

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

ULRIKA ARNS

Por uma Fisioterapia que Pergunte pela Criança:
a construção epistemológica e política de uma práxis

Porto Alegre
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ULRIKA ARNS

Por uma Fisioterapia que Pergunte Pela Criança:
a construção epistemológica e política de uma práxis

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de doutora em educação.

Orientador: Prof. Dr. Hugo Otto Beyer

Porto Alegre
2006

À todas as crianças e, em especial, àquelas segregadas, que continuam sendo machucadas e tratadas como objeto.

Aos fisioterapeutas e demais profissionais que por anos vem se dedicando a melhorar a vida das crianças com problemas de desenvolvimento.

RESUMO

A tese intitulada **Por uma Fisioterapia que Pergunte pela Criança: a construção epistemológica e política de uma práxis** investiga fatores que contribuem para processos de inclusão ou exclusão de crianças 0 a 3 anos com problemas no seu desenvolvimento e o imbricamento desta problemática com a formação e a atuação profissional do fisioterapeuta a partir do trabalho realizado no Centro Materno-Infantil, durante os anos de 1998 a 2001. Ao estabelecer as categorias: concepção de infância, interações sociais e relações de poder, apontamos o corpo teórico do qual partiu a nossa análise. O caminho metodológico foi sendo construído a partir do mergulho nos dados oriundos do nosso objeto de estudo iluminados pelo referencial teórico sócio-histórico e amparado na experiência acumulada por investigações similares. Compilamos os fatores de exclusão e inclusão detectados, na atuação e formação do fisioterapeuta, no trabalho com a criança. Finalmente, a experiência no CMI mostrou que a Fisioterapia, a depender de seu direcionamento, pode contribuir para abrir brechas no muro de estigmas, preconceitos, medos, formados ao redor de crianças com problemas de desenvolvimento motor, muro este que as isola e/ou dificulta sua inclusão social.

PALAVRAS-CHAVE: Fisioterapia. Formação profissional. Criança com problemas de desenvolvimento. Trabalho interinstitucional e interdisciplinar. Inclusão. Exclusão. Epistemologia. Política.

ABSTRACT

The thesis entitled by a Physiotherapy that asks for the child: the construction epistemology and politics of a praxis tries to investigate factors that contribute to the process of inclusion or exclusion of children from 0 to 3 years old with problems in its development and its relations with the formation and physiotherapist's practise starting from the work accomplished at the Centro Materno-infantil (Maternal Infantile Center) during the years 1998 to 2001. When establishing the categories: childhood conception, social interactions and relationships of power , we aimed the theoretical body of which started our analysis. However, the methodological road was built from the dive in the derived data from our study object lit up by theory reference historical-social and supported in the performance and physiotherapist's formation on the work with the child. Finally, the experience at CMI showed that the physiotherapy can contribute to open breaches in the wall of stigmas, prejudices, fears, formed around children with motor problems development, this wall which isolates them or it hinders its social inclusion.

KEY-WORDS: Physiotherapy. Professional formation. Children with problems in its development. Interinstitutional work and to interdisciplinary. Inclusion. Exclusion. Epistemology. Politics

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO NA INTERAÇÃO DIALÓGICA	7
1.1 PROPONDO A METODOLOGIA	20
1.2 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	25
1.2.1 Concepção de Criança	25
1.2.2 As Interações Sociais	27
1.2.3 Relações de Poder	29
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	32
2.1 A PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA DA INFÂNCIA E DA DEFICIÊNCIA	32
2.1.1 Desde Cedo se Torce o Pepino	33
2.1.2 Enfaixar Para não Entortar	35
2.1.3 Espaços Especializados Para a Deficiência	36
2.1.4 Outros Olhares Sobre a Criança com Deficiência	38
2.1.5 Concepções em Transformação	39
2.2 FISIOTERAPIA – RETROSPECTIVA HISTÓRICA	40
2.2.1 Fisioterapia no Brasil	43
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A INFÂNCIA NUMA SOCIEDADE DESIGUAL, EXCLUDENTE	46
2.4 O CENTRO MATERNO-INFANTIL	50
3 ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO	54
3.1 A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NO CMI	56
3.2 CONDIÇÕES MATERIAIS	61
3.3. MUDANÇAS NO CMI COM A ENTRADA DO PROJETO	70
4 REPENSANDO O CURSO DE FISIOTERAPIA	76
4.1.A POSTURA INVESTIGATIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL	83
4.1.1 É Preciso Conhecer e Aprender a Relacionar-se com o Outro	85
4.1.2 Aprender a Observar, a Ouvir. O Registro Como Ferramenta de Trabalho	87
4.1.3 A Discussão Coletiva Interdisciplinar	89
5 O ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA CRIANÇA	96
4.1 O CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL	99
4.2 O PODER DO DIAGNÓSTICO MÉDICO	109
4.3 INTERAÇÃO TERAPEUTA - CRIANÇA	122
4.4 ACOMPANHANDO A FISIOTERAPIA DE SUZI	128
6 REFLETINDO AS CONCLUSÕES DESTES TRABALHOS: BUSCANDO UMA SÍNTESE	137
5.1 ALGUNS FATORES DE EXCLUSÃO DETECTADOS NO TRABALHO	139
5.2 ALGUNS FATORES FACILITADORES DE AÇÕES INCLUSIVAS QUE FORAM DETECTADOS	140
6 REFERÊNCIAS	144
ANEXOS	158

1 INTRODUÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO NA INTERAÇÃO DIALÓGICA

Os questionamentos sobre o atendimento oferecido às crianças que, desde o nascimento, apresentam problemas no seu desenvolvimento, estão relacionados com a nossa formação profissional, com a vivência diária com essas crianças, com as discussões e leituras sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento e com o desafio das respostas, por vezes, insuficientes e limitantes apresentadas sobre essa temática tão intrincada e complicada. Esses saberes e vivências são as raízes que alimentam o presente trabalho.

A nossa formação, comum aos cursos de Fisioterapia de então, induzia a uma prática profissional que não endossávamos. Para exemplificar, o registro abaixo¹ mostra uma sessão de Fisioterapia típica, tal como tantas outras conduzidas por profissionais com a formação tradicional.

Sala especializada: piso acolchoado, equipamentos. Ambiente cinzento, impessoal. Sem brinquedos, sem gravuras, sem cores, nem sons. Vazio de qualquer coisa capaz de desviar a atenção da criança e o saber competente do profissional na batalha contra a deficiência.

Movimentos do fisioterapeuta na criança, sobre a criança, invadindo a criança. Mãos treinadas para pegar, posicionar, exercitar tecnicamente. Mãos no exercício do poder/saber/fazer que transformam em feixe de músculos/tendões/articulações... a ser estendido, repuxado, retorcido, flexionado, dobrado, rolado, virado para um lado, para o outro. A voz da profissional cantarola mecanicamente: “Atirei o pau no gato...” (Onde se perdeu aí a magia da música, seu poder de expressão, sua capacidade de ativar o cérebro, de impulsionar o movimento, de sensibilizar a alma, de emocionar, de curar?)

Agora o corpo-objeto-bebê é parcialmente imobilizado. O corpo/adulto/técnico prensa-o contra a bola gigante. Não é um corpo-colo de adulto/pessoa: corpo acolhedor, contato-empatia,

¹ Texto de um educador, leigo em Fisioterapia, que, após assistir à gravação, sentiu a necessidade de registrar sua percepção da sessão. Trata-se do atendimento de uma criança com paralisia cerebral, com 3 anos, em um hospital público no ano de 1993.

amoroso com-tato, com-paixão. É corpo-adulto-equipamento. É a vez das mãozinhas. Portanto, as pernas infantis deverão aquietar-se, enquanto os dedinhos são espalmados, pressionados contra a superfície. “Endireitei!” (É preciso endireitar o corpo infantil, normalizá-lo!)

Nenhuma tentativa de diálogo, de estabelecer uma ponte para alcançar a criança-pessoa-sujeito ignorada no conjunto de membros, órgãos, músculos... Nada de reconhecer a humanidade daquele ser entregue às mãos da técnica especializada. Nada de captar suas sensações, seus sentimentos. De buscar seu olhar, de ler sua expressão facial, de suscitar seu sorriso. Sorriso esse que iluminou o rostinho apenas quando encontrou o olhar, a voz, o gesto da mãe envolvendo-o na brincadeira: “Cadê você? Aqui!”

Frágil criança, tão abandonada à solidão de sua alteridade. Entregue à reificadora e segregadora manipulação profissional. Nada de brincadeira! Fisioterapia é trabalho sério!

Na nossa formação como fisioterapeuta, fruto de uma visão tradicional, a criança não era vista como um sujeito de direitos, como um sujeito que deseja, que tem uma história, que vive uma trama social, que merece respeito e, principalmente, não era vista como alguém cuja aprendizagem se dá de forma singular, idiossincrática nas interações com os outros, na intersubjetividade. Por isso, achamos importante resgatar as diferentes etapas da nossa trajetória que, de alguma maneira, mostram como nossas preocupações, intuições e descobertas foram, pouco a pouco, encontrando interlocutores. E, assim, as aprendizagens foram se construindo numa incessante busca de melhor compreender este fenômeno das relações de exclusão/inclusão que envolve as crianças com problemas no seu desenvolvimento.

Iniciamos nossa vida profissional em 1986, no interior do Rio Grande do Sul. Depois de alguns meses trabalhando no município, fomos convidadas a conhecer uma criança com problemas de desenvolvimento:

²Cheguei no endereço informado e toquei a campainha. Era uma casa bonita, grande, bem cuidada. Fui recebida pela mãe, que me convidou a passar para a sala onde iniciamos a nossa conversa. Falou do seu filho Tobias, do parto, dos problemas que ocorreram e das

² O relato foi reescrito com base no diário de campo em 1987. Este relato aparece, porque Tobias teve um significado muito importante na nossa trajetória profissional. O nome da criança é fictício, assim como os demais que serão apresentados no decorrer do trabalho.

seqüelas neurológicas e visuais apresentadas, das experiências negativas que tiveram com a fisioterapia. Ficamos conversando um bom tempo até que me convidou para conhecer seu filho. Pensei: ela está sendo cuidadosa, não quer expor o seu filho. Quer certificar-se de que pode confiar em mim antes de me apresentar Tobias. Chegamos a uma sala mais reservada, menor, com televisão, alguns brinquedos. A mãe começou a falar sobre o Tobias, suas dificuldades visuais, motoras explicou que aquela era a sala onde Tobias permanecia a maior parte do seu tempo... mas não me apresentou à criança. Tobias começa a bater a cabeça no chão. A mãe diz: “Ele faz isto muitas vezes. Quando está contrariado...ele começou com isso quando fazia a fisioterapia [. . .] Batia, batia a cabeça no chão até que a fisioterapeuta parasse”. A babá o pega no colo, a mãe pede que ele não faça isso. Perguntei para Tobias se ele quer saber quem sou e sigo dizendo: “Tobias não sabe quem chegou aqui. Eu sou a Ulla e acho, mãe, dirigindo-me a ela, que ele quer saber quem eu sou e por que estou aqui.” O menino se acalma e fica me cuidando, esperando minhas iniciativas. Percebo que minha atitude e a resposta da criança causaram forte impacto na mãe (tanto é que, na despedida, disse que entendera que deveria cuidar das coisas que falava na frente do filho).

Para acalmar a criança, falei pausadamente: “Também não sei quem mora nesta casa, como são os nomes de todos, o que fazem, as coisas de que gostam. Já sei que o Tobias, a mamãe, a Tata (babá) moram aqui, mas quem mais mora aqui? Não sei o que Tobias gosta de fazer, do que brinca... ” A babá toma a iniciativa de dizer que Tobias adora música, que sabe cantar “Parabéns a você”. Neste momento, o menino pega uma peça de jogo de montar e emite sons no tom da música “Parabéns a você,” mantendo o ritmo através da voz e batidas com o taco no chão. Fiquei encantada. Nunca tinha visto isso. “Nossa, Tobias, como tu consegues isso? Estou encantada com as coisas que tu sabes fazer.” A seqüência do encontro foi no sentido de garantir a presença de Tobias no diálogo e tentar entender como era o seu dia-a-dia e quais suas vivências e experiências. Descobri que não fazia a refeição com a família, que tinha dois irmãos mais velhos, que saía muito pouco de casa, etc. Nos demais encontros, busquei sempre conversar com a mãe, a babá e o próprio Tobias sobre o que poderíamos fazer. Buscava trazer brincadeiras da minha infância³ de forma a garantir que as sessões de Fisioterapia fossem

³ Sabia, por experiência própria, da importância do fazer lúdico, da liberdade de movimento e exploração do meio ambiente, do contato com a natureza, do compartilhar dos mais diversos momentos e tarefas do cotidiano de crianças e adultos. Venho de uma família numerosa, morávamos na zona rural e recebi a influência de uma cultura onde nos finais de semana, os familiares compartilhavam de atividades artísticas: dança, canções, teatro de fantoches, pintura, desenho e jogos coletivos: adultos e crianças. Os registros sobre a família e a vida de meu avô,

momentos prazerosos para Tobias. Além disso, trazia leituras para a mãe, conversávamos sobre as mesmas. Lembro que dei para ela um livro sobre o desenvolvimento motor da criança. Orientava a mãe e a babá quanto a formas de manusear, pegar a criança, dar o banho, dormir, enfim, o que o manual de Nancie Finnie recomenda. Ao mesmo tempo em que nos dedicávamos a garantir avanços com relação às interações interpessoais de Tobias, o nosso olhar e preocupação se dirigiam a oportunizar a qualidade de seus movimentos de forma a minimizar os efeitos da espasticidade para o seu desenvolvimento. No entanto percebia que sabia muito pouco.

A responsabilidade com relação ao que poderíamos oferecer para aquela criança e aquela família impulsionaram a busca de maior conhecimento. Tobias foi um marco importante na nossa formação. Neste início da nossa vida profissional pudemos perceber que as técnicas da Fisioterapia⁴ não davam conta de compreender o que se passava com as crianças e do que elas necessitavam e, provavelmente, estavam sendo privadas. A intuição⁵ nos apontava alguns caminhos. Achávamos que a criança tinha que vivenciar as experiências que as demais crianças experimentavam, que nós experimentamos na infância: brincar, passear, conviver com a família nas coisas mais banais, como as refeições, ouvir histórias, brincar com motoca, brincar de se esconder, brincar livremente, criando suas histórias no seu jogo simbólico. Que era preciso, ao entrar em contato pela primeira vez com a criança, chegar com cuidado, chegar de forma a ser aceita⁶ pela criança, pela mãe. Mas isso não era suficiente. Precisávamos de algo mais do que as experiências da nossa infância e a intuição. Era preciso conhecer mais, entender as reações e

um professor primário, estão no livro “Lehrer Arns: a saga de uma família teuto-brasileira”, escrito por Walburga Arns da Silva.

⁴ O currículo de Fisioterapia, na época, 1983-86, não oferecia disciplina sobre as teorias da aprendizagem e desenvolvimento.

⁵ Sobre intuição, Silva Triviños (1987) aponta a existência do pensamento intuitivo (Bérgson), analítico (Kant) e dialético (Marx). Para Bérgson (*apud* BOCHENSKI, 1968), existem dois domínios: de um lado, o domínio da matéria espacial e rígida, subordinado à inteligência prática; de outro lado, o domínio da vida e da consciência que dura, ao qual corresponde a intuição.

⁶ Essa preocupação em ser aceita, em chegar com cuidado, nessa época vinha do bom senso. Mais tarde, com a influência da psicanálise, nas aulas de avaliação do bebê, o Dr. Paulo Brandão do Lydia Coriat, nos mostrou que enquanto não conseguíssemos conquistar a criança, garantir seu olhar, não estaríamos interagindo e, portando, a nossa avaliação e/ou terapia não estaria acontecendo. E recentemente, os estudos da sociologia da infância, bem como a antropologia da infância têm nos mostrado a preocupação nas pesquisas com crianças sobre a aceitação das mesmas.

necessidades das crianças e isso exigia conhecer mais do que fisiologia, neurologia, anatomia, patologia, evolução neurológica e psicomotora, cinesioterapia, técnicas de relaxamento, alongamento, propriocepção, estabilização, equilíbrio.

Começamos a estudar Psicologia da Criança no Curso de Pedagogia na Universidade de Passo Fundo, à noite, enquanto continuávamos trabalhando como fisioterapeuta nesse município do interior do RS. Entramos em contato com a teoria de Piaget e enfrentamos a dificuldade de compreendê-la. Mas, ao mesmo tempo, ele mostrava no *Nascimento da Inteligência* (1966), que nas interações do sujeito com o meio, ele se modificava, assim como modificava o meio. Nesse processo de adaptação do sujeito ao meio, ao receber uma informação nova, o sujeito busca compreendê-lo a partir de suas experiências vividas de forma a assimilar esse conhecimento.

O que de mais importante aprendemos com Piaget, no entanto, é que o sujeito é um ser ativo no seu processo de aprendizagem; que, nas interações da criança com os objetos, é ela que busca o objeto, ela não é passiva; que o sujeito da aprendizagem é um ser ativo. Nestas interações a criança vai conhecendo as propriedades dos objetos e interagindo com eles de diferentes modos nas diferentes etapas do desenvolvimento. Piaget classificou o desenvolvimento em quatro grandes estágios: desenvolvimento sensório-motor, pré-operacional, operacional concreto e hipotético dedutivo.

Fortaleceu-se a percepção de que era preciso um conhecimento não só na área das ciências biológicas, mas fundamentalmente na área das ciências humanas e sociais.

No Encontro de Fisioterapia em Santa Maria (1987), Dr. Paulo Brandão, do Centro Lydia Coriat (Porto Alegre), reforçou a nossa percepção das deficiências e “deformações” da formação profissional adquirida. Ele criticou a postura rígida, técnica e dualista (dos fisioterapeutas) de “arrumar o desarrumado” e de esquecer as potencialidades da criança, de não olhar para o sujeito que ali se constituía. Ele liderava um grupo, do qual participamos mais tarde, em 1988, e que trazia a psicanálise como enfoque na sua prática. Através de estudos de Lacan⁷, deparamo-nos com as questões do real, do imaginário e do simbólico. E aí as intuições foram obtendo respaldo científico.

Realmente era muito importante o modo como o terapeuta, os pais e a professora percebiam a criança, pois ela dependia muito do que essas pessoas diziam, faziam, pensavam, apontavam. As relações interpessoais (pais-criança, terapeuta-criança, terapeuta-pais...), o desejo

⁷ DOR (1989); JERUSALINSKY (1989); ESCRITOS da Criança (1987-1989).

da criança, as expectativas e respostas dos adultos, os desafios por eles colocados foram se afirmando como aspectos importantes para o desenvolvimento da criança. Na perspectiva lacaniana, era preciso estar atento no sentido de que uma mãe (um pai, um irmão, um professor, um fisioterapeuta) fantasia um filho (irmão, aluno, paciente) – imaginário - que seja gordinho, de cabelos iguais aos seus, com os olhos do pai, calmo... Mas diante do nascimento da criança – real - com problemas de desenvolvimento, muitas vezes a distância entre a criança do imaginário, que ela sonhou por tanto tempo, e a criança real é muito grande de forma a interferir no estabelecimento do vínculo entre mãe e filho, importante tanto para o desenvolvimento da criança como para o da mãe.

Além de abordar a preocupação da constituição do sujeito do desejo, este grupo do Centro Lydia Coriat defendia que, nos primeiros dois anos de vida, a criança não poderia ser atendida por terapeutas de diversas especialidades. No período sensório-motor, ela deveria permanecer ligada a um único terapeuta da estimulação precoce. Depois disso, a partir da avaliação diagnóstica da equipe, optar-se-ia por encaminhá-la à equipe da linguagem, psicomotricidade, psicopedagogia ou psicologia (CORIAT, 1990).

Nesse período (1988), começamos a cursar Pedagogia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) além do Curso de Formação do Estimulador Precoce no Centro Lydia Coriat. Além das idéias de Piaget e Lacan, entramos em contato com outras correntes psicológicas: Wallon, Vygotski, Luria, mas ainda sem aprofundá-las. Apesar do pensamento de Luria e Wallon ter influenciado os estudos de Ajuriaguerra, Lapierre, Lê Bouch, estudados na Fisioterapia, não conhecíamos Wallon nem os integrantes da Escola Russa, nem seus contextos sócio-histórico-culturais.

Ao entrarmos em contato com outras áreas do saber, até então por nós desconhecidas, como as teorias filosóficas e sociológicas, passamos a pensar a criança e as aprendizagens nos contextos sócio-histórico-culturais. As abordagens históricas e sociológicas nos fizeram compreender que os teóricos e o conhecimento por eles elaborado influenciavam e eram influenciados pelas contingências econômicas, políticas e sociais de cada época.

Enquanto aprofundávamos os estudos piagetianos⁸, dos estágios de desenvolvimento (principalmente as seis fases do período sensório-motor) e o método clínico, eles foram sendo confrontados com os estudos sobre as relações entre educação e sociedade, as práticas

⁸ O construtivismo estava no auge e no curso de Pedagogia a corrente piagetiana era forte.

educacionais, as relações de poder... Eram muito intensos os debates na Faculdade de Educação (FACED) entre o grupo da psicologia da educação e os da sociologia⁹.

Entramos em contato com o trabalho de Paulo Freire. A sua obra, enfocando a educação de adultos, a defesa da educação popular na luta contra a opressão, a educação como ato político, nos forneceu argumentos mais sólidos em relação à necessidade de interferir na situação da infância. Mas, mais que argumentos, seus escritos nos suscitaram uma “tomada de consciência” e uma “opção política” de que era preciso fazer algo para mudar a situação de desigualdade social vivida no país. Diante das relações entre opressor e oprimido, Paulo Freire defende que é preciso que o oprimido, consciente da sua posição subalterna, rompa com a “cultura do silêncio”, diga a sua palavra. Se Piaget nos apontou que o sujeito é um ser ativo no seu processo de aprendizagem, Paulo Freire nos mostrou a importância do diálogo educador/educando na constituição do pensamento crítico, dizendo que o sujeito ativo é, sobretudo, um ser político, cultural, sujeito da História.

O contato com as teorias da sociologia da educação, mais especificamente Bourdieu e Passeron, mostrava que as relações sociais na escola poderiam servir como produtoras e reprodutoras das desigualdades sociais, como produtoras de exclusão/inclusão, enquanto os teóricos da resistência Giroux e Enguita nos levaram a contestar a postura individualista da psicanálise. Pensávamos, na época, que a psicanálise estava preocupada somente com o sujeito/indivíduo e que o sujeito sócio-histórico-cultural não estava sendo por ela considerado. Associamos essa postura às idéias da corrente funcionalista/positivista de que os problemas sociais pertencem à sociedade e que a escola, a terapia/saúde deveriam preocupar-se unicamente com o sujeito doente e/ou em desenvolvimento. O ato terapêutico, de saúde, assim como a educação, eram considerados neutros. No entanto, Freire já defendia: a educação não é neutra. Ela se posiciona a favor ou contra oprimidos.

Esse aparente conflito entre o individual e o social não nos impediu de defender as questões relativas à constituição da criança/sujeito de direitos. Apesar dos limites inerentes à psicanálise, ela nos proporcionou avanços significativos com relação à concepção de criança, além das contribuições relativas às interações com as crianças, tanto na terapia quanto nas práticas educativas. Naquele momento, não tínhamos condições de compreender e aprofundar teoricamente essas questões, talvez pela própria necessidade de conhecermos melhor os estudos

⁹ Ver revista Educação e Realidade, v. 18, n. 2, jul./dez. 1993, sobre o tema “Desconstruindo o Construtivismo” e o

da sociologia e das relações de poder. Anos mais tarde, no mestrado, entramos em contato com a psicanálise social (Guattari, Calligaris) que resgata as questões do imaginário social e suas influências nas nossas concepções de sociedade, de criança. Conseguimos, então, fazer uma releitura da psicanálise em suas aproximações com o pensamento sócio-histórico de Vygotski, Luria, Bakhtin.

Wallon, médico francês, influenciou de forma mais significativa os profissionais ligados aos estudos do movimento, como a fisioterapia. O que de mais importante aprendemos com Wallon não foram os seus estudos sobre a neurologia e a plasticidade do cérebro, mas a ênfase no primeiro ano de vida e a influência da emoção no tônus da criança. Informação fundamental para compreender melhor a organização, o controle do próprio sujeito com relação a sua alteração de tônus. Na espasticidade, por exemplo, era preciso proporcionar calma, tranquilidade, para que o tônus da criança fosse controlado. E o mais importante, que a criança, tomando consciência dos seus movimentos, da sua emoção, poderia interagir melhor com o meio e com os outros.

Tivemos, naquela ocasião, oportunidade de, pela primeira vez, entrar em contato e discutir a obra *A Construção da Mente*”, de Luria, por inteiro. O interesse das ciências médicas e paramédicas por Luria se deve ao fato de ele ter sido um dos poucos psicólogos que continuou seus estudos aliando a fisiologia (neurociências) à psicologia. As idéias de Luria apareciam em livros de neuropsicologia (Lefèvre) utilizados para avaliação neuropsicológica da criança. O que não aparecia nesses materiais é que ele e Vygotski¹⁰, ou seja, que sua geração “[. . .] foi inspirada pela energia de mudança revolucionária¹¹ - aquela energia libertadora que as pessoas sentem quando fazem parte de uma sociedade que pode realizar um progresso tremendo num intervalo de tempo muito pequeno.” (LURIA, 1992, p. 23). Defendendo uma “[. . .] psicologia que se aplicasse às pessoas de fato, na sua vida real, e não uma abstração intelectual num laboratório [. . .]” (LURIA, 1992, p. 27), seus estudos apontavam que os sujeitos influenciados por fortes emoções apresentam respostas verbais motoras instáveis e que a fala é fator de desenvolvimento e organização do pensamento, pois sua função comunicativa faz com que a

v. 19, n. 1, jan./jun. 1994, sobre o tema “Construindo o Construtivismo”.

¹⁰ Luria afirma no seu livro que conhecer Vygotsky significou uma virada na sua vida. No terceiro capítulo, intitulado “Vygotsky”, descreve a trajetória de Vygotsky, que foi um dos membros do grupo (Luria, Vygotsky e Leontiev), que denominaram de “troika””. Um grupo de estudos e trabalho.

¹¹ “A filosofia marxista foi assimilada lentamente pelos eruditos soviéticos [. . .]”, segundo Luria (1992, p. 23), esta teria sido uma das maiores falhas na sua educação. Mas estes estudos, dando bases materialistas para a psicologia, possibilitaram dar ao trabalho do Instituto um sentido mais produtivo.

criança receba a experiência, os significados e condutas, histórica e culturalmente acumuladas pelas gerações passadas. Luria coloca a participação da fala diretamente ligada às intenções que ditam o ato motor. Outros conceitos e princípios foram elaborados, como, por exemplo, o de sistema em substituição ao de órgãos isolados; de funções superiores representando sistemas funcionais complexos, mediados em sua estrutura. Com isso, Vygotsky conseguia explicar que “[. . .] uma lesão das áreas corticais visuais na primeira infância pode, por exemplo, resultar numa deficiência de desenvolvimento da cognição e do pensamento, enquanto que esta mesma deficiência num adulto pode ser compensada pela influência dos sistemas funcionais superiores, já plenamente desenvolvidos [. . .]” (LURIA, 1992, p. 132).

Dessa forma, a criança nos seus primeiros anos de vida precisa de uma intervenção que leve em conta que ela, diferentemente do adulto, não tinha vivido muitas experiências; que o desenvolvimento do seu sistema nervoso depende das interações/experiências que lhe são oportunizadas e que estão ligadas à emoção.

Quando, numa lesão motora, como no Parkinson, a dificuldade reside no fato de que o andar é um movimento automático, é necessário organizar o ato motor de modo que o estímulo venha dos processos corticais superiores. Dessa forma, os pacientes eram induzidos a subir escadas, e sua marcha era orientada por papéis, pois essas ações exigiam atos conscientes e não automáticos. O paciente “[. . .] havia compensado seu defeito, transferindo a atividade de seu nível subcortical, onde o substrato neural estava lesado, para o nível cortical que não era afetado pela doença.” (LURIA, 1992, p. 134)

Já não era apenas a intuição a nos mostrar que era preciso falar com a criança; era necessário que suas experiências e interações fossem prazerosas, de forma a garantir ações intencionais; era importante uma atitude explicativa frente à criança. Assim, no que se refere aos processos de intervenção desenvolvidos na escrita, nos distúrbios da fala, “[. . .] tentamos dar ao paciente o máximo possível de informação acerca da deficiência e de seu efeito sobre as ações. Isto é crucial para a reorganização do sistema funcional lesado.” (LURIA, 1992, p.134)

Sem dúvida, os trabalhos de Luria e Vygotski foram importantes para a reabilitação, pois abordavam os mecanismos cerebrais do funcionamento psicológico, motor, da linguagem. Mas o pensamento de Vygotski alcança visibilidade maior nas contribuições relativas à constituição do sujeito no processo histórico-cultural. Para nós, no entanto, o contato com os seus estudos sobre a defectologia se deu mais tarde, no Doutorado.

Ainda durante a formação em Pedagogia Pré-escolar, aceitamos um desafio muito grande: trabalhar como professora na disciplina de Fisioterapia Aplicada à Pediatria II numa universidade do interior do RS. Propusemos ao grupo de acadêmicos, ao invés de técnicas que diagnosticavam/ mediam/ catalogavam e, não raras vezes, estigmatizavam o sujeito como um ser passivo e incapaz, enfatizando e (de)limitando-o na sua patologia, que o enxergássemos como criança, ser humano dotado de sentimentos, emoções (Wallon), desejos(Lacan), com capacidade de relacionar-se com o mundo, de conhecer, produzir e criar. Ou seja, que, antes de considerar o distúrbio na criança com paralisia cerebral, por exemplo, considerássemos a criança que é acima de tudo um ser humano em desenvolvimento, com um potencial de plasticidade (Luria) muito grande. Alguém que vai, a partir da sua ação (Piaget), de suas emoções, de suas relações com os outros (Vigotsky), construir o seu conhecimento de mundo e de si mesmo e dos outros (Lacan), enfrentando desafios, vencendo obstáculos. Dessa forma, nós, fisioterapeutas, capacitaríamos a criança, a família e os que a rodeiam com as nossas técnicas (técnicas de manuseio de Nancie Finnie, método Bobath, método Kabat...) ¹² e conhecimento, beneficiando e qualificando a sua vida .

