
C7	M	9	2	Retardo no desenv. Neuro-psico-motor	1ª

Observando o Quadro 1 podemos verificar que as crianças tinham idade entre sete e 11 anos, sendo que quatro delas pertenciam ao sexo masculino e três ao sexo feminino. Todas as crianças estavam em tratamento fisioterapêutico

e o tempo desse tratamento variava de um a 11 anos. Três dessas crianças apresentaram como diagnóstico paralisia cerebral, outras três retardo no desenvolvimento neuro-psico-motor e uma mielomeningocele. Quanto à escolaridade, uma dessas crianças cursava o pré-primário em classe especial, outras três cursavam a 1ª série, duas a 3ª série, e uma cursava a 4ª série.

No quadro a seguir apresentamos as características dos pais e/ou responsáveis:

**Quadro 2- Características dos pais e/ou responsáveis**

Responsável	Sexo	Idade (anos)	Escolaridade	Grau de parentesco
R1	M	32	1º grau incompleto	Pai
R2	F	50	1º grau incompleto	Mãe
R3	F	63	1º grau incompleto	Avó
R4	M	36	1º grau incompleto	Pai
R5	F	33	2º grau incompleto	Mãe
R6	F	43	3º grau completo	Mãe
R7	F	43	1º grau incompleto	Mãe

No Quadro 2 podemos observar que os responsáveis tinham idade entre 32 a 63 anos. Dois deles pertenciam ao sexo masculino e cinco ao feminino, sendo que dois eram pais, quatro eram mães e uma era avó. Quanto à escolaridade, cinco dos responsáveis não haviam concluído o 1º Grau, um apresentava o 2º Grau incompleto e apenas um responsável havia concluído o 3º Grau. Cabe salientar que R1 é o responsável de C1, R2 de C2, e assim respectivamente.

As crianças foram identificadas e selecionadas em instituições que prestam atendimento a crianças com dificuldades motoras em uma cidade da região oeste do Estado de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas. Foram elaborados, previamente, dois roteiros. O primeiro continha 11 perguntas destinadas aos responsáveis pelas crianças. Essas perguntas investigavam sobre a patologia da criança, as orientações recebidas sobre fisioterapia, o andamento do tratamento, e as expectativas em relação a ele. O segundo roteiro, com sete perguntas, era destinado às crianças. Tinha o objetivo de investigar sobre a concepção da criança em relação ao tratamento, a sua avaliação pessoal em relação a ele, e orientações recebidas sobre a fisioterapia.



As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, sendo que o tempo de gravação foi em média de trinta minutos para os participantes adultos e 15 minutos para as crianças.

As entrevistas destinadas às crianças foram realizadas na presença de seus pais e/ou responsáveis com exceção da criança C5.

Das 14 entrevistas realizadas, sete foram feitas nas instituições onde a criança recebia tratamento de fisioterapia e as demais realizadas nos lares dos participantes.

As interações verbais das entrevistas foram transcritas. Utilizando-se das transcrições das entrevistas, buscou-se identificar verbalizações que fossem significativas para o objetivo desse trabalho. Essas verbalizações foram agrupadas em temas e subtemas.

### **Análise das entrevistas realizadas com os pais ou responsáveis**

Ao analisar as informações dadas pelos pais ou responsáveis pudemos identificar cinco temas:

- 1) *Patologia*: Características da patologia da criança, instalação;
- 2) *Tratamento fisioterapêutico*: Início; grau de importância; informações dadas pelo fisioterapeuta (no início e atualmente); melhoras após o início do tratamento; interrupção do tratamento (motivo, conseqüências da interrupção); desmotivação em relação ao tratamento;
- 3) *Perspectivas em relação ao tratamento*;
- 4) *Prioridade no tratamento*;
- 5) *Opinião em relação ao tempo de tratamento*;

Sobre as *características da patologia da criança* a maioria dos participantes relacionou as dificuldades e incapacidades de seus filhos a uma desordem motora. Isso nos sugere que esses participantes fizeram uma relação, consciente ou não, dessas incapacidades com o tratamento fisioterapêutico. Apenas dois dos responsáveis mostraram conhecer o diagnóstico preciso de seus filhos (*Mielomeningocele*, R5; *Paralisia cerebral*, R6).

Os participantes R1 e R7 verbalizaram somente sobre fatores emocionais e psicológicos de seus filhos, incluindo relatos sobre o comportamento destes na escola:

Ah, o problema dela é assim... ela é um pouco nervosa. [...] Assim que ela não... ia para a escola e não desenvolvia na escola. (R1)

Então, a gente só veio perceber quando ele foi para a escola. Que aí ele não se misturava com as outras crianças. Era sempre atrasado, ele não brincava. (R7)

Essas verbalizações indicam que as dificuldades dos filhos foram percebidas pelos pais tardiamente, quando na manifestação em situação escolar. Essas verbalizações são consistentes ao compararmos a idade das crianças (C1 com dez anos e C7 com nove anos) com o tempo de fisioterapia (C1 com um ano e C7 com dois anos), ou seja, as crianças iniciaram o tratamento de fisioterapia há pouco tempo, coincidindo com a idade escolar. Baseando-nos nesses relatos podemos indagar: Os pais tiveram acesso a informações sobre o atraso neuro-psico-motor dos filhos? Se tiveram, essas informações foram motivadoras e esclarecedoras o suficiente para a procura de atendimento?.

Verificando a época de *instalação* do quadro clínico constata-se que, para a maioria dos sujeitos, o momento da instalação se deu após o nascimento. O participante R7 relatou que o ocorrido deu-se quando sua criança estava no seu 3º ano de vida:

Então, ele com 3 aninhos, ele deu uma convulsão, assim de febre alta. [...] ...então a gente acha que pode ser assim, d'ele ser hoje assim. Pode ser, afetado da convulsão. (R7).

Somente R1 não soube ser mais específico quanto à época da instalação, verbalizando apenas que a criança apresentava dificuldade *desde pequena*. Cabe salientar que R1 é o pai de C1 com dez anos de idade, diagnosticada com retardo neuro-psico-motor e que se encontra em atendimento fisioterapêutico há um ano.

Sobre a classe *início do tratamento fisioterapêutico*, dos sete participantes, dois foram os que mais precocemente iniciaram tratamento para seus filhos:

...ela teve que fazer uma cirurgia recém-nascida. É ela ficou...,ela fez duas cirurgias. Ela ficou um mês internada, aí ela saindo, era época de festa , final de ano, aí quando começou Janeiro, ela começou fazer a terapia, a fisioterapia. (R5)

... quando eu levei ela no S. ela já estava com três meses. Eu comecei aqui em P. mesmo, foi orientação de uma clínica, acho que S.N....e eles fizeram orientação por escrito e eu fazia em casa. Me orientavam bem, e ela era nenezinha, era fácil de trabalhar, inclusive o rolo eu fazia com toalha. (R6)

Esses relatos demonstram a identificação precoce da deficiência, sendo C5 portadora de mielomeningocele e C6 portadora de paralisia cerebral. Quadros clínicos bem definidos.

Três dos responsáveis deram início ao tratamento quando suas crianças estavam com um ou dois anos de idade. A percepção de que algo estava errado demandou um maior tempo.

Quando ele tinha um ano mais ou menos, que ele já não levantava a cabeça....nada. (R2)

Já o participante R4, relatou ter percebido alguma diferença em seu filho, mas que não houve, para ele, uma conduta médica apropriada para o caso. O tratamento fisioterapêutico teve início após a troca de médico, quando a criança já estava com dois anos de idade:

Até antes a gente via uma falta de movimento, digamos assim, nas pernas; não tinha aquela reação... [...] Aí nós resolvemos partir para outro médico... [...] ...pediu umas chapas dele, tomografia... [...] E passou a fisioterapia. (R4)

Sobre o grau de importância dada ao tratamento todos os sujeitos alegaram ser importante o tratamento, fundamentando seus relatos no fato de que o desenvolvimento observado em suas crianças não seria possível sem a intervenção fisioterápica. Outros até elucidam que sem o tratamento poderia ocorrer uma estagnação no desenvolvimento já obtido, e até uma piora do quadro. O que nos leva a inferir que esses pais têm a concepção de que a fisioterapia é a responsável pelo desenvolvimento obtido em suas crianças, e também na manutenção deste, visto que a interrupção deste tratamento poderia resultar no

aparecimento de deformidades. Selecionamos um dos relatos para exemplificar nossas pontuações:

Eu acho que se não fizer vai endurecendo cada vez mais os nervos (R3).

Sobre as *informações dadas pelo fisioterapeuta no início do tratamento*, dois responsáveis afirmaram não receber orientações, cinco afirmaram terem recebido essas informações, e dentre esses dois citaram exemplos de como foram orientados:

(a orientação veio de um) fisioterapeuta e uma pedagoga. Eles me orientaram direitinho, passaram por escrito e eu fazia em casa. [...] Inclusive as orientações eram todas ilustradas, porque...eu ia embora e fazia em casa e voltava periodicamente. [...] Me punham para fazer os exercícios, uma coisa que eu achei muito importante. Ensinar a mãe! Porque a criança está muito mais tempo com a mãe. (R6)

Então o fisioterapeuta... ele disse que era mais para falar , para ajudar na fala e o pulmão dele. (R7)

Sobre o fato de receber orientação *atualmente*, dois responsáveis indicam não receber informação e seis afirmaram recebê-las.

Informações e orientações são duas ferramentas que o fisioterapeuta não deve esquecer de utilizar em seu desempenho profissional. Orientar o paciente e sua família implica em melhores êxitos no(s) objetivo(s) da terapia, pois segundo Vash (1988), quando a deficiência ocorre, a família inteira começa uma batalha para adaptar-se com a nova situação e recuperar o equilíbrio. Essa mesma autora faz ainda uma crítica aos profissionais da reabilitação:

... assim como os profissionais de reabilitação criticamos especialistas médicos por focalizar os objetos de sua especialidade (ossos, nervos, vários órgãos) com exclusão da 'pessoa como um todo', também eles próprios tendem a focalizar o 'paciente' com exclusão da família da qual ele é parte. (Vash, 1988, p. 66)

Podemos notar essa *exclusão* tratada pelo autor observando a verbalização de um de nossos participantes:

Não. Eles levam ele lá para dentro, para cuidar dele lá, eu saio. Depois pego ele e vou embora. ( R3)

O papel dos pais das crianças e de outros responsáveis é crucial para o trabalho de reabilitação da criança (Meyerhof, 1998, p.14).

A fisioterapia não deve ser entendida apenas como os quarenta minutos de sessão, mas também na extensão dela, através da manutenção do tratamento na atividade de vida diária (AVD) da criança.

Meyerhof (1998) sugere ainda que as sessões de tratamento sejam realizadas na presença da mãe, pai, ou responsáveis, momento no qual o terapeuta deverá explicar *o que* está fazendo feito e *o porquê* disso. O terapeuta ensinará aos pais o que eles podem continuar a fazer fora da sessão de terapia (posicionamento, manipulação, brincadeiras, comer, beber). A autora relata que esse trabalho é *essencial* para a criança atingir seu potencial completo. Percebemos que esse tipo de trabalho foi realizado com um de nossos participantes:

... Inclusive as orientações eram todas ilustradas... [...] Me punham para fazer os exercícios, uma coisa que eu achei muito importante. Ensinar a mãe! Porque a criança está muito mais tempo com a mãe. (R6)

Quanto a *melhora após o início do tratamento*, dos sete responsáveis, dois relataram não terem percebido mudanças. Um desses pais identifica que o estado emocional dificultava fazer observações mais precisas:

[...] No começo eu não percebia muito não. É que a gente andava muito nervosa, querendo que sarasse logo... aquela ansiedade , então... Não... não via muita melhora. (R5)

Já os demais, afirmaram terem notado melhora em suas crianças. Um deles citou mudanças de ordem pedagógica e os outros três de ordem motora:

Melhorou em..., ó, não andava, hoje já anda, brinca..., tem, como se diz..., não tem medo de fazer as coisas, igual antes...,ficar em pé. Hoje não, se deixar, ele sobe escada, desce escada. É que a gente tem um certo cuidado, porque senão ele sobe em cima da casa e pula. [...] Mas em tudo, em todos os aspectos ele melhorou. (R4)

Sobre a *interrupção do tratamento* constatou-se nos relatos que dois dos participantes interromperam o tratamento, um por um período de seis anos

(R2) e outro por um período de um ano (R7). Os demais relataram interrupções feitas apenas em curtos espaços de tempo.

Foi , com três anos de idade, ele parou , aí ele foi para escola, a professora achou que ele tinha que voltar na clínica. Aí ele voltou com nove anos. (R2)

...aqui ó, 25 de Agosto de 97 foi a última vez, foi o último dia que ele foi. Agora era retorno no dia seis de Janeiro de 98, aí ele não retornou.(R7) (o retorno se deu em agosto de 98).

Sobre o *motivo da interrupção* identificamos que eles são diversificados como: troca do profissional de fisioterapia resultando em desordens emocionais na criança, dificuldade em levar a criança ao tratamento, cirurgia, e período de férias. Exemplos de verbalizações:

Então, ele parou porque a M.A., naquela época ainda era a M.A.E aí ela ia entrar de férias que ela ia ganhar nenê. E entrou outra pessoa. E ele já não queria ir mais. Dava ânsia nele, acho que nervoso. Então eu mesmo tirei. (R2)

Então, devido que a gente não dava para levar ele. (R7)

Sobre as *conseqüências na interrupção do tratamento*, um responsável relatou não ter observado nenhuma conseqüência. Outros relataram ter havido uma diminuição no condicionamento físico obtido por meio do tratamento e um verbalizou ter percebido um início de *deformação física*.

Não nenhuma. (R2)

É, quando ele volta, ele sente um pouco. Porque ele está ali acostumado todos..., cada dia sim, dia não, no tratamento, então ele fica sem fazer o tratamento parece que... quando volta começa a repuxar, digamos assim, os nervos; fazer fisioterapia ele sente sim. (R4).

Então ele parou com o tratamento, agora você vê, já começou uma deformação. [...] É que parou . (R7)

Importante lembrar que nosso participante R2 relatou que seu filho teve interrompido o tratamento por seis anos e que, apesar desse longo período, negou existir alguma conseqüência dessa interrupção para a criança.

Segundo Kottker (1994) se o paciente deixar o programa de reabilitação precipitadamente, ele retorna a um ambiente que não o estimula a um desenvolvimento normal ou, ao menos, próximo a ele. Apesar de tecnicamente isso geralmente ocorrer, cabe lembrar que as situações adversas, tais como desemprego, situações emergenciais como nascimento de outros filhos, desestabilidade financeira, problemas com transporte, tem contribuído para interrupções no processo de terapia.

Sobre o tema *desmotivação em relação ao tratamento* notamos que quatro responsáveis negaram terem experimentado uma desmotivação em relação à fisioterapia. Dois verbalizaram sentimentos de cansaço. Somente um relatou ter sentido certo desânimo e até vontade de interromper o tratamento, mas que essa interrupção não passou da vontade.

Tinha vez que eu ia indo lá para a A. e dizia 'Ah, acho que não vou mais lá não'. Eu falei, 'eu não vou mais lá porque eu estou cansada, não agüento. (R3)

Não. Cansar, a gente cansa. Que, como eu acabei de falar isso, de trabalhar a noite, não deixa eu trabalhar em casa durante o dia, fazer algum serviço . Ele é... o... é três vezes na semana, Segunda, Quarta e Sexta, então tem hora que você está bem cansado mas..., nunca pensei em desistir. (R4)

Chega uma época que fica . Ainda mais no começo que você acha que não está tendo melhora. Aí você fica desanimada, pensa em parar. Mas aí você começa a pensar mais na criança , que ela depende de você. Então você tem que ter essa força de não parar. Aí depois passa. (R5)

Percebemos nesses relatos que a rotina fisioterapêutica é cansativa por necessitar de uma frequência quase que diária e por estender-se (nos casos neurológicos) por um longo período de tempo. Apesar desses responsáveis experimentarem sentimentos de cansaço e desmotivação em relação à rotina da fisioterapia, não desistiram em sua continuidade, pois o bem estar de suas crianças lhe serviram como estímulo.

Quanto ao tema *perspectivas em relação ao tratamento* constatamos nos relatos que a maioria dos pais esperam que o progresso no desenvolvimento de

seus filhos não se estagne e sim que aconteça de forma contínua, culminando numa inclusão mais ativa na sociedade por meio da oportunidade de trabalho.

Eu espero... cada vez ficar melhor , melhorar. (R1)

Eu espero que..., espero que melhore , cada vez mais. [...] Ah, eu gostaria que ele... conseguisse depois ser um homem, trabalhar. (R3)

O que a gente espera é que... ele fique cada vez melhor, e que o amanhã ele... cresça e ... e lute por uma melhora para ele também. (R4)

Olha, eu espero que ela consiga ter uma vida normal. Crescer, estudar como ela tá estudando, ela tá fazendo a 4ª série , consiga se formar e ter uma vida normal igual as outras pessoas. (R5)

Outros dois responsáveis verbalizaram a intenção de obter uma melhora na área pedagógica, por meio do tratamento de fisioterapia:

Então, quando eu pus ele agora, mais por causa de pedagoga. E ele começou a pedagoga com seis meses e parou, teve alta. Então eu queria mais a parte de escola para ele. [...] Você sabe o que acontece, ele entrou fazendo exercício assim, físico , mas na mão ele não está fazendo, de mão que ele precisa muito . [...] Eu espero que ele melhore no exercício de mão. (R2)

Então eu... assim... igual na escola dele ser assim bem lento assim, diz que talvez por ele ter dificuldade para respirar e por causa que ele fica meio aéreo. Então eu gostaria assim que ele melhorasse para ver se ele tinha algum rendimento na escola. (R7)

Nesse tema ainda apenas um responsável relatou esperar do tratamento fisioterapêutico uma maior independência de seu filho em seu autocuidado. Esse responsável nos indica ter uma preocupação maior em observar os limites de seu filho para não exigir dele e do tratamento o que esses não podem lhe oferecer:

Olha, é assim, eu respeito muito o limite dela. Não quero nada além do que ela possa me oferecer, mas o que eu almejo assim no tratamento dela é a independência, é a independência. [...] Eu quero que ele aprenda a



escrever e ler, não me interessa se ela vai ter uma formação, se não vai. Mas o que eu mais... é assim... me preocupo é com a independência mesmo. Ela mesmo poder tirar sua roupa, poder tomar seu banho. (R6)

Esses relatos nos indicam que os pais novamente relacionam o desenvolvimento de seus filhos ao trabalho de fisioterapia, visto que esperam uma evolução do quadro de suas crianças e, conseqüentemente, a possibilidade de integração na sociedade.