Todo esse vivido provocou mudanças fortes na nossa vida. Nas aulas que ministrávamos na Fisioterapia, por exemplo, era importante que o acadêmico conhecesse o contexto social, cultural, econômico, de vida, portanto, das famílias das crianças com problemas de desenvolvimento (GIROUX, 1997, FREIRE, 1979, CHAÚÍ, 1995). Mas, além de o acadêmico conhecer a vida dessas crianças, ele precisava conhecer e refletir sobre as condições sócio-econômicas das crianças brasileiras em creches e das que estavam fora delas (CRAIDY, 1997, KRAMER, 1996); sobre as condições de vida das famílias; sobre as razões que levam um país subdesenvolvido a ter índices tão altos de pessoas portadoras de deficiências, de mortalidade infantil, de exclusão escolar, de trabalho infantil, etc. Ele precisava entrar em contato com essa realidade sócio-cultural, com as relações de controle e poder (Foucault), para tomar consciência de que a população de baixa renda sobrevive apesar da pouca ou da ausência de assistência de saúde e educação, e que isso tem relação com a quantidade de crianças com problemas no seu desenvolvimento; de que as estatísticas mostram que os casos de paralisia cerebral e outros

¹² Conforme a concepção de criança, de terapia/saúde/educação vai se usar a técnica ou favorecendo o desenvolvimento da criança na concepção acima apontada, ou manipulá-la mecanicamente numa visão estritamente técnica, que não respeita a criança enquanto ser humano, histórico, social, cultural. No último caso, os ganhos para sua aprendizagem/desenvolvimento serão, certamente, bem menores, caso aconteçam. Vide relato da sessão de Fisioterapia na p. 6.

transtornos do desenvolvimento são maiores nas classes sociais mais baixas; de que as desigualdades sociais são geradoras de diversas formas de exclusão, entre as quais a menor frequência e qualidade de atendimento materno-infantil.

Esse período de trabalho conjunto, ora com o grupo da educação, ora com o grupo da terapia/saúde, proporcionou muita satisfação, crescimento e inquietações. Houve uma evolução na concepção de infância e seu desenvolvimento e, com isso, nossas práticas educativas e terapêuticas também evoluíram. Acreditamos que as nossas (do Departamento de Fisioterapia) incertezas e tentativas de mudança acabaram qualificando o currículo do Curso de Fisioterapia rompendo com a separação, por exemplo, entre ensino/pesquisa/ extensão. A experiência vivida como acadêmica da Pedagogia da UFRGS foi fundamental na articulação entre estas faces do trabalho universitário. Outras experiências¹³ foram contribuindo para um repensar da prática e para as buscas teóricas decorrentes, ambas contribuindo na construção do presente objeto de estudo. No entanto, o Mestrado (UNIJUÍ, 1995-1998) abriu os horizontes e, ao mesmo tempo, um campo vasto de perguntas. Era preciso qualificar ainda mais as nossas práticas educativas e de saúde. Nesse período, começamos a estudar com afinco a questão da neuroplasticidade (Luria, Isquierdo, ...), o processo de aprendizagem, o conceito de zona de desenvolvimento proximal, a mediação (Vygotsky). Retomamos a questão da emoção em Wallon, mas observamos nessa nova leitura que, para ele, o desenvolvimento é um processo marcado por rupturas e retrocessos, sofrendo constantes reformulações. Ele, diferentemente de Piaget, apresenta o desenvolvimento como algo descontínuo, menos linear.

¹³ A participação na pesquisa com ambientes computacionais para PNEE (EDUCOM/FACED/UFRGS – 1999 - 1992) que permitiu constatar as singularidades dos processos de aprendizagem de cada um dos sujeitos atendidos.

A participação no projeto "Avaliação da Qualidade de Atendimento Oferecido em Creches e Pré-Escolas do Estado do Rio Grande do Sul" (Secretaria de Justiça, Trabalho e Cidadania, FACED/UFRGS, 1993). Esta pesquisa foi incentivo para conhecer melhor a realidade das creches municipais do município o que foi possibilitado através da Bolsa de Iniciação à Pesquisa do RS (FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul). Desta investigação (1993-1995) resultou a monografia de final do Curso de Especialização em Sistematização do Ensino Superior (UFSM-1996) sobre A Função e Proposta Pedagógica em Berçários e Creches. Nas creches municipais (13 instituições), encontramos casos de crianças com paralisia cerebral, atraso do desenvolvimento, comportamento autista... Pensávamos: - que bom que elas estão aqui e não em instituições específicas de atendimento à criança com problemas de desenvolvimento, com deficiência. Mas, ao mesmo tempo, notávamos que não eram entendidas nem atendidas, cuidadas como deveriam. Por exemplo, uma criança com paralisia cerebral ficava deitada no chão da sala, sem colo, sem um posicionamento que favorecesse o olhar, excluída dos momentos de convivência, de atividades com os demais coleguinhas, de manipulação de brinquedos, de brincadeiras. Além dos cuidados, estímulos, atenção, desafios que todas as crianças requerem, ela necessitaria, pelas singularidades apresentadas pela paralisia cerebral, que as pessoas soubessem como pegá-la, transportá-la, posicioná-la para as diferentes atividades.

Nesse período ainda, conhecemos dois excelentes teóricos, mestres que viviam, com muita paixão, competência e conhecimento, suas atividades profissionais. Com o professor Dinarte Belatto, nosso orientador de estudos, aprendemos a montar o universo de olhares que nosso objeto de estudo exigia, principalmente no que se refere à história da infância e à visão das políticas públicas, que mais tarde se ampliaram com orientação da professora Carmem Craidy. Ao estudarmos os processos de aprendizagem com o professor Mario Osório Marques e seus interlocutores, principalmente Habermas, demos-nos conta da importância das relações interpessoais, intersubjetivas do processo de aprendizagem. Ali, provavelmente, estavam as maiores dificuldades encontradas pelas crianças com problemas no desenvolvimento: na maioria das vezes, as terapias, bem como os processos educativos, não elegiam a interação social como espaço importante. As relações vividas por essas crianças com sua família, bem como as ações referentes à criança, estabelecidas desde seu nascimento, precisavam ser analisadas, acompanhadas.

Na dissertação de Mestrado “O que Fazemos com Nossas Crianças: a experiência nas creches públicas de Cruz Alta”, denunciemos que o atendimento oferecido às crianças dos berçários também não elegia os espaços sociais como espaços importantes para a criança e o seu desenvolvimento. As creches e pré-escolas, fortemente influenciadas pela concepção compensatória de educação, não sabiam que atividades pedagógicas oferecer para uma criança de berçário.

Em 1998, iniciamos o trabalho no Centro Materno Infantil (CMI), numa cidade do interior do RS, experiência que fornecerá os dados empíricos da nossa investigação. Ali trabalhamos com crianças de 0 a 3 anos que apresentavam problemas de desenvolvimento, com os pais dessas crianças, que também precisavam de cuidados, e com os profissionais. Queríamos contribuir para um bom desenvolvimento dessas crianças. No entanto, nessa experiência, necessitávamos de mais interlocutores qualificados, uma vez que nos dávamos conta de que, para avançar nas nossas ações, nos nossos conhecimentos, era preciso compreender a criança. Isso significava aprofundar o conhecimento sobre ela, sobre suas interações sociais, os mecanismos de poder que permeiam essas interações, bem como as concepções de criança e de deficiência que dão respaldo à prática.

No Doutorado (2000-2005), retomamos os estudos dos teóricos sócio-históricos Bakhtin e Vygotsky, sob orientação do Professor Hugo Otto Beyer, que contava com uma caminhada

significativa nos estudos sobre Vygotsky¹⁴. O enfoque sócio-histórico nos parecia o caminho mais adequado para articular um diálogo proveitoso entre as ciências médicas, biológicas e a educação. Nesta abordagem, a linguagem, a interação entre os sujeitos, seja pelo diálogo verbal ou corporal, assume importância fundamental. Segundo Bakhtin (1986, p. 117), tanto a atividade mental do sujeito, sua consciência, seu conhecimento, a subjetividade e a própria linguagem se constituem na interlocução e, portanto, num território social. Assim, a compreensão da interação dialógica contribui para as questões que a Sociologia da Infância (Sarmiento, Corsaro), bem como a Antropologia (Fonseca), a Filosofia (Kohan) e os estudos etnográficos vêm pontuando no sentido de que é preciso pensar em metodologias que permitam melhor compreender vozes, olhares, pontos de vista das crianças. Era necessário também desvendar as relações de poder que se estabelecem nessas relações tão interdependentes entre a criança e o adulto. Nesse sentido, foram importantes as contribuições de Foucault para a identificação dos mecanismos de poder nas relações de exclusão/inclusão.

A questão que nos interessa estudar e que foi tomando corpo no percurso aqui relatado, centra-se nos fatores que contribuem para processos de inclusão ou exclusão de crianças 0 a 3 anos com problemas no seu desenvolvimento e no imbricamento desta problemática com a formação e o atuação profissional do fisioterapeuta. Delimitamos o estudo ao atendimento fisioterapêutico de crianças cujos problemas de desenvolvimento são de ordem do movimento¹⁵. Essa reflexão a partir da experiência interinstitucional e interdisciplinar no Centro Materno-infantil vai exigir um trânsito entre a saúde e a educação.

Processos de exclusão são aqui entendidos como processos que dificultam o convívio social de pessoas deste grupo etário e com as características específicas apontadas, negando-lhes direitos garantidos pela constituição, dificultando-lhes acesso a espaços privados e públicos, a interações sociais diversificadas, a cuidados, a situações e atividades significativas, apropriados para crianças desta faixa etária e que pudessem oportunizar aprendizagens promovedoras de

¹⁴ Nesse período conhecemos e estudamos as obras de Vygotsky: *Defectologia* – Tomo V das *Obras Escolhidas*, retomando *Pensamento e Linguagem*, *O Desenvolvimento Psicológico na Infância* e a *A Formação Social da Mente*.

¹⁵ A Fisioterapia vem discutindo o seu objeto de estudo e atuação (cf. REBELATTO; BOTOMÉ, 1987, 1999). Nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001, prevê-se que o profissional egresso seja “capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas e expressão”. Especificamente no CMI, a preocupação era com todo o desenvolvimento, pois havia uma equipe interdisciplinar. Mas o olhar do fisioterapeuta era sobre o movimento e, ou melhor sobre as crianças que eram atendidas e estavam apresentando ou poderiam apresentar problemas de movimento interferindo no seu desenvolvimento. Convém lembrar que a criança do período sensório-motor se desenvolve e interage impulsionada basicamente pelas sensações e movimentos.

desenvolvimento de acordo com suas possibilidades individuais. Os processos de exclusão são mecanismos da microfísica do poder (enclausuramento, exercícios...) que se exercem sobre estes corpos infantis, muitas vezes reforçando seus problemas, estigmatizando-os e segregando-os.

Os processos de inclusão como são aqui abordados, se caracterizam pelo respeito à criança – pessoa humana; reconhecem seus direitos como cidadãos e contribuem para viabilizá-los; favorecem o convívio/interação social com situações que desafiam a aprendizagem idiossincrática, promovendo o desenvolvimento humano e maior qualidade de vida.

1.1 PROPONDO A METODOLOGIA

Na verdade, os meus dias não são meus, os dias de cada um são seus - são nossos, porque sob os meus dias, sob os dias de cada um, está a história de todos, e é por isso que assumir a subjetividade e fazer da própria vida objeto de pesquisa é uma forma - não convencional? - de colaborar na construção do conhecimento histórico e educacional. (SOARES, M., 1992, p. 128)

Recorremos a Magda Soares para justificar a escolha de investigar os processos de exclusão/inclusão a partir da experiência do Centro Materno-Infantil para a Tese de Doutorado. A experiência do CMI, que foi vivida com muita intensidade, traz elementos que contribuem para uma reflexão crítica da prática com crianças de 0 a 3 anos com problemas de desenvolvimento, que se pretendia inclusiva. Também propunha uma formação em serviço diferenciada para acadêmicos e profissionais envolvidos na experiência no sentido de capacitá-los melhor para uma prática inclusiva, uma vez que integrou ensino/pesquisa/extensão em contato com a realidade social, no trabalho direto com as crianças e suas famílias e na ação/reflexão conjunta de profissionais das várias áreas.

A Universidade brasileira tem uma responsabilidade social muito grande. Longe de solucionar todos os problemas sociais, econômicos e políticos do país, ela pode, no entanto, contribuir com ações de ensino, pesquisa e extensão para minimizá-los. Se a pesquisa é defendida como prática social reflexiva, onde se lança um olhar crítico sobre a realidade de forma a contribuir com a sociedade, a Universidade necessita lançar mão da pesquisa para formar o profissional lúcido, ético, solidário, competente, comprometido com a emancipação individual e

coletiva. A formação profissional deve, portanto, incluir a pesquisa enquanto instrumento de compreensão e transformação da realidade de tal modo que o profissional incorpore a necessidade de observar, registrar, sistematizar, analisar os dados observados/registrados (em relação à criança, família, terapia...), confrontando-os com o suporte teórico do qual dispõe. Esta atitude de investigação sobre a prática/realidade é necessária para realimentar a ação, confirmando ou reelaborando-a, constituindo-se numa verdadeira práxis (ação-reflexão-ação), dando à intervenção na realidade um caráter mais sistemático, científico, eficiente.

O CMI nos proporcionou campo para trabalhar na perspectiva acima, com a característica de ser um processo de reflexão coletiva sobre um mesmo recorte da realidade, a criança e seu contexto, onde os diversos olhares possibilitavam aos interlocutores uma construção de conhecimento mais "descentrada" e menos compartimentalizada.

Nosso trabalho no CMI assumiu características de pesquisa qualitativa, de intervenção na realidade e tentou trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo profissionais diversos (fisioterapeutas, professores, pedagogos, enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos) no que tange à discussão sobre a validade de modalidades de pesquisa (quantitativa & qualitativa), da intervenção terapêutica (excludente & inclusiva), dos processos educativos, do contexto social e dos autores que fundamentavam as posições teórico-práticas.

No presente estudo, olhando a experiência e objeto de investigação com maior distanciamento, pretendemos sistematizar e analisar dados que ela nos forneceu, refletindo o trabalho no Centro Materno-Infantil, durante os anos de 1998 a 2001. Um olhar sobre o já realizado para produzir o novo. Como afirma Fazenda (1991, p. 161): "Rever o velho para torná-lo novo ou tornar novo o velho." Nesta dimensão, apresentamo-nos como sujeito e, ao mesmo tempo, como objeto da pesquisa, utilizando-nos tanto de registros pessoais e reconstruções, bem como dos registros dos outros (alunos, colegas) e de subsídios de teóricos que, na sua maioria, seguem uma abordagem sócio-histórica, usando autores já apontados anteriormente. Aparecerão, também, contribuições de outros interlocutores, na medida em que o objeto de estudo o exigir, mas que, no entanto, não comprometam a coerência do quadro teórico.

Dessa forma, buscamos nesta Tese de Doutorado o que Lucrecia Ferrara, ao apresentar a edição brasileira do livro de Umberto Eco, escreve sobre a tese:

[. . .] exacerba dinamicamente os contrastes e nos faz descobrir nova maneira de ler ou de ver o já visto ou lido. Peculiar originalidade lança-se mão dos dados para inventá-los: ganha-se a *precisão do pensamento* na verticalização de um tema que se restringe para

se tornar mais seguro, a *nuance da reflexão* que incorpora, sem falsa modéstia, o imprevisto, o insólito, o dissociado, a *capacidade dialética* que apreende as vozes que se dispersam na compreensão e/ou interpretação dos fenômenos. (ECO, 1996, p. xii, grifo do autor)

A proposta de refletir de forma mais sistematizada sobre a caminhada, buscando reconstruir os processos e as relações que configuraram a experiência de intervenção diária no CMI, permite analisar falas e ações de inclusão/exclusão na vasta trama de relações envolvendo crianças com problemas de desenvolvimento. Ou seja, queremos saber quais são as ações de exclusão/inclusão nas interações sociais envolvendo crianças de 0-3 anos com problemas de desenvolvimento presentes na experiência do CMI. Uma experiência que se propunha a construir uma formação do profissional fisioterapeuta a partir da constante reflexão e discussão coletiva da sua prática, respeitando as diferentes caminhadas. Numa visão interdisciplinar “[. . .] onde é necessário compreender e respeitar o modo de ser peculiar de cada um, respeitar também o caminho que cada indivíduo empreendeu na busca de sua autonomia; é necessário revelar a *identidade*, a *marca* teórica de cada um.” (FAZENDA, 2002, p. 68)

Os dados presentes nos registros vão contribuir no sentido de conhecer melhor o território, descrevendo o universo pesquisado. Essa característica descritiva com estudos de casos observacionais referencia, segundo Silva Triviños (1987, p. 35), “[. . .] uma categoria típica [. . .] de pesquisa qualitativa [. . .]” que é fundamental, como defende Fonseca (2000), quando se quer conhecer o contexto social do objeto pesquisado. Além dos registros de observações, gravações dos momentos terapêuticos e educativos, os relatos de trabalho no universo familiar das crianças também serão utilizados. Uma das preocupações que tínhamos enquanto professora/orientadora de pesquisa/ supervisora de estágio era suscitar o olhar atento dos acadêmicos às reações, falas, diferentes linguagens usadas pela criança e seus registros¹⁶ nos diários de campo.

A busca no CMI revelou o seguinte material: atas, relatórios, pastas das crianças atendidas, fichas, monografias de alunos, de profissionais, relatórios de pesquisa, relatórios de estágio, filmagens, fotos, livros de presença de alunos, livros de atendimentos prestados, livros de avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor. Fomos olhar no computador nossas anotações, escritos, palestras, aulas, relatórios... Mergulhamos na leitura de tudo isso. Ler e lembrar, recordar das tantas coisas feitas e não sistematizadas. Das quantas coisas que fizemos e que

¹⁶ O que registrar, quando, de que forma é um processo difícil, exigente, dinâmico e que não se aprende do dia para a noite. Por questões éticas, ao iniciar o tratamento, buscava-se o consentimento dos pais que assinavam um termo autorizando o uso de diversos registros como fotos, filmagens, falas (Anexo 1).

foram feitas em conjunto com outros¹⁷. Retornamos a Magda Soares para dizer que foi por isso que optamos por escrever sobre o trabalho no CMI, porque aqueles dias no CMI não foram de uma só pessoa, a história não é nossa individualmente, é nossa enquanto vontade/empenho coletivos e merece ser repensada, escrita, sistematizada. Essas reflexões/ações devem ser compartilhadas e socializadas, oferecendo subsídios, assim o esperamos, para avançarmos politicamente e de forma concreta no atendimento deste grupo social discriminado historicamente.

Neste trabalho vai aparecer um pouco do que fizemos, pesquisamos, ajudamos a construir (e o que deixamos de construir?!) enquanto docente de uma Universidade comunitária. Vai mostrar como repensamos o ensino, como estabelecemos nossas interações com crianças com problemas de desenvolvimento e com seus familiares, com acadêmicos, colegas profissionais da saúde e da educação.

Ao fazer esta opção de pesquisar o cotidiano profissional, aparecem dúvidas e dois sentimentos identificados por Fazenda: o *medo* e o *desejo* de

[. . .] enfrentar o desafio de revelar aspectos de sua prática nem a ele mesmo revelados; que seu trabalho há anos acumulado não tenha algo que seja suficientemente original, atraente ou apaixonante a si próprio e aos outros; enfim, de que a sua experiência vivida não passe de uma experiência comum, portanto, medíocre e vazia; [. . .] (FAZENDA, 1992, p. 82)

Ou ainda,

[. . .] o *medo* de não ter o problema plenamente delimitado no projeto de pesquisa inicial. Neste caso, é importante lembrar que o projeto primeiro acaba passando por inúmeras transformações, e vários pesquisadores só conseguem definir seu problema com maior clareza ao final da pesquisa. (FAZENDA, 1991, p. 17, grifo da autora)

Mas, driblando o medo, pensamos que os anos de prática, o desejo de avançar e a preocupação com o aprofundamento teórico estão ao nosso favor.

A construção do campo metodológico desta pesquisa passou por muitos caminhos. O trabalho de campo no CMI se baseou nos instrumentos dos estudos etnográficos, ou seja, na participação e transcrição do cotidiano, no contato direto e prolongado com as crianças no ambiente do CMI, nas entrevistas, no uso da documentação das ações, interações e sua análise,

¹⁷ A leitura fazia lembrar também, com tristeza, a não continuidade das ações implementadas e das tantas outras que havíamos idealizado, mas que, naquele contexto, não foi possível concretizar. Nas relações de força, há momentos em que é preciso avançar e outros onde devemos-nos conformar com pausas ou recuos estratégicos. Às vezes estas

mas não é um estudo de caso do tipo etnográfico¹⁸. Pensamos ser a análise de conteúdos uma técnica capaz de trabalhar os dados referentes ao nosso trabalho no CMI. Segundo Bardin (1995, p. 31,) trata-se de “[. . .] um conjunto de técnicas de análise das comunicações [. . .]”, construído através de um vai-e-vem contínuo e que tem que ser reinventada a cada momento.

Nas leituras dos materiais produzidos por nós, participantes, pudemos perceber que o trabalho que vínhamos desenvolvendo com relação às interações envolvendo crianças com problemas de desenvolvimento no Centro Materno Infantil, movido pela intuição, discussão e estudos, era uma proposta de inclusão. Uma proposta que deveria ser olhada de forma mais crítica, mais aprofundada. Um olhar que pudesse contribuir para refletir, tomar consciência do que estava acontecendo em termos de ações de exclusão/inclusão na nossa prática com as crianças. Nisto estava imbricado, a reflexão da prática formativa do fisioterapeuta. O difícil é fazer o que Bourdieu (1989, p. 32) salienta como sendo essencial “[. . .] para construir um objecto científico [. . .]”: romper com o “[. . .] senso comum [. . .]”, “[. . .] com crenças e práticas sedimentadas [. . .]”, mas é o que tentaremos fazer.

Na pesquisa qualitativa, uma questão metodológica importante é a que se refere ao fato de que não se pode insistir em procedimentos sistemáticos que possam ser previstos, em passos ou sucessões como uma escada em direção à generalização. Pode-se já visualizar que uma teorização dedutiva está excluída das análises qualitativas. (MARTINS, 1989, p. 58)

Nessa construção metodológica, durante a revisão de literatura e da leitura dos materiais que revelam os vários aspectos constitutivos da experiência¹⁹, verificamos não apenas dispositivos, ações, atitudes e falas que favoreciam a inclusão da criança (para que fosse aceita, respeitada, incluída na e pela comunidade humana com o direito de desenvolver-se e ter uma vida digna). Apareceram também mecanismos de exclusão. O desafio se constituirá em identificar, analisar, compreender aquilo que favorece ora a inclusão ora a exclusão. A partir do nosso referencial teórico elegemos então as seguintes categorias de análise: concepção de criança, interações sociais, relações de poder.

pausas são espaços/tempos de repensar/sistematizar e “transbordar” para outros espaços os saberes até ali elaborados.

¹⁸ Cf. FONSECA, C., 1999a.

¹⁹ Por exemplo: As relações de trabalho, a organização do espaço, a interação fisioterapeuta/criança...

Pensamos, assim como Noronha (1991, p. 143) que a pesquisa participante/intervenção só adquire de fato esse estatuto, ao superar o seu nível de imediatez ao conseguir empreender essa tarefa de ligar orgânica e metodologicamente o Cotidiano à História.

1.2 AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Ao longo dos estudos fomos construindo conceitos relativos à concepção de infância, às interações sociais e às relações de poder. Temos clareza de que estas categorias vão mostrar entrecruzamentos. Mas tentaremos apresentá-las de forma a esclarecer de onde parte o nosso olhar para investigar os fatores que contribuem nos processos de exclusão e inclusão de crianças de 0 a 3 anos que apresentam problemas no seu desenvolvimento.

Ao estabelecer as categorias apontando o corpo teórico do qual parte a nossa análise, queremos garantir o máximo de coerência no trabalho. No entanto, sabemos também que este tipo de construto teórico pode trazer limites.

As categorias formais e os conceitos das ciências humanas são indispensáveis para contar a história da vida humana no planeta, assim como os números são indispensáveis para contar. Contudo, mesmo reconhecendo a necessidade das categorias que fazem tabula rasa das diferenças para descrever a realidade, devemos também aceitar, com humildade, que muita coisa fica de fora, nessa operação de conhecimento. [. . .] Uma categoria funciona como um guarda-chuva: contém e destaca o objeto que descreve, mas também, sob a sombra protetora, por vezes esconde e dissolve aspectos seus, essenciais. (SOARES, L., 2005, p. 129)

1.2.1 Concepção de Criança

A reflexão sobre a concepção de criança ganha impulso com Áries que nos proporcionou “[. . .] a consciência de que aquilo que parecia um fenômeno natural e universal era afinal o resultado de uma construção paulatina das sociedades moderna e contemporânea.” (PINTO, 1997, p. 38). Neste sentido, compreendemos que as nossas concepções de infância têm raízes no universo teórico da modernidade e de estudos mais contemporâneos. As muitas transformações

no ver e pensar a criança pequena têm origem no conhecimento produzido nas áreas da medicina, psicologia, biologia e ciências sociais.

A concepção de criança por nós defendida aponta, sobretudo, a criança como um ser sócio-histórico-cultural (Vygotsky), pois ela se constitui nas relações sociais, interagindo com sua família e seu grupo social, com a cultura deste grupo social, influenciada por um certo tempo histórico. Ela aprende e se desenvolve a partir das influências sócio-histórico-culturais, de forma singular, com suas características biológicas, psicológicas, construindo sua própria história. A categoria “criança”, enquanto universal abstrato que pretende abrigar qualquer criança, de qualquer lugar, tempo histórico, classe social, cultura, não dá conta de compreender e caracterizar as crianças concretas com as quais nos defrontamos, pois existem realidades muito diversas neste universo designado “criança”.

A criança é uma pessoa humana com características etárias específicas, cidadã, que precisa ser respeitada em suas dimensões (física/biológica/psicológica/sócio-cultural/espiritual), independentemente da classe social, etnia, gênero e demais diferenças. Ainda é preciso considerar o que os estudos da neurociência e da epistemologia têm afirmado: todas as crianças são capazes de aprendizagem. Essa premissa, quando falamos da criança de 0 a 3 anos com problemas de desenvolvimento, é muito importante. Problemas de ordem biológica, tais como uma lesão do sistema nervoso central, podem interferir nos processos de aprendizagem e desenvolvimento, mas não anulam a capacidade de aprender e desenvolver-se. Poderão exigir uma mediação capaz de perceber os mecanismos que vão favorecer as suas interações com o mundo, pois há necessidade de considerar a dimensão social da aprendizagem.

Neste sentido, a questão da plasticidade do cérebro, defendida por Wallon, Luria e Vygotski, e que as pesquisas atuais vêm desvendando (como ocorrem as atividades cerebrais, sua dinâmica e suas potencialidades), fornece embasamento importante para a necessidade da ação mediadora nas aprendizagens de crianças com problemas de desenvolvimento. Os recentes estudos, mostrando a atividade cerebral do sujeito nas suas interações com o meio, são, a nosso ver, uma revolução no sentido de integrar o que Wallon defendia com relação ao ato motor e suas relações com a emoção. Ou seja, dependendo das intencionalidades do sujeito, das suas singularidades motoras, psicológicas, afetivas, sociais, diferentes áreas estarão sendo usadas nos diferentes momentos de interação.

Devemos considerar que, nos primeiros três anos de vida, período em que a criança necessita do outro para quase tudo e quando ocorre também o maior número de conexões interneuronais, é fundamental que ela tenha o direito de exercitar suas capacidades e, principalmente, suas potencialidades de desenvolvimento pleno. Nessa perspectiva, o brincar e o participar das atividades culturais e sociais que consideram as especificidades da criança, vivenciar os momentos familiares e da creche, desafiadores e ricos em significados para a criança, em que há ênfase no fazer prazeroso, criativo, podem marcar a diferença para a emancipação e qualidade de vida presente e futura.

1.2.2 As Interações Sociais

Estabelecer as interações sociais como categoria nos faz pensar que a importância delas com relação à criança aparece desde o momento em que a infância é descoberta na modernidade. Há uma preocupação a partir dali, do lugar onde fica a criança, com quem, o que faz. Temos mudanças com relação às possibilidades de interações sociais permitidas, oferecidas, interditadas, reguladas... vividas pelas crianças nas diferentes épocas históricas e nas diferentes culturas. Ou seja, vai-se afirmando a consciência de que as interações interferem no desenvolvimento da criança, com relação à sua vida.

Com as teorias sócio-históricas, compreendeu-se que os processos de aprendizagem e desenvolvimento se dão a partir das interações sociais da criança (criança e os objetos construídos e selecionados, oferecidos pelos adultos, criança e adultos, crianças e crianças) com o mundo exterior, através das quais os signos da cultura vão sendo apropriados. Ou seja, as relações homem-mundo são mediadas por sistemas simbólicos, dentre os quais a linguagem é o mais importante. É através da interação verbal adulto-criança que esta vai assimilando a linguagem e a cultura de seu grupo. Além disso, a sociologia da infância vem propondo “as

culturas da infância”. Conhecer, pensar a cultura da infância a partir das representações, compreensões e simbolizações infantis, nas suas interações com seus pares e das crianças com os adultos.

A psicologia da infância, a psicanálise e a filosofia nos alertam que todas as formas de interação vividas pela criança deixam marcas, aconteçam elas na família, na escola, na terapêutica ou em praças, parques, nas brincadeiras e/ou nas atividades ligadas à alimentação, higiene. Marcas de opressão, emancipação, liberdade, respeito.

Nas interações que se estabelecem nos momentos terapêuticos e pedagógicos, é preciso considerar que a criança de 0 a 3 anos, com problemas de desenvolvimento, é “olhada” de forma singular pelos profissionais. O olhar depende do lugar social que o sujeito ocupa, de sua visão de mundo, de suas experiências e seu conhecimento. Depende desse olhar, em grande parte, a qualidade da atenção prestada pelo adulto.

Com relação à importância das interações dialógicas entre a criança e adultos, é preciso compreender a necessidade de falar com a criança, de incluí-la nas conversações, de fazer dela um interlocutor. Bakhtin, ao referir-se às enunciações e suas réplicas, afirma que “[. . .] quanto mais numerosas e substanciais forem, mais profunda e real a nossa compreensão [. . .] compreender é opor à palavra do locutor uma contrapalavra.” (BAKHTIN, 1986, p. 132).

Nesse sentido, defender a interlocução do adulto com a criança é defender que é através da palavra que o adulto aponta o mundo para a criança, que estabelece uma ponte com a criança. Aspecto básico se pensarmos nos processos de aprendizagem, pois o adulto, assim como as outras crianças, contribuem para que a criança, através dessa mediação, desenvolva seu potencial de aprendizagem.

A zona de desenvolvimento proximal [. . .] é a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de seu desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes. (VYGOTSKY, 2000, p. 112)

A aprendizagem é sempre social, requer a participação dos outros, seja através do ambiente socialmente organizado no qual o indivíduo mergulha desde seu nascimento, seja através da mediação verbal e não-verbal de outros sujeitos. De forma que, quando o adulto faz algo para a criança, ou quando faz junto com a criança, ele está potencializando sua capacidade de aprendizagem, além de apresentar os sistemas simbólicos da sua cultura.