No tema *prioridade no tratamento* a maioria dos pais relatou estarem satisfeitos com o trabalho realizado até então, mas esperam que esse tratamento continue a trazer melhorias para suas crianças. Como prioridade novamente são citados: evolução contínua, melhoras no setor pedagógico, aumento da confiança e da independência da criança. Citamos agora alguns exemplos de verbalização:

Ai, não sei. (...) Olha eu acho que o tratamento em si está de acordo, que ela está fazendo agora. Mas assim, o que ela mais precisa é a independência dela. Então ela tem que andar mais, desenvolver mais no andar dela, a confiança nela de andar sozinha. E o que ela gosta muito de fazer e que seria bom para ela é nadar. (R5)

Então, é exatamente a independência. Porque você vê, ela aprendeu a sentar, engatinhar, tudo, com a fisioterapia. Então é isso que é importante, é a independência. Agora ela está aprendendo a subir escada, descer. Então é o que eu espero. (R6)

Um dos responsáveis colocou como prioridade no tratamento a perfeição física de sua criança:

Então, mas... eu achava..., gostaria que ficasse perfeita. Tanto a mão como o pé. (R3)

Sobre o tema *opinião em relação ao tempo de tratamento* somente dois dos pais pareceram ter uma maior consciência de que o tratamento para os casos de deficiência física é mais prolongado:

Eu acho que a fisioterapia dela vai para o resto da vida, viu. É que o problema dela é nas pernas. Então acho que não vai poder parar. Você

pode parar assim, não fazer todos os dias, diminuir, mas sempre tem que fazer algum tratamento. (R5)

Ah, eu acho que para o resto da vida, porque além de eu ter sido orientada nesse sentido, a gente vê que a mãe tira, ela desanima e tira a criança, a criança começa a perder aquilo que já ganhou. (R6)

Importante lembrar que esses são os responsáveis que mais receberam informações e orientações no decorrer do tratamento de seus filhos e que fazem fisioterapia desde o nascimento. Esse fato parece resultar em pais mais ativos, mais participantes e com uma concepção mais condizente com a realidade da criança e do tratamento.

Dois dos responsáveis indicaram que a fisioterapia deve demorar mais um ano. Um dos responsáveis não conseguiu prever o tempo de alta.

Aí, mais ou menos... acho uns...ela está com nove anos, mais um ano eu acho que já está bem... (R1)

Eu pensei é..., no começo eu pensei que era coisa de seis meses, um ano, digamos assim. E hoje nós vamos aí para cinco anos e pouco caminhando com vocês, digamos assim... E até hoje a médica nunca falou nada... (R4)

Então, ele fez um ano e já melhorou bem. Eu acho que com mais um ano...já... ajudaria bem. (R7)

Convém salientar que os filhos de R1 e R7 tem diagnóstico de retardo neuro-pisico-motor e que o filho de R4 possui paralisia cerebral.

A seguir apresentaremos as informações obtidas nas entrevistas com as crianças que faziam fisioterapia.

### **Análise das entrevistas realizadas com as crianças**

Ao analisar as informações coletadas com as crianças pudemos identificar quatro temas: 1) O tratamento fisioterapêutico; 2) avaliação pessoal sobre a fisioterapia; 3) opinião sobre o término do tratamento; 4) sugestões para tornar o tratamento mais interessante.

Ao falar sobre o tratamento realizado em fisioterapia pudemos selecionar as informações em subtemas: o que é feito na fisioterapia e porquê; grau de importância; existência de informações dadas pelo fisioterapeuta; desmotivação em relação ao tratamento.

Ao falar sobre *o que é feito na fisioterapia* percebemos que as crianças relacionaram a fisioterapia com: 1) movimento; 2) exercícios; 3) posições; 4) brincadeiras. A seguir apresentamos algumas verbalizações.

Ah, eu faço exercício... eu faço é... eu faço é... mexer as pernas, mexer os braço. [...] Porque eu tenho problema... na cabeça.(C1).

Hum..., exercício abdominal e na perna [...] Hum, eu não sei.(C2).

É..., ele manda eu deitar em cima da bola. [...] Ele mandou eu deitar de barriga para baixo, e... mandou eu esticar a perna e eu estiquei [...] Porque ele manda. (C3).

Jogo bola..., brinco... e bastante terapia. [...] Não sei. (C4)

Ah, ando de cavalo, tudo. Faço cama elástica, faço piscina, ... na bola... faço levanta... bola, tudo.[...] É que eu sou deficiente. [...] Para mim tentar andar. (C5)

Pé, mão.(o que você faz com o corpo?) (C6).

Exercício. Era (que tipo de exercício? Com a boca, com o rosto?) (...) E chutava bola [...] para melhorar [...] pra falar. (C7)

Os relatos indicam que as crianças têm noção de que estão praticando uma terapia corporal. Para C5 a terapia seria necessária pelo fato de possuir uma deficiência.

Cabe salientar que ao apresentarmos as verbalizações do participante C6, fazemos algumas referências entre parênteses, com a intenção de colocar você leitor no contexto dessas verbalizações, visto que o referido participante apresentava dificuldades de comunicação verbal, muitas vezes respondendo por meio de sinais, somente por palavras ou por frases incompletas.

Quanto ao *porque* de estarem sob os cuidados de um fisioterapeuta, apenas três dessas crianças conseguiram responder. Uma relacionou a fisioterapia à sua necessidade neurológica (C1), outra fundamentou seu tratamento estar ligado à sua deficiência física (C5), e a última dessas três crianças verbalizou que esse tipo de tratamento lhe trará uma melhora na articulação da fala (C7).

Quando verbalizaram sobre a *importância* em fazer fisioterapia, apenas uma criança negou a importância da fisioterapia. Outra criança verbalizou que a importância desse tratamento está somente ligada ao afeto que recebia do fisioterapeuta.

Muito (importante). [...] Ah, porque sim. Porque... ele gosta de mim...ele dá... chiclete para mim...só. (C1)

Acho. [...] Para mim andar. (C5)

As demais (cinco) crianças concordaram que o tratamento fisioterapêutico é importante, porém, não descreveram pormenorizadamente o porquê dessa importância. Cabe salientar que dentre essas crianças, três não sabiam o porque de estarem praticando esse tratamento. Levantamos aqui uma dúvida: seria possível considerar algo importante sem ao menos conhecer seu significado? Desse grupo de crianças somente duas deram explicações da importância da fisioterapia, uma indicando que a essa terapia é o caminho que lhe permitirá o *andar*, e a segunda afirmando que a fisioterapia lhe trará melhoras (sem especificar que tipo de melhoras).

É...porque é...é bom fazer fisioterapia. (C3)

Acho. [...] Porque sim. (C4)

É (você acha que é importante vir aqui e fazer fisioterapia?) (C6).

É [...] para melhorar. (C7)

Sobre a *existência de informações dadas pelo fisioterapeuta*, das sete crianças, apenas três afirmaram terem recebido essas informações, sendo que destas somente uma cita exemplos do tipo de informações que recebia. Os demais participantes negaram terem recebido algum tipo de informações. Esses relatos

colocam em evidência que os fisioterapeutas podem estar agindo de forma extremamente técnica com as crianças.

Sim. Para ver se minha perna tem resistência, para mim tentar andar, para tentar fazer as coisas que eu quero, tudo. (C5)

(A tia R. explica para você o que ela vai fazer no seu tratamento?) Sinalizou afirmativamente com a cabeça. (C6)

Ao verbalizarem sobre o tema *desmotivação em relação ao tratamento* três crianças negaram terem experimentado esse tipo de sentimento. Uma criança verbalizou ter sentido um pouco de desmotivação (*mais ou menos* C3), e as três restantes afirmaram terem se sentido desmotivadas no tratamento apresentando vários motivos: 1) longa distância para percorrer até a instituição; 2) monotonia do tratamento; 3) cansaço de estar submetido a esse tipo de tratamento. Importante ressaltar que essas crianças pertencem ao grupo daquelas que não receberam informações a respeito do tratamento e de sua patologia. O que nos sugere que a falta de informações pode estar relacionada com a desmotivação no tratamento. Apresentamos aqui outra reflexão: o fato das crianças conhecerem os objetivos a serem alcançados através do tratamento não lhes serviria de estímulo para ele?

Fiquei. [...] Porque eu estudo no grupo, aí é longe do B.M. (C1)

Fiquei. [...] É que é sempre a mesma coisa e a gente não faz outra coisa lá na clínica. (C2)

Fiquei. [...] Porque cansava. (C7)

Ao realizar uma *avaliação pessoal sobre a fisioterapia* constatamos que das sete crianças apenas uma negou gostar da fisioterapia pelo motivo desse tratamento ser *sempre a mesma coisa* (C2). Uma criança (C1) verbalizou gostar *mais ou menos*. É importante ressaltar que esse mesmo participante no final da entrevista sugeriu a alta do tratamento fisioterapêutico. O que nos leva a crer que essa criança fez uma avaliação negativa da fisioterapia. O mesmo acontece com a criança C3 que afirmou gostar do tratamento, mas que no tema a seguir verbalizou *nunca mais* voltar quando obter uma melhora. Os quatro participantes restantes afirmaram gostar da terapia, sendo que duas dessas crianças

fundamentaram suas afirmações (nos recursos apresentados pela instituição e no propósito de obter independência em sua locomoção [Porque eu quero andar. C5]).

Quanto ao *tema opinião sobre a quantidade de tempo restante no tratamento* duas crianças disseram não saber a respeito e as demais tinham a expectativa de que o fim do tratamento estaria próximo, o que novamente demonstra uma falta de informação a respeito do tratamento, visto que, essa concepção não condiz com o que realmente ocorre nesses casos.

Mais dois dias. (C1)

Um mês. (C2)

Só quando eu tiver uma cura. [...] Quando eu melhorar essa perna eu não venho mais [...] Se eu andar bem assim, aí eu nunca mais venho. (Mas quanto tempo ainda falta pra isso?) Aí eu não sei. (C3).

O fisioterapeuta atuante na área da neurologia alega que dificilmente seus pacientes recebem alta, devido às características da patologia destes onde geralmente o quadro se altera com o desenvolvimento da criança. Quando o fisioterapeuta observa que o quadro evolui ao máximo, este profissional orienta seu paciente em autocuidados e em manutenção, sendo esse fato raro na neurologia, ocorrendo mais com adultos (Almeida, 1996, p.77).

No *tema sugestão para tornar o tratamento mais interessante* uma criança apresentou como sugestão a alta do tratamento. Todas as crianças restantes sugeriram a introdução de atividades lúdicas no tratamento. Além do fator lúdico elas ainda acrescentam: maior dinâmica no tratamento (*exercício novo*, C2) e uso da piscina na terapia.

Dar alta. [...] Ah, que eu fico muito cansada de fazer os exercícios, aí eu paro, aí eu brinco de bola um pouco, aí ele manda eu ir embora. (C1)

...exercício novo..., hum..., é, fazer exercício, brincar com o corpo, assim essas coisas. (C2)

Não sei. [...] Jogar bola. (C4)

Piscina. Pôr mais piscina. (C5)

A aua (a água) (C6).

Jogar bola, jogar vôlei...[...] brincar de carrinho. (C7)

Meyerhof (1998) sugere que o tratamento fisioterapêutico venha acompanhado de atividades lúdicas. Segundo a autora, quando o desenvolvimento motor está atrasado é importante combinar fisioterapia com brincadeiras. Isso também seria válido para a atuação do terapeuta ocupacional e do fonoaudiólogo. Esse atendimento mesclado poderia ser introduzido para crianças pequenas e mesmo para as crianças mais velhas. A autora relata ainda que se a criança normal utiliza a brincadeira na aprendizagem para as atividades funcionais, a criança com deficiência precisa de muito mais. O brincar-terapia poderia fornecer essa aprendizagem a ela.

## **Conclusão**

Os dados do presente estudo permitem concluir que o tratamento fisioterapêutico não deve ser carente de informações para os pais. Somente dois pais conheciam o diagnóstico de seus filhos. Porém, para a maioria dos pais a fisioterapia seria muito importante para o desenvolvimento de seus filhos. Indagamos então, por que não aliar a informação à motivação dos pais para superar as várias barreiras que se interpõem aos tratamentos clínicos causando, muitas vezes, a interrupção dos mesmos?

Pudemos constatar que pais que relataram terem sido orientados, nesse caso a minoria (apenas dois), assumiram uma atitude mais participativa no processo de reabilitação, refletindo esse tipo de atitude nos comportamentos de suas crianças.

Baseando-nos nas verbalizações das crianças podemos concluir, como ponto fundamental, que existe necessidade de criar na fisioterapia formas alternativas para orientar e informar a esses pequenos pacientes sobre a importância do tratamento ao qual estão sendo submetidos. Isso poderá servir de motivação para continuação do tratamento sem interrupções. Escutar o que a

criança tem a dizer, suas concepções, fantasias são fundamentais para direcionar o tratamento. Outra forma de tornar o tratamento importante seria criar meios lúdicos para participação da criança, ou seja, quanto mais ela gostar das sessões de fisioterapia mais importante será a fisioterapia para ela. As crianças do presente estudo indicaram que a inclusão de exercícios novos, piscina, e atividades lúdicas tornariam o tratamento mais interessante.

### Referências bibliográficas

- ALMEIDA, A. L. *Análise da prática profissional de fisioterapeutas*. São Carlos, 1997. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Universidade Federal São Carlos.
- KOTTKER, F.J., LEHMAN, J. F. *Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen*. 4. ed. São Paulo: Manole, 1994.
- MARINHO, P. E. M. Escutar: aspectos relevantes da relação terapeuta-paciente na fisioterapia. *Fisioterapia em movimento* (São Paulo), v.3, n. 2, p. 59-62, 1995.
- MEYERHOF, P. G. Apostila do XXVIII Curso Bobath – Tratamento Neuroevolutivo ( do Original Inglês: Notes to Accompany the 8 Week Course in Cerebral Palsy – The Bobath Centre, Londres –1993). São Paulo, 1998.
- VASH, C. *Enfrentando a deficiência: a manutenção, a psicologia, a reabilitação*. São Paulo: Edusp, 1988.





Parte 3  
Sexualidade e  
expressão artística



## SEXUALIDADE SOB A ÓTICA DO ALUNO COM DEFICIÊNCIA<sup>1</sup>

Emika Tanaka SHICASHO<sup>2</sup>

Eduardo José MANZINI<sup>3</sup>

A sexualidade sempre esteve presente e sempre foi objeto de domínio humano. Apesar da essência presente, a forma de manifestação foi modificada ao longo da história.

Segundo Foucault (1985) sexualidade significava sobrevivência, e o amor livre era uma norma. Os filhos provenientes dessa prática eram cuidados e criados por todos os membros da sociedade. As mães eram certas, importantes, possuíam as rédeas e controle grupal. Os pais não eram certos, mas viviam harmoniosamente (Foucault, 1985, p.8).

Segundo o mesmo autor:

O comportamento era sem repressão, viviam naturalmente, não tinham vergonha de mostrar seu corpo. No século XVII, as práticas sexuais eram sem segredos, as coisas sem disfarces, os gestos eram diretos, os discursos sem vergonha, as transgressões eram visíveis, anatomias eram mostradas e facilmente misturadas, crianças astutas vagando, sem incômodo nem escândalo, entre risos dos adolescentes: os corpos pavoneavam. (Foucault, 1985, p.9)

O sexo era natural, não existia empecilho. O homem utilizava livremente as sensações e os prazeres. Isto provocava uma espécie de erotismo discursivo generalizado (Foucault, 1985, p.34).

---

<sup>1</sup> Trabalho final apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Presidente Prudente, convênio UNESP/CAPES/PROESP, 1997/1998. Agradecemos as sugestões da professora Lígia Maria Presumido Braccialli, docente do Depto de Educação Especial da UNESP de Marília.

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Especialização e professora aposentada.

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Educação Especial da Unesp - Campus de Marília e orientador da pesquisa.

Em relação à sexualidade das crianças eram indiferentes, não se preocupavam com os acontecimentos e seus comportamentos. Com o decorrer dos tempos, o comportamento foi se modificando, em consequência as correntes contrárias, embasadas nos princípios religiosos, foram criando grupos e sendo controlado, tornando restritamente o canto de incitações (fala e discurso do sexo) que transmitiam as aprendizagens sobre sexualidade. (Foucault, 1985, p.34)

Historicamente, o conceito de sexualidade muda:

Com a restrição, surgem idéias que a sexualidade é confundida com o casamento, que o objetivo máximo de um e do outro era a procriação: como consequência natural, amor e fertilidade acabavam se identificando na mente popular. (Vainfas, 1986, p.13)

Evidenciou-se uma ética cristã que seguia os preceitos ditados pela sociedade no Brasil-Colônia, manifestando tanto na camada social culta como na popular.

O comportamento dos jovens e adultos passou a ser controlados em consequência das depravações cometidas pelos homens.

No século XVIII surgem lugares certos, definidos, obrigatórios de afetos, de sentimentos, de amor e paixão. A sexualidade teria como eclosão à família (Foucault, 1985, p.103).

A valorização da família torna-se o elo para o controle comportamental dos seres humanos. Introduce-se o controle patriarcal, a família como fundamental, no controle aos atos, tentando não envolver as crianças, omitindo os acontecimentos, dando início a valorização do segredo, mudando o comportamento pessoal dos adultos e da sociedade.

Surgiram censuras maciças a partir das decências verbais impostas pela época clássica (Foucault, 1985, p.35).

Aparecem códigos para controlar o sexo, as práticas sexuais, a fidelidade e o incesto espiritual, através dos direitos canônicos, a pastoral cristã e a lei civil.