Nessa perspectiva, na formação dos profissionais, é preciso oportunizar a interlocução com teorias, como também a interação com crianças, pais e profissionais numa práxis de ação/reflexão em que possa confrontar seus conceitos, estereótipos, experiências com os conhecimentos/ experiências/ ações de outros. Uma formação que permita que o futuro profissional tome consciência da responsabilidade que terá na forma de acolher/cuidar/relacionar-se com a criança, de preparar o ambiente e as situações que permitam interações prazerosas e emancipatórias para essas crianças.

A construção do conhecimento do profissional para trabalhar com a criança de 0 a 3 anos com problemas de desenvolvimento vai exigir uma interlocução entre os diversos saberes e com os demais profissionais. Dessa modo, sua formação deve prever tais oportunidades desde o início do curso, seja nas discussões coletivas entre os profissionais de áreas afins, seja com as diferentes instituições envolvidas. Nestas interações devem prevalecer relações que promovam tanto a emancipação da criança, como do acadêmico, do profissional, dos pais, do professor.

1.2.3 Relações de Poder

Quando pensamos a criança nos seus primeiros anos de vida, com problemas de desenvolvimento, e nas suas interações com adultos, pais, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, educadores, instituições, Estado, as relações de poder aparecem em diferentes perspectivas e dimensões.

O modo de vida das crianças pequenas está diretamente influenciado pelo modo de vida de seus pais, pela sociedade à qual pertencem, por sua cultura e etnia, pela economia do seu país, níveis de desemprego, relações de trabalho, sistemas de saúde e educação, políticas públicas, relações de consumo e, conseqüentemente, pelas relações de poder instaladas em cada uma destas instâncias.

Os índices de mortalidade infantil, bem como os índices de portadores de deficiência e de escolarização entre países desenvolvidos/ricos e países em desenvolvimento/pobres sinalizam que a situação da infância é diferente conforme a situação do país. As políticas para ela destinadas

estão relacionadas às exigências da globalização e do capital econômico. Pode ser que determinadas culturas vivam mais ou menos essas influências, mas fazem parte de um mundo onde o poder econômico estabelece as regras fundamentais.

Além de as relações de poder em nível macroeconômico influenciarem diretamente a vida das crianças, conforme a classificação do seu país (desenvolvido ou em desenvolvimento), as relações entre o poder público e a sociedade civil também são fatores determinantes na qualidade da atenção oferecida às crianças. No Brasil, o Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente foi criado em 1990 e foi percebido como uma grande conquista, uma vez que assegura um sistema participativo da sociedade civil na elaboração e fiscalização das políticas públicas para a criança e o adolescente a partir dos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e Adolescente, além dos demais Conselhos: Educação, Saúde, Assistência e Habitação. Este foi um grande avanço para fortalecer o poder da sociedade civil no sentido de interferir com relação às verbas destinadas para crianças e adolescentes no orçamento dos municípios.

Apesar de significar a possibilidade de controle social do gasto público, ainda existem municípios onde os conselhos não foram criados e aqueles onde, mesmo funcionando, têm dificuldades em participar efetivamente na condução das políticas públicas. Por exemplo, o orçamento público não obriga que o governo municipal, estadual ou da União aplique todas as verbas naquilo que foi estabelecido no orçamento. A Lei de Responsabilidade Fiscal não exige que os governantes (prefeitos, governadores, presidente) divulguem para a sociedade civil como foram usados os recursos. Eles prestam conta somente para o Legislativo. Nesse sentido, os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente têm ajudado a garantir os direitos estabelecidos em lei, apesar de enfrentar problemas de funcionamento pelas próprias limitações da sociedade civil em se organizar para impedir ou dificultar algumas manobras que obstaculizam a fiscalização das políticas públicas para a infância.

No entanto, os mecanismos de poder não são tão simples assim de serem identificados e controlados, uma vez que

[. . .] esse poder [. . .] não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição, aos que 'não têm'; ele os investe, passa por eles e através deles; apóia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apóiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança. (FOUCAULT, 2000, p. 26)

Essa situação não diverge muito, quando passamos a refletir sobre as relações de poder envolvidas na produção e no uso do conhecimento. O saber como produtor de verdade. Foucault

(2000, p. 27) afirma que “[. . .] temos que admitir que o poder produz saber [. . .]; que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.”

As crianças que nascem com problemas de desenvolvimento e seus pais defrontam-se desde logo com o saber-poder dos profissionais da saúde em cuja hierarquia se destaca a autoridade médica. Especificamente falando das práticas fisioterapêuticas, encontramos, pela nossa “de-formação”, uma preocupação em disciplinar os corpos, de modelar, de arrumar. É muito comum ver fisioterapeutas invadindo, manipulando a criança, como se aquele corpo fosse um objeto, uma coisa e não alguém. São mecanismos da microfísica do poder que se exercem sobre estes corpos infantis, muitas vezes reforçando seus problemas, estigmatizando, sujeitando e excluindo-os.

Da mesma forma, nas demais relações estabelecidas entre adultos e crianças, aparecem diversas formas de disciplinamento dos corpos infantis, objetivando sua submissão e o controle da sua liberdade.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Partindo do pressuposto de que, para sua melhor compreensão, há necessidade de situar o objeto de estudo historicamente e em suas relações com a sociedade envolvente, procederemos, a seguir, à sua contextualização.

2.1 A PERSPECTIVA SÓCIO-HISTÓRICA DA INFÂNCIA E DA DEFICIÊNCIA

A preocupação em resgatar as concepções de infância e os processos terapêuticos e educativos utilizados desde a Idade Média até os dias de hoje vêm ao encontro da idéia de que, nas nossas concepções de criança, trazemos muito do que a nossa sociedade ocidental, no seu processo histórico, elaborou e defendeu com relação à infância. Da mesma forma, as ações que julgamos hoje de exclusão/inclusão também são construídas no ambiente de determinadas culturas e por sujeitos influenciados por essas culturas, no decorrer da História.

Não defendemos uma linearidade das representações e/ou dos processos educativos e terapêuticos, ou seja, que, no passado, atrocidades eram realizadas e que, nos tempos contemporâneos, todas as formas de abandono, violência e exclusão foram identificadas e combatidas. Pelo contrário, concordamos com Sarmiento que as condições de existência das crianças são tão ou mais complexas hoje do que anteriormente:

Apesar de todos os progressos, as condições de existência das crianças não são mais fáceis hoje. Ao contrário, são mais complexas. Não é maior a autonomia que lhes é atribuída, é mais dissimulado o controle que sobre elas é exercido; não é mais seguro o caminho do desenvolvimento, são mais inquietantes e turbulentos os contextos de existência; não são mais igualitárias as oportunidades de vida, são até perversamente mais desigualitárias; não é mais claro o sentido das relações intergeracionais, ele é mais amplamente jogado entre a horizontalidade de um respeito atento às diferenças e a assimetria de poderes de participação e decisão coletiva. (SARMENTO, 2005, p. 14)

2.1.1 Desde Cedo se Torce o Pepino

O dito popular acima, que enfoca a modelagem precoce da criança, ainda em uso hoje, tem suas raízes em tempos longínquos. A história da infância nos mostra que o cuidado com relação à infância nasce junto com o sentimento de infância da modernidade. A concepção de criança que, devido a suas características etárias, deve ser cuidada, ensinada, acompanhada, protegida, controlada, vigiada é uma contingência da política social e econômica vivida na modernidade. Era preciso institucionalizar as crianças largadas, pobres, doentes, deficientes e, ao mesmo tempo, garantir que as crianças de “linhagem” aprendessem os “bons” ofícios e hábitos. Institucionalizam-se também tanto a atenção e os cuidados especiais dos adultos pelas crianças, quanto a legitimação e diversificação das formas de exercitar o poder sobre a criança. A preocupação em educar as crianças para essa nova sociedade que se estabelecia com a Revolução Francesa, fundamentou-se no pensamento liberal.

Então, toda essa trajetória de concepção de infância e educação, da dicotomia do certo e do errado, do bom e do mau, proveniente dos gregos; a razão exacerbada do conhecimento moderno, onde tudo deve ser medido e quantificado, opondo-se à metafísica da Idade Média; a criança natural e inocente de Rousseau, que devia ser preservada das influências da sociedade; as diferentes rotinas de organização das atividades dos Kindergarten de Froebel; a preocupação higienista; as influências da psicologia e da psicanálise foram compondo concepções que aparecem também no universo simbólico e nas atitudes do profissional fisioterapeuta e do pedagogo em formação hoje, por mais que não tenham consciência das raízes de suas representações e práticas.

Ciente de que as concepções e os modelos de ação existentes podem e devem ser repensados, propomo-nos a resgatar alguns discursos e práticas em relação à criança pequena de forma a compreender as muitas infâncias, as muitas concepções de criança construídas nos diferentes tempos e espaços sócio-histórico-culturais .

As construções são em si produzidas nos limites dos discursos dominantes, os quais estão localizados no projeto da modernidade, e que nós, como pais, profissionais, pesquisadores ou políticos, incorporamos. Conforme nossa perspectiva, os discursos

dominantes, à medida que são incorporados, influenciam todo o ‘panorama da infância’ - as relações entre crianças e os pedagogos, entre elas mesmas e a organização das instituições pedagógicas dedicadas à primeira infância. Além disso, há influências no modo como as instituições são organizadas e projetadas no tempo e no espaço e no tipo de significado que lhes atribuímos. (DAHLBERG; MOSS; PENCE, 2003, p. 64)

Assim sendo, cabe lembrar que a criança europeia da Idade Média, descrita por Ariès (1981) como um adulto incompleto, passa a ser parificada entre os séculos XV e XVII, representando o anjo ou o boneco, brinquedo do adulto, até chegar à representação do adulto em construção, que exigirá, na modernidade, uma preocupação de tutela e de educação.

Do período que vai do Feudalismo à Renascença, há registros mostrando que nasciam muitas crianças e somente algumas sobreviviam. Ariès (1981, p. 156), nos seus estudos sobre a infância e a família, traz um diálogo entre uma mãe de cinco crianças que acabara de parir e sua vizinha: “[. . .] antes que eles possam te causar muitos problemas, tu terás perdido a metade, e quem sabe todos [. . .]”, ou ainda as palavras de Montaigne: “Perdi dois ou três filhos pequenos, não sem tristeza, mas sem desespero”²⁰. Para o autor, essa indiferença era uma consequência direta e inevitável da demografia da época. Ariès enfatiza que na sociedade medieval não havia a consciência da particularidade infantil, da criança diferente do adulto. A criança vivia e convivía no mundo dos adultos. Conforme Redin,

[. . .] a família até o século XVIII era um espaço aberto onde tinham livre trânsito pais, filhos, criados, servidores ou empregados, amigos e protegidos e mais os visitantes... [. . .] era a ‘casa grande’ que desempenhava uma função pública e onde a criança não tinha garantida nenhuma consideração especial [. . .], [mas eram] numerosas e densas relações sociais. As pessoas e especialmente as crianças viviam em promiscuidade [. . .] (REDIN, 1998, p. 14-20)

Se essa forma de inclusão da criança na convivência do adulto apresenta, por um lado, desvantagens por ela não receber os cuidados específicos dos quais necessita, por outro, os múltiplos intercâmbios que sua inserção nessas relações sociais oferecia, por certo, eram fator de aprendizagens diversificadas.

2.1.2 Enfaixar Para não Entortar

Assim como o corpo dos bebês deveria ser enfaixado para que não se deformasse, as mentes infantis e adultas deveriam ser submetidas a moldes e controles a fim de livrá-las de crenças e hábitos pagãos e submetê-las ao poder quase absoluto da Igreja.

A Idade Média se caracterizou pela ascensão do cristianismo no ocidente e isso fez com que a Igreja Católica criasse estratégias de domínio de corpos e almas dos fiéis, através de exercícios de penitência e confissão, entre outros. Além de fortalecer o espírito e a moral dos adultos, era preciso olhar pelas crianças e jovens, pois, como defendia Santo Agostinho no séc. IV e V, a criança era má, portadora de maldade inata e necessitava de disciplina moral e física constante.

A preocupação em controlar os corpos era uma das justificativas para o uso do enfaixamento corporal. A prática de enfaixar partes do corpo da criança já aparecia, segundo Corazza (2000), nos romanos. Três razões justificavam o uso do enfaixamento: garantir uma postura humana, impedir movimentos descontrolados²¹ e proteção ao clima frio. Devido ao desconhecimento das etapas do desenvolvimento neuropsicológico dos bebês, o enfaixamento era usado para garantir o corpo alinhado.

[. . .] (as crianças) devem ser cingidas e postas em um lugar com suavidade, sem se curvarem nem se dobrarem... Ponde os braços junto aos lados, que cresçam retos... Aos quatro meses, deixai soltos os braços, mas continuai enfaixando o peito, o ventre e os pés durante um ano para protegê-las do ar frio, até a criança tornar-se mais vigorosa. (LEVIN, 1995, p. 230)

As pernas “tortas” do recém-nascido poderiam significar um adulto “torto”. Isso assustava. Não se sabia que a postura assimétrica e fletida da criança fazia parte do seu desenvolvimento. O desconhecimento trazia certo medo, estranhamento. A princípio, a ciência metafísica da época justificava o uso do enfaixamento, tanto que as orientações de Bartolomeu Anglins por volta de 1230 eram:

E por sua fraqueza as pernas da criança podem facilmente logo entortar-se e curvar-se e tomar diversas formas. E por isso os membros e as pernas das crianças são submetidos

²⁰ Situação semelhante ainda encontramos, por exemplo, no nordeste brasileiro, onde famílias vêem o enterro de seus “anjinhos” como uma fatalidade à qual se submetem com pesar.

²¹ Os movimentos reflexos do recém nascido, bem como sua postura flexora, são respostas da imaturidade do sistema nervoso, ou seja, as áreas medulobulbares comandam seus movimentos. No entanto não se tinha este conhecimento. Percebia-se que os movimentos dos membros de adultos “aleijados”, “tortos” eram muito semelhantes a estes. Imagina-se que seja dali a preocupação em manter as pernas, braços, tronco precocemente “endireitados” e impedidos de realizarem estes movimentos involuntários.

²² Jackson, neurologista, defendia a Teoria Hierárquica do Sistema Nervoso (1840-1870).

por bandas e outras travas ordenadas, para que não torçam nem se deformem [. . .] (LEVIN, 1995, p. 222).

Com Jackson²²(1835-1911) a ciência, através da neurologia, explica as condutas motoras dos centros inferiores do Sistema Nervoso Central no início da vida da criança. Os estudos de Sechenov (1829-1905) ampliam e aprofundam a concepção dos reflexos e “[. . .] especificam como os atos motores estão regulados pelos níveis superiores cerebrais e variam de acordo com o estado de inibição ou excitação [. . .]” (LEVIN, 1995, p. 33)

2.1.3 Espaços Especializados Para a Deficiência

É na modernidade que surge, como solução do problema dos deficientes, a sua institucionalização. Criaram-se espaços especializados para que as crianças aí reclusas fossem educadas e treinadas. Locke era um dos defensores da capacidade de educabilidade dos deficientes, desde que em instituições especiais. Segundo Ceccim (1997, p. 29), cria-se a mentalidade de que “[. . .] a tarefa de cuidar da pessoa com DM é ingrata e dispendiosa, prejudica a família e o poder público, mas estas criança/seres humanos não podem ser mais abandonados à exposição.”

Conforme Foucault (1979, p. 101), o hospital, na sua origem (séc. XVIII), era o local “[. . .] onde a pobreza era acolhida e disciplinada e as anomalias humanas administradas [. . .]”. Geralmente seus atendentes eram religiosos e/ou caridosos, pois a instituição exercia “[. . .] função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.” (FOUCAULT, 1989, p. 101)

Era preciso criar um lugar para as crianças abandonadas, principalmente as meninas, os filhos bastardos, os deficientes. Com esse intuito foram criados asilos, creches, instituições religiosas responsáveis pela guarda dessas crianças. A Roda²³ foi um mecanismo que, de alguma

²³ A roda era um cilindro de madeira embutido na parede que girava permitindo que crianças fossem colocadas neste cilindro, do lado de fora da casa, sem que as pessoas fossem identificadas. Depois de colocada no cilindro este era girado e as pessoas que trabalhavam na “Casa dos Expostos” recolhiam a criança. Os registros mostram que o Hospital do Santo Espírito, na Itália, em 1198, foi o primeiro a utilizar a Roda para a recepção dos expostos, segundo Corazza (2000, p. 60-114).

forma, resguardava a mãe e as famílias que não queriam a criança e, ao mesmo tempo, significava uma possibilidade de vida para as crianças enjeitadas. A Roda, no Brasil, foi aberta em 1726 em Salvador; em 1738 no Rio de Janeiro e, nos finais do séc. XVIII, em Recife.

No entanto, é interessante resgatar os estudos de Pessotti (1984), pois ele sinaliza que todas as crianças com deficiência mental eram levadas para essas instituições, uma vez que, na concepção da época, não tinham possibilidade de cura e/ou de socialização. Com os estudos do médico Itard, em 1797, realizados a partir do menino selvagem, Victor, surgiu a necessidade de intervenção comportamental e que exigia uma avaliação mais criteriosa para estabelecer a cura ou não da deficiência mental. No entanto, não é a visão de Itard que prevalece e sim aquela que reforça a deficiência como sendo algo incurável, irreversível, herdada. Cabe salientar que, neste período, a questão da deficiência tinha uma abordagem médica e não educativa. Com a ciência da modernidade, o deficiente deixa de ser orientado pelas deliberações metafísicas e passa a ser acompanhado e a receber influência das concepções médicas, conforme Ceccim (1997).

Com a descoberta da infância na modernidade (Locke, Rosseau entre outros), a família começou a se organizar em torno da criança, o que se evidencia no aparecimento dos retratos de família. A razão passa a ser a diretriz na educação dos filhos, por isso os instintos primários devem ser reprimidos, uma vez que o corpo da criança pertence a sua linhagem e, se necessário, deve ser adestrado e vigiado, segundo Foucault (2000). Por outro lado, era preciso afastar da sociedade as influências negativas de comportamentos impróprios das pessoas deficientes.

A institucionalização da deficiência e a preocupação em criar espaços separados para esses sujeitos considerados anormais são reforçadas pelos estudos de Binet no começo do século XX, que apresentam a criança débil como uma criança cuja idade mental não corresponde à idade cronológica. Essa visão repercute até os dias de hoje, justificando a impossibilidade ou dificuldade da criança, independentemente do tipo de deficiência, de avançar no processo de escolarização para séries mais avançadas. Essa representação da deficiência, que determina uma idade mental inferior à cronológica, está muito presente nos discursos dos profissionais da educação.

2.1.4 Outros Olhares Sobre a Criança com Deficiência

A escola, com uma visão moderna e racional do conhecimento, ocupa o papel de educar. Paradoxalmente, em meio às segregações históricas, a ciência e suas especialidades, a filosofia, a genética, a neurologia, a psicologia, a pedagogia, a medicina, além da arte foram contribuindo na qualidade das relações estabelecidas com as crianças. Isso não significa dizer que as proposições positivistas iniciais da psicologia não tiveram que ser combatidas. Assim, cabe lembrar o empenho de Wallon em defender que o desenvolvimento humano é social e que, por isso, a criança deveria ser estudada dentro do seu contexto social; Vygotsky, por sua vez, critica a psicologia de Pavlov e, mais tarde, junto com Luria e Leontiev, propõe as bases da abordagem histórico-cultural. Vygotsky, nos seus estudos sobre a defectologia, resgata a importância de perguntar pelo sujeito, pela criança e não por sua deficiência.

Para a educação da criança mentalmente retrasada é importante conhecer como se desenvolve, não é importante a insuficiência em si, a carência, o déficit, o defeito em si, mas a reação que nasce na personalidade da criança durante o processo de desenvolvimento, em resposta à dificuldade com que tropeça e que deriva desta insuficiência. A criança mentalmente atrasada não está constituída só de defeitos e carências, seu organismo se reestrutura como um todo único. Sua personalidade vai sendo equilibrada como um todo vai sendo compensada pelos processos de desenvolvimento da criança. (VYGOTSKY, 1997, v. 5, p. 134)

Apesar do enfoque médico nos aspectos do desenvolvimento, pode-se dizer que a psicanálise também teve uma contribuição significativa, pois trouxe uma alternativa e se opôs ao controle dos corpos sujeitados, desempenhando um papel libertador. (FOUCAULT, 1989) Ela exige que se pergunte pelo sujeito do desejo, ela focaliza a necessidade do Outro que deseja e que o faz crescer, desenvolver, viver.

A inclusão da psicanálise no campo psicomotor produz como efeito outra forma de compreender uma criança [. . .] onde o psico da motricidade não está dado pelos hábitos, memória, padrões de conduta, afetos, fusões, sensibilidade, percepção, entre outros, e sim constituído e instalado desde o lugar do Outro, lugar da linguagem, do significante. (LEVIN, 1995, p. 15)

Os diversos olhares com relação à criança com deficiência favoreceram uma visão mais humana e ampla da mesma. No entanto, apesar de os avanços das ciências contribuírem para qualificar as interações vividas pelas crianças com problemas de desenvolvimento, eles não conseguiram mudar o quadro de segregação/exclusão vivido por elas.

Esses avanços [. . .] não foram suficientes para a libertação da deficiência de sua marca metafísica de maldição ou castigo do céu, nem do fatalismo clínico da hereditariedade inevitável, nem da segregação para a educação especial, além de essas pessoas, do ponto de vista sensorial e motivacional, serem tratadas como se todas fossem iguais e imutáveis. Não há oferta de emprego, não há captação das competências dessa mão-de-obra pelo mercado de trabalho, não há trânsito social nas instituições básicas da cidadania como saúde e educação. Ainda se pensa que a formação de professores deva ser específica (especializada) em pedagogia especial e que estes professores devam ser remunerados com gratificação especial por sua ocupação com pessoas que apresentam deficiências. (CECCIM, 1997, p. 40)

2.1.5 Concepções em Transformação

Pensamos que essas concepções de criança e deficiência são construções sociais, históricas, culturais e, por isso, não podem ser compreendidas como processos de mudança rápidos, simples, lineares. Assim, é possível encontrar convivendo, num mesmo espaço/tempo, concepções e práticas “medievais” com outras embasadas nos mais recentes avanços da ciência. Soares nos alerta que, além de as pessoas temerem as transformações, porque isso significa que uma parte de nós morre, o processo de transformação é muito mais complexo do que se possa imaginar, pois envolve o coletivo.

Há, portanto, um conluio da coletividade, uma espécie de surda conspiração contra a mudança, ainda que esta seja desejada pelas instituições e pela comunidade diretamente envolvidas no processo. Também aqui funciona um sistema: quando alguém é mau, outros são bons; se um é louco, outros são saudáveis; se alguém tem problemas, outros não têm. Além disso, quando uma criança apresenta deficiências – e com ela, por extensão, sua família-, muitas outras famílias são redimidas de culpas e pecados, e podem celebrar seu sucesso, assim como todo um conjunto de profissionais e suas funções se valorizam. Só haverá vitoriosos se houver perdedores. Se ninguém ocupar esta última posição, será preciso atribuí-la a alguém, mesmo que ao preço da artificialidade e da crueldade. A conseqüência mais grave é a crença que se instala no espírito da criança acusada de que ela é, efetiva e essencialmente, assim... Daí em diante, a tendência será a confirmação do prognóstico. A profecia tenderá a se autocumprir. (SOARES, L., 2005, p. 102)

No entanto, houve uma significativa evolução da concepção da criança e da deficiência²⁴. Hoje, temos garantias e avanços em lei significativos com relação à sua escolarização, bem como o de sujeito de direitos. Temos clareza de que esses avanços em termos de concepção da criança e da deficiência estão começando a se ampliar, mas não podem ser vistos como garantidos e aceitos em suas mudanças por toda a sociedade, como Soares alerta. Sabemos que muitos dos direitos estabelecidos para a criança ainda não foram concretizados, mas é preciso considerar que eles existem.

2.2 FISIOTERAPIA – RETROSPECTIVA HISTÓRICA

Ao buscar a trajetória histórica da Fisioterapia, vamos encontrar com a filosofia, a sociologia, a antropologia, a cinesiologia, a hidrostática, a psicologia, a psicomotricidade, a eletroterapia, entre outras. Os estudos de Rebelatto e Botomé (1987) fizeram uma interessante retrospectiva de como a Fisioterapia foi sendo concebida e exercida no decorrer da história. Houve, por parte dos autores, uma preocupação em contextualizar cada um dos períodos em termos de estrutura da sociedade, relações econômicas e políticas.

Eles analisam a Fisioterapia a partir de seis momentos diferenciados: Antiguidade, Idade Média, Renascimento, Final do Renascimento, Industrialização e final do século XX. Entre as muitas contribuições desses autores, pretendemos resgatar aqueles aspectos que nos parecem importantes para compreender como foram se construindo as práticas fisioterapêuticas com relação à criança e seu corpo.

²⁴ Remetemos à concepção de criança delineada nas categorias de análise, p. 33 deste trabalho.

Na Antiguidade, os relatos parecem sugerir que a eletroterapia (choques com um peixe elétrico) e os movimentos através de exercícios eram utilizados para a terapia das morbidades, deformidades e “diferenças incômodas”. A preocupação no uso dos recursos físicos parecia estar ligada ao combate à doença e suas decorrências. Aristóteles (384-322 a.C.), filósofo grego preocupado com os processos naturais, foi o primeiro a descrever a marcha, as ações dos músculos, os movimentos de rotação e translação (RASCH; BURKE, 1977). Arquimedes (287-212 a.C.) determinou os princípios hidrostáticos bem como o sistema de alavancas. Com Galeno (131-201 d.C.), houve uma série de avanços com relação ao movimento: diferenciou músculos agonistas e antagonistas, nervos motores de sensitivos; descreveu o tônus e “[. . .] ensinava que a contração muscular resultava da passagem de ‘espíritos animais’ do cérebro, através dos nervos, até os músculos.” (RASCH; BURKE, 1986, p. 2)

Na Idade Média, o saber e o poder pertenciam ao clero, de forma que podemos afirmar que prevalecia o conhecimento metafísico, sendo objetivo da Igreja Católica controlar corpos e almas dos cristãos. Os estudos sobre o corpo, movimentos e massagens não tiveram avanços. A ênfase passa a ser em relação à alma, ao espírito. Todas as preocupações com o corpo, com o toque das mãos, com as sensações foram práticas abolidas.

Mas, a partir do colapso do regime feudal, há um movimento da intelectualidade no sentido de resgatar a arte e, ao mesmo tempo, garantir a prevalência da objetividade e da racionalidade sobre a metafísica, o avanço nas ciências. A partir de Galileu, Descartes e Newton, a ciência passa a exigir que tudo seja medido, quantificado, calculado. Francis Bacon propõe o método de investigação científica baseado na matemática. Com o Renascimento, volta a preocupação com o corpo saudável, com o belo. Leonardo Da Vinci, artista/investigador/inventor de talentos múltiplos, que alia a arte aos conhecimentos da matemática, anatomia, biologia, mecânica, entre outros, contribui substancialmente nos estudos sobre o movimento do corpo humano, sua marcha, centro de gravidade.

A influência de Descartes e a racionalidade das ciências levam à representação do corpo como objeto, separado do corpo espiritual e do corpo do conhecimento. É criado o tratado *Ortopedia ou Arte de Prevenir e Corrigir nas Crianças as Deformidades do Corpo*. No entanto, em meio aos avanços da ciência racional, a sociedade foi-se transformando e desencadearam-se as revoluções religiosas como a Reforma Protestante e a dos livre-pensadores da Revolução Francesa. O pensamento moderno se fundamenta nos ideais de liberdade, igualdade e

fraternidade. No entanto, as promessas de igualdade não se cumpriram, uma vez que o desenvolvimento das formas produtivas excluiu a classe operária de seus benefícios e favoreceu a hegemonia da burguesia industrial. Essa nova sociedade burguesa precisava que a ciência lhe garantisse cidadãos trabalhadores dóceis, eficientes e sadios. Dessa forma, os saberes sobre o corpo biológico, sobre o corpo patológico, ligavam-se ao corpo político, como denuncia Foucault (2000, p. 25): “O corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o suplicam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais.”

Segundo Rebelatto e Botomé (2004), não interessava às classes dominantes estabelecer relações entre as doenças e o sistema sócio-econômico e político. As determinantes das patologias eram localizadas no próprio “indivíduo doente”.

Assim sendo, as estratégias para tratar a doença foram se transformando. Nesse período, surge a preocupação em institucionalizar os corpos doentes, criando os hospitais. Até o século XVIII, segundo Foucault, os hospitais serviam para assistir os pobres, inclusive com a fama de ser um morredouro. Mas, a partir desse período, retoma-se a preocupação na cura e reabilitação com a descoberta de novos métodos de tratamento e o hospital passa a ser o lugar do saber e das práticas médicas.

O conhecimento nas diferentes áreas segue desenvolvendo-se no final do século XIX e início do século XX: Jackson (1835-1870), com a questão do controle do movimento muscular pelo cérebro; mais tarde, Dupré (1909), com a definição da síndrome da debilidade motora, rompendo com a interdependência entre problemas psicomotores e neurológicos. Mas foi com Wallon que a prática psicomotora começou a romper com a dualidade corpo/alma de Descartes. Aliás, não foi somente a psicomotricidade que sofreu influência do seu pensamento, o mesmo ocorreu com a educação, com a psicologia e a terapia. Como Wallon relacionou o movimento ao afeto, às emoções, ao meio ambiente de forma recíproca, a psicomotricidade passa a não mais separar os aspectos motores dos cognitivos (da mente). A escola francesa influenciou a trajetória da psicomotricidade e as diversas formas de terapias envolvendo crianças. Rompendo com a dualidade corpo/mente, sua função consistia em reeducar; ao reeducador/ terapeuta, cabia consertar o corpo. Num segundo momento, percebe-se que a terapia se preocupa com o corpo em movimento, sendo ele um corpo emoção, que influencia o tônus, um corpo cognitivo e um corpo biológico inseparáveis, uma totalidade. Júlian Ajuriaguerra e mais tarde, Pierre Vayer, Jean Lê

Bouch, André Lapierre, Irene Lezine, Karel e Berta Bobath, contribuem para essa evolução, além da própria psicanálise. No Brasil, com formação pela escola francesa, Antônio Branco Lefèvre apresentou a primeira escala neuromotora para crianças brasileiras a partir de observações e uso dos recursos semiológicos da Neurologia e da Psicologia. Suas avaliações trazem as contribuições, dentre outros, dos estudos de Luria, Piaget e Bergès. A influência de Vygotsky no Brasil surge somente a partir da década de 80.

Nos anos 40-50, Berta e Karel Bobath, que se apóiam na neurofisiologia moderna, de modo a compreender que a postura e o movimento interagem de tal maneira que não podem ser separados, trazem avanços importantes com relação ao tônus. A partir desses estudos, criam um método amplamente utilizado pela Fisioterapia no Brasil: o Método Bobath, que objetiva facilitar os movimentos normais e inibir movimentos e posturas anormais a partir da regulação do tônus. Para isso são utilizados os “pontos chaves”, que são partes do corpo: cotovelo, ombros, quadril, entre outros, que garantem a inibição do tônus anormal e facilitam os movimentos normais do sujeito nas trocas de posturas, nas reações de equilíbrio, reações de proteção. O método tem sido utilizado na estimulação precoce, na terapia de crianças e adultos com paralisia cerebral ou com problemas neurológicos de origem central. Os princípios do método prevêm que se oportunizem informações proprioceptivas e esteroceptivas, tanto em nível automático como voluntário de movimentos normais, tentando suprimir padrões anormais.

2.2.1 Fisioterapia no Brasil

Se analisarmos a trajetória inicial da Fisioterapia no Brasil - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 1929 e década de 50 a 70 - perceberemos que sua identidade e representação partem e se mantêm por muito tempo na abordagem da reabilitação. O contexto histórico, econômico e as próprias políticas de saúde vividas pelo país na época apontavam a necessidade de profissionais que reabilitassem os trabalhadores de forma rápida para retornar ao trabalho, bem como reabilitar indivíduos com seqüelas da poliomielite. Era o período em que o país vivia a

industrialização do governo Vargas e a criação do Ministério da Saúde, sendo que a educação e a saúde eram vistos como fatores importantes para o desenvolvimento social.

Foi em meio à expansão dos cursos para formação de profissionais liberais, Medicina, Odontologia, Direito e Ciências Econômicas, na primeira metade da década de 50 (SAMPAIO, 1999), que foi criado o primeiro curso de formação de técnicos em Fisioterapia habilitados a atuar em reabilitação. Antes, em 1949, a Escola Nacional de Educação Física e Desportos (RJ) criou a disciplina de Fisioterapia Aplicada e, mais tarde, em 1952, foi incluída a disciplina de Fisioterapia na Faculdade de Ciências Médicas no Estado do Rio de Janeiro.

No primeiro parecer (1963) que regulamenta a profissão, o fisioterapeuta é definido como auxiliar médico. Isso significa que, a partir do olhar e diagnóstico médico, bem como da prescrição da terapia por ele, o profissional auxiliar fisioterapeuta deveria seguir os exercícios, as técnicas estabelecidas pelo profissional médico que detinha o conhecimento, o saber-poder (FOUCAULT, 2000).

No entanto, em 1969, a Fisioterapia passa a ser oferecida em nível superior, garantindo que é privativo do fisioterapeuta executar técnicas e métodos fisioterápicos, além de estabelecer que sua função passe a ser de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente. A criação de novos cursos paramédicos (Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional) foi observada por alguns autores (SAMPAIO, 2000) como sendo uma estratégia do ensino privado de, ao fragmentar as carreiras, oferecer cursos de menor custo para as instituições e para os estudantes. Ao mesmo tempo, esses cursos, por serem considerados técnicos, derivados de algumas disciplinas, deveriam permanecer sob o olhar e o controle do poder médico.

O ensino realizado nas Universidades foi pautado, assim como no ensino médio e fundamental, na aprendizagem como acúmulo de conteúdos e um processo finalizado no término do curso. Ou seja, ao final dos 3 ou 5 anos, o conhecimento necessário havia sido conquistado e, a partir dali, era somente necessária a sua utilização e reprodução. Nessa perspectiva, o conhecimento do profissional médico era superior, uma vez que dedicou mais tempo para o estudo. Numa concepção funcionalista de sociedade, a atribuição da Universidade era a de garantir os papéis destinados às diferentes categorias sociais. Assim sendo, a Universidade estava legitimando o exercício de poder do médico sobre os demais profissionais da saúde.

Paulo Freire (1987) alertou que o oprimido tem o opressor dentro dele e que deve buscar, consciente dessa situação, a partir dos seus atos, da sua palavra, libertar-se do mesmo. Ou seja,

era preciso que a Fisioterapia trilhasse um caminho de maior autonomia e saber, garantindo o seu espaço de profissional de nível superior. A formação dos primeiros professores de Fisioterapia também estava bastante atrelada aos conhecimentos específicos, delimitados ao curso de Fisioterapia: aplicação e uso de técnicas e métodos fisioterápicos. No entanto, pensamos que a abertura dos cursos de Fisioterapia para a pesquisa e a sua integração com as atividades de ensino e extensão têm uma ligação direta com a formação através de mestrado²⁵ e doutorado de profissionais fisioterapeutas.

Em 1975, o fisioterapeuta passa a desenvolver suas atividades em hospitais, clínicas, ambulatórios, creches e asilos. O trabalho realizado pelo fisioterapeuta em creches tem sido o de identificar e trabalhar com as crianças com problemas motores. Cabe ressaltar que a política de atendimento de crianças em creches no Brasil, esteve voltada para atender de forma bastante precária um número restrito de crianças das classes sociais mais baixas. No início, esse atendimento era marcado por uma preocupação médico-sanitária, assumindo mais tarde um caráter assistencial e educacional.

No entanto, a Fisioterapia passa a se preocupar em promover e prevenir a saúde do indivíduo e da coletividade, mesmo que essas ações sejam ainda iniciativas localizadas. Cabe ressaltar que essa preocupação assume dimensões maiores a partir da publicação do livro *Fisioterapia no Brasil* de Rebelatto e Botomé (1987) o qual foi também mais um marco importante para modificar a estrutura dos cursos de Fisioterapia no Brasil.

O fato vem mostrar a importância da pesquisa e a necessidade de uma prática formativa ligada à pesquisa, à discussão e vivências de interação com a realidade social para ampliar as conquistas da Fisioterapia. Outro fator positivo foi a possibilidade aberta pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação que, ao estabelecer a autonomia universitária, permitiu que as Universidades elaborassem seus currículos, conforme Haddad²⁶:

A nova LDB gerou a necessidade de uma discussão ampla entre os envolvidos nos processos de formação (MEC, MS, COFFITO, CREFITOS, instituições de ensino superior, coordenadores de cursos, docentes, discentes e profissionais interessados) para a proposição e elaboração das novas diretrizes Curriculares Nacionais, para Graduação de Fisioterapia. (HADDAD, 2006, p. 210)

²⁵ O primeiro mestrado em Fisioterapia foi no México, promovido pela Organização Mundial de Saúde e a World Confederation of Physical Therapy – WCPT em 1969. Dois brasileiros, Defini e Sanchez, realizam o curso. (HADDAD, 2006)

²⁶ Os dados sobre a Fisioterapia e sua análise foram elaborados pelos Professores Doutores: Armèle Dornelas de Andrade; Jadir Camargo Lemos; Pedro Dall’Ago. (HADDAD, 2006).

Ficou estabelecido nas Diretrizes Nacionais Curriculares de Fisioterapia (12/09/2001) o seguinte perfil do formando egresso:

Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.(MEC, 2001, p.4)

Desde esse período, muitas foram as reformulações curriculares em termos de concepções de formação do profissional fisioterapeuta. Passamos a nos preocupar, enquanto docentes, com os processos de ensino/aprendizagem, da necessidade de unir teoria e prática, de desenvolver o espírito crítico e investigador do acadêmico. De comprometer-se e comprometer o aluno nas práticas sociais, de forma a pensar que é possível qualificar a saúde da população desde ações de prevenção até o tratamento.

Uma próxima etapa, pensamos, deverá ser a participação do fisioterapeuta no Sistema Único de Saúde (SUS), sua integração nas equipes do Programa da Saúde e da Família (PSF), uma vez que a formação do fisioterapeuta tem priorizado os princípios do SUS e muitas faculdades já estão trabalhando junto às equipes do PSF, com atividades de pesquisa e extensão.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A INFÂNCIA NUMA SOCIEDADE DESIGUAL, EXCLUDENTE

Apesar da dificuldade de efetivar políticas públicas dirigidas à infância de 0 a 3 anos com problemas de desenvolvimento num país como o nosso, com tanta desigualdade, onde as ações de

inclusão parecem não se afirmar, onde a cada dia vamos identificando novas formas de exclusão, pensamos que alguns avanços estão sendo conquistados.

As políticas públicas de saúde e de educação estão ligadas às políticas econômicas nacionais e internacionais. Apesar de não nos sentirmos capacitadas de fazer uma avaliação da política econômica brasileira e das políticas mundiais, parece-nos necessário sinalizar que as demais políticas públicas estão a elas atreladas. Se considerarmos os índices de mortalidade infantil, taxas de crianças em creches e pré-escolas, atenção à gestante, índice de crianças deficientes dos diferentes países, conseguiremos classificá-los quanto a participarem do bloco dos países desenvolvidos ou do bloco dos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde estima que 10% da população de países desenvolvidos são constituídos de pessoas com alguma deficiência. Este índice passa a ser de 12 a 15% em países em desenvolvimento. Destes, 20% têm problemas físicos. Nos dados apresentados pela UNICEF (2006), 84% das crianças de 0 a 6 anos que estão fora da escola por deficiência têm problemas para caminhar e 78% têm paralisia ou falta de algum membro.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 82% das pessoas com deficiência no mundo vivem abaixo da linha de pobreza. E que 80% da população com alguma deficiência vive em países em desenvolvimento, sendo que um terço são crianças. “Em 1990, havia nos países desenvolvidos 5,5 milhões de crianças portadoras de deficiências moderadas ou graves, contra 31 milhões de casos nos países menos desenvolvidos.” (BEKKER, 1999, p. 487). Se pensarmos nas deficiências decorrentes da prematuridade, da asfixia no momento do parto, nas infecções neonatais e nas crianças que ainda são atingidas pela pólio no mundo, é possível pensar que a maioria das deficiências poderiam ser evitadas²⁷.

No Brasil, assim como nos demais países, reduzir as taxas de mortalidade infantil é uma meta importante das políticas públicas para a infância. Houve um avanço significativo com relação a este índice: passamos de um índice de 39,5 mortes a cada mil nascidos, em 1994, para 26,6 mortes a cada mil nascidos em 2004²⁸. Dessa forma, as estatísticas têm mostrado que o Brasil vem melhorando seus índices, mas também que eles ainda estão longe de serem

²⁷ Ver documento internacional para divulgar o Dia Internacional das pessoas com deficiência no site do Ministério da Saúde – Centro Nacional para Integração da pessoa Portadora de Deficiência – CORDE.

²⁸ Pelos dados de 2004, o Brasil está entre as três taxas de mortalidade infantil mais altas da América Latina, onde a Bolívia tem o índice de 53,11 e Peru, 31,94. O nosso país apresenta índices que variam muito. Por exemplo, Alagoas tem o índice maior (57,7) que a Bolívia (53,11), enquanto que o Rio Grande do Sul (15,4) está com o índice próximo ao da Argentina (15,18).

satisfatórios, transparecendo a necessidade de incrementar as políticas sociais, diminuir a desigualdade de renda no país e, com isso, melhorar a qualidade de vida da criança brasileira.

A redução da taxa de mortalidade infantil se deve a vários fatores, desde a atenção ao pré-natal, acompanhamento pós-parto, incentivo à amamentação, campanhas de vacinação, de acompanhamento nutricional, até a melhoria do saneamento básico, entre outros. No entanto, segundo o relatório da UNICEF 2006, os dados com relação à mortalidade de recém-nascidos (até 27 dias) têm-se mantido estáveis, ou seja, não houve diminuição da mortalidade. A maior parte dos óbitos continua acontecendo no primeiro mês de vida, o que significa que há necessidade de intensificar ainda mais o acompanhamento pré-natal, a atenção ao parto e ao pós-parto. As afecções responsáveis pela mortalidade na primeira semana de vida têm sido a prematuridade, a asfixia durante o parto e as infecções neonatais; essas afecções também estão entre as maiores causas da Paralisia Cerebral.

Outro dado importante é a educação da mãe. Os dados estatísticos mostram que, quanto maior o nível de escolaridade da mãe, menores os índices de mortalidade infantil, assim como, quanto menor a escolaridade dos pais, menor a probabilidade de a criança receber educação entre as idades de 3 a 5 anos, conforme relatório da UNESCO (2005, p. 108)

As mudanças qualitativas com relação ao atendimento oferecido para a criança estão ligadas ao impacto ocasionado pela Constituição de 1988, depois com o Estatuto da Criança e Adolescente de 1990 e, mais recentemente, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996. Em primeiro lugar, houve uma mudança de paradigma:

[. . .] a Constituição Federal de 1988 definiu uma nova doutrina em relação à criança que é a doutrina da criança como sujeito de direitos. Desde a Constituição de 1988 ficou legalmente definido que os pais, a sociedade e o poder público têm que respeitar os direitos da criança. (CRAIDY, 2001, p.23)

Como cidadão, a criança conquista o direito à saúde, educação, alimentação, moradia, lazer, liberdade, paz, entre outros, mas principalmente o direito à vida. Essas conquistas legais, no entanto, necessitam ainda ser concretizadas através da implantação de políticas públicas que busquem contemplar, de forma democrática, igualitária e justa, as necessidades das crianças de diferentes classes sociais e nas diferentes regiões do país.

Outra contribuição importantíssima foi situar a Educação Infantil²⁹ como sendo a primeira etapa da Educação Básica, pois a formação não começa na 1ª série do Ensino Fundamental, mas na Educação Infantil, ou seja, no nascimento. Com isso, as crianças passam a ter direito não só ao cuidado, mas também à educação e ao acesso às creches e pré-escolas.

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – Indicadores Sociais 2004 mostram que apenas 11,7% das crianças de 0 a 3 anos freqüentam as creches e que 68,4% das crianças de 4 a 6 anos freqüentam a pré-escola. Tem aumentado nos últimos anos a participação de crianças de 4 a 6 anos em pré-escolas, mas se mantido quase que constante o número de crianças de 0 a 3 anos nas creches.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, promulgada em 96, prevê, no seu capítulo V, a oferta da educação especial de 0 a 6 anos³⁰ e, principalmente, a educação especial como modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino. Isso significa que a lei garante que as crianças com deficiência freqüentem creches e pré-escolas.

A Educação Especial e a integração do portador de necessidades especiais ao ensino regular é um desafio enfrentado por educadores no mundo todo e faz parte da luta compreendida pelos discriminados para democratizar a instituição escolar.” (GOLBERT; RECHE; BEYER *et al.*, 1994.)

No entanto, os dados do IBGE de 2004 mostram que do total de 109.596 crianças com deficiência em creches e pré-escolas, 78,25% vão para escolas especiais. A necessidade de oferecer atendimento especializado para a criança com deficiência não pode impedir que a socialização e o enfoque educativo fiquem de fora das experiências da criança. Pensamos que essas atividades deveriam complementar-se, uma vez que uma não substitui a outra em termos de promoção do desenvolvimento da criança e sua prevenção.

²⁹ A Coordenação de Educação Infantil do MEC, a partir do envolvimento de segmentos representativos da sociedade, universidades, seus pesquisadores e estudiosos da área, usuários, formulou a Política de Educação Infantil (1994), estabelecendo as diretrizes para a Educação Infantil e, com isso, trazendo avanços para a qualidade na educação infantil. Dentre eles a equivalência de creches e pré-escolas, quanto a suas funções de educar e cuidar foi importante e a exigência de formação em nível secundário e superior tanto para os profissionais das creches (0 a 3 anos) como para os da pré-escola. No entanto, estes avanços não foram garantidos, pois segundo Rosemberg (2002, p. 54) a proposta do MEC para o Plano Nacional de Educação (BRASIL, 1994) deu um forte passo atrás tanto em relação à Política de Educação Infantil, quanto à LDB, pois previu uma formação inferior para os profissionais da creche; que as creches devem atender as populações carentes e defendeu que as crianças até 3 anos devem ficar no ambiente familiar.

³⁰ Além do aspecto positivo dessa conquista, o comprometimento maior dos educadores com relação à entrada do PNEE para o sistema de ensino, o aspecto que causa preocupação, qual seja, a baixa expectativa das escolas com relação aos aprendizes.

Com relação à frequência da criança de 0 a 3 anos com deficiência na escola, os dados do Centro de Políticas Sociais da Fundação Getúlio Vargas (CPS/FGV) nos apontam que, do total de 287.936 crianças portadoras de deficiência, 4,96% frequentam o ensino público e 3,46% o ensino privado e a sua grande maioria, 91,28%, nunca frequentou a escola.

Dessa forma, além de garantir as conquistas alcançadas, é preciso avançar mais, interferindo na formulação de novas políticas, na avaliação dos diferentes programas e ações, bem como fiscalizar o uso de recursos que foram projetados para o gasto com as políticas para a criança nos municípios, estados e União. Nesse sentido, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente criou um mecanismo de controle e fiscalização das políticas públicas, através da participação da sociedade civil e poderes públicos nos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente, assim como os Conselhos Estaduais e o Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). No entanto, como apresentamos anteriormente, esses mecanismos precisam ser aperfeiçoados para contribuírem de forma mais qualitativa nas políticas para a infância nos muitos municípios do Brasil.

Além da fiscalização e qualificação das políticas de saúde e educação é preciso ampliar sua capilaridade. A criação de mais Programas de Saúde da Família (PSF), bem como creches e pré-escolas em regiões menos assistidas, nos parecem medidas urgentes. Da mesma forma, os programas de transferência de renda, de incentivo à escola, como o Bolsa Família, são estratégias que repercutem diretamente nas famílias de extrema pobreza e que precisam ser avaliadas e ampliadas.

Não podemos esquecer que as crianças de 0 a 3 anos são pessoas humanas ligadas a outras pessoas humanas com suas histórias, suas carências, seus sofrimentos, mas também com suas esperanças, sonhos e culturas. Dessa forma, pensamos que, além de fiscalizar e garantir políticas públicas, seria também necessário que ouvíssemos essa população, de forma a trazê-la para a esfera pública. Isso vai exigir que, por exemplo, as práticas de formação profissional, além de zelar pela competência técnico/científica, estejam comprometidas com a justiça social, que sejam capazes de respeitar e garantir as diferentes vozes e, com isso, fortalecer a cidadania.

2.4 O CENTRO MATERNO-INFANTIL

O Centro Materno-Infantil só pode ser compreendido a partir da sua vinculação com as políticas públicas para a saúde da criança e da mulher, estabelecidas tanto pela União como pelos Estados e Municípios. Faz-se necessário entender um pouco a proposta do CMI, relacionando-a no que concerne às políticas de saúde locais e nacionais, pois, como o trabalho do centro era parte integrante, de alguma forma caminhava conforme a política do Sistema Único de Saúde (SUS). Interessam no caso principalmente aqueles aspectos relacionados com a problemática.

Neste município, a exemplo de outros, orientados pela política de saúde preocupada com os níveis alarmantes de mortalidade infantil, foi criado o CMI. O índice de mortalidade infantil do município era muito alto, sendo que, no ano de 1992, foi de 31,42/1000 e, em 94, foi de 24,09/1000, ultrapassando a média do estado do Rio Grande do Sul, que era de 22/1000. A pesquisa realizada por Medeiros (1996) neste município mostrava que o maior número de óbitos ocorria até o 6º dia de vida (53%), sendo que o período do nascimento até o 28º dia era responsável por 60% das mortes infantis e a prematuridade responsável por 40% dos casos de óbito, ou seja, havia uma necessidade de maior atenção nesses primeiros dias de vida. No ano de 1994, o índice de mortalidade infantil no Brasil era de 39,5 mortes a cada mil nascidos.

A partir de 1993, estabeleceu-se uma política de descentralização da saúde no município. Instalou-se o Conselho Municipal de Saúde, foram reativados e criados postos de saúde (sendo que um deles foi o Centro Materno-Infantil em 1994), buscando reverter o quadro alarmante de mortalidade infantil.

O Centro Materno-Infantil estava ligado ao Sistema Único de Saúde e possuía um Programa de Atenção Integral à Gestante e à Criança. Contava, desde a sua criação, com uma equipe de enfermeiras (03), médicos pediatras (07), obstetras e ginecologistas (04), auxiliares de enfermagem (02) e nutricionista (01). Havia um trabalho de acompanhamento mensal das crianças desde o 10º dia de vida pela enfermeira e esta agendava as próximas consultas de enfermagem e/ou consultas pediátricas e/ou nutricionais. Após o nascimento do filho no hospital, os pais eram convidados a levarem o seu filho ao CMI, de forma que ele fosse inscrito no programa. Assim, suas consultas eram agendadas e a saúde do bebê acompanhada mensalmente.

Segundo Veiga (1999), o programa objetivava o acompanhamento da saúde da criança e a orientação dos pais relativamente aos cuidados com a mesma, desde o aleitamento materno: cuidados com a higiene, controle das vacinações, orientação da nutrição a partir do desmame e/ou do sexto mês, quando se acrescentava outra alimentação ao leite materno. Além desse trabalho de atenção à criança, funcionava também a atenção à mulher e à gestante.

Esta política de saúde vem sendo reformulada desde 1999, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF). Mas as preocupações com o acompanhamento da saúde da criança e da mulher se mantiveram e/ou se ampliaram.

Conhecemos o trabalho do CMI em 1997, quando a enfermeira coordenadora do CMI nos apresentou o lugar e a proposta de atendimento. Tivemos a impressão, confirmada pela convivência posterior, que a coordenação exercia sua função e o poder inerente ao cargo, enquanto serviço à população. Essa postura facilitou a integração do projeto ao CMI como mais um trabalho a somar esforços no atendimento materno-infantil. Ficamos encantadas com a organização e qualidade do serviço coordenado pela enfermeira, com o número de crianças, mães e familiares que por ali passavam, além do fato de reunir um grupo de profissionais qualificado. Estimuladas pelo que significava para a Universidade, para os nossos alunos, uma experiência num lugar como esse, apresentamos uma proposta inicial de intenção de trabalho com os alunos da Fisioterapia no CMI, acompanhando o desenvolvimento das crianças e fazendo atendimento de estimulação precoce. Apresentamos a proposta primeiro para a coordenadora que demonstrou interesse e aprovou a idéia. Apoiaram e aprovaram o trabalho o Coordenador do Curso de Fisioterapia e a Secretária de Saúde do município. Foi-nos cedida uma sala, que tinha televisão e vídeo, e onde funcionavam as reuniões com as gestantes.

Percebíamos que o CMI era a possibilidade de oferecermos uma educação voltada para o social. A idéia de acompanhar o desenvolvimento das crianças recém-nascidas, assim como encaminhar para a estimulação precoce crianças com problemas, tinha como objetivo contribuir para o seu desenvolvimento, respeitando suas singularidades, considerando suas vivências culturais e sociais e, também desenvolvendo nos acadêmicos e profissionais um sentido de compromisso com a população.

Muitos são os movimentos mundiais para promover intervenções precoces, financiados pelo Banco Mundial e outras entidades financiadoras. No entanto, há críticas a esses programas por defenderem uma criança padrão como referencial (a criança global), como se as etapas de

desenvolvimento e as próprias crianças fossem as mesmas em qualquer época, em qualquer lugar do mundo e em qualquer classe social, etnia e cultura. Não há interesse em garantir identidades, diferenças e espaço para as pessoas com deficiências.

3 ORGANIZAÇÃO E RELAÇÕES DE TRABALHO

Nosso objetivo, neste capítulo, é tentar compreender melhor, a partir de um exame mais detalhado, como foi o processo de implantação e atuação do projeto no CMI quanto a organização, relações de trabalho e condições materiais, e como estes interferem nas ações que promovem inclusão e/ou exclusão. Temos consciência de que o CMI constitui uma realidade específica, singular, com suas necessidades, qualidades e ações, mas que, no entanto, faz parte de um contexto mais amplo de saúde, de educação e de relações de poder.

O CMI, a Universidade, a sociedade civil são campos de conflitos entre sujeitos e segmentos sociais às vezes antagônicos: aqueles que reproduzem a ordem vigente e aqueles que buscam modificar as relações de opressão e exclusão e promover a emancipação dos sujeitos. Quando olhamos para as muitas formas de exclusão, enxergamos um muro enorme, sólido, que faz parecer impossível combater os processos de dominação. No entanto, pode ser que, no nosso cotidiano, no nosso fazer enquanto cidadãos conscientes, enquanto profissionais da saúde e da educação, encontremos modos de interferir qualitativamente na realidade contribuindo com os processos de inclusão. Processos que favoreçam um maior desenvolvimento, afirmação da cidadania e mais qualidade de vida às crianças e suas famílias. Pensamos que um olhar mais atento sobre o cotidiano do CMI provavelmente não trará grandes revelações, mas pode servir para alertar que as pessoas, mesmo inconscientemente, podem contribuir para manter e solidificar as estruturas de dominação que excluem e discriminam os sujeitos, como também podem realizar ações que, de alguma forma, ajudem a desmanchar este muro e assim garantir passagens para ações inclusivas, mesmo que singelas. Nem sempre são rótulos tais como esquerda/direita, progressista/conservador, socialista/capitalista ou atitudes ostensivamente militantes que garantem ações inclusivas e/ou exclusivas. Ações inclusivas são, muitas vezes, impulsionadas pelo com – padecer-se, pelo senso de justiça, de respeito e que não são exclusividade de religiões, partidos e ideologias específicos apesar de estes poderem ou não favorecê-los, pois “[. . .] a vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico: a verdadeira ‘essência’ da substância social.” (HELLER, 1985, p. 20) Essas pequenas coisas do cotidiano podem trazer contribuições importantes para aqueles que ainda não tomaram consciência de que

são sujeitos com direitos e/ou para aqueles que, como cidadãos, têm o compromisso de garantir qualidade de atenção à saúde para si e para os demais cidadãos.

O tempo e o exercício do poder

Sabíamos, desde a nossa entrada no CMI, que não havia fisioterapeuta contratado pela Secretaria de Saúde para desenvolver um trabalho com crianças, mulheres e gestantes, pois o fisioterapeuta ainda não está efetivamente inserido nos programas do sistema de saúde. O recém criado Programa da Saúde da Família do governo federal não previa a contratação de fisioterapeuta na equipe. Nossa entrada nos serviços de saúde pública tinha o objetivo de fortalecer a idéia presente no Curso de Fisioterapia da necessidade de trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde da criança e, ao mesmo tempo, abrir um espaço de atuação profissional nas equipes de profissionais da saúde do município. Dessa forma, buscamos, enquanto professora dos cursos de Fisioterapia e Pedagogia, demonstrar a necessidade de termos horas disponíveis para dedicarmos ao projeto³¹. Conseguimos que apenas 02 horas aula fossem creditadas para a pesquisa no CMI, o que, obviamente, era insuficiente, mas que no contexto dessa Universidade, foi uma conquista, pois poucos professores conseguiam essas horas para pesquisa e/ou extensão, realidade existente em muitas Universidades particulares. Recentemente, com a avaliação das Universidades em termos de produção científica, essa política de apoio a projetos de pesquisa e extensão está sendo alterada pelas Universidades particulares. Segundo Foucault (2000), o tempo é um dos dispositivos sobre o qual incide o poder. No caso, trata-se do conflito entre a busca insurgente pelo saber/ agir emancipadores e a sujeição a um trabalho que se resigna à transmissão do saber já estabelecido, visando ao mínimo de investimento e à obtenção de maior lucro.

O trabalho no CMI iniciou com aulas práticas durante duas manhãs e com a organização de um estágio voluntário com o grupo de alunos que tinha interesse em participar do projeto. Assim, organizamos mais três turnos de atendimento. Conseguimos, ainda como a disciplina tinha uma carga horária de 04 horas de prática, uma monitoria. Conforme o trabalho foi-se

³¹ No ano de 1998 conseguimos que, da nossa carga horária total (40 horas), 15 horas não fossem de trabalho em sala de aula, mas dedicadas à extensão e pesquisa. Estas 15 horas dividimos entre o projeto com as creches, a nossa participação nos conselhos (Conselho Municipal de Direitos da Criança e Adolescentes e mais tarde Conselho Universitário), orientação de monografias de conclusão de curso e o projeto em pauta. Éramos duas professoras na disciplina, sendo que a médica neuropediatra tinha 04 horas para esta atividade.

desenvolvendo, conseguimos no semestre posterior 99/2, ao invés de 15 horas, 24 horas³² e mais 06 horas para a professora neuropediatra.

No ano de 1999, quando iniciamos o estágio curricular para a turma do oitavo período da Fisioterapia, ingressaram na equipe também os estagiários do Serviço Social e a professora supervisora de estágio, bem como uma professora da Pedagogia, especialista em Psicopedagogia. Garantimos a presença da supervisora do Serviço Social em 02 horas e da Psicopedagoga em 04 horas.

A adesão dos profissionais de departamentos distintos exigiu muita negociação e sólida argumentação quanto à importância do trabalho. As mudanças ocorridas, portanto, não apontam para um voluntarismo ingênuo, mas para uma articulação política embasada teoricamente em busca de adesões para “abrir brechas no muro” e assim desequilibrar as relações de força existentes.

3.1 A IMPLANTAÇÃO DO PROJETO NO CMI

Ao mesmo tempo em que nos conscientizávamos de que o projeto tinha uma responsabilidade social importante, sabíamos que ele necessitava da participação e colaboração de muitos integrantes, tanto da esfera da política pública municipal, como da política da Universidade, de profissionais do CMI, de pais e crianças. Essa articulação não foi fácil, pois a nossa formação, infelizmente, caminha fortemente para o lado da alienação, do individualismo, pensando cada um nos seus projetos, nos seus interesses, e não nos interesses da coletividade, até porque a solidariedade e a mudança social não interessam ao poder instituído. A escola nos seus diferentes níveis e a própria Universidade não têm apresentado preocupação em desenvolver nos alunos e acadêmicos um sentido de responsabilidade social.

O cenário para essa prática que estimula a consciência social estava sendo construído. O nosso trabalho no CMI foi viabilizado, como já apontamos anteriormente, com apoio da então secretária de saúde do município e da coordenadora do CMI, bem como pelo apoio dos diretores

³² O aumento de horas se deve ao fato de atendermos a mais uma turma de estágio.

dos cursos de Fisioterapia e Pedagogia. Quanto à reitoria, como esta não sinalizasse a favor do projeto, ele teve que ser implantado à revelia da mesma.

O apoio irrestrito por parte da secretária de saúde e da coordenadora do CMI demonstrou que o exercício do poder por parte de responsáveis de decisões e encaminhamentos administrativos pode garantir avanços na implementação de ações e políticas que beneficiem a população.

As duas ocupantes de cargos da administração pública não se emaranharam em labirintos burocráticos instalados em órgãos públicos e que tanto dificultam ações afirmativas e inovadoras. A ocupação “provisória” de um cargo não as afastou da realidade profissional e dos desafios a elas colocados. Ao contrário, permaneceram atentas à problemática da saúde pública também enquanto pesquisadoras, compenetradas da responsabilidade e do compromisso de servir bem à população.

Muitas vezes, as pessoas se sentem ameaçadas por inovações no âmbito institucional. É a insegurança do novo, do imprevisível, da necessidade de transformar-se diante da transformação proposta ou em processo. Nos cargos de chefia, as inovações, não raro, são sentidas como ameaças de disputa “imaginária ou real” por prestígio e poder com quem conduz a inovação. Em posições subalternas, mesmo apoiando a inovação, as pessoas por vezes não se declaram abertamente a favor por medo de represálias quando percebem as relações de força que estão em jogo. O exercício do poder enquanto controle, dominação, repressão, necessita, para efetivar-se, do outro pólo da relação: da subserviência, da submissão. No entanto, numa gestão não democrática, é preciso considerar as relações de poder enquanto relações de força que beneficiam quem está no topo da hierarquia e que pode acionar dispositivos legais a sua disposição em relação a subalternos que ousam negar-lhe apoio.