A separação de quartos, crianças e pais, cada qual com seu compartimento que passou a ser controlado canonicamente. Segundo Foucault:

No decorrer de séculos, habitações populares, a segregação relativa entre meninos e meninas, as regras restritas sobre cuidados com os bebês (amamentação materna, higiene), a atenção centrada na sexualidade infantil, os supostos perigos da masturbação, a importância atribuída à puberdade, os métodos de vigilância sugeridos aos pais, as exortações, os segredos, os medos e a presença ao mesmo tempo valorizada e temida dos serviços, tudo faz da família, mesmo reduzida às suas menores dimensões, uma rede complexa, saturada de sexualidades múltiplas, fragmentárias e móveis. (Foucault, 1985, p.46)

Como se não bastasse as leis canônicas, surgiram as leis civis que perseguiram os seres humanos transformando-os em *vítimas de escândalos e perigosas presas de um estranho mal que foi transformando em nome de vício* e, às vezes de delito. As pessoas possuidoras do estranho mal foram consideradas aparentemente como loucas, carregaram o estigma da loucura moral, da neurose genital, da aberração do sentido genésico, da degenerescência ou do desequilíbrio psíquico (Foucault, 1985).

Esses tipos de comportamentos foram se alastrando ultrapassando o século XIX e seus efeitos continuaram influenciando o século XX.

Vivemos numa sociedade repressiva, cheia de segredos onde os sentimentos sexuais são tratados de forma restrita, como mitos, tabus e crenças dominantes na comunidade.

Existe muita polêmica a respeito do tema sexualidade. Alguns grupos querem que as informações cheguem corretamente, outros tentam omiti-las ainda presos aos conceitos advindos da repressão. O prejudicado é o próprio ser humano. Talvez a informação pudesse prevenir tantos distúrbios, sejam eles emocionais ou sociais, os traumas, os conflitos, as neuroses decorrentes dos momentos vivenciados de indecisões, de inseguranças e opressões sofridas na infância e na adolescência.

Segundo Assumpção (1993, p. 76) a qualidade da vida sexual, inicia-se no nascimento e continua através da vida. Esta qualidade é parte integrante da vida integral do indivíduo. Não existe no ser humano um ciclo biológico da sexualidade, amamos e sentimos prazer, desde criança, vivemos dias e dias abraçados a pessoa amada, o olhar, o toque, os movimentos adquirem uma intensidade erótica. Muitas vezes superior a de uma relação sexual.

Quando amamos, a nossa vida física e sensorial se expande e intensifica, desenvolvendo a inteligência, a imaginação, a fantasia, a objetividade, a paz e a subjetividade (Alberoni, 1988, p.10).

Esses acontecimentos são decorrentes do próprio viver sadio e espontâneo, acontecendo com pessoas normais e especiais. Porém, quando o tema sexualidade torna-se presente ainda levanta mitos e tabus.

No contexto escolar, mais especificamente no que se refere ao aluno com deficiência, o tema sexualidade toma um grande vulto, pois, ainda existe o mito de que o aluno, a criança, o jovem deficiente são assexuados.

A partir dessa questão, objetivou-se estudar este tema junto a crianças e adolescentes deficientes (auditivo, mental e físico) para melhor compreender como esses pensam e interpretam a sexualidade.

### **Desenvolvimento do estudo**

Participaram dessa pesquisa seis alunos com deficiência, sendo quatro do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades variando de oito a doze anos. No quadro a seguir, apresentamos um resumo das principais características dos participantes da pesquisa.

**Quadro 1 - Principais características dos participantes da pesquisa.**

Sujeito	Sexo	Idade	Escolaridade	Tipo de Deficiência
Br.	Masc.	08	Classe especial	Deficiência física
Ta	Fem.	09	Classe especial	Deficiência física
Lê	Masc.	12	3ª. série	Deficiência mental leve
El	Fem.	12	3ª. série	Deficiência mental leve
Fr	Fem.	12	5ª. série	Deficiência auditiva
Gi	Fem.	12	Classe especial	Deficiência auditiva

A identificação dos participantes foi feita junto a uma Delegacia de Ensino de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Realizou-se um levantamento das escolas que possuíam classe especial e instituições que atendiam crianças e adolescentes com deficiências. Feito o levantamento, foram escolhidas aleatoriamente quatro escolas e duas entidades que foram visitadas no sentido de solicitar permissão para a realização da pesquisa. Duas escolas recusaram-se e duas colocaram-se a disposição para realização da pesquisa.

A partir de então foram escolhidas: uma classe escolar que atendia a alunos com deficiência auditiva, uma classe que atendia ao deficiente físico e uma instituição que prestava atendimento pedagógico a alunos com deficiência mental. Entre eles foram escolhidos seis alunos sendo dois com deficiência auditiva, dois com deficiência física, e dois com deficiência mental leve que se encontravam integrados no ensino comum. Os professores indicaram as crianças que participariam do estudo.

A coleta de dados baseou-se na apresentação de seis desenhos e os alunos deveriam relatar o que estavam observando nos mesmos. Cabe ressaltar que todos os participantes apresentavam fala com exceção de um dos alunos com deficiência auditiva. Nesse caso específico, houve a necessidade de interpretação da professora da sala que dominava a língua de sinais. Os desenhos eram sugestivos e se relacionavam ao tema da pesquisa. A seguir apresentamos uma descrição destes desenhos:

- Desenho número 1 - Uma cegonha voando e carregando nas patas uma cesta. Dentro dela havia um bebê;



- Desenho número.2 - Um casal de ratos (Mickey e Minnie), passeando de mãos dadas e, entre eles, um desenho de um coração;
- Desenho número.3 – Um homem e uma mulher representado um casal. Ele com um ramalhete de flores na mão, ela com a mão na barriga aumentada (grávida). Em volta do casal, desenho de coraçõezinhos coloridos e ao centro (entre os dois), um coração maior;
- Desenho número.4 - Um casal, ela grávida com a mão na barriga e ele ao lado abraçado a ela, vestidos de traje a passeio;
- Desenho número.5a - Uma mulher sentada e amamentando um bebê;
- Desenho número. 5b - Uma mulher bem jovem de pé, amamentando um bebê;

Os relatos dos participantes foram gravados em fita magnética e posteriormente transcritos.

### **Análise dos relatos**

A análise dos relatos abordou duas vertentes: 1) o tipo de discurso que identificava a percepção do desenho e sua interpretação; 2) a seleção de palavras pelos participantes que denotavam afetividade e sexualidade.

Na primeira vertente, os dados permitiram identificar dois conjuntos de informações: 1) percepção imediata do desenho; 2) discurso interpretativo.

Na percepção imediata os participantes descreveram o que o desenho apresentava, não criaram, não projetaram ou interpretaram as imagens, ou seja, eles descreveram os desenhos.

No discurso interpretativo os participantes fantasiaram, ou seja, imaginaram, criaram, contaram histórias, incluíram fatos que não existiam nos desenhos.

Na segunda vertente de análise, foi realizada uma investigação e contabilização de palavras que denotavam afetividade e/ou sexualidade que foram utilizadas na descrição de cada desenho, bem como quais os participantes

que as utilizaram. Exemplificando, foram utilizadas palavras como: amor, namorado, transar, entre outras.

### Tipo de discurso utilizado

No Quadro 2 apresentamos a configuração geral do tipo de discurso utilizado pelos participantes em cada um dos desenhos.

**Quadro 2 – Tipo de discurso utilizado pelos participantes da pesquisa**

Participantes	Desen.1 Cegonha bebê	Desen.2 Mickey Minnie passeio	Desen.3 Casal Gravidez flores	Desen.4 Casal Gravidez passeio	Desen.5a Mulher Amamentando	Desen.5b Mulher Amamentando
Br.	P.I.	P.I e D.I.	P.I e D.I.	P.I e D.I.	D.I.	D.I.
Ta	P.I.	P.I.	P.I e D.I.	P.I e D.I.	P.I.	P.I.
Lê	D.I.	D.I.	P.I. e D.I.	P.I e D.I.	D.I.	D.I.
El	D.I.	P.I. e D.I.	P.I. e D.I.	P.I. e D.I.	D.I.	D.I.
Fr	D.I.	D.I.	D.I.	D.I.	D.I.	D.I.
Gi	D.I.	D.I.	D.I.	D.I.	D.I.	D.I.

Notas: D.I. – Discurso Interpretativo

P.I. – Percepção Imediata

Pelas informações gerais no Quadro 2, podemos verificar que dois participantes Fr e Gi (ambos com deficiência auditiva) somente utilizaram o discurso interpretativo frente aos desenhos. Os demais participantes descreveram (percepção imediata) e interpretaram (discurso interpretativo).

A seguir passaremos a analisar o discurso de cada um dos participantes incluindo o seu relato.

### Participante Br.

Br. tem deficiência física adquirida. Teve traumatismo cerebral, foi submetido à cirurgia, continua em tratamento. Frequenta classe especial. É uma criança curiosa, expansiva e com boa compreensão. Consegue desenvolver as atividades propostas, apesar de ter dificuldade em falar.

Ao observar o desenho 1, Br. inicia descrevendo o que vê, fala do pássaro que carrega o nenê, e que ele tem o cabelo amarelo. Diz que é igual o dele:

Eu estou vendo uma a-águia e o bebê numa é, é, numa cestinha, voando para o céu, aí um, um baninho donando o nê-nê-nê, ele está com o cabelo amarelo, que nem o meu, aí, aí, tem uma nuvem bonita e tem um patinho de bico vermelho e a patinha marrom, aí, aí, o passarinho, tam-bém que tem alguma coisa, e que a patinha dela leva um cestinha.

Ao observar o desenho 2, Br. começa descrevendo o que vê, a roupagem e respectivos acessórios, a maneira de vestir e suas respectivas cores, fazendo transparecer a percepção imediata. Nota-se que tem pretensão de avançar no imaginário, *representa uma ratinha e um ratinho apaixonado*. Isto quer dizer que eles estão apaixonados, *andando pela floresta* e no final lembra-se de dar nomes aos personagens dizendo *O Mickey e a Minnie está amando*. O sujeito parte para a fantasia, criando uma história restrita, podendo ser considerado também como discurso interpretativo.

Tem um-ma ratinha e um ratinho apaixonado, andando pela floresta e um coraçãozinho no meio deles, aí, e tão um montinho de bolinha na vestidinha da ratinha, aí, e a sainha rosinha e o sapatinho do Mickey é... é marrom e depois tem ua-ma, uma graminha bonitinha e um fitinha, e arquinho, e uma orelinha engraçada. Ah! O Mickey e a Mine está amando.

Ao observar o desenho 3, Br. Utiliza-se da percepção imediata e da descrição interpretativa: *a menininha tá fazendo comida e o menino tá lutando caratê*, dando início a criação da história.

Tem um menino e uma menina, o menino tá dando a flor para a menina, e aí, aí, um monte de coraçãozinho frutuando em cima dele, e um coração bem vermelho; a menina tá fazendo não sei que, tá lá uma coisinha assim (gesticula dobrando os braços para frente) , e tá fazendo comida e o menino tá lutando caratê, e aí, o menino e um coraçãozinho tá segurando a flor para não caí.

Ao observar o desenho 4, inicia criando estória: a menina já foi em casa trocou de roupa. O menino tá se encontrando de novo naquele lugar (discurso interpretativo). Utiliza-se também de descrições (percepção imediata).

Eu tô vendo um menino, o menino tá abraçando a menina, a menina já foi em casa e trocou de roupa. O menino e a menina tá abraçando e o menino também tá se encontrando de novo naquele lugar e a menina tá e a ...com a barrigona e com um colarzinho, e o menino tá com uma gravata e uma jaqueta.

Ao observar o desenho 5a, Br parece dar continuidade à estória quando inicia falando: *A menina tá com o bebê já nascido*. No discurso interpretativo, ele parte para o imaginário, cria *um banquinho*, onde a personagem senta-se e dá de mamar. Vejamos o resto da estória:

E aí, a menina tá com o bebê já nascido e tá, danó de mamá e a menina tá com o vestidinho azul, e aí, o bebê tá enrolado numa colcha e a mulher tá com as unhas vermelha e e ela tá falando. Tá sentada no banquinho e danó de mama pro nenê, e aí, e aí, aquele bebezinho tá carequinha, carequinha. E ela tá falando assim sentada e depois sentada na areia, aquela areia, aquela areia que não tinha banco e ela tava tirando o seio para fora e danó de mamá prá ele, prá ele, crescer e ficar forte, muito forte

Ao observar o desenho 5b., o sujeito utiliza-se do discurso interpretativo, criando, fantasiando a estória, dizendo que *a menina foi ao parque e sentou*, criou momentos antes da realidade contida no desenho.

A menina, a menina foi no parque e sentou, e daí, depois em pé e pôs, o depois o nenê na casa e depois pra dormir e depois pra dormir e depois pra papá de novo, e aí, o bebezinho tava dormindo no colo da mãe.

### Participante Ta

Ta tem nove anos. Quando tinha cinco anos foi atropelado e teve leão cerebral. Apresenta dificuldade na fala, na coordenação motora e alteração de marcha. Mostra-se rápido nas respostas e comunicativo.

Ao observar o desenho 1, utiliza-se da percepção imediata: *É um pássaro calegando, ca-calegando nenezinho na cestinha, voando.* Não consegue desenvolver a estória. Cita *que o céu está lindo.*

Ao observar o desenho 2, fala da indumentária dos personagens. Não consegue desenvolver sua estória, utiliza-se apenas da percepção imediata:

O corpo está pintado de preto, a calça do menino de verde, o sapato do menino é marrom. Ele está de mão dada, olhando um pala o outro. Ele tá namolando..

Ao observar o desenho 3, no primeiro momento utiliza-se da fala semelhante às anteriores, mas resolve criar uma pequena estória, dando nome aos personagens: *Felipe e Tatiana.*

A menina está usando um menino. Essa menina, está de mão dado com o menino, e essa menina está passeando com ele. Eu quero dar, dar um nome pra ele que é Felipe e Tatiana, Tatiana tá com um planta na mão. Tatiana tá com um colação. Tatiana tá passeando. Tatiana tá de avental. Tatiana tá com baliga-gão.

Ao observar o desenho 4, Ta descreve roupas, posições e cores;

O menino está com cabelo amarelo, — o menino está com o sapato preto, a menina está com o, o-ver-di, a menina está com a peina - pei-na (perna) está puxada, e o bebê está na barriga da, da menininha, está com o cabelo ondulado, o menininho, ninho está com a garavata (gravata), o menininho está com a mão na cota da menina.

Em seguida dá o nome ao personagem, *ela é a Adriana, e o bebê está na barriga da menininha.* Cria uma pequena estória, com muita dificuldade, parando um pouco e continuando seu discurso interpretativo.

Percebe-se que Ta, tem noção do conceito de gravidez, conforme observação que faz do desenho 3: *Tatiana tá com baligão*. e do desenho 4: *o bebê está na barriga da menininha*.

Observando o desenho 5a, Ta descreve e interpreta que a menina está contente. Ao observar o desenho 5b, o sujeito apenas descreve o que se encontra no desenho, não cria história, utiliza-se apenas do conjunto de informações que denominamos de percepção imediata.

A mãe da -da menininha tá dando mamã pra a menininha, está sentada em um banco, a mamãe tá com a criança, a me-nininha tá gostando e tá contente.

A menina está a - a - mamentando o filhinho dela, tá com o sapato verde, está com a blusa azul, está com a pintinha da sai-nha vermelha, está com vermelho.

O participante Ta desenvolveu suas histórias de forma restrita. No momento da entrevista pedia, constantemente, para desligar o gravador. Com o gravador desligado, criou nomes para os personagens do desenho 2, falou sobre namoro, e que *não se deve namorar escondido porque a mamãe não vai gostar*. Percebe-se que sabe o que é namorar e o porquê de a menininha estar *com barrigão*. Pelo relato podemos inferir que possui informação sobre gravidez e namoro. Podemos interpretar que esses conteúdos podem estar passando por um processo de repressão, primeiro pelo fato de pedir para desligar o gravador e, segundo, por afirmar que *não se deve namorar escondido e que a mamãe não vai gostar*.

#### Participante Lê

O participante Lê tem deficiência mental leve. Desde os seis anos de idade faz tratamento neurológico. Faz acompanhamento psicológico e reforço pedagógico. Está frequentando a 3<sup>a</sup> série de classe comum.

Ao observar o desenho 1, fantasia e cria história, utiliza-se do discurso interpretativo.

Um neném abandonado. Numa casa abandonado e de repente uma cegonha pega a criança tão bonitinha que estava dormindo no cesto e leva para um orfanato, orfanato ou família e lá vai cuidar bem dela.

A idéia expressa no relato indica o tema abandono e o conceito de que a criança não vive sozinha. Podemos interpretar que a cegonha é vista como uma salvação para o *neném* que necessita do adulto para poder sobreviver.

Ao observar o desenho 2, utiliza-se do discurso interpretativo, fantasiando, dando nomes aos personagens do desenho (Mickey e Minnie) que são representados pelo casal de ratos: *Michey convidou a Mine para ir ao cinema e namorar*. Namorar para ele parece ser uma expressão que inspira amor, galanteio. Sua estória continua indicando que ambos estão *apaixonados*. Finaliza a estória relatando que assistiram a sessão número dois e combinaram para assistir outro filme.

Podemos interpretar que Lê parece abstrair conceitos como amor, paixão e relacionamento a dois.

Ao observar o desenho 3, Lê cria outra estória: *O papai e a mamãe tá indo ao hospital para ganhar o nenê*. Depois se volta para o desenho descrevendo que o papai está *dando a flor para a mamãe* e novamente interpreta que *a mamãe com a mão na barriga, e que está pronta para ir ao hospital*.

Pelos relatos podemos interpretar que Lê parece ter alguma informação sobre o tema gravidez e sobre nascimento. Esses conteúdos parecem repetir-se no relato do desenho 4.

Ao observar o desenho 4, Lê utiliza-se inicialmente da percepção imediata e posteriormente dá nomes aos *personagens*: *Luciano está colocando a mão atrás da costa e Maria com a mão na barriga*. Ele descreve as posições encontradas no desenho e completa utilizando-se do discurso interpretativo: o casal está apaixonado, batendo papo, tá indo para o ponto de ônibus para ir ao hospital.

Ao observar o desenho 5a, Lê usa o discurso interpretativo contextualizando a figura de uma mulher amamentando um bebê:

O nenê tava acabando de acordar e chorando, tava no berço chorando. Ele mamou bastante e ficou contente.

Ao observar o desenho 5b., Lê cria um ambiente para a estória. O discurso interpretativo, novamente, se faz presente.

A menina passeando, carregando o nenê, piquinho no parque de diversões, ela pegou e sentou no balanço e balançou o nenezinho para quando foi três horas, foi embora e deu de mamá no caminho.

Percebe-se em seu discurso que Lê possui conhecimentos reais e abstratos sobre aquilo que os desenhos sugerem. Apresenta facilidade em projetar conteúdos afetivos (amor, paixão, namoro) que se referem à sexualidade.

#### Participante El

El. tem doze anos, tem deficiência mental leve. Segundo informações da mãe esteve em tratamento e controle neurológico constante. Faz acompanhamento psicológico e recebe atendimento pedagógico. Apresenta dificuldade em relação à conduta e aprendizagem escolar. Ele está cursando a 4ª. série de classe comum, mas com muita dificuldade. Ainda não sabe ler e nem escrever corretamente.

Ao observar o desenho 1, El. inicia sua estória utilizando a imaginação, parte para o abstrato (discurso interpretativo), dizendo que: *A cegonha carregando um bebê, para uma família cuidar, voando para bem longe.* Inclui na estória a família e que está deverá cuidar do bebê. Continua o seu relato *bebê não vai ficar doente.*

Ao observar o desenho 2, El. Utiliza-se do discurso interpretativo, dando nomes aos personagens (Mickey e Minnie), diz que estão namorando, passeando, contentes e felizes. Posteriormente, começa a descrever o desenho com o uso de alguns adjetivos: *tem a grama verde e bonita.*

Ao observar o desenho 3, usa novamente o discurso interpretativo e a descrição: *o papai e a mamãe tá indo ao hospital para ganhar o nenê, ela tá com a barriga grande.* Em seguida descreve o desenho: *o papai tá dando a flor para a mamãe. E a mamãe com a mão na barriga.* Pelo relato podemos interpretar que tem algum conhecimento sobre gravidez e nascimento.

Ao observar o desenho 4, utiliza-se do discurso interpretativo e descritivo, começa nomeando os personagens (Luciano e Maria) *que estão namorando, batendo papo e Luciano está colocando a mão atrás da costa. A Maria está*



com barriga. Completa sua estória dizendo que o filho chama-se *Leonardo*, que a mãe está alimentando ele, porque ele acordou chorando.

Ao observar o desenho 5a, utiliza-se do discurso interpretativo, partindo para a fantasia, criando estória, dizendo que: *a mamãe tem um grande filho, muito bonitinho [...] a mamãe segura o filho com muito carinho, dá de mamã, tem que ensinar o filho a fazer as coisas, tem que ensinar e dar muita educação*. Pelo relato percebe-se a grande carga afetiva projetada sobre o relacionamento entre mãe-filho. Demonstra a preocupação sobre a orientação da criança em relação à educação.

Ao observar o desenho 5b, inicia sua estória utilizando o discurso interpretativo, criando, fantasiando, dando nomes aos personagens: *Adriana carregando a Tatiane no colo e indo ao parque no colo dela, para passear. Tatiane está gostando, e a Adriana carregando a menininha, que tem cabelo preto*. A ênfase na colocação dá impressão que irá desenvolver uma estória longa, mas de repente resolve parar. A impressão durante a coleta foi que El. parece ter cansado.

Fica evidente nos relatos que a apresentação dos desenhos para El. facilitou a projeção de conteúdos sobre afetividade, sociabilidade e sexualidade. Na apresentação de todos os desenhos utilizou-se do discurso interpretativo.

#### Participante Fr

FR. tem doze anos e possui deficiência auditiva severa. Faz tratamento com especialistas (otorrino, fonoaudiólogo). Com quatro anos de idade começou a frequentar classe especial para deficientes auditivos. Atualmente cursa a 5ª série. Participa da comunidade religiosa junto com seus pais. Foi convidada pela ex-professora de classe especial para participar da entrevista.

Ao observar o desenho 1, cria uma estória com cunho religioso. Em sua estória o menino na barriga da mãe é obra divina:

Deus que criou o menino na barriga da mãe. Maria, José e o menino que se chama Jesus, que nasceu no hospital, Santa Casa; o menino nasceu no dia 22 de janeiro. Jesus é um lindo menino, bonitinho, a mamãe dele gosta muito, muito dele, ele mamava toda noite, chorava toda noite, ele era uma

gracinha, então, no aniversário dele, Deus deu uma música de passarinho, então, Deus foi cuidar dele, Jesus Cristo também amava muito o menino. Foi Deus que criou o menino na barriga da mãe.

Ao observar o desenho 2., Fr. inicia sua estória dando nomes aos personagens (Mickey e Minnie), e que se encontraram na casa de Minnie que *era bem grande e do Mickey também, foi chamá-la para ir ao cinema, depois passaram a namorar....no cinema pertinho da casa dele, na saída eles comeram doces, pipoca, para comemorar o aniversário dele.*

Pelo relato percebe-se que Fr. projeta vários conteúdos afetivos e apresenta sua concepção de namoro.

Ao observar o desenho 3, nomeia os personagens: Daniel e Daniela. Eles eram amigos desde criança e,

Daniel era briguento na escola, brigava com ela, com os amigos, e quando cresceram eles se apaixonaram. A mãe dele era brava, não deixavam eles namorar, depois de algum tempo ela disse: Vocês podem namorar agora, você pode se casar e ter filhos Eles se casaram para sempre e felizes, ela ficou grávida dele, nasceu um menino que se chamou Gabriel, o pai adorou muito e o menino parecia com ele e era muito charmosinho.

Percebe-se em seu discurso palavras carregadas de afetividade e sexualidade como amigos, namorar, casar e grávida. Essas palavras encontram-se dentro de um contexto aonde é possível abstrair algumas concepções: que a paixão surge inesperadamente; que ela está relacionada à maturidade (crescimento); que existe repressão por parte da família quando o tema é namoro; que o casamento é algo eterno e que a gravidez está relacionada ao casamento.

Ao observar o desenho 4, Fr. utiliza-se das mesmas concepções para contar sua estória imaginária (discurso interpretativo). Inicia falando do convívio escolar e também do trabalho, de namoro, paixão e casamento, e depois de gravidez: *Depois de dois anos, ela ficou grávida e eles ficaram muito alegres, Isabel abraçou muito José e ficaram muito contente.*

Ao observar o desenho 5a, sua estória inicia-se na maternidade: tinham várias mães e que (a do desenho chamava-se) *Marli ficou grávida de um rapaz e foi abandonada*. Percebe-se no discurso que a situação de gravidez lhe é familiar. Uma concepção nova que aparece é a existência de gravidez e abandono.

Sua estória continua: *o filhinho chamava-se Gabriel Ferreira é a mãe Marli Ferreira, daí, a mãe dava mamã para ele, o nenê tem que se alimentar para não ficar fraquinho, precisa alimentar para ficar forte, para crescer, para ficar inteligente*.

Percebe-se que a participante coloca em seu discurso conteúdos sobre afetividade, sexualidade, amor, paixão, relacionamento social e alimentação.

Ao observar o desenho 5b, Fr. inicia sua estória utilizando discurso interpretativo, dando nome à personagem que se chamava Gabriela:

Ela namorou quando era bem novinha, aos quatorze anos, ficou grávida e sua mãe não sabia, ela achava que quando sua mãe souber ia ficar brava. Por isso chorou muito e queria fugir, mas, seu namorado disse que não devia fugir, porque precisa de alimentação para o filhinho. Então, ela resolveu não fugir, contar a verdade para a mãe, porque não deve enganar, deve contar certinho, assim ela não vai ficar brava.

O sujeito coloca no contexto a preocupação com o bebê, sobre o convívio harmonioso com a mãe. Percebe-se no discurso a riqueza de abstração, a formação cultural e moral, sua concepção sobre sexualidade e maternidade.

#### Participante Gi

O participante Gi tem doze anos e possui surdez profunda. Comunica-se através de sinais. Foi necessário um interprete para poder descrever o que estava pensando a respeito dos desenhos. Durante a coleta ficou atenta para compreender o que estava sendo falado. É comunicativa e, segundo as informações coletadas na escola, tem bom relacionamento na classe e em casa.

Ao observar o desenho 1 – Gi utiliza-se do discurso interpretativo:

O pássaro vai levar o nenê para a casa da mulher, vai de noite. Quando a mamã acordar ela vai ver o nenê lá.

Podemos inferir que Gi repete a estória da cegonha que deve ter conhecimento. Essa estória predominou durante muito tempo escondendo das crianças a situação de gravidez e nascimento. Nos discursos que seguem percebe-se sua clara compreensão de gravidez.

Ao observar o desenho 2, Gi coloca os personagens do desenho como namorados e que: *os dois estão passeando, namorando, conversando e contentes. Eles se amam e vão transar.* Na verbalização de que amam e vão transar, percebe-se que o sujeito sabe o significado sobre sexualidade e sexo.

Ao observar o desenho no. 3, Gi parece continuar a estória: *Eles vão se casar, colocar a aliança no dedo. Se beijam muito de noite e ela está grávida de dois bebês.*

Ao observar o desenho 4, Gi apresenta as concepções sobre gravidez e nascimento: *Papai está gostando, porque a mamãe vai ganhar nenê. Ele está levando ela para o hospital.* Percebe-se que o sujeito tem conhecimento de sexualidade e que para ganhar o nenê deve ir para o hospital, depois continua dizendo que: *vai tomar soro e vai gemer e vai cortar a barriga e vai tirar o nenê.* A seqüência dos acontecimentos parece estar baseada em fatos do cotidiano.

Ao observar o desenho 5a, Gi elabora mais uma estória, incluindo um casal (papai e mamãe) que *tem um nenê, ele chora e a mamãe pega no colo, antes de dar mamã, tenta acalmá-lo dizendo: calma! Calma! Fica quietinho, papai foi trabalhar e a mamãe ficou em casa e a noite o papai volta.* Pelo discurso percebe-se a projeção de situações comuns na vida familiar.

Ao observar o desenho 5b, a estória parece continuar:

O nenê já cresceu um pouquinho. A mamãe pega ele no colo, ele dorme tranqüilo, gostoso. A mamãe vai pegar o carrinho de dia e vai na rua para passear com o nenê. Levou a mamadeira junto para dar para ele A roupa do nenê é cheirosa, ela dá banho nele e ele vai crescer

O discurso da participante Gi foi totalmente interpretativo. Projetou nos desenhos conteúdos afetivos, sexuais, vivência em família, seu conceito de concepção e de gravidez. Todos esses conteúdos aproximam-se muito de fatos

reais. Sua projeção elenca afeto, cuidado com bebê, carinho, atenção, ou seja, necessidades básicas de todo ser humano.

Uma questão que ainda a ser analisada é sobre a utilização de palavras que denotam estados afetivos. Como o discurso foi traduzido da língua de sinais para a língua oral fica difícil uma correlação perfeita entre essas duas modalidades.

### Seleção de palavras que denotam afetividade e sexualidade

Ao analisar as palavras dos discursos, identificamos um conjunto delas que expressam afetividade e sexualidade. A seguir, no Quadro 3, apresentamos a contabilização das palavras utilizadas.

**Quadro 3 – Apresentação das palavras que expressam afetividade e sexualidade e indicação do desenho que propiciou a seleção das mesmas**

Alunos com	Deficiência Física		Deficiência mental		Deficiência auditiva	
	Br	Ta	Lê	El	Fr	Gi
Palavras/Partic.						
Amor	2,4		4	5a	1-2	2
Amigos	3	2,3,4			2-3-4	
Abraçando	4	4			4	
Namorando	4	2	2,4	2,4	5 <sup>a</sup> ,5b,2,3	2
Beijos					4	3
Apaixonado		2	4		3,4	3
Transar					2	
Casaram					3,4	3
Indo ao hospital ganhar nenê			3,4	3	1,5a	4
Barriga/ Barrigão	4	3,4	3,4	3-4	1	4
Grávida					3,4,5a,5b	3
Mamar	5 <sup>a</sup> ,5b	5b	5 <sup>a</sup> ,5b	5a	1,5a,5b	5 <sup>a</sup> ,5b
Contente/ feliz	5a	2,5a	2,5a	2,5b	4,5a	2,4
Abandono/fuga				1		5 <sup>a</sup> ,5b
Levar o bebê para a família			1	1		
Total	10	10	14	10	30	12

Nota - Os números no interior do Quadro 3 correspondem aos números dos desenhos apresentados aos participantes

Ao analisar quantitativamente o Quadro 3 podemos notar que, quanto ao número de palavras que expressam afetividade e/ou sexualidade utilizadas para descrever os desenhos, não houve grande diferença entre os participantes. Exceção se faz com o participante Fr., que utilizou trinta palavras. Porém, ao fazermos uma análise baseada nas categorias de deficiência, podemos verificar que os alunos com deficiência auditiva foram os que utilizaram uma maior variedade de palavras, principalmente, aquelas que expressavam sexualidade. Esse dado é interessante, pois um dos problemas levantados na área de deficiência auditiva se relaciona ao déficit de vocabulário dessas crianças. Duas questões poderiam ser abordadas aqui. A primeira delas se relaciona à tradução que foi realizada por uma professora: Seria realmente o vocabulário do aluno Fr. que atingiu trinta palavras ou o vocabulário era do tradutor? Porém, isso não se aplica no caso de Gi, que apresentou também uma grande variedade de palavras para descrever suas histórias a partir dos desenhos. Nesse sentido levantamos uma segunda hipótese: o tema abordado traria um conteúdo que provocaria, especialmente para o aluno deficiente auditivo, uma maior variedade de palavras ou, analisando de outra forma, os desenhos apresentados possibilitaram uma grande riqueza de projeção desses conteúdos, para essas crianças.

Outro dado interessante é que as palavras *mamar*, *barriga/barrigão* foram utilizadas por todos os participantes da pesquisa e, a palavra *grávida*, somente foi utilizada pelos alunos com deficiência auditiva.

Nessa mesma linha de análise, podemos notar que as palavras utilizadas pelos alunos com deficiência física tiveram, na maioria, conotação afetiva (*amigos*, *contente*, *feliz*, *amor*, *abraçando*). Talvez não haja correlação com o tipo de deficiência mas sim com as idades dessas crianças (8 e 9 anos) já que os outros participantes tinham 12 anos. Como salienta Gherpelli (1995), a sexualidade fundamenta-se em aspectos biopsicossociais de cada indivíduo, constituída de três elementos primordiais: o potencial biológico, o processo de socialização e a capacidade psicoemocional. Assim, a questão da idade seria um fator biológico importante para a manifestação da sexualidade. O mesmo autor salienta que aos 12 e 13 anos os jovens possuem a consciência de sua capacidade orgânica e podem fazer escolhas dentro do campo afetivo, emocional e sexual.

Assim, não só elegem alguém como objeto de seu desejo e amor como também se fazem escolhidos, amados e desejados pelo outro (Gherpelli, 1995, p.93).

## **Conclusões**

Os dados nos levam a concluir que os procedimentos adotados para a realização da pesquisa (desenhos) foram eficazes para a projeção de conteúdos que expressavam sexualidade e afetividade. Os participantes pouco ficaram inibidos frente a esses procedimentos o que garantiu a coleta de informações.

Uma questão que necessita ser investigada é: e se os mesmos desenhos fossem apresentados para alunos sem deficiência? Teríamos os mesmos resultados? Os desenhos levariam a projeções de conteúdos afetivos e sexuais? Haveria uma maior repressão sobre o comportamento de contar estória tendo como apoio os desenhos?

Finalizando, o estudo demonstrou que os participantes, alunos com deficiência física, auditiva e mental apresentaram concepções sobre amizade, namoro, casamento, gravidez, parto, cuidados com o bebê usando de seu vocabulário e de suas capacidades cognitivas. Alguns chegaram usar palavras como abandono e solidão, provavelmente, projetando o temor dessas situações. Porém, uma maior investigação do tema sexualidade da criança deficiente se faz necessária para desmitificar as interpretações que comumente são apresentadas e, principalmente, para fornecer ao professor subsídios para a sua prática em sala de aula.

## **Referências Bibliográficas**

- ALBERONI, F. *Enamoramento e amor*. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Rocco, 1988.
- ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; SPROVIÉRI, M.H. *Deficiência mental, família e sexualidade*. São Paulo: Mennon, 1987.

FOUCAUT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda., 1985.

GHERPELLI, M. H. B. V. *Diferente, mas não desigual: a sexualidade do deficiente mental*. São Paulo: Gente, 1995.

VAINFAS, R. (Org.) *História da sexualidade no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.





# CONCEPÇÃO DO PROFESSOR ESPECIALIZADO SOBRE A SEXUALIDADE DO ALUNO COM DEFICIÊNCIA<sup>1</sup>

Maria Aparecida Viudes POPPI<sup>2</sup>

Eduardo José MANZINI<sup>3</sup>

A sexualidade de alunos com deficiência pode se expressar em diversas situações e ambientes. Um dos ambientes de grande importância na vida de pessoas com deficiência é a escola. Na escola o adolescente tece relações sociais com a professora, diretora, coordenadora, inspetores e com os demais alunos. Nesse relacionamento social podem surgir as manifestações de sua sexualidade. Assim, o profissional que trabalha com alunos com deficiência precisa estar preparado para tratar desse assunto sem espanto, recriminações ou castigos, ou seja, com sabedoria.

Podemos afirmar que a educação sexual da criança deve começar cedo envolvendo profissionais, escola e família. Até pouco tempo atrás era costume deixar a orientação sexual para mais tarde. Pensava-se que a criança nada disso entendia, nada sabia e nem queria saber.

A educação sexual faz parte essencial do processo de educação e ocupa lugar importante no processo evolutivo do ser humano. Não se constitui em etapas estanques ou de informações isoladas. Não se trata de dar a criança com deficiência esta ou aquela informação, neste ou naquele período, sobre este ou aquele órgão, mas dotá-la de capacidade para tentar valorizar, com responsabilidade, todos os seus órgãos e funções.