O nosso trabalho no CMI, apesar de não receber apoio da reitoria, passou a contar com a colaboração de vários colegas da Universidade, como veremos adiante. A integração de colegas ao projeto e a adesão dos profissionais do CMI, mesmo que em graus diferentes, mostram que as pessoas são muito mais generosas e abertas ao aperfeiçoamento profissional em benefício à população do que possa transparecer numa visão inicial. Faltava a essas pessoas, individualmente, um elemento aglutinador (e o projeto elaborado pela Fisioterapia poderia constituir-se neste elemento de articulação da vontade coletiva) que favorecesse o “colocar em comum” de êxitos, dificuldades, questionamentos, oriundos do trabalho para qualificá-lo ainda

mais, enquanto serviço à disposição de um dos segmentos mais discriminados da sociedade: a criança com problemas de desenvolvimento.

Foi-nos cedida uma sala no CMI entre os consultórios de pediatria, enfermagem, nutrição e obstetrícia, que sofreu modificações com pintura, materiais, brinquedos, de forma que se tornasse um local interessante e aconchegante para as crianças e adultos envolvidos, como veremos adiante.

Organizamos a ocupação da sala com os horários e turnos disponíveis, pois ela seria utilizada também pelo grupo de gestantes. Elegemos o horário para a avaliação e acompanhamento do desenvolvimento psicomotor das crianças a partir dos horários das consultas de enfermagem e pediátricas. A organização e o planejamento foram realizados junto com a enfermeira que coordenava as atividades do CMI e, ao mesmo tempo, realizava as consultas de enfermagem com as mães e seus bebês. A partir desse momento, a enfermeira proporcionou um encontro com cada um dos demais profissionais para que pudéssemos apresentar o nosso projeto e, dessa forma, contar com o apoio deles no sentido de encaminharem as crianças. Nesse momento, percebemos que as atividades do CMI eram interligadas, mas não havia uma rotina de reuniões e discussões.

Assim, iniciamos as nossas avaliações com as crianças que vinham tanto para a consulta de enfermagem, quanto para a consulta pediátrica. Nunca faltavam crianças para avaliação e sabemos que isso se deu devido à efetiva receptividade da enfermeira do programa que, sem dúvida, foi a pessoa que viabilizou este trabalho. A enfermagem vem desempenhando um papel fundamental, a nosso ver, quando se trata de refletir sobre as ações de saúde nos ambientes de formação de profissionais da saúde.

Logo as agentes administrativas do CMI, responsáveis pela recepção à criança e pela vacinação, trabalhavam para informar à população do novo serviço prestado. Outra forma que foi eficiente na divulgação do programa foi o comentário que as mães faziam entre si. Aquela sala no CMI passou a ser um lugar onde as mães compartilhavam suas preocupações e felicidades com relação a seus filhos com outras pessoas. E a Fisioterapia trazia muitas informações referentes aos cuidados com o bebê, sugestões de como carregá-lo, variação de posturas e estimulação com brinquedos, além dos próprios cuidados da mãe com relação ao seu corpo: postura ao trocar e dar banho no bebê, cuidando a altura do móvel de apoio, os cuidados com o

seio, os exercícios para o períneo, entre outros. Ou seja, as interações e a qualidade das interações entre as pessoas é que viabilizam as articulações entre elas e entre as instituições.

Nesse sentido, tínhamos a convicção de que estávamos mexendo nas relações de poder. Mexendo nas relações hierárquicas, no sentido de que a palavra de todos estava sendo considerada importante. Uma “amenizada” na verticalização das vozes. Uma investida na horizontalização das vozes, falando no mesmo plano. A palavra do auxiliar de enfermagem, do médico, da atendente, dos pais, da secretária de saúde, do diretor, da enfermeira-chefe, do fisioterapeuta, enfim, a palavra de todos merecia ser apreciada, debatida. Todos os profissionais necessitam falar e ouvir. Todos têm alguma contribuição a dar. Todos têm algo a aprender. E, ao falar e ouvir, se comprometem. O diálogo age como ferramenta para construção das normas de sociabilidade e de compromisso político. Esse diálogo era necessário para garantir a integração do grupo da Universidade com a equipe do CMI, a fim de realizar um trabalho que favorecesse a inclusão das crianças na sociedade.

As discussões e articulações com relação ao CMI, ao mesmo tempo em que envolviam gradativamente outros interlocutores, proporcionavam uma articulação com outras instituições, pois as enfermeiras, a nutricionista, os médicos que ali trabalhavam, que eram profissionais da Prefeitura, também trabalhavam nos hospitais e alguns na Universidade e isso oportunizava uma qualificação no debate e nas ações do projeto, de forma que seus objetivos foram-se ampliando. Por exemplo, começamos a registrar os nascimentos das crianças do município nos hospitais e acompanhar o desenvolvimento dos prematuros.

Fomos convidados pelo Departamento de Educação para trabalhar com uma turma da Pedagogia, inicialmente com as Políticas Públicas e Educação e mais tarde com a Supervisão da Prática de Estágio na Educação Infantil, que trouxe contribuições e inquietações importantes. A primeira das contribuições: a Pedagogia passa a participar das discussões de implantação e organização do trabalho no CMI.

Agora, além dos processos terapêuticos e de saúde, os processos educativos também faziam parte da pauta de discussões e ações³³.

³³ Essa articulação, esse encontro de saberes, começou a se estender a outros grupos organizados, como por exemplo, as professoras da Escola Estadual CIEP Especial, o Departamento de Fisioterapia, o Serviço Social, a Nutrição. Os próprios cursos de pós-graduação “Saúde Coletiva” e “Educação Interdisciplinar de Portadores de Necessidades Especiais” estavam de alguma forma ligados ao CMI, uma vez que muitos dos alunos eram profissionais da Prefeitura que trabalhavam no CMI e muitas professoras do CIEP Especial estavam realizando o curso. Dessa forma, além de trabalhar com estes alunos na disciplina de Desenvolvimento, Aprendizagem e Reabilitação Motora

O Departamento de Fisioterapia além de trabalhar com as disciplinas de Desenvolvimento e Aprendizagem Motora e Fisioterapia em Neuropediatria começou com aulas práticas com as gestantes e, mais tarde, com a Fisioterapia Respiratória e a Fisioterapia para Gestantes. As dimensões do trabalho começaram a se ampliar e, assim, começamos a pensar que o CMI poderia se constituir em um lugar de estágio curricular para os alunos de Fisioterapia. Mas por que só da Fisioterapia? Mostravam interesse em participar os cursos de Serviço Social, Pedagogia e Nutrição. Era necessário, então, reorganizar e ampliar o espaço físico.

No entanto, enquanto articulávamos essa organização do espaço físico, das condições materiais, o semestre (1998/2) estava chegando ao fim, e não queríamos interromper o trabalho nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro. Foi aí que, numa ação conjunta com alunas que haviam realizado as aulas práticas no semestre anterior, e algumas que já realizavam estágio voluntário, organizamos o atendimento de Fisioterapia, de forma que não interrompêssemos o acompanhamento do desenvolvimento dos recém-nascidos até os dois anos e as crianças que já vinham recebendo atendimento de estimulação precoce pelas estagiárias. Nesse período de dezembro a março, foram encaminhadas outras crianças para o atendimento fisioterapêutico e de estimulação precoce. As crianças que participavam da terapia vinham encaminhadas pelos pediatras, pela neuropediatra, pelo Serviço de Fisioterapia da Universidade num dos hospitais da cidade e por escolas especiais.

A implementação do projeto teve a participação importante desses acadêmicos, tanto no decorrer do semestre, quanto no período das férias de verão. O trabalho por eles realizado foi excepcional, assumiram o trabalho de forma consciente, cooperativa, autônoma. “Os valores e processos sociais que fornecem o sustentáculo teórico da educação social incluem o desenvolvimento nos estudantes de um respeito pelo compromisso moral, solidariedade de grupo e responsabilidade social.” (GIROUX, 1997, p. 680)

Logo haviam conquistado pais, crianças, profissionais do CMI, colegas da Fisioterapia e professores. O envolvimento das acadêmicas nesse projeto social foi muito grande, pois, além de continuarem com as avaliações das crianças e dos recém-nascidos, com suas aulas nas outras disciplinas, iniciaram suas pesquisas individuais sob nossa orientação.

do Portador de Necessidades Especiais fizemos questão de que todos os alunos conhecessem o trabalho do CMI, pois muitos eram profissionais em outros municípios e podiam confrontar suas experiências com as do CMI e, ao mesmo tempo, contribuir para o aprimoramento do nosso trabalho.

3.2 CONDIÇÕES MATERIAIS

O CMI se localiza no térreo do prédio do INSS, próximo aos hospitais, na avenida que leva para a estrada do Campus da Universidade. Iniciamos o trabalho no CMI com o Curso de Fisioterapia, mais especificamente com as aulas práticas de Fisioterapia Aplicada à Pediatria II (currículo antigo), em maio de 1998. Foi cedida uma sala entre os consultórios de pediatria, em frente aos consultórios de enfermagem e nutrição. A sala era usada para as reuniões com o grupo de gestantes. Como era um prédio mais antigo, a pintura, a meia parede de madeira, o piso de parquê, as portas mostravam a falta de manutenção e de cuidados. As janelas basculantes se localizavam no alto em toda a dimensão de uma das paredes, justamente no lado onde incide o sol. Isso tornava a sala quente e a claridade do sol muito intensa. Mesmo assim, usando uma maca e colchonetes, usados pelas enfermeiras com as gestantes, iniciamos nossas avaliações no dia 05 de maio, naquele ambiente.

Entre esta sala e o consultório de pediatria, havia um banheiro. Mas, como as instalações estavam com defeitos de vazamento e descarga não funcionava, era utilizado como depósito para guardar o material de limpeza. Enquanto as aulas aconteciam, solicitamos que fossem revisadas as instalações hidráulicas do banheiro, para que pudesse ser usado, e começamos a articular uma melhora do ambiente físico da sala, que precisava de pintura, cortina, elementos decorativos, brinquedos, de forma a tornar o ambiente atrativo tanto para as mães, quanto para as crianças que aguardavam as consultas no corredor, sentadas em bancos, num ambiente escuro, sem pintura, sem atrativos. A sala com brinquedos, colorida, bonita, com informações seria um atrativo ainda maior para nosso trabalho.

O ambiente e o espaço onde ficamos, estudamos e trabalhamos, diz muito do que somos, pensamos, queremos ou do que deixamos de querer, de pensar e fazer. “Os espaços e os ambientes não são estruturas neutras e podem reproduzir, ou não, as formas dominantes como os experimentamos. Um mesmo espaço contempla e produz interesses contraditórios.” (BARBOSA, 2000, p. 127) No CMI, no início, estava servindo para reproduzir as desigualdades de atendimento de saúde existentes no país, como pode mostrar que todos os cidadãos de direitos

podem receber um atendimento de qualidade por parte de instituições de saúde pública como o SUS.

Particularmente não aceitávamos e continuamos não aceitando as ações e políticas de que para os atendidos do SUS qualquer lugar serve. Também não podíamos mais pensar que as crianças tinham que se submeter a serem atendidas em qualquer canto e lugar. Principalmente quando falamos da criança com problemas de desenvolvimento, portadora de deficiência e que é pobre. No CMI, isso seria diferente. Conseguimos organizar o espaço de forma que, além de bonito e agradável, oportunizasse a interação das crianças com brinquedos, com as outras crianças, os adultos com as crianças e adultos com adultos. Logo percebemos que aquela sala era muito pequena para isso, mas, independentemente do tamanho, queríamos proporcionar o máximo de qualidade.

Se fôssemos esperar pela ação das administrações tanto do poder público quanto da Universidade, a reforma do ambiente poderia demorar muito ou não acontecer. O processo aconteceu de forma meio “macunaíma”, pois em nenhum momento uma equipe para tal fim determinada pela Universidade ou pela Prefeitura foi lá para realizar os serviços solicitados. Por solicitação nossa o encanador que foi arrumar “alguma coisa” no CMI, aproveitou para olhar aquele vaso sanitário e o encanamento da pia. Assim como o marceneiro parou seu trabalho no campus, quando chegamos lá, pregou umas tábuas e fez o tatame, pois achou que o pedido era importante. Fomos pessoalmente falar com o encanador, com o pintor³⁴, que eram funcionários da prefeitura, assim como com o rapaz responsável por lixar o parquê e passar o sinteco. Assim, a Universidade entrou com um tatame confeccionado pelo grupo da marcenaria do campus, um armário, uma mesa, cadeiras, um microcomputador (doados pelo Departamento de Fisioterapia - fomos juntos com o Diretor do Curso olhar o que poderia ser enviado para a sala no CMI a partir dos materiais que o curso dispunha), brinquedos doados pelo Departamento de Educação, outros brinquedos que eram doações de alunos, professores, pessoas da comunidade, "simpatizantes" do projeto, papel de parede de uma amiga decoradora, tinta de contribuintes da comunidade. Sem contar as manifestações dos alunos em trazer chimarrão, estufa, pois, se no verão a sala era quente, no inverno o ambiente era muito frio.

Sabíamos que não era por acaso que as coisas aconteciam e/ou deixavam de acontecer, que isso não estava relacionado apenas à inércia, incompetência, má fé, de indivíduos, mas com o

³⁴ No nosso diário de campo está registrado: Dia 09 de junho de 1998, começaram a pintar o CMI.

fato de o exercício de poder nos cargos de decisão de órgãos de planejamento e administração não estar a serviço da população para a qual em princípio fora instituído. Voltamos à tese de que, mesmo que não possamos acabar com todas as formas de exclusão e opressão, é possível organizar movimentos pequenos, para “quebrar alguns tijolos” ou aprofundar algumas rachaduras do muro das exclusões com pequenas ações inclusivas.

O resultado pode ser sintetizado pela avaliação feita por um colega médico:

Isto aqui está muito bom. Nenhum pediatra tem um consultório com um serviço tão completo como este. Além de bonito, aqui a criança é vista pelo menos por quatro profissionais diferentes. Se tivesse um filho pequeno também optaria em trazê-lo aqui.”³⁵

No entanto, enxergávamos a organização do CMI ainda como um lugar onde cada especialista está no seu consultório, no seu espaço, isolado dos demais. “Foucault chama de ‘princípio de claustração’ a este isolamento em espaços fechados, copiado dos conventos, e que se tornou uma característica não apenas de escolas, mas também de outras instituições tais como quartéis, as fábricas, os manicômios e hospitais.” (SILVA, W., 2004, p. 69) Esta estrutura impede que ocorra uma interação entre os profissionais sendo que à mesma subjaz uma concepção de que os indivíduos devem ficar separados, pois assim cada um fica preocupado com as suas atribuições e os seus fazeres e não analisa o contexto maior dos problemas existentes. E, em consequência a este isolamento, as pessoas mesmo individualmente insatisfeitas com determinada situação, encontram dificuldade para organizarem uma ação coletiva que leve a uma mudança.

O isolamento do profissional em sua sala tem, sem dúvida, momentos e aspectos justificados. No entanto, também contribuem para que o mesmo se veja e seja visto como detentor exclusivo de um saber-poder especializado. A porta que se fecha atrás do profissional, fecha-se também ao acesso, por outros, ao saber-poder-fazer que encerra. Mas a porta pode também abrir-se a novas experiências, novos conhecimentos, novas relações onde se compartilham saberes, êxitos e fracassos; dúvidas e questionamentos; onde se somam vontades e iniciativas para mudar situações cotidianas e políticas públicas que nelas interferem.

³⁵ Registro do Diário de Campo no dia 09 de junho de 1998.

No CMI, não estava previsto um lugar para as reuniões, o que vem a reforçar a idéia de que não havia interesse e/ou consciência da necessidade de articular, planejar as ações num projeto mais amplo de saúde e de sociedade. Ao mesmo tempo, pensamos que, quando os profissionais envolvidos numa transformação social querem essas reuniões, acham que são fundamentais para o trabalho, encontram um lugar para que elas ocorram, mesmo que não sejam as ideais. Muitas foram as “reuniões” do departamento de Fisioterapia ou, pelo menos, de um grupo de professores, numa sala pequena no hospital, num canto de corredor, numa sala de aula até que conseguimos o espaço específico. Isso também vinha acontecendo no CMI; falávamos, combinávamos as ações indo à sala da enfermeira, da nutricionista, do pediatra, à sala de vacinas ou, então, com a vinda desses profissionais à sala da Fisioterapia. No entanto quando existem o local e o tempo reservados para o debate, este tem probabilidade de ser mais sistemático e produtivo do que encontros aleatórios.

Além do fato de sentirmos falta de um ambiente para reuniões, o espaço começou a se tornar muito pequeno e, ao mesmo tempo, restrito, pois foram iniciadas as aulas práticas de Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, da Fisioterapia Respiratória para as crianças, além das disciplinas que já ministrávamos. Nessa época, já estávamos usando as salas de consulta pediátrica nas horas vagas para realizar as avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor.

A Pedagogia, o Serviço Social e a Nutrição começaram a se interessar por um trabalho interdisciplinar como relatamos anteriormente. Por que um ambiente maior e integrado? Além de possibilitar a participação de outros profissionais e ampliar o atendimento às crianças, a arquitetura do ambiente a nosso ver poderia contribuir para essa interlocução, para as interações inclusivas acontecerem e para que os fatores que contribuem para a exclusão pudessem ser mais facilmente identificados, discutidos e analisados. Se cada profissional, cada estagiário ficar confinado numa sala, não se encontrando uns com os outros, dificilmente vão criar mecanismos que possam favorecer ações inclusivas. Se ficam enclausurados em suas salas, todos permanecem com os seus conhecimentos e com seus limites, contribuindo pouco para modificar a realidade existente.

Envolvidos com a preocupação de providenciar mais um espaço, descobrimos com o pessoal do CMI que havia um espaço que estava fechado e que poderia nos ajudar. Na verdade, era uma saída para uma escada que dava acesso ao segundo pavimento. Embaixo dessa escada descobrimos uma sala que tinha pelo menos quatro estantes sem uso, meio quebradas. Como era

material do INSS e como para usar e arrumar o espaço era necessária a autorização das pessoas responsáveis pelo INSS, fomos procurá-las.

Convidamos a pessoa responsável pelo INSS para conhecer o nosso trabalho. Foram muitas idas e vindas, reuniões para discutir essa ampliação. Num desses momentos, a pessoa responsável pelo INSS nos sugeriu que conversássemos com a Delegacia de Saúde para que esta nos cedesse o espaço que estava sendo utilizado para as autorizações de internação. Fomos conhecer o local junto com a enfermeira. Eram quatro ambientes e mais dois banheiros que estavam sendo subutilizados, porque ali ficava uma única pessoa numa escrivaninha durante um turno encaminhando as internações. Marcamos reunião com a Delegada de Saúde³⁶ que, aprovando a idéia, pediu que encaminhássemos um ofício com o pedido de cedência. Providenciados esses papéis, tanto para a delegacia, quanto para o INSS, recebemos o sinal positivo. Encaminhamos para a pró-reitoria administrativa uma listagem das melhorias necessárias para que pudéssemos aproveitar o espaço oferecendo mais um local de estágio para as turmas do currículo novo, que eram turmas bem maiores. Se até ali o processo tinha sido exigente e burocrático, quando chegou nas decisões internas – da Universidade – ele emperrou. Há três meses estávamos com as chaves, mas, até o dia 25 de junho, não tínhamos recebido nenhum encaminhamento da pró-reitoria de administração. Desistimos da idéia de ir pelas vias formais e resolvemos ir até o campus para falar direto com o encarregado das obras. Explicamos a situação e comentamos que devolveríamos a chave, pois não tínhamos mais respostas para alunos, pais, pessoal do CMI sobre o porquê de as coisas não estarem acontecendo. Não passou meia hora e recebemos um telefonema avisando que a equipe de obra estaria no CMI para verificar as condições. Finalmente as obras iniciaram e o projeto que tínhamos rascunhado sobre como seria o espaço estava saindo do papel. E o mais importante: o processo que tinha que ser rápido, pois a primeira turma de estágio já estava chegando, foi de uma competência e dinamismo incríveis. Eram duas salas menores, dois banheiros, uma sala de reuniões, uma cozinha e um ambiente de 40 m², que ficaram prontos em uma semana.

O Espaço: Transformação e Uso

³⁶ A reunião foi em 15 de março de 1999. Final do mês de março estávamos com a chave do local.

Continuávamos com uma sala no complexo do CMI, mas agora, este outro ambiente maior, poderia acolher os diferentes cursos para os estágios curriculares, para os encontros interdisciplinares e de estudos.

Foram aproveitados os móveis que permaneceram no local, bem como as estantes do depósito. Na sala1, ficou uma escrivaninha, com três cadeiras, um armário e um mapa do município. Esta sala serviria para os momentos mais reservados de entrevista, conversa com pais e acadêmicos. O Serviço Social acabou utilizando mais esta sala, pois, além das atividades de observação junto à terapia, elegiam momentos reservados com os pais. Como eram dois banheiros, deixamos um para uso de acadêmicos e professores e outro para as pessoas que vinham para atendimento. Aos poucos, esse banheiro para o público começou a se tornar um banheiro utilizado não só pelas crianças e pais por nós atendidos, como também pelos demais usuários do CMI. Mesmo com um uso mais freqüente, ele se manteve limpo, com papel. Às vezes tínhamos a impressão de que era uma forma de entrar naquele ambiente novo do CMI e saber o que estava sendo oferecido.

Na sala 2, organizamos a sala de reuniões, de forma a aproveitar a mesa e um balcão do INSS que permaneceram no local. A Universidade mandou mais um armário, cadeiras e um quadro branco. Nesse armário, organizamos um espaço para colocar material de consulta, uma pequena biblioteca. No CMI, não existia material para consulta, livros, revistas, periódicos. Não havia sido projetado numa concepção de formação continuada em serviço, mas como um local para somente realizar atendimentos³⁷. Organizamos um armário para que os livros dos professores e dos acadêmicos, bem como materiais doados pela UNICEF e Ministério da Saúde, servissem de fonte de pesquisa. Nesse processo, acabamos ficando sem livros importantes e caros, que sumiram mesmo com a implantação de uma rotina de anotar num caderninho os empréstimos. Assim a sala 2, que estava ligada às demais, servia como um espaço de apoio para que acadêmicos e supervisores realizassem seus registros antes e depois dos atendimentos, para estudos e para as reuniões semanais da equipe.

A sala 3, um espaço grande, foi organizada em quatro ambientes integrados, que seria o espaço onde aconteceriam os atendimentos de Fisioterapia, oportunizando uma integração entre as crianças e os profissionais. Essa concepção de trabalho coletivo integrado não é tão simples para ser aceita e compreendida. Para os acadêmicos mais inseguros, tímidos, esse espaço se

tornava hostil, pois expunha o seu fazer para os outros e, ao expor o fazer, muitas vezes estamos expondo nossos limites, nossas incertezas. No segundo dia de estágio³⁸, uma aluna falou: *me deixa ficar na sala da frente (sala 1) até me sentir mais segura. Eu não estou sabendo ainda o que vou fazer*. Ela não poderia saber mesmo, pois não conhecia ainda seu paciente. Não tinha conversado com ele, observado suas preferências, seus receios, etc. Fomos junto com ela conversar com a mãe, conhecer a menina, descobrir de que brinquedos gostava, que objetos naquele ambiente lhe interessavam. Quando a menina já havia escolhido o brinquedo e o ambiente e as pessoas tinham se tornado mais familiares, começamos a avaliação neuropsicomotora. Quando terminou a sessão, a estagiária, mais tranqüila, comentou *como é mais fácil atender uma criança quando tem esse monte de brinquedos*. Realmente, num ambiente aconchegante, alegre, desafiador, a interação da criança começa buscando, interessando-se por brinquedos, brincadeiras, por aquela música. A criança, como protagonista, que aprende e conhece no ambiente social (Vygotsky), era o que queríamos que os nossos futuros profissionais compreendessem.

Era preciso mostrar para a acadêmica que a questão não estava centrada no “fazer fisioterapêutico correto” e sim de, a cada interação, estar promovendo conhecimento, aprendizagens. Fazê-la entender que cabe ao adulto a sensibilidade e a responsabilidade de promover um fazer fisioterapêutico que impulse o desenvolvimento da criança. E a brincadeira é um mecanismo que faz parte desse desenvolvimento. Também todos nós estávamos ali para aprender e aprender fazendo, discutindo, reformulando.

A sala 3 ficou bem interessante. Como a Universidade usaria tinta plástica branca, pedimos para uma loja de tintas a doação de pigmento, pois queríamos pintar a meia parede de madeira formando blocos coloridos que variassem entre as cores bebê: rosa, amarelo e azul. O piso foi pintado de amarelo. As estantes, que estavam no depósito embaixo da escada, foram pintadas e serviram como um divisor de ambientes e, ao mesmo tempo, como lugar de apoio para os brinquedos, jogos, bolas, materiais de apoio para a terapia e avaliação (martelo de reflexo, goniômetro, fita métrica, estetoscópio, espirômetro). Em cada um dos ambientes, colocamos um tatame com colchão forrado com corino. Além de funcional, pois poderíamos atender três crianças ao mesmo tempo, o ambiente ficou muito alegre e bonito. Barras paralelas, degraus,

³⁷ Esta realidade também não era muito diferente no que se referia à Universidade, pois a organização de bibliotecas setoriais, nos laboratórios, nos locais de estágio estavam ligados ao empréstimo pessoal de livros dos professores.

³⁸ Retirado do Diário de Campo (20/08/99).

espelho, bolas grandes medicinais, cunha, rolo, prancha de equilíbrio. Tínhamos livros de histórias, quebra-cabeças, jogos pedagógicos, lápis de cera, de cor, folhas, brinquedos de dar corda, pianinho, fantoches, balões, bolas. Além de doações de brinquedos, os alunos de Desenvolvimento Humano confeccionaram móveis, chocalhos, bruxinhas de pano, etc. e criaram um acervo de canções infantis. Um dos objetivos da confecção dos brinquedos era fazer com que o aluno observasse sua adequação às diferentes faixas etárias e, ao mesmo tempo, achávamos importante promover a criatividade dos alunos no sentido de buscar alternativas interessantes de brinquedos e brincadeiras para crianças com comprometimento motor.

Estes objetivos foram se ampliando, pois a mãe que via que o potinho de plástico e a garrafinha plástica pequena tinham se transformado em chocalhos, colocando botões, pedrinhas, papel colorido, sementes, acabava reproduzindo este processo e criando outras propostas. *Que boa idéia!* disse a mãe de um menino de 2 meses³⁹ que acompanhava com a cabeça e o olhar o movimento que realizávamos com a garrafinha na avaliação. *Olha, filho – apontando para o filho maior de 5 anos que brincava com um pianinho musical- isso a gente pode fazer também!* Claro que as opções de brinquedos apresentados pelo mercado de consumo para as crianças é enorme e sedutor. Mas, ao confeccionarmos os brinquedos, estávamos ajudando a criança e o próprio adulto a encontrar alternativas mais econômicas e também, investindo na idéia de que o fazer, o fazer junto, pode ser bastante prazeroso.

Na maioria das casas de crianças com problemas de desenvolvimento visitadas, observamos que geralmente a criança permanece a maior parte do seu tempo em um ambiente. E este não apresenta nada de estimulante ao alcance da criança. Dessa forma, o ambiente no CMI que estávamos apresentando para os pais, com idéias simples, tinha também o intuito de que percebessem a importância dos desafios para interações que podemos proporcionar a fim de que a criança se desenvolva.

Mesmo o CMI sendo um lugar específico para crianças, não havia ali brinquedos para elas antes da nossa entrada. Como se a “criança da saúde” fosse uma criança diferente ou, então, que sua condição infantil estava sendo negada, porque as ações de saúde são ações sérias que perguntam pelas questões orgânicas e que não podem ter sua atenção desviada por brincadeiras. Ao mesmo tempo, sabe-se que muitos trabalhos da saúde se preocupam com a humanização, com o brincar, embora as ações ainda se caracterizem pela preocupação higienista e sanitária.

³⁹ Retirado do relatório das aulas práticas de uma aluna da disciplina de Fisioterapia Neuropediátrica (07/10/99).

O ambiente físico-social da terapia deve permitir que a criança possa mostrar seus interesses por brinquedos, objetos, jogos, ao mesmo tempo oportunizando que os adultos observem suas potencialidades. Ou seja, um ambiente físico-social pode proporcionar uma boa avaliação da criança, assim como oportunizar as aprendizagens e o desenvolvimento dela, ao mesmo tempo em que mostra aos pais que ela é uma criança e, como tal, precisa ter as necessidades de movimentação e curiosidade atendidas.

A sala 4, onde havia uma pia e um balcão, foi utilizada como cozinha, aí também ficaria o computador que seria alimentado com os dados referentes aos nossos atendimentos, as pesquisas e os estudos realizados. No entanto, a transferência do computador da sala do bloco c para esta sala resultou em perda do mesmo. A sala foi arrombada, o computador, uma estufa e um rabo-queiro foram levados. Uma janela basculante tinha sido usada para a entrada no local. Depois desse episódio, essa abertura recebeu uma grade e o espaço ficou mais protegido.

Com a organização desse espaço novo, pensamos inicialmente que a sala que estava entre os consultórios, poderia servir como uma brinquedoteca. As crianças que estavam esperando para as consultas ficariam ali brincando até serem chamadas. Com isso passaríamos a realizar as ADNPM das crianças nesse novo ambiente. Mas isso não funcionou. Voltamos a fazer as avaliações na sala antiga, pois não era funcional ficar distante dos consultórios e da vacinação. As pessoas já estavam habituadas àquela rotina, pois ela era prática. Além disso, a distância entre as salas dificultou articular o agendamento das avaliações com o dos atendimentos fisioterapêuticos. Ou seja, o local para a brinquedoteca, no momento, não seria possível providenciar. Tentamos garantir os avanços e, aos poucos, sensibilizar as pessoas da necessidade de proporcionar espaços organizados para favorecer as interações das crianças. Compreender o espaço como sendo de uso coletivo, mas, ao mesmo tempo, possibilitando escolhas e ações individuais. Ao favorecermos essa organização do espaço e dos materiais, oportunizamos também aprendizagens que a criança adquire interagindo com aquelas que estão em estágios mais avançados de ação, raciocínio e compreensão. Possibilitamos a estimulação da zona de desenvolvimento proximal, defendida por Vygotsky.