Podemos entender que a orientação é o principal ponto, sabendo-se que a curiosidade sexual é natural a todos. A ausência da curiosidade deve

---

<sup>1</sup>Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Presidente Prudente, convênio UNESP/Capes/Proesp, 1997/1998.

<sup>2</sup>Professora do ensino comum e aluno do Curso de Especialização em Educação Especial

<sup>3</sup>Departamento de Educação Especial - Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp - Campus de Marília e orientador do estudo.

preocupar mais do que a sua existência. Quando a criança pergunta como é que os bebês nascem ou como eles são feitos, ela não sabe que tais perguntas são sobre o tópico que nós adultos chamamos *sexo*. A criança faz estas perguntas do mesmo modo como ela pergunta *como nascem os pintinhos ou como a plantinha cresce*.

Se todas as perguntas forem respondidas calmamente, com clareza e naturalidade, a criança compreenderá os fatos relacionados à reprodução humana, do mesmo modo natural que compreende a reprodução de plantas e outras formas de vida.

Se, no entanto, às perguntas relativas a sexualidade, reprodução, sexo, são respondidas de modo diferente que respostas a outras perguntas, isto é, de modo evasivo, com mentiras, ou com hesitação a criança aprenderá que sexo é assunto diferente ou vergonhoso ou feio. Quando isto ocorre, a criança ou começa a procurar respostas em fontes que não sejam pais e professores (muitas vezes com colegas que sabem tão pouco quanto ela) ou pára totalmente de fazer perguntas e começa a imaginar coisas. O que imagina pode, às vezes, ser totalmente errôneo, vergonhoso e confuso.

Tais idéias, quando não são ventiladas adequadamente, seja por medo de punição ou vergonha, podem levar a um bloqueio que no futuro, de fato, venha interferir com o funcionamento sexual e compreensão da sua sexualidade.

Devemos lembrar que o tipo e a profundidade da informação dada devem variar de acordo com a capacidade de compreensão de cada criança.

Em relação a crianças que possuem uma deficiência mais comprometida este problema pode ser maior porque enquanto a criança já pode ter idade o suficiente para estar interessada em sexo, ela pode não saber formular perguntas ou não entender as explicações.

Quando a criança não sabe colocar ou não consegue entender explicações mais profundas, o importante não é ensinar a ela os fatos fisiológicos, mas o importante é que ela sinta que o assunto *sexo* é natural.

Pensando no tema sexualidade e nas possíveis situações escolares advindas da prática com alunos com deficiência desenvolvemos o presente estudo, que teve como objetivo verificar como o professor que trabalha com educação especial lida com o tema sexualidade de seu aluno com deficiência.

### Desenvolvimento do estudo

A pesquisa foi realizada com cinco professores, sendo quatro do sexo feminino e um do sexo masculino. Do total de participantes, dois possuem formação de segundo grau - magistério e três possuem formação acadêmica em pedagogia.

#### Quadro 1 – Características dos professores participantes do estudo

Professor	Sexo	Tempo de atuação	Tipo de atuação
1	feminino	5 anos	Sala especial para aluno com deficiência mental leve
2	feminino	15 anos	Sala especial para aluno com deficiência auditiva
3	masculino	15 anos	Diretor de Escola Estadual que atende alunos deficientes
4	feminino	5 anos	Sala especial para aluno com deficiência física.
5	feminino	5 anos	Sala especial para aluno com deficiência mental leve

O procedimento de coleta de informações foi realizado por meio de questionário que continha 13 perguntas abertas. Essas perguntas abordavam: a) a necessidade da educação sexual fazer parte do currículo escolar; b) as opiniões sobre o direito da vida afetiva-sexual de pessoas com deficiência tais como, namoro, casamento e direito a ter filhos; c) os procedimentos utilizados frente a situações como a masturbação em sala de aula, carícia entre alunos; c) o papel da família e escola na educação sexual do jovem deficiente; e, d) dúvidas ou dificuldades encontradas sobre o tema.

Os questionários foram entregues pessoalmente aos professores que tiveram aproximadamente 15 dias para responderem, por escrito, as questões apresentadas.

Após devolução dos questionários passou-se a fazer uma análise de conteúdo do material escrito. Nessa análise agrupamos as informações em sete

temas: o papel da família; o papel da escola; a importância da orientação sexual, a necessidade de profissionais para apoio; como lidar com o tema masturbação; concepção sobre sexualidade do deficiente; vida sexual-afetiva do deficiente. A seguir apresentaremos os temas identificados.

## Descrevendo os temas abordados

### Papel da família

Para os professores a família tem importante papel na orientação sexual do seu filho. Ela está sempre mais próxima da criança ou adolescente e é ela que muitas vezes responde pelos atos dos filhos, ela que deverá agir em situações específicas. Vejamos alguns relatos:

...É preciso também que haja respaldo da família para que se torne ainda mais saudável (P2)

Os pais muitas vezes, se recusam a falar no assunto, alguns até acham melhor a criança aprender na rua, do jeito dele (P1)

A família tem fundamental importância para saber agir em determinada situação (P4)

Para os professores, alguns pais sentem dificuldade em lidar com esse tema, o que leva a criança a obter informações em outras fontes que não a família. Um problema em buscar conhecimento na rua é que as informações ser errôneas e, principalmente, podem vir carregadas de preconceitos.

### Papel da escola

Para os participantes o papel da escola é de dar continuidade à orientação sexual dos alunos, mas que esta orientação iniciar-se no meio familiar. Essa orientação deve *ser natural e sem tabu*. Levar em consideração o grau de entendimento cognitivo do aluno, sua faixa etária também são elementos necessário para que a orientação ocorra adequadamente.

A escola deve trabalhar a educação sexual de maneira natural sem tabu (P1)

Deve partir da família e a escola dando continuidade para que seja dado a melhor orientação possível dentro da faixa etária do entendimento, gradativamente sendo dadas todas as informações devidas (P 3)

Sem dúvida a família tem importante papel de iniciar a orientação sexual dos seus membros. Porém, muitas vezes, percebe-se que essa não é uma prática cotidiana. Sobram então a escola e a rua para proverem essa falta de informação. Nesses casos, a escola acaba substituindo papéis que poderiam ser desempenhados pela família. Parece que, o problema maior é quando a própria escola não está preparada para fornecer essas informações. Resta então, para os alunos as informações da rua.

### **Importância da orientação sexual**

Segundo os participantes, a orientação sexual seria importante para prevenir a gravidez na adolescência. Para os participantes, um programa de orientação sexual deveria abordar o uso de anticoncepcionais, doenças transmissíveis através da relação sexual e orientação quanto ao relacionamento sexual.

O problema maior está aí, onde muitas crianças de treze, catorze anos aparecem grávidas porque não tiveram a orientação no momento certo (P1)

A criança precisa ter uma orientação adequada quanto à relação sexual, uso de anticoncepcionais etc (P5)

Essas informações são muito importantes, pois a escola parece ter a mesma preocupação que a família: a gravidez na adolescência. Esses dados nos mostram que as concepções do meio familiar parecem ser semelhantes a dos professores entrevistados. Assim, os professores, ao responderem às perguntas, estariam assumindo o papel de pais, ou seja, a preocupação não está sendo de ordem educacional, mas social. Essa projeção e troca de papéis, com certeza, não o mérito do tema em pauta, que é uma preocupação bastante relevante: o

adolescente pode estar preparado para ter um bebê, porém estaria preparado para ter um filho?

### A necessidade de profissionais para apoio

Apesar de não indicarem as dificuldades em lidar com o tema sexualidade do aluno com deficiência, os professores sentem necessidade de orientação para tratar do tema em sala de aula. A procura de ajuda com outros professores, psicólogos e coordenadores parece ocorrer. Alguns professores, quando sentem dificuldade em lidar com o assunto, realizam encaminhamento para outros profissionais.

[...] o ideal seria que houvesse um psicólogo, um médico, uma pessoa capacitada para fazer esse trabalho (P1)

[...] como nossos alunos têm acompanhamento psicológico procuro passar o fato, que sem dúvida nenhuma tem mais preparo que eu para tratar do assunto (P1)

[...] sempre procuro encaminhar para profissionais mais capacitados com a finalidade de orientá-los (P1)

[...] trocamos idéias com as psicólogas, pedagogas, coordenadoras, com colegas e buscamos até a família muitas vezes (P2)

Essas informações demonstram que o professor necessita de apoio externo. Além disso, expõe o fato de que a escola ainda não possui uma estrutura técnica que possa dar apoio ao tema sexualidade. Assim, os professores parecem não se sentir preparados para lidar com o assunto sexualidade, pois, segundo P1, *o ideal seria que houvesse um psicólogo ou médico, uma pessoa capacitada*. Esse mesmo participante informa que suas ações sobre o tema sexualidade se direcionam para encaminhamentos a profissionais especializados. Porém, poderíamos questionar que, dentro da sala de aula, a pessoa mais preparada seria o próprio professor. Uma saída para lidar com essa problemática seria a preparação do professor, apontada pelo participante P2: *trocamos idéias com as psicólogas, pedagogas, coordenadoras, com colegas e buscamos até a família muitas vezes*.

## Como lidar com o tema masturbação

Ao responderem a questão sobre masturbação dos alunos, a maioria dos participantes indicou tratar esse assunto de maneira natural, sempre frisando a existência de ambiente adequado para a prática masturbatória.

Procuro tratar isso de maneira natural, porque quando se esconde fica pior a situação (P2)

Procuro não repreender, mas colocar que é uma coisa para se fazer num lugar adequado, no momento adequado (P3)

Tento agir normalmente, conversando com ele e colocando que a masturbação faz parte do desenvolvimento sexual das crianças, mas que existem lugares adequados e que tudo tem a sua hora certa (P4).

Pelas informações obtidas é possível interpretar que os participantes parecem lidar com o tema *masturbação* de forma não preconceituosa, tentando demonstrar que a masturbação é um ato humano natural.

## Concepção sobre sexualidade do deficiente

A concepção da maioria dos participantes indica que o deficiente possui sexualidade que não é diferente das demais pessoas.

A sexualidade do deficiente não é diferente da nossa, então tem que ser vista como normal, pois eles também têm desejos (P2).

A educação sexual é normal a todo ser humano, deve começar na família e dar continuidade na escola (P3).

Eu encaro a sexualidade do deficiente como a de uma pessoa qualquer, portanto eles têm os mesmos direitos (P1).

Para o participante 1 a sexualidade aflora mais cedo do que dos demais jovens. Para o participante 5 o sexo ajudaria a controlar os impulsos, manter a calma o que serviria de remédio para o próprio deficiente. Para o participante 4 ocorreriam limitações para o desenvolvimento sexual como no caso do deficiente físico severo.



Vejo que algumas limitações poderiam ser somente em casos críticos como, por exemplo, o deficiente físico (paraplégico), esses teriam limitações porque não conseguem desenvolver totalmente a parte sexual (P4).

[...] trata-se de um ser humano e a sexualidade dele, justamente por ser considerado um deficiente, aflora mais, ou seja, mais antes do tempo que uma criança normal, de maneira mais forte (P1).

Existe o momento de aflorar e esse momento precisa ser bem trabalhado, porque a criança também não sabe o que está acontecendo com ela, ela percebe as mudanças, mas se assusta por não entender direito (P1).

Acho até que o sexo ajuda a controlar certos impulsos e ajuda a manter o equilíbrio, acalma, inclusive poderá servir até de remédio para ele (P5).

### **Vida sexual-afetiva do deficiente**

Na concepção dos participantes a vida sexual-afetiva pode significar relacionamento sexual, casamento e direito a ter filhos. Para alguns participantes esse direito a vida sexual é indicado a pessoas com deficiência leve, para outros esse direito não se restringe a determinadas categorias ou graus de deficiências.

As deficiências podem se apresentar de diversas maneiras, conforme o caso, se for uma deficiência leve, eles têm direito a uma vida sexual afetiva como qualquer outra pessoa (P5).

Todo deficiente tem direito a uma vida sexual-afetiva, pois o sexo ajuda a equilibrar o comportamento da pessoa, só que essa vida sexual tem que ser na época certa (P4).

O casamento de pessoas com deficiência é visto com reservas. Novamente entra em cena a questão do tipo e grau de deficiência. Para um dos participantes o casamento de pessoas com deficiência traria benefícios tornando a pessoa *mais calma*.

O casamento não é uma relação comum como de outras pessoas, é um relacionamento diferente, por isso seria necessário um contato mais direto com a família (P3).

O casamento seria inatingível somente se a deficiência for um grau muito avançado, pois dependendo do grau de anormalidade, acho que não há problema nenhum, ele até pode ter uma vida conjugal normal (P1).

Vai depender do grau de deficiência, das suas limitações, se estão aptos para construir uma família, o casamento vai contribuir para ter uma vida feliz (P2).

Na maioria das vezes, quando deficientes se casam, se tornam pessoas mais tranquilas, não são internadas tantas vezes e se tornam pessoas até mais equilibradas (P4).

Sobre o tema esterilização as opiniões parecem convergir para a necessidade dessa medida nos casos de deficiência mental grave ou em *casos extremos*, ou quando trazem prejuízo à saúde da própria pessoa. Essas justificativas se completam quando incluem que às vezes a pessoa deficiente não tem como assumir responsabilidades. Outra concepção que pode ser salientada refere-se ao participante P5. Para ele a esterilização parece ser uma forma de barrar ou a sexualidade, ou a manifestação sexual, ou as conseqüências de uma gravidez.

Acho que isso (esterilização) seria viável somente em caso extremo (P1)

Só acho justificável (a esterilização) se for um caso sério, onde poderá trazer grandes conseqüências para o adolescente, como por exemplo, um problema sério de saúde e outros riscos (P2).

Eu acredito que nos casos de deficiências mentais graves, deficiências profundas, acho bem justificável (a esterilização) porque não tem condições de assumir as conseqüências dos atos dele (P4).

Se são casos comprometidos, é viável porque não se tem como barrar isso (P5)

## **Conclusão**

Os resultados obtidos junto aos professores indicam que, nunca sala de aula para jovens com deficiência, o assunto sexualidade deve ser tratado de forma natural. Porém o assunto ainda é delicado, e os profissionais se sentem preocupados e, algumas vezes, inseguros, buscando apoio em outros profissionais como: psicólogos, médicos, pedagogos. Ou seja, o tema sexualidade é ainda polêmico, principalmente, quando justaposto ao tema deficiência.

Para a maioria dos participantes a educação sexual para portadores de deficiência não é diferente das outras pessoas, pois são seres humanos, também possuem desejos e têm os mesmos direitos de vivenciar plenamente sua sexualidade. Porém apresentam contradições ao discutir o tema casamento, esterilização e vida sexual-afetiva.

É importante destacar que, embora a família seja citada nas respostas às perguntas do questionário, não houve indicação de como família e escola, conjuntamente, podem tratar desse tema. Ou seja, não existe um delineamento exposto de uma programação de interligação entre família e escola, nem um claro enfoque de que a escola forneceria continuidade à orientação sexual advinda do lar desse aluno.

Acreditamos que, talvez, o mais importante não seja falar sobre sexualidade com esses adolescentes, mas procurar escutá-los. Verificar suas dúvidas, ouvir suas ansiedades, mesmo quando colocadas de forma distorcida (risadas, piadas, desenhos) e dar provas de estar junto com o adolescente em seu desenvolvimento e em sua procura. Essa escuta atenta não significa cruzar os braços e assistir, passivamente, às tentativas e aos tropeços, mas estar disposto a esclarecer, sempre que for preciso, ou encaminhar a quem possa fazê-lo.

## **Referências Bibliográficas**

ASSUMPTÃO, F. B., SPROVIER, M. H. S. *Sexualidade e deficiência mental*. São Paulo: Moraes, 1987.

- COELHO, E. F. Deficiência sexual: do proibido ao permitido. Porto Alegre: Luzzato, 1987.
- ESTADO DE SÃO PAULO Pra começo de conversa. *Revista Pedagógica*. São Paulo: CENP, 1985.
- GHERPELLI, M. H. B. U. *Diferente, mas não desigual*. São Paulo: Gente, 1995.
- GLAT, R. *Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Agir, 1989.
- LIPP, M. N. *Sexo para deficientes mentais*. São Paulo: Cortez, 1986.
- NUNES, C. A. *Desvendando a sexualidade*. Campinas: Papyrus, 1987.



# EDUCAÇÃO SEXUAL DO DEFICIENTE MENTAL: SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA EDUCATIVO PARA PAIS E PROFESSORES<sup>1</sup>

Argene Maria V. LEMOS<sup>2</sup>

Maria Suzana de Stefano MENIN<sup>3</sup>

Existem vários conceitos de deficiência mental. Segundo Krynski (1983):

Ela não é uma enfermidade única, não é possível de ser prevenida por uma vacina ou por medidas definidas. Ela é um vasto complexo de quadros clínicos os mais diversos, produzidos por etiologias várias, cuja exteriorização clínica é o insuficiente desenvolvimento intelectual global ou específico, freqüentemente acompanhado por uma série de manifestações patológicas, relacionadas às próprias causas da deficiência e outras à insuficiente ou inadequada interação do indivíduo com o meio ambiente. (Krynski, 1983, p. 1)

A Associação Americana de Deficiência Mental define que *o retardamento mental refere-se ao funcionamento intelectual geral abaixo da média, que se origina durante o período de desenvolvimento e está associado a prejuízo no comportamento adaptativo* (Assunção, Sprovieri, 1993, p. 11). Esses autores apresentam uma classificação, em grupos, da deficiência mental segundo a Organização Mundial da Saúde (Assunção, Sprovieri, 1993, p. 16)

---

<sup>1</sup> Trabalho final apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Presidente Prudente, Unesp/CAPES/PROESP, 1997/1998.

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Especialização em Educação Especial

<sup>3</sup> Departamento de Educação – Faculdade de Ciências e Tecnologia - Unesp – Campus de Presidente Prudente e orientadora da pesquisa

### Quadro 1 - Classificação das deficiências mentais segundo a Organização Mundial da Saúde

GRUPO	Q.I.	Proporção na população deficiente mental
profunda	0 -- 20	5%
severa	20 -- 35	20%
moderada	36 -- 50	20%
leve	50 -- 70	75%

Segundo Assunção & Sprovieri (1993, p. 16), podemos ter as seguintes características dos graus de deficiência:

Deficientes mentais profundos, correspondendo a uma pequena minoria, com um déficit intelectual refletido nos seus QIs inferiores a vinte e com um nível de desenvolvimento correspondendo a uma idade abaixo dos dois anos, freqüentemente com déficit motores acentuados.