A Limpeza do Local

A limpeza ficou por conta das funcionárias da prefeitura, mas os próprios alunos e professores também colaboravam nesse processo. Havia muita queixa, tanto dos profissionais do CMI, quanto dos usuários, da deficiência do serviço de limpeza. Eram duas pessoas responsáveis pelo serviço em turnos diferenciados. Percebíamos que o serviço não era realizado com muito entusiasmo, mas pensávamos que era quase impossível manter limpo o ambiente com tanto movimento. Cedo da manhã, começavam as consultas e diminuía um pouco o movimento no horário do meio-dia. Além disso, era preciso considerar que existe uma concepção de que as coisas públicas não precisam ser cuidadas e respeitadas pela população. Discutíamos isso com nossos acadêmicos no sentido de que, se nos preocupássemos em zelar pelo nosso ambiente de trabalho, estaríamos contribuindo para que pais, crianças, demais profissionais e a própria servente percebessem que, se todos cuidarem e zelarem pelo espaço comum, a relação entre quem é responsável pela manutenção, pela limpeza, pela organização do espaço público e o uso e zelo coletivos do mesmo também começa a se modificar. Esse processo cultural com relação à limpeza é bem mais amplo do que possa parecer, pois é permeado por relações de poder.

Eram muitos os brinquedos, além de bolas de Bobath, rolos, tatame, maca, colchonetes, para tirar o pó e passar álcool. Esse trabalho era realizado por nós, professores e alunos. Deixávamos todos os materiais organizados e limpos no final de cada turno. Inclusive, mesmo a sala tendo chave, tínhamos que guardar materiais e brinquedos menores dentro do armário, pois esses constantemente desapareciam. Todos esses processos de limpeza e organização exigem atenção e, apesar de serem trabalhosos, o serviço não é valorizado nem acompanhado. A limpeza dos lençóis que utilizávamos passou por muitas etapas até que conseguimos resolver de forma que não sobrecarregasse ninguém. Quando, como foi o caso, tais aspectos envolvem mais que uma instituição, isso pode tornar-se um pouco mais complicado. A solução que encontramos foi a de identificar os lençóis como sendo da Universidade e a limpeza dos mesmos também como responsabilidade nossa.

3.3. MUDANÇAS NO TRABALHO DO CMI COM A ENTRADA DO PROJETO

Com a entrada do projeto, o CMI passou a oferecer também o serviço de acompanhamento do desenvolvimento das crianças pela Fisioterapia que se propunha a

identificar precocemente possíveis atrasos no desenvolvimento, relacionados a prematuridade, lesões do sistema nervoso central e síndromes; ao mesmo tempo, promovia ações educativas com relação à orientação de pais e profissionais quanto a experiências motoras que poderiam ser oferecidas para as crianças nos diferentes estágios do seu desenvolvimento. Essas ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação estavam sendo realizadas de forma integrada com as demais ações do sistema de saúde.

Utilizávamos para a avaliação um instrumento que na verdade era uma mistura de protocolos avaliativos. As fontes para a construção deste instrumento vinham dos protocolos de Lefèvre, Bobath, da neuropsicologia (Luria e Vygotsky), do método Clínico de Piaget. No entanto, a abordagem, a concepção, a função da avaliação diagnóstica vinham das discussões na Pedagogia, enxergando-a como um processo dinâmico de idas e vindas. Referimo-nos, principalmente, à ação-reflexão-ação de Paulo Freire, bem como à avaliação diagnóstica defendida por Jussara Hoffmann nas aulas na FACED/UFRGS.

Os nossos registros da Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor, bem como as fichas de acompanhamento, ficavam arquivados num fichário na nossa sala. Na ficha de acompanhamento do CMI⁴⁰, apenas registrávamos a realização de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor (ADNPM) da criança ou, se apresentava alguma alteração, o encaminhamento para outro profissional e/ou encaminhamento para a estimulação precoce realizado pela Fisioterapia. Essa ADNPM⁴¹ era composta de itens cujo objetivo era avaliar os reflexos, a motricidade, a visão, a audição, a interação social, a interação mãe-filho. Tanto a professora médica neuropediatra, quanto a fisioterapeuta, a monitora e, mais tarde, os estagiários faziam o exame na presença da mãe e/ou dos pais, de forma que participassem deste momento, compartilhando dúvidas e aprendizagens, mostrando as singularidades e as diferenças existentes entre as crianças e o seu desenvolvimento numa perspectiva de promover a educação em saúde.

Um momento em que era possível mostrar para os pais – mães, na sua maioria, as capacidades do seu filho e como podia contribuir para o seu relacionamento. Mas, ao mesmo tempo, um espaço para os profissionais e os acadêmicos aprenderem com os pais, compreender seus valores, suas convicções, suas dúvidas, seus conhecimentos. Particularmente, como mãe, foi

⁴⁰ Nesta ficha da criança, todas as ações e procedimentos realizados pelos diferentes profissionais do sistema de saúde ficavam registrados.

⁴¹ Essa avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor foi uma prática introduzida pelo projeto. Isto não era realizado anteriormente.

importante a atenção, as aprendizagens com irmãos, cunhadas, mãe, tias, pediatra. Quantas coisas podem ser compreendidas melhor, quando alguém que já viveu determinado problema nos orienta, assim como também aquele que pesquisa e estuda o problema provavelmente possa trazer importantes contribuições.

É importante que se diga que, mesmo em ambientes universitários, essa postura de assegurar/ respeitar a fala de todos não é igualmente compreendida. A conscientização que defendíamos, era postulada por Paulo Freire⁴². Assim, muitas vezes tínhamos que defender que o estudante deveria ser o sujeito de sua própria fala, pois era comum o meio acadêmico negar-lhe este espaço; também os pais, as pessoas leigas, não podiam dizer a sua palavra. Precisavam de que alguém o fizesse, pois eles “não sabiam falar direito”. Estas relações do poder-saber precisam estar em debate nos ambientes de formação dos profissionais de saúde, de educação, assim como nas demais áreas.

Uma das preocupações que tínhamos enquanto docente, era que essa práxis do diálogo, do ambiente de interlocução fosse vivenciada pelos acadêmicos, profissionais, pais, crianças. Que cada um, professor universitário, fisioterapeuta, pedagogo, médico, enfermeiro considerasse o outro como um interlocutor. E o outro interlocutor, que geralmente não é considerado, ou seja, o mais excluído, é o pobre, que traz seu filho para a consulta, que não é solicitado a participar dizendo a sua palavra, o seu entendimento do que o filho tem, daquilo que está precisando. A cultura inclusiva só pode se constituir se as diferentes palavras, dos diferentes atores, fizerem parte dessa trama de vozes.

Neste sentido, pensamos que a entrada do projeto no CMI proporcionou essa mudança de levar os profissionais a dialogarem e, ao mesmo tempo, imprimiu o caráter de respeito aos diferentes saberes, às diferenças culturais, sociais, raciais, étnicas e às diferentes faixas etárias.

Além de imprimir esse caráter dialógico, inserimos no CMI, com o nosso projeto, a prática de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e o atendimento em estimulação precoce. No ano de 1998, foram realizadas 767 avaliações do desenvolvimento

⁴² Hoje, além de Paulo Freire, fundamentamos esta atitude em Bakhtin que lhe deu uma base epistemológica apontando a interlocução enquanto locus da constituição da consciência, do conhecimento, do sujeito. É de se perguntar até que ponto a academia não está dificultando aos estudantes o acesso ao conhecimento quando não os desafia enquanto interlocutores. Ou seja, consciente ou inconscientemente, não conceder a palavra seria igual a não querer repartir o saber e, conseqüentemente, o poder? Até que ponto se torna mera simulação a retórica em torno de: “educar para a cidadania” ou como estabelecem as Diretrizes Curriculares Nacionais de Fisioterapia ao caracterizar o perfil do profissional como tendo uma formação “crítica e reflexiva”, capacitando-o para atuar com “rigor científico e intelectual”.

neuropsicomotor. Nestas 767 avaliações, foram observados 39 casos com comprometimento do desenvolvimento, sendo que 12 crianças foram atendidas no programa de estimulação precoce e os demais casos, considerados com atraso do desenvolvimento, foram acompanhados mensalmente no sentido de compreender quais estavam sendo as suas experiências com relação ao ambiente: posturas, interação com brinquedos, crianças e adultos. No entanto, havia outros casos que eram observados por nós da Fisioterapia, pela médica neuropediatra, pelo pediatra, mas que não eram comentados: são os casos em que parece estar tudo bem com a criança, mas alguns reflexos que poderiam estar desaparecendo continuavam ainda muito presentes. Nesse caso, apenas registrávamos a presença do reflexo, por medida preventiva, e aguardávamos para avaliar no próximo mês.

Como achávamos importante que as pessoas conhecessem o nosso trabalho, geralmente as avaliações eram realizadas com a porta aberta, pois, dessa forma, podíamos convidar colegas, profissionais da saúde, para entrarem e participarem desse momento, pois o olhar do médico é diferente do olhar da enfermeira que, por sua vez, é diferente do olhar do fisioterapeuta, mesmo que todos olhem a mesma criança. A abordagem é outra, apesar de, em muitos momentos, os protocolos e os teóricos serem os mesmos. Tínhamos o interesse de mostrar que o olhar do fisioterapeuta estava centrado no movimento, nas conquistas, nos atrasos de ordem motora. Mas que este olhar, não era um olhar distante dos demais olhares, porque havia uma preocupação em garantir o desenvolvimento pleno das crianças.

A maior interação que existia era entre o grupo da fisioterapia com a enfermeira do programa, a nutricionista e os dois médicos (pediatra e neuropediatra) que também eram professores na Universidade. Os demais profissionais também participavam encaminhando as crianças, trazendo suas preocupações quanto ao desenvolvimento delas. Mas era perceptível que o envolvimento dos profissionais estava ligado às experiências de sua formação. Quem viveu essa dinâmica interdisciplinar de preocupação com promoção e prevenção logo buscava se articular a essas ações. Como já tínhamos vivido isso, entendíamos que essa interação proporcionava para os acadêmicos, para os pais e para os profissionais a percepção de que aprendemos uns com os outros.

As mudanças, que começaram a acontecer no CMI com relação a sua organização e às relações entre os profissionais com a participação da Fisioterapia, se intensificaram a partir do segundo semestre de 1999, com a entrada do estágio curricular da Fisioterapia, do Serviço Social,

da Pedagogia, da Nutrição. Como nos disse uma técnica de enfermagem, numa manhã bastante tumultuada, pois estavam os alunos da Fisioterapia e do Técnico em Enfermagem de outra instituição na sala acompanhando a nebulização, as medidas antropométricas, a medição de temperatura: *[. . .] dá mais trabalho todos estes alunos aqui, mas é bom porque movimentando isso aqui, a gente ajuda [. . .] aprende mais um pouco [. . .] uns são meio metidos, querem mudar tudo [. . .] a gente vai levando. Mas não te preocupa, todo mundo aqui está contente.* Sabíamos, como supervisora, que essas mudanças precisavam ser acompanhadas e discutidas, pois a nossa entrada estava modificando a rotina daquele ambiente.

No primeiro ano, eram poucos alunos. Tínhamos mais tempo para discutir sobre colocar-se no lugar do outro, sobre os significados de tantas mudanças nas rotinas, sobre o aumento de pessoas circulando. Esses estagiários viveram a experiência de um projeto se organizando, se estruturando, com as dificuldades que se apresentam, mas, por outro lado, realizaram o estágio no decorrer de um semestre letivo e outros durante quase um ano. A qualidade dos atendimentos e dos relatórios era superior, uma vez que o tempo de discussão e reflexão sobre a prática era maior.

A partir de agosto de 1999, a dinâmica dos atendimentos sofreu alterações significativas com a entrada do estágio curricular da Fisioterapia e do Serviço Social. Os estagiários do Serviço Social participavam acompanhando quase que diariamente os momentos terapêuticos dos acadêmicos de Fisioterapia, bem como entrevistas com pais, etc. A Fisioterapia, que agora passava a participar do estágio curricular, tinha que se adequar à organização prevista pela Coordenação dos Estágios em Fisioterapia. Ou seja, os grupos de estágio foram formados por seis alunos que permaneciam durante seis semanas em cada local de estágio. Isso significava que, a cada seis semanas, haveria troca de estagiários no CMI. Esse tempo limitado, com certeza, era um fator que dificultaria o nosso trabalho de construção de ações inclusivas. As crianças e seus pais sentiriam esse troca-troca, assim como os estagiários, os supervisores, os profissionais, enfim toda a engrenagem do CMI. O período de adaptação nas interações é um fator importante, mas, quando a adaptação está relacionada à criança, esses aspectos são ainda mais significativos. A curto prazo, tínhamos que criar estratégias que minimizassem essas dificuldades, como, por exemplo, os estagiários que estivessem entrando acompanhariam o trabalho dos colegas na última semana do estágio, de forma que a criança e a própria caminhada da terapia sofressem menor impacto. A longo prazo, buscaríamos contribuir e fortalecer os debates sobre as experiências

necessárias aos futuros profissionais nos seus estágios curriculares, de forma a repensar os espaços, tempos e qualidade de experiências necessárias para o fisioterapeuta a partir das novas diretrizes curriculares e do sistema de saúde.

Escutar o que dizem pais, familiares, médicos, terapeutas, professores, acadêmicos, crianças e compreender como as primeiras interações intersubjetivas estão se dando com essas crianças, sempre foram objetivos da nossa prática no CMI. Isso poderia ajudar a minimizar os efeitos negativos do curto período de contato entre crianças e estagiários. Os estagiários de Fisioterapia faziam algumas sessões na casa das crianças, em praças, registrando falas, brincadeiras, ações e reações, dificuldades e potencialidades. Os acadêmicos de Serviço Social, acompanhados pela sua supervisora, fizeram o registro de entrevistas com os pais, dados de moradia, escolaridade da família, que também contribuíam para compreender melhor o contexto em que viviam.

4. REPENSANDO O CURSO DE FISIOTERAPIA

Desde a nossa entrada na Universidade, em 1990, trabalhamos na formação de fisioterapeutas. Ao planejar as atividades do semestre, nas disciplinas de Fisioterapia Aplicada à Pediatria, Desenvolvimento Humano e Aprendizagem Motora, Fisioterapia Aplicada à Neuropediatria, Estágio Supervisionado, enfim, disciplinas que ministrávamos, havia duas preocupações básicas relacionadas entre si: a formação do profissional fisioterapeuta e as crianças que, apresentando problemas no seu desenvolvimento, eram precocemente marginalizadas, excluídas da sociedade.

A nossa experiência formativa, enquanto acadêmicas do curso de Fisioterapia, servia para apontar aspectos que nos pareciam indispensáveis na formação dos nossos acadêmicos e outros que julgávamos que deveriam ser repensados. Por exemplo: as disciplinas básicas, Anatomia, Histologia, Patologia, Fisiologia, entre outras, eram realizadas num outro centro, que não tinha ligação com as disciplinas consideradas pré-profissionalizantes ou profissionalizantes. Assim como a Antropologia, a Biofísica e a Sociologia, não tinham ligação com o curso, pois os professores das respectivas disciplinas ligados a outros departamentos não tinham noção do que era Fisioterapia. Assim como o operário é especialista apenas de um fragmento do processo de trabalho, não participando de sua concepção e desconhecendo o todo, o professor, especialista em sua disciplina, aliena-se do processo de formação de seus alunos, abdicando ao seu direito de contribuir para a configuração desse processo. A interdisciplinaridade não acontecia. Na nossa visão, era preciso que houvesse integração entre as disciplinas e que os professores participassem ativamente na construção do projeto político-pedagógico do curso.

Outro aspecto, que pensávamos que tínhamos que modificar, é que não havia nenhum contato com a realidade profissional anterior ao estágio. Somente no estágio, que acontecia no final do curso, o estudante tinha contato com os pacientes. Não havia uma proposta de curso e de Universidade em buscar conhecer os problemas sociais, de saúde de uma determinada população. Quem garantia essa discussão eram os diretórios acadêmicos e alguns professores do curso. No curso de Fisioterapia que freqüentamos, não discutíamos teorias. Não discutíamos um livro, um

artigo. Recebíamos, na maioria das vezes, os conteúdos ditados pelo professor, ou em lâminas, sem saber a fonte, o autor. Recebíamos verdades que, sem serem questionadas, eram reproduzidas. Não se fazia pesquisa, nem se promovia o espírito investigativo e criativo. A Universidade criada a partir do pensamento liberal tem a função de preparar os indivíduos moral e intelectualmente para desempenhar, sem questionamentos, seus papéis na sociedade desigual, servindo ao status quo. Os problemas sociais não eram preocupação da Universidade. Assim sendo, o profissional fisioterapeuta, enquanto técnico em reabilitação, precisava de uma formação que garantisse o aprendizado das técnicas e, por isso, o papel da Universidade era o de transmitir essas técnicas e garantir que o saber médico imperasse sobre as demais profissões paramédicas concretizando-se a divisão do trabalho entre os que determinavam e os que executavam as tarefas.

Assim sendo, pensávamos que tínhamos, enquanto professoras, de considerar as questões anteriormente levantadas na formação dos profissionais fisioterapeutas. Era preciso conhecer as diferentes realidades dos nossos acadêmicos, compreender como pensam e, dessa forma, organizar sua trajetória acadêmica, visando ao tipo de formação necessária para trabalhar com crianças em desenvolvimento no contexto de uma sociedade excludente. Por exemplo, os alunos, tanto os de Fisioterapia como os de Pedagogia, apresentavam/apresentam nos seus discursos e ações, uma concepção de criança como alguém que precisa ser vigiada, punida, moldada, adestrada. Esses conceitos/preconceitos com relação à criança têm uma origem histórica, como vimos anteriormente, mas que precisam ser identificados e discutidos neste período de formação já que irão embasar futuras atividades profissionais repercutindo no desenvolvimento das crianças.

Além disso, estavam acostumados ao trabalho individual de aprendizagem, priorizado pelo ensino fundamental e médio. O trabalho coletivo, debates, discussões sobre leituras, práticas, trabalhos em grupo, era uma experiência de poucos acadêmicos. Era preciso “[. . .] desenvolver processos de sala de aula bastante específicos, destinados a promover valores e crenças que estimulem modos críticos e democráticos de participação e interação entre professores e alunos.” (GIROUX, 1997, p. 67)

A nossa experiência acadêmica na Pedagogia da UFRGS e o debate que Rebelatto e Botomé ⁴³(1987) estavam promovendo para repensar a atuação profissional do Fisioterapeuta no

seu livro “Fisioterapia no Brasil”, eram os modelos que nos serviriam para embasar este projeto desafiador de formar profissionais fisioterapeutas preocupados com a transformação social e, mais especificamente, com a transformação da vida das crianças com problemas no seu desenvolvimento. Na nossa visão, era fundamental que o aluno conhecesse a realidade social, seus problemas, que conhecesse a criança, suas fases de desenvolvimento, que desenvolvesse a leitura e escrita e que registrasse no papel as atividades de campo: uma prática reflexiva. Na disciplina do segundo semestre, Desenvolvimento e Aprendizagem Motora, elaboramos, no plano de ensino os objetivos: *conhecer as principais teorias do desenvolvimento humano, relacionar os processos de crescimento e maturação sempre de forma integrada, reconhecendo a unidade do ser humano bio-psico-social; estudar os processos de aprendizagem, sua relação com o desenvolvimento humano, reforçando sua importância e o papel transformador do fisioterapeuta.*

Na metodologia do trabalho a ser desenvolvido, propusemos: *Aulas expositivas, seminários, relatório das atividades práticas [. . .] que se caracterizem pela descrição, reflexão e fundamentação teórica, referentes ao desenvolvimento psicomotor e às atividades lúdicas, terapêuticas realizadas.*

Essa preocupação com a transformação social exigia repensar a relação da Universidade, dos cursos e dos currículos com os espaços sociais. O processo, além de exigir envolvimento com diferentes instituições, necessitava de apoio político. Para Giroux:

Isto significa reconhecer que a teoria curricular pode ser vista como a produção de formas de discurso que surgem de locais sociais específicos, e enquanto a comunidade universitária teoriza a partir de um local específico, os professores e administradores da escola pública, bem como de outros envolvidos no trabalho pedagógico, teorizam a partir de contextos diferentes, mas igualmente importantes. Estes locais diferentes dão origem a várias formas de produção e práticas teóricas. (GIROUX, 1997, p. 172)

Antes de chegarmos ao CMI, fomos trilhando uma caminhada que nos trouxe experiências importantes e que influenciaram a busca pelo CMI. No primeiro ano (1990) como docente na Universidade, procuramos desenvolver um projeto de extensão nas instituições que atendiam a crianças com deficiência e autistas que serviriam para as aulas práticas. Nessa época, os alunos faziam relatórios diários das suas ações (observações, atendimentos, atividades) e fazíamos discussões desses momentos. Para Giroux (1997, p. 68), “[. . .] os estudantes devem

⁴³ Em novembro de 1991, o Curso de Fisioterapia trouxe José Rubens Rebelatto como palestrante no I Encontro de Fisioterapia. Esse encontro proporcionou uma injeção de ânimo no sentido de que estávamos no caminho certo.

experimentar os estudos no ambiente da ação social, ou, como declarou Freire, deve-se ensinar aos estudantes a prática de refletir sobre a prática.”

No entanto, pudemos perceber que os alunos não conseguiam centrar-se em conhecer a criança em si, pois se restringiam a pensar a deficiência da mesma. E as próprias instituições de educação especial tinham um discurso delimitado na deficiência e uma certeza sobre o que deveria ser feito com aquelas crianças, adolescentes e adultos portadores de deficiência. Não sentíamos espaço para construir uma ação que perguntasse pelo sujeito, pela criança/adolescente/adulto capaz, sujeito de direito.

Mudamos a estratégia. Passamos a frequentar também as creches municipais, mais especificamente seus berçários, com um trabalho de acompanhamento semanal de crianças da faixa etária de 0 a 3 anos, durante os anos de 1993 à 1997. Dessa forma, os estudantes estariam conhecendo e discutindo um universo mais amplo da infância, das suas necessidades, dos seus direitos, de como se expressam, pensam e vivem durante o período na creche. Ali eles buscavam conhecer rotinas, normas de funcionamento, proposta pedagógica das creches públicas municipais e acabavam interferindo nestas rotinas e atividades, no sentido de criar oportunidades de as crianças saírem dos berços, brincarem no pátio, de forma a lhes garantir aprendizagens mais variadas a partir de desafios diferenciados. Os acadêmicos, além de realizarem a avaliação psicomotora da criança, participavam da criação e confecção de brinquedos, jogos, etc. (ARNS, 1998) Inclusive, na mudança do currículo do curso de Fisioterapia, acrescentamos, no segundo semestre, uma disciplina que trabalhava o processo de aprendizagem e o desenvolvimento humano.

Mas essas proposições, as práticas que outros colegas também estavam desenvolvendo ligadas a projetos de extensão/ensino, a reformulação do currículo de Fisioterapia foram deixando cada vez mais clara a importância do contato do aluno, do professor e da Universidade com a realidade social; a extensão seria a forma de entrar em contato, conhecer e contribuir para transformar a realidade circundante. Na verdade, a extensão, tal como a entendíamos, assumia características de pesquisa/ação.

A extensão que defendíamos não era ainda entendida por todos da mesma forma, a extensão no “[. . .] sentido da inserção da universidade e da permanente atenção ao contexto, na busca pela reflexão crítica e prática teórica, de maior amplitude de visão apropriada às situações particulares, concretas.” (MARQUES, 1997, p. 129) Particularmente, víamos que, em contato

com a realidade, alunos e professor confirmavam (ou não) o que as teorias diziam. Os diferentes autores eram analisados à luz das práticas e, com isso, os estudantes foram construindo as suas hipóteses e versões do problema. Quando estudávamos as teorias do desenvolvimento, as diferentes propostas de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento nesta perspectiva de *práxis*, as aulas eram interessantes, os alunos participavam, discutiam, comparavam, concordavam, divergiam, relacionavam as teorias e, muitas vezes, observavam que as crianças não eram todas iguais, que a aprendizagem era um processo social e singularmente vivido. Percebíamos que os objetivos que havíamos estabelecido para as disciplinas eram alcançados, que os alunos assumiam uma postura participativa, cooperativa, crítica, consciente.

Ao escolher um lugar, um grupo, uma instituição como realidade a ser estudada, investigada, acompanhada, por um período mais longo, o professor se confronta e se compromete com objetos de investigação que sejam relevantes, ou seja, que brotam de necessidades reais e podem contribuir para solucionar problemas enfrentados por aqueles sujeitos e/ou instituições.

Ao possibilitar essa experiência, estávamos inserindo paulatinamente o acadêmico na vida profissional, de forma a dar tempo para que sua ação com a criança pudesse ser refletida, discutida, qualificada. Neste sentido, as discussões e os estudos orientados por Mario Osorio Marques no mestrado, foram importantes, pois era necessário, como ele sempre enfatizara, que as práticas e os estágios objetivassem uma contribuição social. Uma possibilidade de ajudar a construir uma "nova" concepção/ ação educativa e de saúde, de postura cidadã frente à criança.

Foi nesta dimensão que foi projetado o trabalho no Centro Materno Infantil a partir de 1998. Um lugar onde encontrássemos crianças pequenas que vinham para vacinação, consultas médicas, de enfermagem e de nutrição. E, ao mesmo tempo, um lugar onde encontrássemos todos os profissionais envolvidos no cuidado e atenção à saúde da criança. Ali certamente encontraríamos as crianças com problemas de desenvolvimento nos seus primeiros momentos de vida, os pais dessas crianças que também precisavam de cuidados e os profissionais; assim, poderíamos contribuir para que as crianças desenvolvessem da melhor forma possível, para que suas vidas fossem mais bem vividas.

Na verdade, havia a preocupação em trabalhar a formação do acadêmico de Fisioterapia, inserindo-o na vida profissional, mas era fundamental, na nossa concepção, que pudéssemos, como Universidade, ajudar na política de atenção e cuidados à criança. Os anos de experiência anteriores mostravam que era preciso discutir mais amplamente os “discursos” sobre infância,

diferença, deficiência, aprendizagem e desenvolvimento. Com isso, estaríamos aprendendo a entender como as forças de controle social operam e de que forma poderíamos enfrentá-las melhor. Dessa forma, estaríamos mexendo nas estruturas que organizam a formação do fisioterapeuta, pois estaríamos mexendo também nos modelos e metodologias.

A organização do estágio foi uma das proposições iniciais. O estágio pressupõe o desenvolvimento de um conjunto de atividades cumpridas num tempo estipulado que têm por objetivo a continuidade da formação escolar, permitindo ao estudante acesso ao futuro campo de atuação profissional, num contato direto com questões teórico-práticas. Como enfatizamos anteriormente, queríamos o contato do aluno com os desafios da saúde pública, com os problemas sociais, desde o início da sua formação. Portanto uma formação muito diferente daquela que tivemos enquanto acadêmicas de Fisioterapia. Dessa forma, era preciso planejar e organizar os diferentes momentos de inserção do acadêmico nesta prática de estágio.

Para tanto, pensamos e planejamos o trabalho dos alunos de Fisioterapia com o desenvolvimento da criança no CMI em três momentos no decorrer da sua formação. No 2º período da grade curricular, os alunos da disciplina de Desenvolvimento Humano e Aprendizagem Motora faziam estágio de observação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos bebês no primeiro ano de vida, enquanto viam, nas aulas teóricas, as teorias de aprendizagem e desenvolvimento, a Sociologia, a Saúde Pública, Metodologia da Pesquisa, Bioestatística, Fisioterapia Preventiva, além das básicas como Anatomia, Fisiologia. Fazia parte das atividades desenvolvidas pelos alunos: observar o professor da disciplina na avaliação das crianças de 0 a 3 anos no Centro Materno-Infantil; descrever a avaliação; desenvolver atividades lúdicas com as crianças da sala de espera e apresentar um relatório das práticas vivenciadas. O maior número de crianças avaliadas eram as da faixa etária de zero a seis meses. Além do CMI, os acadêmicos também conheciam as creches públicas municipais.

Dessa forma, estaríamos proporcionando a esses acadêmicos a interação com a realidade das crianças e dos profissionais de saúde, com a política de saúde do município e do SUS, com as teorias da aprendizagem e desenvolvimento e o olhar para a evolução do movimento da criança nas diferentes etapas do período sensório-motor; ao mesmo tempo, buscávamos realizar os intercâmbios entre as disciplinas daquele semestre e semestres anteriores, principalmente a Sociologia e a Antropologia, que, para eles, pareciam temas desconectados da Fisioterapia.

Sabíamos dessa dificuldade, pois, enquanto acadêmicas, tínhamos vivido esta mesma rigidez de isolamento entre as disciplinas e o não intercâmbio entre elas.

Os alunos da disciplina de Fisioterapia Neuropediátrica (5º período) realizavam a avaliação neuropsicomotora das crianças, assistidos pelas professoras (médica neuropediatra e fisioterapeuta) para, num segundo momento, conhecer a terapêutica realizada com as crianças que apresentavam atraso do desenvolvimento ou que tivessem transtornos neurológicos. Além disso, conheciam o trabalho de acompanhamento das medidas antropométricas e o trabalho de aleitamento materno/nutrição realizado pelos demais profissionais da equipe de saúde (enfermagem, nutrição, pediatras). Cabia a eles, ainda, elaborar as fichas de evolução dos pacientes que se caracterizassem pela descrição, reflexão e fundamentação teórica, referentes ao desenvolvimento psicomotor e às atividades realizadas.

Já os alunos estagiários do 8º período faziam a avaliação psicomotora e neurológica das crianças, proporcionavam situações de promoção e vigilância da saúde da criança junto com os demais profissionais da saúde: enfermeira, pediatra, neuropediatra, obstetra, nutricionista, psicopedagoga e acadêmicos do serviço social; faziam o atendimento de estimulação precoce, bem como o atendimento de fisioterapia neurológica, respiratória, ortopédica. Tanto as avaliações como os atendimentos fisioterápicos eram registrados de forma que fosse possível conhecer toda a trajetória de desenvolvimento e crescimento da criança, bem como a terapêutica utilizada. Faziam parte ainda as visitas domiciliares e o trabalho com as gestantes. Outra função dos estagiários era a de estabelecer um processo de discussão dos casos numa equipe interdisciplinar.

Além da interrelação entre as disciplinas, os alunos tinham a possibilidade de conhecer a atuação de outros profissionais da área da saúde. Esta oportunidade, que na nossa formação não tivemos, nos parecia fundamental para quebrar com o paradigma de que o conhecimento médico era superior e que o seu fazer era mais importante que o das demais profissões. Aprende-se fazendo, mas também se aprende observando a ação do outro. Claro que não contávamos na equipe do CMI com a abertura de todos os profissionais, mas tínhamos pelo menos quatro pediatras engajados na proposta, a neuropediatra, a enfermeira, dois obstetras, a nutricionista e as auxiliares de enfermagem. No entanto, a própria postura de não aceitação do trabalho em equipe por alguns dos profissionais era uma aprendizagem importante para a formação dos futuros fisioterapeutas.