Deficientes mentais severos e moderados, que abrangem cerca de 0,3% de todas as crianças que alcançam alguma independência durante a infância e adolescência. Seu nível de independência nas atividades cotidianas depende basicamente de treinamento, e de modo geral, podemos pensar se o padrão de desenvolvimento ao nível de pensamento pré-operatório, de acordo com a teoria piagetiana caracterizado, então, pelo egocentrismo, irreversibilidade de funções e pensamento com caráter predominantemente pré-lógico, com o conseqüente desenvolvimento de uma moral heterônima.

Deficientes mentais leves, são o grupo mais amplo, com cerca de 2 a 3% das crianças de idade escolar. Sua adaptação social é muito influenciada por fatores econômicos, históricos e sociais, e também depende dos processos de treinamento e adequação. Seu padrão de pensamento permanece, a princípio, em nível de operações concretas, dentro do modelo piagetiano, o que nos permite imaginar sua conduta como basicamente dependente das análises realizadas sobre experiência e fatos completos, incapaz, portanto, de projetar sua própria experiência no tempo e no espaço.

Anderson, citado por Assunção & Sprovieri (1993), apresenta o quadro abaixo que ilustra os principais fatores causais da deficiência.

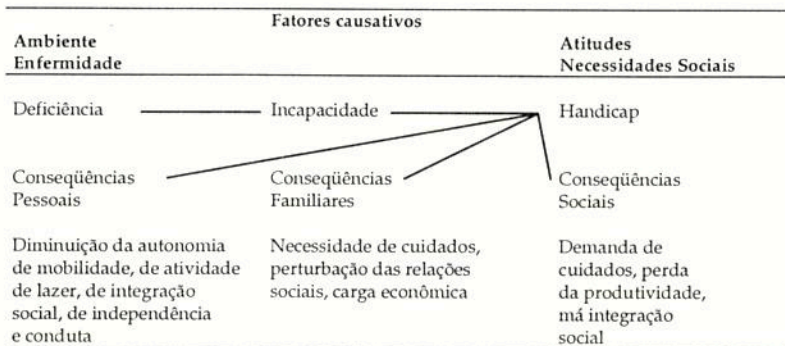


FIGURA 1 – Fatores que causam a deficiência mental

Observando o esquema acima, podemos concluir que deficiência diz respeito a uma anomalia de estrutura ou aparência do corpo humano e do funcionamento de um órgão ou sistema, independente de sua causa.

A incapacidade limita o rendimento funcional do sujeito causando uma perturbação de ordem pessoal.

*Handicaps* são limitações sofridas pelo sujeito por causa da sua incapacidade, causando certas alterações em sua relação e adaptação com o meio, gerando sérias conseqüências de ordem pessoal, familiar e social.

Segundo Omote (1998), embora o que defina deficiência mental seja o prejuízo intelectual, é importante atentarmos para a questão do deficiente mental como um fenômeno social; para compreendermos a deficiência por este ângulo, temos que levar em conta as diferenças individuais. As diferenças entre as pessoas surgem de comparações de uns em relação aos outros indivíduos. Essas comparações têm como base um padrão ou norma determinada pela sociedade. São inúmeras as diferenças individuais que podem ser visíveis e chamarem a atenção, outras são dificilmente visíveis e não são notadas. Porém, diferenças visíveis e cuja incapacidade causa impacto social podem ser consideradas ameaçadoras para o grupo social. Apesar da incapacidade limitar o funcionamento de seu portador nem sempre o leva ao descrédito social. Citamos como exemplo: a cardiopatia, diabetes e hemofilia que não levam o seu portador ao estigma.



Assim, a deficiência de um indivíduo não depende da sua incapacidade e sim das conseqüências que estas podem causar diante da sociedade. O deficiente mental se enquadra à categoria de desviante e estigmatizado, pois sua incapacidade ocasiona diferenças desvantajosas e ofensivas à coletividade. O que não podemos esquecer é que o deficiente mental, apesar de suas diferenças representarem um grande desajuste social, é acima de tudo um ser humano com sentimentos, sexualidade, com desejos e sensações, e isto é preciso ser respeitado. Compreendendo melhor a deficiência mental e as conseqüências que esta anomalia pode causar para o grupo social, melhor entenderemos a questão da sexualidade do deficiente mental. E assim, poderemos ajudá-lo a usufruir adequadamente de sua sexualidade e minimizar os danos causados pela falta de orientação.

Vários aspectos influenciam o desenvolvimento da sexualidade humana: dos fatores citados por Suplicy (1988), o aspecto cultural e o da época histórica em que vivemos merecem destaque. Os comportamentos que consideramos espontâneos são produzidos pela nossa cultura. Jeitos que para nós são naturais de ser, de sentir, são estranhos para outras culturas, por exemplo: homens soviéticos e árabes ao se saudarem se beijam na face. A maneira de vestir, alimentar-se é típico de cada cultura, a forma de expressar e viver a sexualidade também sofre influência da cultura a qual se pertence. Sexualmente, os países escandinavos e os Estados Unidos são mais liberais, enquanto que os países árabes e os da América Latina são mais proibitivos. No Brasil estamos vivendo uma transformação rápida de costumes e de valores sexuais, a antiga família patriarcal em que o pai mandava e a mulher e os filhos eram submissos está desaparecendo, dando lugar para uma relação familiar mais democrática, e estas mudanças afetam a sexualidade. Durante muito tempo, o assunto sexo era proibido, pecaminoso e feio. As moças tinham que se casar virgens e os homens tinham que ter experiências sexuais antes do casamento. Atualmente, estes comportamentos estão sendo questionadíssimos. Enquanto surgem novas formas de encarar o sexo, existem pessoas com posições diferentes em relação ao comportamento sexual, até mesmo na própria família. Podemos, por exemplo, encontrar no mesmo grupo de amigos, pais que não acham normal a filha ter relação sexual com o namorado, enquanto que outros, reagem totalmente ao contrário. Cada uma dessas pessoas se baseia em valores em que foram criadas.

Outro aspecto que devemos levar em conta é que vivemos em uma sociedade de consumo cuja massificação cultural também interfere determinando modelos. Em nosso cotidiano somos interpelados por várias mensagens sexuais que nos chegam através dos meios de comunicação. Eles divulgam mensagens distorcidas da realidade gerando sérios problemas, deixando as crianças confusas diante da gama de mensagens contraditórias e que têm como objetivo a *merchandising*. Para o deficiente mental essa situação é mais complicada, pois ele não tem facilidade em decodificar tais mensagens. E dependendo do grau de deficiência, o indivíduo terá maior dificuldade em lidar tanto com esta avalanche de informações como também, com suas mudanças corporais, descobertas e expectativas sexuais. Por isso é que principalmente as pessoas que lidam com o portador de deficiência mental devem estar cientes do processo que envolve a questão da deficiência mental e sua sexualidade evitando que seja um assunto ignorado e mal interpretado, como por exemplo: um deficiente mental profundo que nunca foi orientado sobre onde se masturbar adequadamente é surpreendido se masturbando publicamente. Seu comportamento poderá ser interpretado erroneamente como distúrbio de conduta.

Nos dias de hoje, a sexualidade humana ganha um novo conceito. Hoffman & Chagas (1996) comentam que a sexualidade até o final do século passado estava estritamente ligada aos aspectos da genitalidade e sua expressão deveria acontecer dentro do matrimônio, regulada por preceitos morais e religiosos. Atualmente, o conceito de sexualidade tornou-se mais amplo, mais global como afirma Carreira (citado por Hoffman & Chagas, 1996): *Genitalidade, identidade de gênero; identidade de papel social; papel familiar; amor; intimidade; erotismo; níveis de relacionamento.*

Supplicity (1988), comenta que entre uma mulher e um homem ocorre muito mais do que um instinto animal. A relação sexual e a criação dos filhos envolvem amor, intimidade e cuidado mútuo. Para a autora a relação sexual envolve vários sentimentos além do contato genital. A emoção é o aspecto mais importante na experiência sexual humana e a torna única.

Dessa forma, a sexualidade deixa de ser compreendida como um assunto puramente biológico e passa ser encarada de forma global.

As diferenças entre o homem e a mulher são básicas nas culturas existentes embora esses papéis sejam mutáveis de acordo com a época, cultura e situação. Antigamente, não se imaginava que as mulheres teriam um trabalho igual ao dos homens ou que os homens dividiriam com as mulheres as tarefas domésticas.

O papel sexual é tudo aquilo que o indivíduo mostra para si e para os outros; e o grau em que se é homem ou mulher em um dado contexto. E a tipificação sexual é o processo pelo qual os meninos e as meninas adquirem modos de conduta que a sociedade considera típico daquele sexo.

Para Coll, Palacios, Marchesi (1995, p. 186),

O termo criança esconde em seu interior uma realidade sexualmente diferenciada (meninos e meninas), de forma que uma das coisas que são adquiridas com o desenvolvimento é a consciência de que a própria identidade tem uma marca diferenciada em função do grupo ao qual se pertence (masculino, feminino). E como ocorre em relação ao ego em geral, essa consciência tem um matiz duplo, conceptual ('sou um menino', 'sou uma menina') e de avaliação ligada neste caso a determinados estereótipos ('os meninos são valentes e não choram', 'as meninas têm que ser obedientes e carinhosas').

Suplicy (1988), cita uma pesquisa na qual filmaram um bebê de nove meses brincando e ouvindo uma campainha. Este filme foi apresentado para os dois sexos, solicitando que descrevessem o comportamento do bebê. Para a metade das pessoas foi dito que o bebê era um menino e para a outra metade, que era uma menina. As pessoas observaram emoções diferentes a partir do sexo que acreditavam ser o do bebê. Quando a criança chorou as pessoas que acreditavam ser menino acharam que ele estava bravo. As pessoas que achavam ser menina disseram que ela estava com medo. Tanto os homens como as mulheres acharam que o menino era mais ativo do que a menina.

Os estereótipos e papéis sexuais, a forma de ser homem e mulher estão passando por transformações. Os comportamentos estão mudando em relação aos papéis, mas leva algum tempo para serem assimilados pela sociedade.

Os trabalhos existentes sobre a sexualidade dos deficientes mentais são poucos. No entanto, notamos grande empenho por parte de alguns autores, que além de pioneiros no assunto, preocupam-se com a melhora da qualidade de vida dos deficientes.

Em seu trabalho com excepcionais e suas famílias, Lipp (1983) observou que a área de maior conflito era a da sexualidade, pois é um assunto considerado de muito tabu e preconceito. Percebeu, também, que as pessoas que lidam com deficientes mentais não têm orientação sobre o assunto, não têm livros onde pesquisar, principalmente quando a deficiência for de grau severo e profundo. Sentindo a necessidade de proporcionar recursos nessa área, Lipp (1983) publicou um livro no qual responde de forma prática as dificuldades levantadas por pessoas que lidam com excepcionais em relação à sexualidade deles.

Assunção & Sprovieri (1993) citam em sua obra várias definições e conceitos abordando muitos aspectos que envolvem a deficiência mental e a sexualidade. Apesar de sua obra fornecer um embasamento estrutural bastante amplo e muito teórico. São apresentados alguns programas sexuais educativos, mas os autores deixam algumas lacunas na praticidade e objetividade.

De forma diferente, propomos realizar um estudo sobre a sexualidade do deficiente mental levantando dúvidas de pais e professores e esclarecendo-as, colhendo subsídios para um programa informativo, prático sobre a sexualidade do deficiente mental. Esse deverá ser atraente, encorajador, para que as pessoas que os manuseiem sintam-se incentivadas ao utilizá-lo.

### **Justificativa**

Atualmente, fala-se muito em normalização e integração do portador de deficiência. É importante ressaltar que se quisermos normalizar e integrar o deficiente à sociedade em que ele vive é preciso que não deixemos de lado sua sexualidade, pois é de interesse pedagógico e ético. É necessário desmistificar certos conceitos impostos pela sociedade.

O portador de deficiência bem orientado sexualmente será poupado das sanções moralistas que a sociedade impõe.

A família exerce papel fundamental na educação sexual dos filhos e cada família tem os seus próprios valores éticos, morais e sociais, que influenciam na evolução do desenvolvimento do indivíduo. Mas, quando esse sujeito é portador de deficiência mental, isto se torna complicado para os pais. Em geral existe uma tendência de os pais adiarem a educação sexual do filho deficiente, pois acham que falando muito sobre o assunto com o filho estarão estimulando a sexualidade, sem se darem conta que a falta de informação pode causar transtornos sérios ou, às vezes, esperam que a escola os ensine sobre sexualidade. A quem compete realmente tal papel?

A escola, por sua vez, não desenvolve um programa sistematizado na área de educação sexual porque é desinformada pedagogicamente. A maioria dos profissionais envolvidos não teve formação adequada para lidar com tal área, deixando uma lacuna significativa na educação especial.

Assim sendo, este trabalho procura fornecer subsídios para a educação sexual do deficiente, considerando a carência com que pais e profissionais se deparam quando buscam, através da literatura atual, orientação sobre este assunto.

## **Objetivos**

- 1) Realizar um levantamento de possíveis dúvidas ou dificuldades encontradas pelos pais e professores de portadores de deficiência mental quanto à sexualidade de seus filhos e alunos;
- 2) Fornecer oportunidade para esclarecimento dessas dúvidas levantadas junto aos pais e professores desses alunos, na tentativa de estruturar ações técnico-pedagógicas no sentido de informá-los sobre a intervenção educativa na área da sexualidade;
- 3) Apresentar subsídios para a elaboração de um programa educativo sobre a sexualidade do deficiente para seus pais e professores.

## **Metodologia**

Tivemos como local deste trabalho a APAE de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, localizada acerca de 532 km da cidade de São Paulo. Possui uma área de 255 km<sup>2</sup> e 16.539 habitantes.

Solicitamos a participação de pais, mães ou familiares de alunos que freqüentavam essa APAE, mas somente as mães se dispuseram a colaborar.

Tivemos, então, como participantes doze mães cujos filhos possuem idade entre dez a vinte e dois anos, mais especificamente:

- Seis mães de deficientes mentais do grau moderado;
- Cinco mães de deficientes mentais de grau severo;
- Uma mãe de dois deficientes mentais de grau leve.

Colaboraram voluntariamente na pesquisa seis professoras dessa mesma APAE:

- Uma professora de classe especial de deficientes mentais de grau leve;
- Três professoras de classe especial de deficientes mentais de grau moderado;
- Uma professora de classe especial de deficientes mentais de grau severo;
- Uma professora de classe especial de deficientes mentais de grau profundo.

A idade de seus alunos variou entre quatro a trinta e dois anos.

## **Desenvolvimento**

Para realização deste trabalho foram estabelecidas três etapas:

**1ª etapa** - Foram realizadas duas reuniões, uma delas em grupo com participação das doze mães mencionadas e outra em separado, com as seis citadas professoras. As reuniões foram realizadas na APAE e tiveram início com uma dinâmica para descontrair o grupo. Logo após, as mães foram ouvidas sobre suas dúvidas e dificuldades sobre sexualidade de seus filhos. Esse mesmo procedimento foi utilizado na reunião com as professoras.

**2ª etapa** - Foram programadas e ministradas duas aulas em separado para esclarecimento e orientação das mães e professoras, acerca das dúvidas por elas levantadas. As aulas tiveram a duração de três horas. O material utilizado foi papel, caneta, lápis e figuras.

**3ª etapa** - Avaliação do curso logo após a aula. Foi apresentado um questionário com perguntas para avaliação de como transcorreram as aulas e para análise do conteúdo da orientação fornecida.

## Resultados

### 1) As dúvidas das mães e professoras

As dúvidas mais freqüentes que as mães e professoras colocaram na primeira etapa da pesquisa foram sobre os seguintes itens:

- a) Masturbação;
- b) Menstruação;
- c) Gravidez;
- d) Namoro e casamento;
- e) Virgindade;
- f) Homossexualismo.

Foi no item *masturbação* que houve um maior número de dúvidas. As mais colocadas foram sobre a sua ocorrência em local inadequado, o que causaria grande constrangimento aos pais e professoras. Com relação à *menstruação*, mães e professoras questionaram como deveriam explicá-la para as meninas. No que diz respeito à *gravidez*, uma das mães questionou: *Minha filha quer saber como fica grávida. Eu explico, mas ela não entende. O que devo fazer para ela entender?* (mãe de uma adolescente de dezesseis anos, D.M. de grau moderado). Na questão que se refere ao *namoro e casamento*, as dúvidas mais freqüentes foram: se deveriam deixar ou não seus filhos namorarem e como orientá-los sobre isso. Outra pergunta muito questionada foi: *“Será que nossos filhos deficientes poderão se casar?”* Uma professora perguntou: *“Meus alunos falam muito que querem se casar,*

*devo incentivá-los ou não?” No que se refere à virgindade, uma professora questionou: “Meu aluno me perguntou se sou virgem. Respondi que não. Ele quis saber por que. Tentei lhe explicar, mas ele argumentou: minha mãe disse que ela é virgem”. Quanto ao homossexualismo, foi solicitado pelas professoras explicações, pois os alunos queriam saber o que é ser *veado*. E por que homem não pode se esfregar em outro homem.*

## 2) Plano de aula

O plano de aula abordou os mesmos temas que foram ministrados no curso. A autora da presente trabalho foi construindo seu posicionamento teórico sobre esse tema a partir de suas vivências em Instituição para deficientes durante doze anos e a partir de leitura de bibliografia específica onde autores como Assunção & Sprovieri (1993), Lipp (1983), Hoffman & Chagas (1996), Chagas (1996), Suplicy (1988), Reche (1995), fundamentam suas posições teóricas. Há certos pontos do programa como casamento, homossexualidade cujas respostas nas obras teóricas não são suficientes para a tomada de decisão e que devem ser discutidas e assumidas junto aos pais e familiares do deficiente, levando-se em consideração as normas familiares, modos de vida e bem estar no convívio.