4.1.A POSTURA INVESTIGATIVA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Talvez possamos pensar a educação de outra forma [. . .]. Quem sabe, um tal encontro entre [um estudante e um professor e outro professor] possam abrir a [universidade] ao que ainda não é, permitam pensar naquilo que a princípio, não se pode ou não se deve pensar na [universidade], e fazer dela o espaço de experiências, acontecimentos inesperados e imprevisíveis, mundo do devir e não apenas da história. (KOHAN, 2004, p. 66)

Sentimo-nos seduzidas a trazer e adaptar a citação de Kohan para introduzir o pressuposto de que as concepções metodológicas, assim como as concepções sobre a saúde - Fisioterapia - são processos construídos por nós, por nossa cultura ocidental desde a antiguidade, como nos referimos anteriormente.

Os estudos sobre a história da saúde⁴⁴ nos mostram que as ações de saúde, o aperfeiçoamento dos métodos e técnicas, centralizados na cura e reabilitação, sofrem grande influência do pensamento racional da modernidade. A concepção de saúde de que os indivíduos devem ser cuidados, controlados e vigiados é uma contingência da política social e econômica vivida na modernidade. Era preciso institucionalizar as pessoas doentes, pobres, loucas e, ao mesmo tempo, garantir que a sociedade estaria imune a elas.

Então, toda essa trajetória de concepção de saúde, de corpo, de infância; o conhecimento cartesiano; a Fisioterapia mecanicista e adestradora; o corpo fragmentado; a criança natural de Rousseau; as diferentes propostas terapêuticas e educativas influenciadas pela psicologia de Pavlov e Skinner são concepções que aparecem também no profissional de Fisioterapia em formação.

Quando Feuerwerker no seu texto *Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde*, afirma que a Universidade deve formar “[. . .] profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade [. . .]” (FEUERWERKER, 2003, p. 25), aponta-nos uma questão essencial na prática formativa de fisioterapeutas: os modelos de formação do profissional de saúde existentes nas Universidades podem e devem ser repensados.

⁴⁴ Ver estudos de Rebellato e Botomé (1999), Barros, Piola, e Vianna (1996) e Menicucci (2004).

A Fisioterapia precisa de que os profissionais que nela atuam se perguntem sobre o que é mesmo que a Fisioterapia deve/pode oferecer, que caminhos vêm sendo trilhados, quais as mudanças que poderiam ser realizadas e como devem ser os espaços de formação profissional.

Para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde precisamos abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou pelos papéis instituídos) precisamos ser *produção de subjetividade*: todo o tempo abrindo fronteiras, desterritorializando grades de comportamento ou de gestão do processo de trabalho. Precisamos, portanto, também trabalhar no deslocamento dos padrões de subjetividade hegemônicos: deixar de ser os sujeitos que vimos sendo, por exemplo, que se encaixam em modelos prévios de ser profissional, de ser estudante, de ser paciente (confortáveis nas cenas clássicas e duras da clínica tradicional, mecanicista, biologicista, procedimento-centrada e medicalizadora). (CECCIM, 2005, p. 6, grifo do autor)

Como formar o fisioterapeuta participativo, crítico, que faz trocas de conhecimento, que busca pluralidade de conhecimento e competências, que se preocupa com a evolução da saúde pública, com o desenvolvimento da criança, com sua evolução própria e formação profissional permanente como preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia?

Esta tarefa, a nosso ver, exige que as metodologias das aulas, das práticas, das técnicas de pesquisa trabalhadas no decorrer da formação deste profissional abram o espaço para a formação de um sujeito argumentativo, participativo, com experiência no trabalho colegiado (e não somente individual), com encontros coletivos, se possível, semanais, além da participação em processos de gestão em saúde.

A ação argumentativa e o argumento são vistos por Habermas como mecanismos capazes de integrar os indivíduos na sociedade tendo por base o reconhecimento e a valorização da diversidade, construindo assim, a identidade coletiva sem a subordinação e sem a negação da individualidade. (DAHLBERG; MOSS; PENCE, 2003, p. 42).

Dessa forma, desde a sua formação, o profissional fisioterapeuta vai vivenciar experiências em projetos de extensão e pesquisa de forma a “[. . .] saber que as teorias não são produzidas fora de condições concretas de possibilidade, que elas emergem em/de práticas sociais, discursivas [. . .] são históricas e culturalmente contingenciadas.” (SMOLKA, 2002, p. 124.)

Na participação em pesquisas, o futuro fisioterapeuta vai aprender a observar, registrar, refletir sobre o que está acontecendo com cada criança, no grupo; quais as demandas do grupo; como são as condições materiais (ambientes, objetos, brinquedos). Entrevistas, avaliações,

sessões de Fisioterapia, reuniões interdisciplinares deverão ser registradas, pois servem de instrumento para o trabalho do fisioterapeuta, num processo de ação – reflexão – ação.

Assim como a formação dos outros profissionais de saúde precisa ser reavaliada, defendemos que as práticas fisioterapêuticas com relação à criança também precisam ser questionadas. Será que não é possível providenciar um encontro entre uma criança e um fisioterapeuta e abrir os processos de aprendizagem, de terapia, de desenvolvimento ao que ainda não são? Abrir os espaços para pensar diferentemente o fazer fisioterapêutico com a criança e o mundo do devir-criança⁴⁵ onde “[. . .] se pode experimentar e explorar uma outra educação [. . .]”? (JÓDAR RICO; GÓMEZ SÁNCHEZ, 2002, p. 41) Pensar-se em uma outra proposição de promover e prevenir a saúde da criança?

Na nossa visão, tínhamos dificuldade, ou melhor, éramos incapazes de nos comunicarmos com as crianças. De todas elas, mas mais distantes ainda estávamos da criança com problemas de desenvolvimento. Sua alteridade cria um vazio de experiência compartilhada que nos distancia dela. Torna-se difícil construir pontes até este outro, ainda mais se entre nós teimam em entrepor-se os fantasmas do preconceito que supúnhamos vencidos. Como, para conhecê-la, era preciso integrar muitos campos de conhecimento, pensávamos que o nosso trabalho poderia buscar este diálogo entre as diversas áreas da educação e da saúde e, com isso, contribuir para os debates das formulações e reformulações das políticas públicas, ao menos as locais, e das próprias práticas de saúde e educação. Buscar uma outra forma de cuidar do desenvolvimento das crianças, que não estivesse tão submetida à dominação, tanto etária quanto médica, ao preconceito, à estigmatização por parte dos “normais”. Que fosse mais incluyente do que excluyente.

4.2 É Preciso Conhecer o Outro e Aprender a Relacionar-se com Ele

Ao defrontarmo-nos com o outro com problemas de desenvolvimento, defrontamo-nos também com o nosso medo instintivo, irracional desse desconhecido. Para vencê-lo, é necessário

⁴⁵ Ver texto de Francisco Jódar Rico e Luçia Gómez Sánchez. Os autores se utilizam do conceito de devir de Deleuze (*apud* JÓDAR RICO; GÓMEZ SÁNCHEZ, 2002, p.41) “[. . .] concebido como processo criativo pelo qual minorias se metamorfoseiam e escapam do controle social.”

elaborar um conhecimento (para saber o que está acontecendo com os movimentos involuntários) que se soma ao reconhecimento da dignidade inerente a todo o ser humano independentemente de problemas que possa apresentar e à vontade solidária de ajudá-lo em suas diversas dimensões: físico-biológica; psico-emocional-mental; sócio-cultural; espiritual. É preciso vencer constrangimentos e aprender a relacionar-se com essa pessoa para tocar e ser tocado pelo mistério que há nela. Para disponibilizar-se a saber como cuidar dela. Essa é uma aprendizagem longa e difícil que é pouco considerada na formação dos profissionais de saúde. Ciente disso, achamos importante o contato dos estudantes com pessoas portadoras de deficiência. Neste contexto, situamos a presença de Rogério nas nossas aulas. Vejamos um fragmento do diário de campo:

Rogério, adolescente com 14 anos, muito alegre, simpático, apesar da sua timidez, aluno de uma escola especial, passou a participar de algumas aulas práticas de Fisioterapia em Neuropediatria a partir de 1998, não mais como paciente neurológico, com uma diplegia espástica decorrente da Paralisia Cerebral, mas como o monitor de aulas de manuseio e trocas de postura com alunos do quinto semestre de Fisioterapia. Conhecemos Rogério, em 1993, numa escola. Desde lá trabalhamos no acompanhamento de sua terapia. Foi uma experiência interessante, pois percebemos que ele saberia explicar o seu movimento, o movimento que o aluno deveria fazer para facilitar a troca de postura, melhor do que nós mesmos enquanto professores. Mas não só isso, queríamos que esse jovem fosse valorizado pelos demais e sabíamos que estes se sentiriam muito mais sensibilizados e comprometidos com o seu fazer diante de uma situação real. Rogério chegou de cadeira- de- rodas. Mostrou para os alunos como descia da mesma, como subia, como saía da posição de deitado para sentado e em pé. “Eu preciso colocar a minha cabeça para a frente, senão não faço nada, cuidem, Oh, Oh” Mostrava o movimento da passagem de deitado para sentado. “Não, não pega assim. Assim tu não me ajuda, mais perto do cotovelo. Isso, isso. Assim!” A experiência foi muito positiva, pois Rogério se sentiu valorizado, os estudantes ficaram entusiasmados com as trocas de informações que puderam realizar com Rogério. Quando convidamos Rogério para que fizesse parte desta aula como alguém que nos ajudaria a ensinar as técnicas de rolar, sentar, ficar em pé... tínhamos receio de como esse processo se daria, pois não tínhamos até então pensado que era possível contar com um apoio como o de Rogério. No final da aula, perguntamos para Rogério o que ele tinha achado da experiência e ele disse: “Eu gostei, mas eu não conseguia fazer tudo, acho que

precisa ter mais uma aula”. Ele tinha razão, teríamos que planejar este conteúdo com uma prática de pelo menos duas manhãs.

Era perceptível em Rogério que ele se sentiu reconhecido na sua atividade e, ao mesmo tempo, comprometido e preocupado com a efetiva aprendizagem dos estudantes. Essa experiência, diferente das demais apresentadas aqui, que têm um enfoque com crianças pequenas, mostra a realidade de um adolescente, suas necessidades, suas possibilidades e perspectivas futuras. O trabalho com adolescentes e adultos exige outras preocupações.

4.2. Aprender a Observar, a Ouvir. O Registro Como Ferramenta de Trabalho

Antes de iniciarmos o trabalho no CMI, os alunos já tinham como atribuição, em cada semestre, nas disciplinas de Desenvolvimento Humano e Aprendizagem Motora, apresentar os seus registros das atividades práticas em creches e escolas. Isso foi importante, no sentido de que era uma forma de ir criando o hábito do registro e, aos poucos, qualificando esse registro, uma vez que a dificuldade de escrever era uma realidade de todos: alunos, estagiários, professores, coordenadores. Concordamos com Silva ao afirmar:

[. . .] escrever é um trabalho solitário, artesanal, de colocar palavra após palavra, de reescrever um mesmo parágrafo até que se encontre a formulação correta [. . .] É manter uma vigilância e honestidade constantes para não descolar a palavra do real, para não atribuir ao que se escreve a autonomia de um constructo cuja verossimilhança é capaz de iludir a própria pessoa que escreve. Exige disciplina intelectual e elaboração do pensamento que se funde à própria elaboração do texto. (SILVA, W., 2004, p. 43)

No CMI , apesar das dificuldades de principiantes, todos faziam registros⁴⁶. Antes da entrada do projeto, existiam os registros dos procedimentos nos prontuários dos pacientes, realizados pela equipe, dos dados antropométricos e referentes a vacinação, enfermagem, pediatria e nutrição. No entanto, a partir da nossa inserção, as avaliações do DNPM e as sessões

⁴⁶ O procedimento dos registros dos prontuários de pacientes, que parece uma prática indiscutível, não era realizada sistematicamente nos hospitais. Fato este que pudemos perceber na pesquisa do acompanhamento dos bebês prematuros nascidos no município. Faltavam muitos dados, os registros eram incompletos. Por isso, essa prática de todos registrarem foi gratificante.

de Fisioterapia e estimulação precoce também eram registrados, assim como as reuniões interdisciplinares.

Havia, no curso de Fisioterapia desta Universidade, a preocupação de trabalhar com uma postura investigativa na formação. O fisioterapeuta investigador precisava de instrumentos das pesquisas quantitativas e qualitativas. As pesquisas qualitativas eram em menor número nas Ciências da Saúde. Aos poucos, foram aparecendo estudos de caso e uma preparação para trabalhar com as pesquisas participantes e pesquisa-ação.

Como prática diária, no caso dos estagiários e bolsistas, e/ou semanal, no caso de estudantes do segundo e do quinto semestre, o registro⁴⁷ servia para refletirem sobre a prática e planejarem suas atuações futuras. Isso era muito importante, pois oportunizava uma reflexão mais ampla: também sobre assistência em saúde pública. Temos clareza de que, se tivéssemos mais tempo de acompanhar as leituras desses registros em tempo real, as trocas seriam muito mais ricas. A nossa preocupação, enquanto coordenadora era privilegiar este tipo de documentação e buscar aperfeiçoá-lo. Esses dados eram importantes para avaliar o processo terapêutico, assim como o próprio desenvolvimento da criança.

Quando documentamos somos co-construtores das vidas das crianças e incorporamos nossos pensamentos implícitos do que consideramos serem ações valiosas em uma prática pedagógica [prática terapêutica]. A documentação nos diz algo sobre como construímos a criança, assim como nós mesmos como pedagogos [fisioterapeutas]. (DAHLBERG; MOSS; PENCE, 2003, p. 193)

A documentação serve para reavaliar, realimentar a prática terapêutica e abre a possibilidade do profissional ampliar o seu fazer. É a oportunidade de garantir um fazer reflexivo, pôr em prática o aprender fazendo. Planeja-se a ação, estuda-se o que vem acontecendo, cria-se a necessidade de argumentar o seu fazer e, com isso, ficam de lado as práticas de improvisação. Uma possibilidade de, ao avaliar sua prática, modificá-la.

Este processo, o aprender a registrar, precisa, para avançar, do leitor atento, preocupado em apontar o que está bom, o que poderia ser acrescentado. Papel esperado do coordenador e dos professores que também estavam aprendendo. Uma questão que aparecia muito frequentemente como problemática era que, em lugar de descrever comportamentos, atitudes e o que realmente aconteceu, era o uso de expressões genéricas, tais como “*a mãe ajudava*”, “*a criança continuava*

⁴⁷ Os registros iniciais dos estudantes consistiam em relatar de forma reduzida o trabalho realizado: cinesioterapia + ultrassom. Inicialmente era isso que estávamos exigindo deles na formação. Como queríamos inserir a postura investigativa sobre a prática, esta precisava ser melhor descrita e analisada.

ativa...” Buscávamos aperfeiçoar o registro tornando-o mais específico e que retratasse efetivamente os fatos com materiais que exemplificassem como deve ser o registro, retirados de pesquisas, relatórios e também leituras sobre metodologia da pesquisa. Um exercício muito bom eram as transcrições de filmagens, a leitura conjunta do material elaborado.

Mas, para pesquisar com crianças⁴⁸, a intuição mostrava que era necessário ter um jeito especial de chegar, de conversar. Era preciso ser aceito pela criança, entrar no seu jogo. Teóricos⁴⁹ que estudam a infância e trabalham com a pesquisa com crianças defendem as especificidades do olhar a infância. “Estou convencido de que as crianças têm as suas próprias culturas e eu sempre quis tornar-me parte de e documentá-las. Para fazer isso eu precisei de entrar nas vidas quotidianas das crianças – para ser uma das crianças – o melhor que pudesse.” (CORSARO, 2003, p. 2)

Estamos convencidas de que a pesquisa com crianças exige um descentramento, é preciso entrar no seu cotidiano para registrar suas falas, brincadeiras, dificuldades, pois quem registra seleciona os dados a partir “[. . .] daquilo que são capazes de ver. Esta capacidade, por sua vez, depende tanto de suas motivações, valores, conhecimento prévio do objeto observado, bagagem teórica... como também da habilidade de observar [. . .]”, como salienta Walburga A. Silva (2004, p. 43). Precisamos aprender a pesquisar o universo infantil, pois certamente isso vai beneficiar a vida das crianças que procuram, junto com seus pais, a fisioterapia para resolver e/ou minorar problemas de ordem motora (do movimento).

4.4. A Discussão Coletiva Interdisciplinar

As reuniões para discutir o trabalho, as intervenções terapêuticas no período de 98, devido ao espaço reduzido do qual dispúnhamos, eram realizadas, mas não de forma sistemática, nem com dia e hora específicos. Eram agendadas conforme as necessidades e disponibilidades do grupo. Mas esse período de estudos em conjunto e discussão sobre os casos atendidos fortaleceu a idéia da necessidade de criar espaço e tempo específicos para as reuniões interdisciplinares.

⁴⁸ Considerávamos as sessões de avaliação e de terapia oportunidades de conhecer a criança e, portanto de pesquisa, que eram registradas e discutidas em confronto com subsídios teóricos.

⁴⁹ Corsaro (1997), Dahlberg, Moss e Pence (2003), Sarmiento (2004) e Kohan (2004).

Dessa forma, em 1999, quando estagiários de Fisioterapia e Serviço Social começaram a trabalhar de forma integrada, a primeira questão foi garantir o espaço e o tempo de discussão e análise de nossa prática que estava sendo implantada⁵⁰. Era importante criar um fórum permanente de discussão dos atores envolvidos no atendimento à criança, de forma a estabelecer um diálogo entre os diversos saberes: o da saúde, da educação, da terapia, das políticas públicas. Com isso, estaríamos trazendo para aquela instituição, para os diferentes profissionais e para a Universidade, aspectos diferenciados de pesquisa e práticas terapêuticas, práticas docentes integradas às relações sociais e políticas.

Era fundamental que esses saberes se complementassem, entrecruzassem e, dessa forma, pudessem contribuir para uma vida mais digna para as crianças que, desde o nascimento, apresentavam problemas com o seu desenvolvimento. Era preciso que todos os atores destas primeiras relações da criança entendessem as diferenças que aparecem no seu desenvolvimento e refletissem sobre ações para minimizar as dificuldades encontradas por ela, pelos pais, pelos profissionais da saúde e da educação. Era preciso analisar as políticas de atenção à saúde que têm contribuído para a existência dos casos de paralisia cerebral, partos prematuros, etc. Todos pensando diferentes estratégias de inclusão.

Quanto mais cedo começarmos, mais chances teremos de diminuir os efeitos paralisantes e nefastos do preconceito e do desconhecimento. Para tanto, é necessário o encontro destes pares para refletir sobre as suas práticas e sobre a política de saúde existente. E isso, ao nosso ver só se faz de forma coletiva.

Como parte do exercício do pensamento, os discursos dominantes e as construções e práticas que eles produzem podem ser desafiados, podendo ser criados espaços nos quais possam ser produzidos discursos e construções alternativos e criados novos limites. Pode não ser fácil nos distanciarmos das convenções e das representações sociais incorporadas nas metanarrativas e nas práticas discursivas, pois elas estabelecem limite ao nosso conhecimento e às nossas habilidades críticas, mas é possível. Para isso, como pedagogos [fisioterapeutas] e pesquisadores, precisamos primeiro tornar visíveis-desmascarar - e problematizar os discursos prevalentes (e, por isso, em geral, tacitamente aceitos) e as construções, as práticas e os limites que eles produzem (DAHLBERG; MOSS; PENCE, 2003, p. 51)

A cada etapa planejada e conquistada, lembrávamos o professor Mario Osorio Marques, dizendo da importância dos fóruns de discussão, dos ambientes dialógicos (Bakhtin) onde as

⁵⁰ Convocamos uma reunião com os profissionais do CMI, professores dos cursos de Fisioterapia, Educação, Serviço Social, Enfermagem e Nutrição para definir o melhor horário, apresentar o primeiro esboço do projeto que estava sendo implantado. Decidiu-se pela quarta-feira das 13h e 30min às 15h e 30min.

pretensões de verdade são discutidas, uma vez que o conhecimento não é rígido, estático, já que, muito pelo contrário, a pós-modernidade nos mostra a relatividade e a provisoriedade do conhecimento. Assim, poderíamos, de forma organizada aos poucos ir discutindo a proposta que estava sendo oferecida para as crianças do Centro Materno Infantil.

No seu livro *Aprendizagem: na mediação social do aprendido e da docência*, Mario Osório Marques, ao escrever sobre a aprendizagem nos espaços públicos da práxis política, cita Arendt:

Ser visto e ser ouvido por outros é importante pelo fato de que todos vêem e ouvem de ângulos diferentes. É este o significado da vida pública [. . .] Somente quando as coisas podem ser vistas por muitas pessoas, numa variedade de aspectos, sem mudar de identidade, de sorte que os que estão à sua volta sabem que vêem o mesmo na mais complexa diversidade, pode a diversidade do mundo manifestar-se de maneira real e fidedigna [. . .] Tanto nas condições do isolamento radical [. . .] como nas condições da sociedade de massa [. . .] os homens tornam-se seres inteiramente privados, isto é, privados de ver e ouvir os outros e privados de ser vistos e ouvidos por eles. São todos prisioneiros da subjetividade de sua própria existência singular, que continua a ser singular ainda que a mesma experiência seja multiplicada inúmeras vezes (ARENDDT *apud* MARQUES, 1995, p. 81)

O bom senso nos dizia que era possível avançar se cada profissional iniciasse um diálogo sério com profissionais de outras áreas do saber. Este diálogo constante iria pontuando sínteses sobre os diferentes pontos de vista, e assim avançaríamos com relação às ações para a infância. Como nós, particularmente, tramitávamos ora na saúde, ora na educação, percebíamos que ficavam lacunas importantes pela falta de comunicação entre esses saberes. Foi importante para educadoras e fisioterapeutas ouvir da neuropediatra, na reunião de estudo de caso relativo a uma criança com Síndrome de Rett, que ela entendia de clínica, pois estava apresentando o quadro clínico da criança, o que a literatura mostrava sobre a patologia, que tipo de medicação estava utilizando e suas possíveis conseqüências; acrescentou, porém, que não entendia de terapêutica e de motricidade, não entendia de ensinar e aprender. Quem entendia disso éramos nós, os fisioterapeutas e pedagogos.

Esse momento foi importante porque muito facilmente nos apoiamos na patologia para justificar as dificuldades da criança e o não avanço. Dessa forma, propusemos que tentássemos realizar um diagnóstico da situação da criança, as estratégias que cada um de nós usaria e, no próximo encontro, analisaríamos essas ações no sentido de avaliar se foram positivas ou não. Mas era preciso que se observasse a criança, que nos preocupássemos em conhecê-la e ouvi-la. Assim,

a Fisioterapia, o Serviço Social, a Pedagogia, a Neuropediatria estabeleceriam seus objetivos, analisariam seus dados, realizariam seus registros num ir e vir constantes.

Nem todos os professores e profissionais participaram semanalmente dos encontros interdisciplinares, mas a coordenadora, os professores supervisores de estágios (Serviço Social e Fisioterapia), a psicopedagoga e a médica neuropediatra estavam sempre presentes, assim como os estagiários. Como os estagiários de Fisioterapia permaneciam somente dois meses no CMI, isso limitava o trabalho, enquanto pesquisa-ação, pois, de dois em dois meses, questões de como devem ser os registros, o trabalho com a criança, a interação com os pais, etc, precisavam ser redefinidos para os novos estagiários.

Nas reuniões, os estagiários de Fisioterapia faziam seu relato sobre os casos que seriam debatidos (geralmente dois): apresentavam a criança, seu contexto sócio-cultural, diagnóstico médico (acompanhado de um estudo clínico da patologia), avaliação fisioterápica, objetivos do tratamento, aspectos positivos e dificuldades apresentadas na terapia. Os estagiários do Serviço Social, que conheciam melhor o contexto sócio-cultural da família, faziam suas colocações, relatavam como percebiam as interações criança- fisioterapeuta, as entrevistas com os pais, dificuldades da família, etc.

Essas trocas foram muito interessantes, pois era o confronto de diferentes fazeres, de diferentes formas de olhar o problema. Pensávamos que isso poderia trazer algum tipo de insegurança, de insatisfação, mas, para nossa surpresa, o espaço foi muito bem aproveitado no sentido da troca de informações: situações, brincadeiras utilizadas, o uso de recursos como a música, a dança, pois, quando os estagiários apresentavam o seu caso, mostravam como vinham trabalhando, dificuldades que estavam detectando e projetavam a continuidade da terapia. Tratava-se de um momento em que as sugestões de quem olha de fora eram importantes, eram bem-vindas, pois podiam qualificar a ação terapêutica. Aquele era o momento de apontar, argumentar, contra-argumentar.

No entanto, muitas vezes, ao tentarmos argumentar, percebíamos que faltava fundamentação teórica para avançar na discussão. Esse conhecimento nem sempre faz parte do referencial teórico do estagiário, do coordenador, do supervisor, como no caso da morte de uma estagiária e de duas crianças que estavam sendo por nós atendidas: a morte, a necessidade do luto... O apoio teórico veio de uma outra professora da Universidade, assim como a orientação sobre a avaliação precoce de surdos foi orientada pelas fonoaudiólogas do município. Esses

aspectos fortaleciam a concepção da necessidade de interlocução dos saberes, da necessidade da formação em espaços públicos.

Aquele espaço da discussão coletiva deveria servir também para discutirmos textos, materiais, teorias. Um dos grupos de estagiários da Fisioterapia, interessado pelo viés político de abordar a diferença dos índices de deficiência entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, pediu para o grupo do Serviço Social seus materiais. Assim, para acadêmicos da Pedagogia e do Serviço Social compreenderem melhor as funções do sistema nervoso central, pediam materiais que fossem interessantes.

Esses estudos, ora individuais, ora coletivos, eram percebidos como momentos de refletir sobre as ações realizadas, mas também para orientar as ações futuras. As práticas de reflexão sobre as terapias, a relação mãe - filho na terapia, a importância de respeitar o desejo da criança, o uso do brincar nas terapias resultaram em temas dos trabalhos de conclusão de curso dos estagiários que acabaram participando das jornadas de iniciação científica promovidas pela Universidade. O projeto de acompanhamento do desenvolvimento dos prematuros também nasce desse encontro de saberes, pois a médica neuropediatra, que já havia realizado uma pesquisa semelhante, trouxe seu material e, a partir dele, da sua participação ativa no projeto, foi criada uma pesquisa para a realidade daquele município.

Com as discussões semanais, bem como com as pesquisas já realizadas, a proposta de trabalho foi amadurecendo. Traçamos algumas diretrizes do nosso trabalho, um pré-projeto, e passamos a chamar aquele ambiente de trabalho de Núcleo de Estudos de Aprendizagem e Desenvolvimento Humano. Havia uma preocupação do grupo (não diria de todos, ainda) no sentido de que precisávamos avançar nos estudos e nas discussões interdisciplinares sobre a questão da aprendizagem (das aprendizagens) e das questões relacionadas ao desenvolvimento humano. Apesar de centralizarmos a atenção maior nas crianças portadoras de alguma lesão neurológica, sindrômica ou de má-formação, a proposta era: independente de haver uma deficiência, estamos preocupados em garantir aprendizagens prazerosas e emancipatórias para todas as crianças. Essa discussão era fundamental, pois havia posturas teóricas bastante diferenciadas no sentido de compreender aprendizagem, desenvolvimento, terapia. Como a linha tecnicista e positivista era muito forte no curso de Fisioterapia, pensávamos que o trabalho no CMI precisava oportunizar aos acadêmicos, professores, enfim, aos demais atores, o contato com a teoria sócio-histórica, bem como valorizar as interações no processo da terapêutica, pois tanto

em Vygotsky, quanto em Luria, a plasticidade do cérebro era defendida. Mas percebíamos também que era importante colocar o lugar da emoção (Wallon), do desejo (Lacan), da mediação (Vygotsky) no processo da aprendizagem. Se a criança, para desenvolver suas capacidades, necessitava de uma mediação mais atenta e cuidadosa, era isso que precisávamos oferecer, mas com a preocupação de registrar e investigar esse fazer, esse processo de mediação.

A idéia era que o Núcleo de Estudos da Aprendizagem e Desenvolvimento Humano congregasse disciplinas, pesquisas, discussões, eventos e serviços que tematizassem a aprendizagem e o desenvolvimento, em processos normais e/ou patológicos, bem como os métodos e processos educativos, clínico-terapêuticos, de promoção e prevenção a partir da Fisioterapia e da Pedagogia e outras áreas do conhecimento. O fisioterapeuta vai sofisticar, especializar o seu “olhar” sobre os movimentos da criança, se ele conhecer a criança e as questões ligadas a ela.

Achamos importante superar a fragmentação do atendimento às crianças da estimulação precoce, apontando para a necessidade de estabelecimento de políticas e ações intercomplementares entre pedagogia, pediatria, neuropediatra, fisioterapia, enfermagem, assistência social e fonoaudiologia. A experiência nos mostrava que o trabalho isolado contribuía ainda mais à segregação da criança portadora de necessidades educacionais especiais. A constituição de "fóruns", de equipes multidisciplinares, contribuía, ao contrário, para construir uma proposta de ação inclusiva. Os primeiros anos de vida exigem relações de cuidado e atenção em que as ações de educação, cuidado e saúde tramitam muito próximas e exigem essa interdisciplinaridade.

O nosso afastamento do CMI para a realização do curso de doutorado e a demissão de colegas depois de uma tumultuada eleição para a reitoria em novembro de 2001 fizeram com que as ações do Núcleo de Estudos da Aprendizagem e Desenvolvimento Humano, nos moldes como tinham sido planejadas, fossem suspensas. A própria prefeitura da cidade, depois da eleição municipal, iniciou mudanças no atendimento do Centro Materno Infantil. A suspensão das práticas oferecidas, tanto pela Universidade, como pela Prefeitura Municipal, mereceriam, no nosso entendimento, ser alvo de uma discussão crítica para o seu redimensionamento, uma vez que ações e motivações equivocadas acabaram interferindo na continuidade do projeto. No entanto, como isso não é objetivo desta pesquisa, fica aqui apenas o registro de que o episódio

venha ainda a ser avaliado pelos envolvidos de modo que o projeto possa ser retomado e construídas as soluções para os problemas que ocorreram.

Pensamos, assim como Noronha (1991, p. 143) que a pesquisa participante/intervenção só adquire de fato esse estatuto, ao superar o seu nível de imediatez ao conseguir empreender essa tarefa de ligar orgânica e metodologicamente o Cotidiano à História.

5 O ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA CRIANÇA

A saúde vem reformulando suas ações e discursos com relação ao desenvolvimento infantil, papel dos profissionais de saúde, serviços preventivos e atendimento à infância. A fisioterapia aos poucos também vem orientando as suas práticas para os movimentos de promoção, prevenção e humanização dos atendimentos. No entanto, isso não significa que os processos tenham, de alguma forma, se sobreposto às práticas anteriores de buscar a cura, homogeneização e disciplina de corpos e sujeitos. O paradigma moderno de conhecimento, de fazer ciência de forma cartesiana, faz parte da nossa formação, assim como os conceitos de corpo, de terapia, de criança, de exclusão historicamente construídos nas diferentes culturas e sociedades, perpassados pelas relações de poder, não são processos simples de serem transformados.