O plano de aula abordou os seguintes temas:

### *A- o corpo:*

- explicar a importância de conhecer e compreender o próprio corpo;
- abordar sobre sensações e sentimentos.

### *B- masturbação:*

- esclarecer sobre a sexualidade como reação normal em todos os organismos;
- apresentar a masturbação como forma de expressão de sexualidade;
- abordar os mitos e preconceitos com relação ao deficiente mental e sua sexualidade, com a finalidade de garantir a ele proteção física e de convivência social.



**C- menstruação:**

- explicar as transformações físicas dos meninos e meninas;
- ensinar a identificarem o período da menstruação;
- esclarecer sobre implicações sociais em suas vidas sexuais;
- orientar sobre troca de absorventes e cuidados com higiene.

**D- gravidez:**

- explicar como acontece;
- enfatizar sobre a responsabilidade do deficiente nesse processo;
- discutir sobre métodos anticoncepcionais;
- relatar sobre doenças sexualmente transmissíveis.

**E- namoro e casamento:**

- abordar diferentes formas de relacionamentos e vínculos;
- explicar os diferentes tipos de sentimentos e sensações;
- questionar sobre a responsabilidade, direitos e deveres do casamento. Compromisso a ser pensado junto aos pais: até que ponto o deficiente pode assumir esse compromisso.

Para a aula das professoras foram acrescentados os seguintes tópicos:

**F- virgindade:**

- explicar o que é ser virgem.

**G- homossexualismo:**

- abordar sobre a atração sexual por um parceiro ou parceira de sexo igual;

- explicar o que define uma pessoa como homossexual é a escolha de um parceiro do mesmo sexo para curtir o prazer, e não o tipo de carinhos que provocam prazer no corpo segundo Sayão (1995, p. 117);
- esclarecer sobre amizade exclusiva e suas intimidades em jogos sexuais entre pessoas do mesmo sexo e não necessariamente como indicadores de homossexualismo.

Para ministrar essas aulas foram utilizadas figuras do corpo humano, discussão e esclarecimento de dúvidas.

### **3) Avaliação das aulas**

Para realizar a avaliação das aulas foi utilizado um questionário sobre as dúvidas que ainda poderiam restar. Foram elas:

- a) Quando você entrou aqui tinha muitas dúvidas. Todas elas foram respondidas?
- b) O que não ficou respondido para você?
- c) Apesar de terem sido dadas respostas, tem algum assunto que você ainda teria dificuldade de falar com seu filho? Por que?
- d) Você tem algum comentário a fazer quanto ao assunto?

Com relação às mães, a avaliação indicou que para todas elas as suas dúvidas iniciais foram respondidas. Apenas uma mãe, na segunda pergunta, questionou se deveria ou não levar sua filha ao médico para tomar pílula.

Com relação à terceira questão, a maioria das mães respondeu que não teria dificuldades em falar com seus filhos, pois tudo foi explicado detalhadamente. Houve como exceção uma mãe que nunca falou sobre sexo com o filho e teria dificuldade em falar com ele sobre como usar preservativo; e uma professora achou que apesar das explicações encontraria dificuldades em falar a respeito da sensibilidade e sensualidade com seus alunos.

Em síntese, comentários feitos pelas mães e professoras na quarta questão foram:

- a aula ministrada foi muito importante pois esclareceu muitas dúvidas a respeito da sexualidade de seus filhos e alunos;
- a forma de explicação com figuras do corpo humano facilitou o entendimento;
- deveria haver mais aulas sobre esse assunto, pois terão outras dúvidas e necessitarão de orientação constante.

### **Considerações finais**

Pudemos observar em nosso trabalho a importância do esclarecimento de dúvidas levantadas por mães e professoras de deficientes mentais sobre a sexualidade de seus filhos e alunos. Elas sentiam-se ansiosas, com medo e inseguras para falarem sobre o assunto. Notamos no contexto que mães e professoras possuíam conceitos distorcidos da realidade.

Algumas mães colocaram que não tiveram educação sexual e que sofreram muito por serem tão desinformadas e não queriam que os filhos passassem por isso, mas não sabiam como orientá-los.

A carência sobre o assunto é tão grande que mães e professoras solicitaram assessoria permanente. As mães cujos filhos freqüentam essa instituição e que não participaram da pesquisa nos abordaram solicitando orientação e querendo participar de aulas sobre o assunto, pois ouviram comentários favoráveis das mães que participaram.

Observamos que o período de tempo estipulado para as aulas foi pouco, pois havia vários temas a serem debatidos e outros muito complexos. Por exemplo, o homossexualismo é um tema amplo e polêmico que deveria ter sido abordado em uma aula só para esse tópico.

A forma que foram expostos os temas, com auxílio de figuras, foi muito satisfatória, pois ilustrou o assunto e facilitou a compreensão das explicações.

Evidenciamos a satisfação das professoras ao observarem o envolvimento e interesse das mães em relação à sexualidade de seus filhos.

A permissão e o apoio dos pais para se falar de sexo com os alunos deficientes são muito importantes. Pois se família e escola compartilham da mesma idéia evitarão omissões ou explicações falsas que geram interpretações dúbias e que poderiam confundir, em vez de esclarecer as dúvidas dos deficientes.

Assim, concluímos indicando como subsídios para um próximo trabalho sobre educação sexual de deficientes os seguintes:

- Apontar os temas que necessariamente devem fazer parte de um programa de educação sexual: masturbação; menstruação; gravidez; namoro e casamento; virgindade e homossexualismo.
- Esclarecer que esses devem ser trabalhados em duas direções: esclarecimento das informações, por exemplo, como ocorre o ciclo menstrual ou a fecundação, e discussão de valores, como, por exemplo, a questão da homossexualidade ou casamento do deficiente mental. Nestas questões, cabe ao educador mostrar a relatividade cultural dos valores ligados a isso, mas cabe à família a decisão.
- As aulas de educação sexual devem envolver sempre pais e professores, principalmente o pai de filho do sexo masculino. O afastamento de o pai a nosso ver pode ter como uma das causas um fator educacional. Este nos aponta a falta de assistência e acolhimento adequado a um grupo familiar que se desorganiza a partir de uma situação traumatizante.
- Essas aulas devem ser mais espaçadas, numerosas e divididas por temas.
- As aulas devem ser acompanhadas por apostilas com as informações mais essenciais sobre os tópicos abordados e o uso de audiovisual deve ser incluído.
- Esse material audiovisual deve servir tanto para pais e professores como para ser por eles utilizados junto ao deficiente.
- A educação sexual deve ocorrer na forma de uma assessoria permanente na Instituição.
- O planejamento de aulas e do material a ser utilizado deve considerar o nível cultural e de escolaridade dos pais e professores a partir das dúvidas mais freqüentes dessa população.

- Além disso, consideramos que seria importante reavaliar, de tempos em tempos, os efeitos das aulas de educação sexual para que novos tópicos possam ser incluídos ou mais bem discutidos.
- Como sugestão para um próximo trabalho gostaríamos de apontar a importância de haver mais contatos entre o educador sexual e o próprio deficiente. É essencial que o educador também conheça como o deficiente assimilou informações que lhe foram passadas e quais são suas próprias dúvidas.

### Referências Bibliográficas

- ASSUNPÇÃO, F. B., SPROVIERI, M. H. *Deficiência mental, família e sexualidade*. São Paulo: Ed. Menon, 1993.
- AUGUSTO, M. G. F., COSTA, M., PALADINO, S. *As crianças querem saber, e agora?* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.
- CHAGAS, E. R. C. Importância da orientação sobre sexo ao deficiente mental. *Revista do Professor* (Porto Alegre) 12 mar. 1996.
- COLL, C., PALACIOS, J., MARCHESI, A. *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v1.
- HOFFMAN, S. B., CHAGAS, E. R. Corpo, sexualidade e deficiência. *Revista Movimento*, 1996.
- KRYNSK, S. (Org.). *Novos rumos da deficiência mental*. São Paulo: Savier, 1983.
- LIPP, M. N. *Sexo para deficientes mentais: sexo e o excepcional dependente e não dependente*. 2. ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1983.
- OMOTE, S. *Deficiência: da diferença ao desvio*. Marília: UNESP, 1998. (mimiogr.).
- RECHE, C. C. Adolescentes com deficiência mental: teorias sexuais. *Revista Brasileira de Educação Especial*. v. 2, n. 3, p. 39-52, 1995.
- SAYÃO, R. *Sexo, prazer em conhecê-lo*. Porto Alegre: Artes Oficiais, 1995.
- SUPLICY, M. *Sexo para adolescentes*. São Paulo: FTD, 1988.

# A ARTE COMO MEIO DE EXPRESSÃO DE SENTIMENTOS VIVIDOS POR PROFISSIONAIS DA ÁREA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL<sup>1</sup>

Cenise Maria Veiga MARTINS<sup>2</sup>

Eduardo José MANZINI<sup>3</sup>

Os cuidados despendidos no processo de desenvolvimento da pessoa com deficiência são variados. Esses cuidados exigem da família e do profissional especializado uma grande dedicação.

Nesse contexto, vale observar que a pessoa deficiente tem dois pontos de apoio: a família e o profissional especializado. No entanto, a família, na maioria das vezes, passa, inicialmente, por um processo de desestruturação. Este fato a torna também cliente, que acaba por compartilhar suas dificuldades e sentimentos, transferindo responsabilidades para o profissional.

Esse profissional, na tentativa de assumir sua responsabilidade, que por formação e experiência lhe compete, passa a ser o alvo de descargas emocionais. Essas descargas emocionais podem ser extravasadas ou incorporadas. No caso dessa segunda hipótese, podem estar presentes os sentimentos de onipotência que acabam por velar sentimentos que se referem a esse processo.

Estudos, congressos, encontros científicos e no dia a dia de atendimento, o que se encontra relativo ao profissional da área de educação especial, são orientações teóricas para a prática de atendimento, desenvolvimento científico cada vez mais apurado, cobranças de melhor atuação, enfim, exigências

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Educação Especial - Unesp - Campus de Presidente Prudente, Unesp/Capes/PROESP, 1997/1998. Agradecemos as sugestões da professora Lígia Maria Presumido Braccialli durante revisão final.

<sup>2</sup> Professora de Arte-terapia e aluna do Curso de Especialização em Educação Especial.

<sup>3</sup> Departamento de Educação Especial - Faculdade de Filosofia e Ciências - Unesp - Campus de Marília e orientador do presente trabalho.

e expectativas enfocando o atendimento ao deficiente. Pouco enfoque é dado ao profissional enquanto pessoa: aquele que pensa, age e sente.

Nenhuma teoria consegue explicar o ser humano em sua totalidade. As teorias existem e são imensamente úteis e necessárias para compreendermos a vida. Mas não substituem ou esgotam a singularidade de cada um de nós. Nem nos ensinam como nos relacionarmos. Apenas apontam caminhos que precisarão ser percorridos ao mergulharmos no desconhecido de nossas experiências (Cardella, 1997/1998).

Em meio a tantas exigências e bombardeamento por um fluxo contínuo e ininterrupto de informações, o profissional, muitas vezes, não reconhece seus verdadeiros sentimentos em relação à deficiência, nem tampouco tem espaço para isso. Podem perceber atitudes que dificultam e prejudicam o desenvolvimento do trabalho sem dar conta do que é que está provocando esse desarranjo.

Interpretando de outra forma, o profissional, ao relacionar-se com a deficiência, pode ultrapassar seus limites de tolerância a sentimentos negativos, uma vez que está empenhada a se doar por inteiro, a atender com eficiência, a solucionar os problemas. Porém, os limites de assimilação da descarga emocional podem acabar por diminuir o desempenho profissional que, por consequência, pode levar ao desânimo ou a frustração.

Desta forma, é importante estar atento às emoções para determinar alternativas de trabalho para se proteger de sentimentos perturbadores. Além disso, as emoções fornecem dados importantes sobre o entendimento das próprias ações. Ignorar ou negar as emoções significa privar-se da capacidade de agir por meio delas (Weinsinger, 1997).

Essa busca de entrar em contato com os sentimentos, de reconhecê-los e aprender a lidar com eles foi definida por estudiosos da área de inteligência emocional (Goleman, 1997, Weinsinger, 1997). Para essa linha teórica, quatro componentes dariam origem a inteligência emocional: 1) capacidade de perceber, avaliar e expressar corretamente uma emoção; 2) capacidade de gerar ou ter acesso a sentimentos quando eles puderem facilitar a compreensão de si e de outros; 3)

a capacidade de compreender as emoções e o conhecimento derivado delas; 4) a capacidade de controlar as próprias emoções para promover o crescimento emocional e intelectual.

Mediante essas considerações, enfocaremos, nesse trabalho, o profissional da área de educação especial como ator principal e, as emoções desse profissional, como sendo a mola do movimento de uma peça de arte. Por meio dessas emoções tentamos abrir as cortinas para mostrar o cenário que possibilitará ao personagem estreitar sua verdadeira performance.

### **Possibilidades de experienciar sentimentos por meio da arte**

A arte, embora pareça simples, pode se constituir em um ato profundo, no qual se pinta, desenha, esculpi, modela, representando, plasticamente, as emoções que vivem na mente inconsciente (Pain, Jarreau, 1996, Bello, 1997).

É uma forma de manifestação lúdica, de fácil acesso, que ajuda a liberar autenticidade, espontaneidade, oferecendo meios para expor, comunicar, aprender e reconhecer verdadeiros sentimentos. Através do que é construído numa obra de arte é possível visualizar, com clareza, aquilo que está velado e escondido dentro do ser humano.

A arte, nesse contexto, não mostra segredos no uso de materiais; respeita particularidades no uso das cores e das formas para representar imagens. Não tem valor estético; não aponta certo ou errado, se apresenta em variadas técnicas, transforma o velho em novo e constrói o nada em tudo. Assim é possível liberar e expor sentimentos com maior naturalidade.

Por meio da arte é possível falar, escutar, ver, tocar e, principalmente, compreender.

Concebendo a arte dessa forma, desenvolvemos o presente trabalho. Nele tentamos buscar a expressão emocional de profissionais que trabalham com educação especial.



Dessa forma, a arte, aqui, é apresentada como um caminho para ajudar o profissional da área de educação especial expor seus sentimentos relativos ao aluno deficiente, ao atendimento a esse aluno e às vivências emocionais do dia a dia em uma instituição especializada para pessoas com deficiência.

### **Desenvolvimento do estudo**

O estudo em questão foi desenvolvido em três encontros com um grupo de profissionais que trabalhava em uma APAE, no interior do Estado de São Paulo. Esse grupo foi composto por 11 profissionais: uma fonoaudióloga; uma psicóloga; uma fisioterapeuta; uma coordenadora pedagógica; duas atendentes de enfermagem e cinco professoras (educação artística, educação física, educação musical e duas professoras de ensino básico). Cada encontro, ocorrido na própria APAE, teve duração de duas horas. Cabe salientar que, no íterim do segundo para o terceiro encontro, houve mudança na direção. O trabalho prosseguiu normalmente, sendo que passou a compor o grupo, a própria diretora.

Para a realização das atividades de expressão artística foram utilizados materiais diversificados: papel; tinta; giz de cera; argila; entre outros, a serem descritos em cada um dos encontros.

As atividades que nortearam a dinâmica dos encontros foram planejadas, antecipadamente, por meio de um roteiro:

- 1 *Apresentação do trabalho do dia*: colocação dos objetivos e possíveis reflexões, superficialmente citadas para não induzir, demasiadamente, a reflexão em grupo;
- 2 *Aquecimento*: preparação para as atividades; momento no qual levantavam-se algumas questões sobre o objetivo geral;
- 3 *Dinâmica*: trabalhou com a linha principal do encontro, ou seja, o objetivo específico;
- 4 *Fechamento*: momento para compartilhar o que foi vivido durante o encontro, explicitando as mensagens, seguido de reflexão e trocas, colaborando com idéias e apontando novas possibilidades;

## 5 Resultados e conclusão: registro daquilo que foi percebido.

### Atividades desenvolvidas no primeiro encontro

Nesse primeiro encontro foi necessário proceder uma *apresentação* sobre a natureza do trabalho, seus objetivos, e incentivar os profissionais no sentido de participação.

Foi colocado que eles, os profissionais da instituição especializada, seriam a base de sustentação do trabalho a ser desenvolvido. Assim, a base nunca deveria ser esquecida, pelo contrário, deveria ser reforçada, deveria ser incentivada a desenvolver-se, deveria ser cuidada. Com esses cuidados, a base poderia adquirir solidez, consistência, segurança, para que, a partir dela, muito pudesse ser construído.

Foi colocada a hipótese de trabalho: ter um espaço para expressar sentimentos, evocar verdadeiras emoções através da arte encorajando o profissional a expressar quaisquer sentimentos ou reações que tivessem relação com o cotidiano.

A expressão honesta de todas as emoções, progressivamente, serviria como apoio e estímulo para um contato autêntico com os outros profissionais e, principalmente, com a clientela atendida: crianças com deficiência.

Ao expor o projeto, deixou-se espaço aberto para possíveis questionamentos e colocações. As propostas foram bem recebidas e enaltecidas. Diante desse fato, foi colocada a necessidade de participação de cada profissional presente e foi sugerido um compromisso do grupo, materializado na forma de um *contrato*.

O contrato em grupo é uma das maneiras para se criar um ambiente onde as pessoas se sintam seguras, conversando sobre seus sentimentos e expressando impulsos reprimidos (Bello, 1996). Nesse contrato ficou estabelecido: 1) que a participação de cada um seria importante, mas não obrigatório; 2) para que uma experiência fosse significativa seria preciso viver os momentos plenamente, expressando tudo aquilo que estivesse sentindo; 3) manter sigilo

dos nomes das pessoas por se tratar de sentimentos pessoais e profundos; 4) não haveria interpretação do trabalho, ou esta interpretação se daria pelo próprio participante no âmbito do grupo; 5) o trabalho não teria valor estético, não haveria julgamento de valor.

Após esse contrato iniciou-se a primeira dinâmica. O tema proposto foi *reconhecendo sentimentos*, com o objetivo de evocar emoções gerais, defini-las, e listá-las em amplo leque de sentimentos subjacentes.

Para tanto, foi utilizado um aparelho de som para CD e apresentadas músicas de *jazz* e *new age*. Também foram utilizados diversos materiais, tais como: folha sulfite; anilina (dissolvida em álcool), copos descartáveis, jornal para apoiar as folhas de papel sulfite a serem utilizadas sobre o chão.

O *aquecimento* foi feito através dos ritmos musicais e as participantes comparavam o ritmo da música com o próprio ritmo orgânico. As músicas apresentadas seguiram a seqüência: lenta; rápida e lenta. Ao som da música, as participantes caminhavam pela sala buscando harmonia com o ritmo. A música era interrompida e o corpo deveria também se imobilizar e, nesse momento de silêncio, eram feitas reflexões comparativas às sensações entre o corpo em movimento e o corpo imóvel.

Outra tarefa era comparar os estados do corpo com o ritmo do cotidiano. Algumas questões foram levantadas: como era estar no movimento do mundo? Com qual ritmo das músicas apresentadas se identificavam? Em cada ritmo, qual a sensação ou sentimento evocado?

Após o aquecimento, as participantes escolheram um lugar na sala e, de olhos fechados, imaginaram um relógio de 24 horas contendo as sensações e sentimentos vividos por elas.

A partir dessa experiência, munidos de giz de cera e papel sulfite concretizaram e deram forma as imagens experienciada e, junto a ela, listaram os sentimentos e sensações em cada momento do dia que visualizaram no relógio.

Formou-se um círculo, e cada participante falou de sua vivência, do início até o momento presente.

Após esse aquecimento passou-se para a *dinâmica* do primeiro encontro.

Antes de iniciar a atividade, foram informadas sobre o material a ser utilizado, ou seja, a composição e uso da anilina.

Foi-lhes informado que a anilina existe em estado sólido (pó) ou em líquido, sendo este último estado utilizado para tingimento. Aquela dissolvida em água é, geralmente, comestível, usada em bolos e doce. Já a dissolvida em álcool é usada para tingimentos, sendo necessário cuidado para o manuseio, pois se corre o risco de manchar tecidos, e outros materiais. Uma outra característica é que a anilina em pó apresenta uma cor que, quando dissolvida em álcool, pode modificar-se. Portanto, seria importante, ao escolher a anilina, ler as instruções escritas no frasco, possibilitando, assim, a escolha da cor desejada.

Também as participantes foram informadas de que a anilina possui como característica uma secagem rápida que, ao ser diluída, desliza com facilidade na folha sulfite, além de ser um recurso com riqueza de conteúdo. Seu fácil manuseio, efeitos coloridos e aparecimento de imagens inesperadas facilitam a livre expressão e autenticidade da obra.

Após essas informações, foram orientadas quanto à realização dos exercícios: realizar quatro trabalhos com a anilina. Os três primeiros poderiam usar duas cores, ou seja, para cada trabalho usar duas cores diferentes, totalizando seis cores. No quarto trabalho utilizar as cores desejadas.

Utilizando um copo descartável deveriam misturar o álcool com a cor da tinta escolhida, verificando a tonalidade desejada.

Depois de preparar a tonalidade desejada, deveriam jogar a tinta no papel sulfite, fazendo movimentos com a folha, deixando-a escorrer na sua superfície.

Ficaria a critério de cada uma não só a escolha das cores, mas também a forma de escorrer no papel.

Por ser um material que pode provocar manchas, o trabalho foi realizado fora da sala de reuniões, usando-se de jornais para forrar o chão.

Em todos os momentos da atividade foi pontuada, verbalmente, a importância do silêncio. Durante o exercício, foram estimuladas a perceberem a transformação da anilina de seu estado natural para o líquido, as transformações da cor, o derramar da tinta sobre o papel, o encontro de uma tinta com outra. Ao constatar essas mudanças, deveriam estar observando os sentimentos que as transformações da anilina provocavam, ou seja, as sensações e sentimentos tanto agradáveis como desagradáveis. Assim, a dinâmica dava oportunidade para as participantes experimentarem uma nova aprendizagem, uma nova experiência.

Já na sala, depois de realizado a tarefa, observaram o próprio trabalho, depois o trabalho das demais participantes. Foram estimuladas a acessarem os sentimentos subjacentes, arrolando, por escrito, as emoções evocadas.

Posteriormente, construíram um livro. Dobrando ao meio as folhas de sulfite tingidas, imitando um caderno de brochura, cada profissional confeccionou um livro: *o livro dos sentimentos*.

Nas capas era grafado o nome do livro. Na primeira página definiram *sentimento*. Na página seguinte listaram os sentimentos e sensações evocadas durante a realização da obra. Nas outras páginas que seguiam, de forma livre, estimuladas a não se preocuparem com caligrafia, gramática, seqüência de frases ou coisas parecidas que pudessem bloquear seu movimento de escrita e reprimir e limitar seus pensamentos escreveram o conteúdo desejado.

No quadro abaixo, estão registrados os três primeiros tópicos do *livro dos sentimentos*. O quarto tópico, referente à escrita livre, não foi registrado aqui, pois nessa última página as participantes retrataram coisas íntimas, e a apresentação dessas informações quebraria nosso contrato. Aqui, o que importa é que elas tiveram oportunidade de expor seus sentimentos.

## Quadro 1 – Sentimentos relacionados.

Nome do livro	Definição de sentimento	Lista de sentimentos
Meus sentimentos	Sentimento é estar ativo.	Alegria, prazer, amor, tristeza, frustração, sonhar, raiva, saudade.
Sonho	Afeto, amor.	Afeto, amor, carinho, tristeza, sonho, solidário, humildade, angústia, ódio, esperança.
Sentir através de cor "Retrato de um dia"	É vida, é o seu dia a dia, o que você sente desde que acorda até ir deitar.	Alegria, raiva, culpa, paz, felicidade, nervoso, calma, medo, tristeza, frustração, prazer, tranquilidade, cansaço, paciência, necessidade.
Paz	Esperança, amor, paz, união, alegria, felicidade.	Amor, alegria.
Emoções	É tudo que vivenciamos, é a resposta do nosso coração para acontecimentos do dia a dia.	Alegria, tristeza, raiva, indecisão, decisão, dúvida, medo, fadiga, paz.
Magia	Sentir é viver	Amar, sonhar, paz, sinceridade, harmonia, esperança, respeito, amizade, sorriso, felicidade, alegria, sonhar.
Esperança	Sentimentos é tudo que mexe com o corpo, a alma, são emoções.	Amor, tristeza, felicidade, esperança, compreensão, harmonia, angústia, raiva, fé.
Eu	Todas as sensações que vivenciamos, interiormente, e que consciente ou inconsciente exteriorizamos.	Amor, felicidade, paz, ansiedade, angústia, prazer, esperanças, segurança, confiança, paixão, saudade, amizade.
Degraus da vida	Sentimento é o estado de espírito que cada pessoa demonstra em vários momentos de sua vida.	Medo, paixão, amor, liberdade, sonhos, ilusões, alegria, tristeza, raiva, compaixão.

No *fechamento* foi feito um círculo e cada participante ficou a vontade para relatar e compartilhar sua vivência naquele encontro.

Em círculo e de mãos dadas, fecharam os olhos e pensaram em uma cor que transmitisse sensações agradáveis e uma outra que lembrasse coisas ruins. Ao inspirar, levaria para dentro de si a cor agradável e, ao contrário, ao expirar, colocariam para fora aquela cor que escolheram como sensações desagradáveis. Repetiram três vezes esse mesmo exercício.

Foram convidadas a deixarem apenas a cor agradável dentro de si, transmitindo essa cor em forma de energia por meio das mãos. Assim, foram se despedindo, soltando as mãos lentamente.

### Resultados e conclusão do primeiro encontro

Na atividade do relógio, ao listar os sentimentos, as profissionais levantaram a questão de que no dia a dia não possuem um tempo para elas.

Outra questão foi que perceberam que, durante o dia, é possível experienciar vários sentimentos, mas é preciso ter consciência dos mesmos.

Já com o manuseio da anilina, chamaram atenção quanto ao efeito da anilina no papel, verbalizando sua surpresa dos resultados obtidos, sem muito esforço, dizendo serem artistas.

Duas participantes deixaram de compartilhar suas idéias com as demais no momento do fechamento.

Por final, exaltaram a importância de um trabalho dessa natureza, dirigido ao profissional da instituição.

Um dado conclusivo é captado no momento do fechamento, quando as participantes compartilhavam suas vivências. Duas das profissionais se expressaram diferentemente: uma por meio de choro, outra por meio de riso. Aquela que chorava, verbalizou que o trabalho *a tocou internamente e que há muito tempo não sentia tais emoções*. Já outra, mostrando aparente sorriso, muitas vezes chegando a gargalhadas, relatou sua dificuldade em falar em grupo. Relatou que, às vezes, quando se encontra angustiada, nervosa age dessa forma: sorrindo.

Isso parece apontar para o fato de que os sentimentos só serão revelados, num sentido verdadeiro, se a própria pessoa puder defini-lo. O que tem sentido negativo para um, para o outro, pode significar algo positivo.

### **Atividades desenvolvidas no segundo encontro**

O segundo encontro teve como tema os *cinco sentidos: um canal de informação para sensações e sentimentos*. O objetivo desse encontro foi possibilitar às profissionais utilizarem e perceberem a importância dos cinco sentidos, como um canal direto de comunicação dos sentimentos.

O *aquecimento* foi realizado com música. Desde o início foi pedido para as participantes atentarem para as sensações e sentimentos evocados no decorrer do trabalho. Ouvindo a música num ritmo lento, andaram pela sala criando diferentes formas *para acordar o corpo*.

Explorando os movimentos, ainda andando pela sala, uma representava um gesto e as demais imitavam. Além de repetir os movimentos, agora com a música mais rápida, deveriam acompanhá-la.

Este exercício foi repetido até dar oportunidade a todas as participantes serem alvo da imitação.

A *dinâmica* que se seguiu, foi constituída em três atividades. A primeiro tinha o nome de *eu vejo que...Eu imagino que...*

Essa atividade possibilitaria atentar para a observação e, principalmente, para discernir coisas que os olhos, verdadeiramente, vêem, e aquilo que se imagina.

Em pé, posicionadas em círculo, as participantes passavam uma bola para a colega ao lado, dizendo que o *vía* da colega e o que *imaginava*. A atividade foi finalizada quando todas puderam vivenciar essa brincadeira.

Na atividade seguinte foram utilizados os seguintes materiais: chá, café, dois lenços usados como venda, duas caixas cheias de objetos. O tema da atividade foi *utilizando os cinco sentidos*.

O grupo foi dividido em duas equipes: do chá e do café. Cada participante, de olhos vendados, recebia um copinho de chá ou café, com o intuito de adivinhar o que era. Cheiraram, tocaram, observaram a temperatura, sentiram o paladar procurando adivinhar.

Sentados no chão e em círculo, passou-se à atividade seguinte.

Alguns componentes das equipes ficariam com os olhos vendados. Foram colocadas duas caixas cheias de objetos no centro do círculo. Cada equipe escolheria objetos que deveriam ser passados para reconhecimento para a pessoa da equipe adversária. Este pessoa, com os olhos vendados e de costas para a sua equipe, deveria descrever qual era o objeto.

Cada equipe cuidava de sua caixa para que a outra equipe não descobrisse os objetos ali existentes.



Após explorarem os objetos com as mãos, passaram a sentir os objetos com os pés e depois com o rosto. No rosto, outra pessoa era designada para passar objeto.

A terceira atividade teve como tema *percebendo o outro*. Foi utilizado giz de cera e papel sulfite. Com giz de cera, tentaram passar, da forma mais autêntica possível com riqueza de detalhes, aquilo que foi observado. Depois disso, colocaram seu ponto de vista e particularidade.

O fechamento foi realizado na posição sentada. As participantes, posicionadas em círculo, uma de costas para a outra, ao som de uma música, tocaram os ombros, os braços e as costas da colega da frente.

Ao mesmo tempo em que tocavam a outra, eram também tocadas. Depois de um tempo, viraram de posição e foram tocadas por aquela que havia tocado no início. Aqui, literalmente, tocaram e trocaram toques.

### **Resultados e conclusão do segundo encontro**

Nesse encontro as participantes estiveram muito próximas, num sentido de equipe, e também relataram descontração do trabalho facilitando a participação.

Uma outra consideração foi que uma das participantes reclamou que não gostava de café e, na hora da divisão do grupo, teve que experimentá-lo. Essa vivência despertou a lembrança de uma situação particular do seu cotidiano de trabalho. Relatou sua dificuldade em trabalhar com um aluno cego quanto à questão do paladar. Esse aluno não gostava de comer carne e ela tentava enganá-lo durante as refeições, dizendo não haver carne em seu prato.

Aqui, foi possível concluir que é de extrema importância o trabalho em equipe, para que haja afinidade e compreensão. Esse tipo de dinâmica parece possibilitar ouvir e perceber o outro, livre de críticas, despojando seus verdadeiros sentimentos.

Para entender a si próprio e ao outro é importante vivenciar experiências que possibilitem utilizar e sensibilizar os cinco sentidos, tornando-

nos mais sensíveis a tudo que nos cerca. Isso faz enxergar as dificuldades do outro de forma mais amena.

### **Atividades desenvolvidas no terceiro encontro**

O tema dessa última reunião foi *o encontro dos sentimentos*. O objetivo foi o de evocar sentimentos relacionados à vivência junto aos alunos com os quais os profissionais trabalhavam, ou seja, pessoas com deficiência.

Os materiais utilizados foram: jornais; argila; folha sulfite; giz de cera; caixinha de jóia com um espelho na parte interna; caixa de fósforos. Foram realizadas três atividades: uma utilizando argila, outra utilizando escrita, e outra utilizando a caixa de fósforos.

Nesse terceiro encontro foi feita uma *apresentação* visando motivar e encorajar os participantes para entrar em contato com os sentimentos vividos em relação ao deficiente. Foi colocado que isto não seria uma tarefa fácil, mas que em todos os encontros, desde o início, estávamos buscando compreender nossos sentimentos e emoções.

O *aquecimento* foi feito ao som de uma música suave, em pé e em círculo, com os olhos fechados. As participantes se concentraram, por alguns minutos, em seu dia e nos sentimentos e sensações que vivenciaram, desde o acordar até o momento que ali se encontravam.

Depois disso, respeitando seu tempo, foram convidadas a abrir os olhos e procurar um lugar especial na sala. Um lugar que se sentissem à vontade.

Ainda em silêncio, estabelecendo contato com seus sentimentos, foi pedido para que fizessem uma associação entre esses sentimentos, hora levantados, com os sentimentos vividos por elas quanto ao seu trabalho, quando estavam em contato com o aluno com deficiência.

A *dinâmica* foi norteadada pelo manuseio de argila.

Sem regras, sem orientação e definição sobre a quantidade de argila utilizada, representaram os sentimentos listados no momento do aquecimento.

O tempo para essa atividade foi respeitado até que todas as participantes terminaram seu trabalho.

Finalizando a representação com o barro, foi aberto um espaço para observarem o próprio trabalho e o do outro.

Partindo para a atividade seguinte, foi pedido para conscientizarem os próprios sentimentos escolhendo uma cor de giz de cera que representasse o seu trabalho. A partir daí, com giz de cera e sulfite, representaram graficamente (escrevendo) sua percepção da situação que vivenciaram ao manusear a argila.

O fechamento dessa atividade foi feito em grupo. Cada participante falou da maneira como construiu, sentiu e expressou os sentimentos na obra de argila.

Na terceira atividade, antes de iniciá-la, foram ditadas algumas regras necessárias para o entendimento e bom andamento da dinâmica: 1) uma caixa de fósforos e um cinzeiro passariam pela mão de cada participante; 2) seria aceso um fósforo; 3) ao acendê-lo citaria um fato alegre, um triste, por fim, uma expectativa; 4) o tempo de cada uma seria o tempo que a chama permaneceria acesa. Assim que se apagasse, a pessoa não mais verbalizaria, passaria o fósforo para a próxima participante.

Sendo este o último encontro, a parte final teve um tempo de duração maior.

Após todas terem vivido a experiência do acender ao fósforo, e ter oportunidade de colocar sua tristeza, alegria e expectativa foi dado seguimento ao trabalho entrando na parte final.

Neste momento, todas permaneceram no mesmo lugar que estavam e foram convidadas a fecharem os olhos. A música nesta hora tinha o volume um pouco mais alto.

Nesta hora, concomitantemente, as palavras sobre o limite do próprio profissional, dos seus sentimentos e o respeito por eles, distribuíam-se as caixinhas

de jóia colocando-as ao lado de cada peça de argila que esta à frente dos profissionais. Quando se completou a distribuição das caixinhas foi citada a importância da arte nesse processo de reconhecimento do próprio sentimento, muitas das vezes escondido, e da contribuição que ela oferece, facilitando a compreensão do seu próprio eu, encontrando suas respostas em imagens.

Em tempo próprio, foram convidadas abrirem os olhos e informados da caixinha. Antes de abri-las, foi dito o quão valioso era aquilo e que era o que cada um tinha de mais precioso na vida.

### Considerações finais

É preciso considerar que esse trabalho, mesmo com resultados relatados, não foi suficiente para atingir completamente o profissional e seus sentimentos.

Falar de sentimento, reconhecê-los e transformá-los é um caminho longo a ser percorrido. Portanto, é adequado que se trabalhe durante um período maior, com intervalos menores, entre um encontro para o outro.

A disponibilidade, à vontade, a garra e, principalmente, a confiança que essas profissionais depositaram no trabalho, tornou possível a prática dessas idéias e palavras, deixando-as sair do papel transformando-se em realidade vivenciada.

### Referências Bibliográficas

- BELLO, S. *Pintando sua alma: método de desenvolvimento da personalidade criativa*, 1997.
- CARDELLA, B. A arte de ajudar. *Arte-terapia: reflexões* (São Paulo), v. 3, n. 2, 1997/1998
- GOLEMAN, D. *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.
- PAIN, S., JARREAU, G. *Teoria e técnica da arte-terapia: a compreensão do sujeito*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- WEINSINGER, H. *Inteligência emocional no trabalho*. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997.



ISBN 85 - 86738-07-7



9 788586 738074