Nessa dimensão, queríamos evitar, no CMI, tendo em vista as relações de poder-saber que definem os parâmetros de normalidade, que crianças nascidas com problemas de desenvolvimento fossem submetidas precocemente a serviços que não enxergassem seus potenciais de aprendizagem e desenvolvimento; pelo contrário, ao delimitá-las e identificá-las como problemas ou patologias, fosse reconhecido seu direito de brincar, conviver em família e sociedade, aprender, brincar, ouvir histórias, ser ninadas, ser amamentadas, ser amadas, receber serviços de saúde e educação de qualidade, ser felizes e viver a vida. Não queríamos vê-las confinadas em instituições, ou então a uma rotina de uma série de terapias infundáveis que pouco contribuem para as suas vidas, mas servem para contribuir e fortalecer o muro da exclusão social. Era preciso, na nossa visão, criar o espaço da infância na Fisioterapia.

Dessa forma, com um atendimento precoce de qualidade, poderíamos evitar que as crianças tivessem que passar por experiências da Fisioterapia tradicional centrada na patologia, na sua cura e não no desenvolvimento da criança ligado a uma complexa rede de interdependências. Vamos citar o relato de um caso apresentado por Paim (1999: 52-53) para pensar nos efeitos nocivos desses atendimentos, quando a preocupação central não é a criança e sim a sua deficiência:

Início a avaliação de Carine, uma menina de três anos de idade cronológica com diagnóstico de paralisia cerebral e hemiparesia espástica direita. Quando abri a porta da sala de fisioterapia, Carine estava sentada na sala de espera junto com sua mãe. Convido [. . .] : Carine quer entrar para brincar”? E ela chega até a porta da sala e responde: “não” e me chama de “puta” sai em direção à porta de saída. Peço que a mãe a deixe sair[. . .] Acompanho Carine que vai em direção a pracinha da clínica. Na pracinha, sento no balanço. Começo a conversar, digo meu nome, o que faço naquele lugar e ela nem me olha. Pergunto se posso empurrar o balanço e ela grita “não”. Sento no balanço e convido para a gente se balançar e ela continua imóvel [. . .] Então, bem devagarinho, Carine vai descendo do balanço, fica de cócoras e começa a fazer cocô. Quando a mãe vê a cena grita com Carine e diz: “Sua relaxada, já está fazendo cocô de novo?”[. . .] a mãe relata: “Carine chorava muito durante a sessão de atendimento de fisioterapia, não gostava dos exercícios que eram realizados no braço e na perna e quando estes continuavam sendo realizados, ela fazia cocô, então acabava a sessão.”⁵¹

Temos muitos exemplos, como o de Carine e de Tobias (ver relato p. 7-9), que criam estratégias, “comportamentos desviantes”, para se livrarem de uma ação que as coisifica. Em tais casos, o adulto, terapeuta, pai ou mãe, não consegue perceber o apelo da criança e entender o seu gesto de repulsa àquelas técnicas que promovem movimentos que só têm significado para o fisioterapeuta, mas que, para ela são descontextualizados e podem estar significando uma invasão. Carine fazia cocô, gritava, xingava. Tobias batia a cabeça no chão. Outros choram, mordem. Outros simplesmente se desligam, não interagem mais. Muitas são as formas que as crianças buscam para se proteger quando não são respeitadas enquanto sujeitos sociais com desejos e direitos.

A Fisioterapia tradicional, instrumentalizada pela psicologia do condicionamento de Skinner, criava algumas estratégias para submeter seus pacientes ao tratamento como podemos ver neste fragmento retirado de um livro que orienta o fisioterapeuta a demonstrar sua insatisfação ao paciente quando este não quer colaborar na terapia:

Há alguns pacientes que [. . .] precisam ser estimulados. Há muitas maneiras de abordar o problema. Uma das mais divulgadas [. . .] a do condicionamento operante. [. . .] A equipe de tratamento é preparada antes da chegada do paciente à unidade terapêutica,

⁵¹ Relato extraído da monografia de pós-graduação de uma ex-aluna.

para responder com eficiência [. . .] à atitude e ao desempenho do paciente. [. . .] se um paciente mostra pontualidade, diligência e outros elementos de cooperação no seu programa de tratamento, os membros da equipe mostram, pelas suas palavras, gestos e atitudes que estão satisfeitos. Se o paciente está inativo [. . .] os membros da equipe mostram a sua insatisfação por um aparente desinteresse por ele. (BASMAJIAN, 1980, p. 52-53)

Vimos anteriormente que a Fisioterapia nasce e se mantém por muito tempo nessa concepção de reabilitação, de controlar movimentos e comportamentos considerados fora do padrão normal. A Fisioterapia tradicional, no trabalho com a criança com comprometimento motor, busca seguir os passos de qualquer outra desordem do movimento: realiza uma anamnese desde a gestação e o parto, faz a avaliação neurológica e, a partir dos problemas motores observados - alteração de tônus, equilíbrio, traça um plano de tratamento pelo fisioterapeuta que conhece as técnicas, as fases do desenvolvimento motor normal da criança, os padrões posturais e o executa. Não importam as especificidades da Carine, do Tobias, muito menos os seus contextos sócio-históricos, pois o fisioterapeuta que detém os saberes é quem vai garantir, com suas mãos ágeis e técnicas, os movimentos corretos. Quanto menos a criança e os pais interferirem, mais eficiente será o trabalho na concepção acima.

Por isso, na Fisioterapia tradicional, os pais não participam da terapia. Por um lado, depois de verem a criança sob a lente conhecedora da Fisioterapia, eles permanecem, na maioria das vezes, calados, incapazes de lidar com a situação colocada, esperando a cura. Eles não conhecem, não entendem daquela patologia, não entendem de dominar aqueles movimentos rebeldes: *com meus outros quatro filhos eu sabia o que fazer, com ela eu não sei*. Expressões como as dessa mãe são comuns. Realmente a mãe pode não compreender, mas o problema se agrava quando o profissional faz questão de que a mãe não compreenda e participe, ou seja, descredencia os pais como interlocutores e coadjuvantes. Ou ainda, em alguns casos, a mãe pode ficar na terapia, mas calada ou num papel secundário que não atrapalhe o fisioterapeuta. Essa postura do saber-poder do profissional paralisa os pais e, com isso, paralisa as interações sociais iniciais, a constituição da linguagem e o próprio desenvolvimento psicomotor.

A seguir, procuramos, nesse sentido, resgatar, através de elementos do cotidiano do CMI, as diretrizes do atendimento fisioterapêutico à criança por nós realizado. Partimos do pressuposto que a prática que estávamos construindo tinha o compromisso político de contribuir para o processo de emancipação das crianças e das famílias, criando estratégias de resistência no sentido de minimizar e/ou impedir os processos de exclusão no momento terapêutico, como os

observados no modelo tradicional que não considera, nas interações, as condições sócio-culturais; exerce o poder-saber fisioterapêutico ignorando a criança e familiares; não se preocupa em criar situações e propostas interessantes no atendimento à criança; não se responsabiliza pelas políticas de saúde oferecidas à população.

A preocupação com o atendimento prestado à criança, centrada na importância das interações sociais por ela vividas, compreendia que, assim como os profissionais do CMI, os pais e os acadêmicos precisavam vivenciar uma experiência que construísse estratégias de inclusão. A criança, desde cedo, também participaria dessa construção, porque não é só o adulto que reproduz e/ou transforma a sociedade: “[. . .] na concepção interacionista da noção de socialização implica que se leve em conta a criança como sujeito social, que participa de sua própria socialização, assim como da reprodução e da transformação da sociedade.” (MOLLO-BOUVIER, 2005, p. 393)

Dessa forma, podemos dizer que o caminho que conduziu de uma Fisioterapia reificadora que favorece a exclusão para uma fisioterapia que olha a criança e promove o desenvolvimento humano, foi sinalizado pelas marcas inseparáveis do conhecimento e do poder. Uma trajetória que demonstrou ultrapassar a aparente oposição entre teoria e ação política.

5.1 O CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL

Neste item pensamos em abordar os aspectos sócio-culturais no atendimento fisioterapêutico à criança, porque estes não estavam na pauta da Fisioterapia com enfoque na reabilitação. Arriscamo-nos a dizer que, mesmo ampliando sua visão de atuação profissional com a prevenção e promoção de saúde, a abordagem sócio-cultural ainda não é uma visão presente na fisioterapia com crianças. As crianças não são compreendidas enquanto atores sociais. Concordamos com Mollo-Bouvier (2005, p. 392-393) que as ações que buscavam a socialização das crianças estão muito mais ligados à preocupação clássica de Durkheim do “processo de assimilação dos indivíduos aos grupos sociais” do que pensar na criança como ator social que pode, além de reproduzir, transformar a sociedade. Tal preocupação tem que ser observada quando se propõe uma intervenção e acompanhamento precoce do desenvolvimento, pois o

interesse generalizado pelo diagnóstico e intervenção precoces pode estar aliado a garantir a “boa” socialização, ou seja, socialização enquanto adaptação/submissão ao “status quo” que, para as crianças, significa, na maioria das vezes, exclusão do convívio social, dos espaços e serviços públicos, das garantias oferecidas pela Constituição.

Sabíamos que a preocupação em abordar a questão da criança como um sujeito sócio-cultural durante as diferentes fases da formação do fisioterapeuta, provavelmente se refletiria nas interações terapeuta-paciente. O fisioterapeuta, consciente de que as mudanças sociais afetam as crianças, provavelmente teria melhores condições de prestar um atendimento caracterizado como inclusivo por estar buscando a emancipação das crianças. Quando o indivíduo nasce, ele “[. . .] nasce em alguém; é gestado no útero materno e, pela mãe, é recebido nos braços da cultura; alimentado não simplesmente de algo, mas de alguém.” (DUSSEL *apud* MARQUES, 1995, p. 37) E este pertencimento a uma cultura e a uma sociedade tem diferenças que marcam as possibilidades de inclusão social.

[. . .] se a infância, considerada globalmente, é afetada pelas mudanças sociais, as crianças, como seres concretos, são elas próprias, entre si, diferentemente afetadas em função de pertencer às classes populares, às classes médias ou à classe dominante, ou ao fato de ser menino ou menina, de viver em países ricos ou nos países em desenvolvimento, de ser branca, negra, amarela, etc., de pertencer a um universo de cultura religiosa cristã, muçulmana, hindu ou budista, etc.” (SARMENTO, 2005, p. 14)

Compreendendo a criança, sua família, a atenção de saúde e o atendimento fisioterapêutico nessa dimensão social mais ampla, fica mais fácil compreender porque as pessoas realizam determinadas atividades, por que criticam e/ou desconsideram pessoas ou lugares, por que são favoráveis ao aleitamento materno/ou à mamadeira, por que vestem a criança com determinadas roupas, por que ouvem atentamente determinados profissionais, enfim.

Concepções e Práticas Medievais

As práticas de enfaixamento do umbigo, das pernas e dos braços, do corpo em charuto ainda estão presentes no cotidiano das famílias. Há relatos de avós, mães de crianças do CMI, mães de alunos de Fisioterapia e Pedagogia⁵² sobre os cuidados despendidos com relação ao

⁵² Quando trabalhávamos a história da infância e o desenvolvimento da criança, pedia que os acadêmicos realizassem uma entrevista com seus avós, pais e/ou com pessoas de mais idade próximo a elas, de forma a conhecerem os primeiros cuidados com as crianças. Alguns destes relatos, que apresentam a preocupação em enfaixar, permanecer

corpo da criança. Apareciam condutas semelhantes às apontadas acima e que podem ser encontradas ainda nos dias de hoje.

As pessoas de mais idade (A. 63 anos, B. 78 anos, C. 72anos, D. 77 anos), falando sobre os motivos do uso do enfaixamento, relataram que "se enfaixava do pescoço aos pés para não cair a arca, para não ficar papudo", "para ficar bom de carregar", "para não entortar", "porque minha mãe me ensinou que se enfaixa o bebê, se isso era bom ou não, nunca parei para pensar nisso... Sei lá, a gente faz porque todos fazem". O tempo de enfaixamento era de 4 a 8 meses, sendo que um dos fatores que influenciava era a estação: "se era maiorzinho no verão não precisava, mas se pegava o inverno, se deixava para tirar depois de terminar o frio". (Relatório alunos)

O enfaixamento é visto e utilizado de diferentes formas, nas diferentes culturas. Podemos perceber, pelas respostas acima, que os motivos variam de necessidades relacionadas ao frio e posturais. Sua prática ainda na atualidade, no entanto, com todo o conhecimento disponível sobre o que dificulta e o que favorece o desenvolvimento infantil, é uma demonstração de como a situação sócio-econômica dificulta o acesso aos conhecimentos decorrentes do avanço das ciências, prejudicando as populações pobres, excluindo-as dos benefícios do progresso científico.

As mães mais jovens (entre 29 – 52 anos) alegam usar a faixa do umbigo, benzer a criança, colocar óleo na moleira. Usam o enrolar para sair de casa até os três meses. O enfaixamento do umbigo é para garantir que o mesmo "não fique para fora" (hérnia). O enfaixamento do corpo até os três meses está ligado ao frio e à facilidade de carregar a criança, uma vez que seus movimentos são involuntários. (Relatório alunos)

Nos depoimentos sobre os cuidados referentes à criança nos primeiros meses de vida, aparece ainda que a criança permaneça no escuro, em casa, até mais ou menos os três meses e o

banho só era dado depois de cair o umbigo. *Só saía do quarto depois do sétimo dia, pois havia a “lenda da bruxa”*⁵³. (Relatório de alunos)

Nos relatos, aparecia também como prática usual atar as crianças: *“Amarrava as crianças na mesa”, “quando trabalhava na roça o pequeno ficava atado na árvore”*. Essa prática de amarrar a criança ou trancafiá-la em casa, precisa ser entendida no contexto da população de baixa renda, da zona rural, negligenciada pelo poder público que não lhes garante o direito à creche. Trata-se aqui de uma estratégia da mãe trabalhadora, cuja necessidade primeira é buscar a subsistência sua e do filho. Prática que pode contribuir para reforçar processos de exclusão, enquanto dificulta o movimento e as interações sociais e suas conseqüências para um desenvolvimento mais saudável. Ela escapa, no entanto, da intervenção do fisioterapeuta. Trata-se da forma como a sociedade se organiza em suas relações sociais de produção e que necessita ser enfrentada, bem como a exclusão primeira que provoca, no embate político.

Viver Adiado

É muito comum chegarmos nas casas das crianças com problemas da ordem motora e elas estarem sozinhas num quarto em uma cama, porque os pais não sabem resolver questões do cotidiano, como sentar, brincar, andar de triciclo, a cavalo, etc. Vejamos:

[. . .] o caso de algum bebê cuja afecção motora impede-o de instalar-se comodamente em uma cadeirinha comum ou em um ‘bebê-conforto’. Vendo sua dificuldade, os pais podem tender a deixá-lo deitado no berço, alternando isto, inclusive, com segurá-lo no colo uma boa parte do dia, mas o bebê vai se ver privado da experiência fundante que implica a posição sentada... Situação que, simplesmente, poderia ter sido solucionada com alguma pequena modificação técnica na cadeirinha. (CORIAT, E., 1997, p. 119)

*Conhecemos uma família que vivia a dor de, passado uma infecção do Sistema Nervoso Central, Felipe ter ficado com seqüelas graves: diplegia espástica severa*⁵⁴. *Fomos convidadas a conhecer a criança. Conhecemos sua casa, sua família (pai, mãe, tios, tias, avós, primos). A casa era uma construção boa, simples, limpa. Encontramos cadeira de rodas (muito boa e moderna), equipamentos de Fisioterapia e uma cama no quarto, mas paredes vazias. Na sala e no quarto*

⁵³ A lenda da bruxa consistia no fato de que a criança não podia dormir no escuro antes de ser batizado. “É que as bruxas perigam pegar [. . .]” (FONSECA, 1995, p. 28)

⁵⁴ Classificação da Paralisia cerebral em que a criança apresenta uma exagerada co-contracção, seus movimentos são escassos e a hipertonía está presente em todos os membros, sendo que os membros inferiores são mais comprometidos.

dos pais, uma televisão. Mãe, tias, pai, avós pessoas boas e dedicadas, mas que estavam esperando algo acontecer com Felipe para se sentirem autorizadas a serem avó, mãe, tia... Estavam esperando para permitir que Felipe pudesse começar a sua vida de criança. A mãe levou Felipe para seu quarto, pois a cama de casal era maior. Felipe estava deitado e começou a choramingar. Deixou muito claro o seu desconforto com a nossa presença. Todos ficaram longe dele para que pudéssemos avaliá-lo. Chamamos a mãe para perto: “Mãezinha, fica aqui perto da gente, a gente não te quer assim longe”. Começamos a conversar com a mãe, a tia... Descobrimos que a mãe fazia todo o serviço de casa, que tinha um pátio bonito, que a tia era professora, que o pai e o avô eram campeiros... Enquanto conversávamos, Felipe observava nossa fala. Havia um crucifixo na parede e ele olhava para o único objeto da parede. Não havíamos até então tocado em Felipe. Tocamos com a mão no braço de Felipe e comentamos sobre o crucifixo, mas ele reagiu tirando o braço e choramingou. Perguntamos se Felipe conhecia os cavalos do avô. Surpresas, a mãe e a tia disseram que não. Conversamos com o pai, o avô e estes disseram que, no outro dia, o cavalo estaria ali. Providenciaram lugar para que o cavalo ficasse, conversamos com o padre para que este nos cedesse o pátio da frente para que Felipe pudesse andar a cavalo. No dia seguinte, aquele menino que se afastava, já estava no nosso colo e pronto para iniciar suas aulas de equitação e/ou a equoterapia e/ou andar a cavalo. Não importa. Importa que aquele projeto fez com que Felipe saísse de casa, que pessoas que ele ama e que o amam se envolvessem numa atividade que lhe dava prazer e que o ajudaria também em termos de conquistas motoras. (Diário de Campo)

A vida não precisava mais ser adiada, o saber-poder da Fisioterapia apontou caminhos para ela. Nestes caminhos, havia muito a ser conquistado com a ajuda dos outros. Felipe, aos 3 anos e 9 meses precisava que estes outros lhe oportunizassem viver a sua vida, com suas limitações e dificuldades.

É comum, mesmo para as pessoas “normais”, elas quererem adiar a vida: para quando for adulto, quando estiver ganhando seu próprio dinheiro, quando os filhos conquistarem a sua independência financeira, quando se aposentarem... e acabam morrendo cada dia um pouco, sem experimentar o que cada dia de vida poderia ter oferecido.

Confrontando-se com o Luto

Patricia era uma criança que chegou ao CMI com 2 meses de idade com diagnóstico de Síndrome de Down, à qual somava-se a cardiopatia grave. Patricia sempre foi uma criança sorridente, calma. Iniciou a terapia de estimulação precoce em novembro de 1998, foi internada por três vezes nesse período, sendo que na última, em abril de 1999, foi para UTI. Durante esse período, as estagiárias acompanharam os pais, inclusive nas internações, pois, no início, o choque, ao saberem sobre a síndrome, foi muito grande. Os pais era muito solícitos, participavam ativamente da terapia. Patricia ficou uma semana na UTI e foi encaminhada para o Instituto de Cardiologia da capital, onde realizou cirurgia cardíaca e foi a óbito uma semana depois. Os pais, depois da morte de Patricia, continuaram a procurar a estagiária e o nosso serviço. Era preciso fazer o luto. Mais do que conversar, ouvíamos. Gradualmente foram se espaçando as visitas, até que não apareceram mais. Uma das estagiárias acabou realizando uma reflexão sobre a morte, a necessidade do luto, orientada pela professora e psicóloga que ministrava a disciplina de Psicologia na Universidade.

Quando ocorreu a morte da Patricia⁵⁵ [. . .] simplesmente não tinha mínima vontade de relatar este trabalho [. . .] diante de todos os fatos que ocorreram no decorrer deste trabalho, não me ocorre terminar este sem fazer uma reflexão sobre a morte [. . .] apesar do sofrimento e tristeza [. . .] despertou para o futuro da minha profissão [. . .] possivelmente vamos nos deparar com a morte [. . .] aprendi muito com a proximidade da morte, forçando-me a confrontar o terror da minha própria mortalidade. Tais experiências destas perdas [. . .] fizeram-me mais consciente de quanto é precioso o tempo, aguçou-me o sentido de prioridades e catalisaram mudanças em minha vida afirmando valores e ligações humanas mais profundas. (OURIQUE, 1999, p.11.)

Além de Patricia, perdemos Viviane, em novembro de 1999 com 1 ano e 1 mês, sendo que a terapia tinha iniciado em agosto, quando estava com 10 meses de idade. Quando Viviane chegou para ser avaliada, parecia um bebê de três meses: frágil, pequena, não sustentava a cabeça. Vinha protegida numa manta. Era portadora da Síndrome de Turner e apresentava problemas cardíacos. Quando faleceu, a mãe continuou a freqüentar o CMI. Chegava, sentava na

⁵⁵ Menina com sete meses, com diagnóstico de Síndrome de Down. Iniciou a terapia aos 2 meses.

sala de reuniões, chorava, conversava e depois ia embora. Leu um material sobre a morte, a necessidade do luto, sua função. Era uma monografia de pós-graduação de uma colega da universidade que, ao focar o suicídio, falava também da morte e do luto. Facilitou à mãe para que pudesse falar e compreender-se um pouco em sua dor, pensar na sua vida dali para a frente. Suas visitas foram se tornando mais rápidas e menos freqüentes. Voltou a trabalhar.

Os profissionais da saúde, inclusive o fisioterapeuta, não são preparados para lidar com a morte, a dor, o luto, apesar de confrontarem-se com freqüência no trabalho com essas dimensões da vida. Muitas vezes, têm dificuldade de elaborar essas experiências e de ajudar os doentes a encarar com mais tranqüilidade a passagem inevitável. De comunicar-se com os parentes nessas ocasiões. Raras vezes existe um serviço de apoio psicológico e espiritual para os profissionais que diariamente se confrontam com o sofrimento alheio.

Culpa e Castigo

Com relação às concepções dos pais e da sociedade, referentes ao nascimento da criança com problemas de desenvolvimento, as falas revelam que, nas suas representações, a deficiência pode ser considerada um castigo divino em resposta a ações pecaminosas dos pais.

Diz a mãe de uma menina do CMI (Paula com 3 anos com diagnóstico de paralisia cerebral) durante uma avaliação: "Deus sabe o que faz, se eu tinha que pagar pelo que fiz, faço sem reclamar." A história dessa mãe, como de muitas adolescentes⁵⁶, mostra que engravidou aos 16 anos, tentou o aborto fazendo uso de medicamentos que foram indicados por amigas e, como o aborto não aconteceu, a gestação continuou. Quando nasce Paula, depois do primeiro ano, notam que ela é diferente das outras crianças, não caminha, seu corpo é diferente. A mãe traz a filha duas vezes por semana ao CMI. É uma mãe muito dedicada, a filha está sempre limpa, cheirosa, enfeitada, o que não é comum nas crianças que vêm para a terapia. Como disse a estagiária de fisioterapia, "a mãe trata ela como uma filha normal. Ela enfeita, conversa, canta,

⁵⁶ Preocupada com o número de adolescentes grávidas e com as muitas tentativas de aborto, a enfermeira do Programa de Saúde da Família (PSF1) resolveu convidar que as mães trouxessem para as reuniões suas filhas adolescentes.

leva para passear...". Ela é atendida pela Fisioterapia e o Serviço Social tem realizado entrevistas com a mãe. (Diário de Campo)

Já no caso de Bianca (2 anos), a avó é que leva a menina para a terapia e, na maior parte do tempo, parece cuidar da criança:

Diz a avó referindo-se à mãe da menina, que tentou o aborto: "Quem erra, paga! Se ela pensou que ia ficar sem castigo, taí (aponta para Bianca, que estava no colo da estagiária de Fisioterapia). E a pobrezinha é que paga! Quanto sofrimento!)" (Diário de Campo)

A deficiência e a patologia são vistas como decorrências de uma ação pecaminosa do indivíduo da qual ele se culpabiliza e não de uma representação social e culturalmente estabelecida que esconde a ausência ou falhas de uma política de saúde e de educação.

É muito importante que a mãe saiba “perdoar-se” caso ela tenha algum sentimento de culpa. O sentimento de culpa pode fazer com que assuma a deficiência do filho como castigo divino o que pode gerar um fatalismo que impede de lutar pelo desenvolvimento da criança. A gravidez precoce e as tentativas de aborto acontecem muitas vezes porque as adolescentes não têm acesso às informações necessárias, aos meios contraceptivos, ao acompanhamento médico.

Não temos este dado, mas a prática na área da neuropediatria nos mostra que casos como os acima relatados, de uma lesão no sistema nervoso cerebral decorrente da tentativa fracassada do aborto, são freqüentes e, por enquanto, adolescentes, familiares e a própria criança é que são responsabilizados pelo problema que a criança apresenta e sua decorrente exclusão. A atribuição da culpa e sua interiorização datam da Idade Média:

Com a hegemonia da noção de pecado, a teologia da culpa e as correntes do cristianismo ortodoxo, as pessoas com deficiência se tornam culpadas da sua própria deficiência, justo castigo dos céus pelos seus pecados ou de seus ascendentes. Possuídos pelo demônio, justifica-se o exorcismo e as flagelações e torturas. (CECCIM, 1997, p. 27)

A Necessidade de Reverter a Desconsideração da Situação Sócio-Econômica

A possibilidade de discutir os aspectos sócio-culturais e a necessidade de provocar uma visão crítica da sociedade nas diferentes fases da formação possibilitariam ao profissional uma

compreensão mais ampla das ações do fisioterapeuta, impedindo que situações, como a descrita abaixo, acontecessem sem uma intervenção adequada por alguém em véspera da formatura:

Um menino chamado Bruno⁵⁷(oito meses), que apresentava um atraso no seu desenvolvimento psicomotor (não sustentava a cabeça completamente, não sentava, não rolava), estava sendo atendido por uma estagiária de Fisioterapia. Chorava muito. Fomos ver o que estava se passando. O menino estava com escabiose por todo o corpo, com assaduras e todo urinado. Chegando perto da cena (onde estava a mãe, a estagiária e a criança), fomos perguntando "O que está acontecendo com o Bruno? O que incomoda? Vamos ver o que está errado?" Pelo aspecto da pele e a calça toda molhada, perguntamos para a mãe se ele não deveria ser trocado, se não estava assado. Ela respondeu: "está bem assado, mas eu não tenho outro pano". Ela não tinha fraldas, não tinha outra roupa, não tinha uma pomada para assadura, nem medicação para a escabiose... Ficou calada ao lado da estagiária. Providenciamos pomada para assadura, lavamos o Bruno. (oito meses), colocamos uma fralda limpa e o Bruno parou de chorar. (Diário de campo)

Não é preciso dizer que histórias assim, num serviço público de atenção à criança, são muito comuns, mas estamos trazendo essa situação para ilustrar que, quando estamos sendo "formados", esculpidos, disciplinados, modelados para uma atuação profissional limitada à reabilitação, não conseguimos pensar numa solução para cada situação singular que aparece. A criança, os seus incômodos, suas dores não são a preocupação maior e sim o fazer fisioterapêutico. Nos seus apontamentos, relatório diário do atendimento, a estagiária relatou: "não foi possível realizar atendimento". Mas a acadêmica não poderia ser responsabilizada sozinha por essa ação, pois na sua formação não havia uma preocupação com o social. Os problemas sociais não eram considerados pela Universidade, ao mesmo tempo em que, naquela época, não havia um atendimento público de promoção e prevenção da saúde da criança no município.

⁵⁷ A criança estava sendo atendida pelo Serviço de Fisioterapia da Universidade ligado ao hospital no primeiro semestre de 1994).

Os livros⁵⁸ de Fisioterapia em Neurologia e Pediatria não levantavam a discussão sobre aspectos sociais mais amplos. Reduziam seus comentários à orientação da família, ou então a necessidades de ajustamento social e psicológico do sujeito em terapia e que deveriam ser levados em consideração os aspectos diferenciados de culturas e de sociedade, mas sem uma visão da necessidade de transformação destas realidades ou pelo menos de questionamento das desigualdades. Da mesma forma, podemos observar que o enfoque teórico na terapia com a criança contava com o apoio das correntes ambientalistas e comportamentalistas, contribuindo para a visão de que o ambiente interfere no desenvolvimento das crianças e da família, mas a perspectiva da criança como um ser ativo no seu desenvolvimento não era considerada.

Dessa forma, compreender a criança como um sujeito ativo na construção do seu conhecimento, que nasce na cultura e por ela é influenciada, implica observar que os movimentos, as interações com os objetos, com o ambiente, com as pessoas e com a amamentação vão imprimindo significações para a criança, significações transmitidas por essas relações mediadas pelo adulto:

Desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. O caminho do objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa. Essa estrutura humana complexa é o produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social. (VYGOTSKY, 2000, p. 40)

Essas interações, quando pensamos na imaturidade do sistema nervoso central e dos demais órgãos da criança recém-nascida, mostram que ela necessita do adulto para quase tudo: transportá-la, segurar-lhe a cabeça, protegê-la, alimentá-la.

Ela precisa dessa pessoa e vai reconhecê-la pelo cheiro, pela voz, pelo toque. Nessa relação, o adulto pega, protege, usando o seu próprio corpo para dar conta daquela imaturidade tônica. Quando a criança desencadeia o Reflexo de Moro⁵⁹, por exemplo, ela se assusta e chora. A mãe, ou aquele que cuida dela, pega-a nos braços, aninhando-a ao seu corpo de forma a organizá-la simetricamente e ela se sente protegida. Quando está com frio, é o adulto que vai

⁵⁸ Os autores que embasam estas orientações são Skinner, Maslow. Ver Umphred (1994, p. 161): “Aspectos psicossociais e ajustamento durante várias fases da incapacidade neurológica.” Já Roberta Shepherd (1996), no seu livro *Fisioterapia em Pediatria* trabalha abordagem dos pais, da família a partir de Bowlby e Winnicott e apresenta um subcapítulo *A Criança Deficiente em Países que Dispõem de Recursos Mínimos Para a Reabilitação*.

⁵⁹ O Reflexo de Moro é chamado de reflexo do abraço, porque, quando a criança está deitada de barriga para cima e lhe é tirada a base de apoio, ou então um estímulo sonoro ou visual exacerbado ocorre, o seu corpo reage com

interpretar, naquele choro, na mão fria, o frio ou, então, a fome, a cólica, o sono, a insatisfação, a solidão, a dor. Mas não é qualquer adulto, é um adulto que vive numa cultura e transmite, nesse toque, na fala, na forma de vestir, nas relações que oferece para a criança, essa condição de pertença a um grupo social e cultural.

Dessa forma, o terapeuta, conhecendo as interações sociais vividas pela criança, brinquedos e brincadeiras daquela família, bairro, creche, poderá criar um cenário mais amplo para garantir o sucesso da terapia. Tanto para retirar informações que vão beneficiar a relação com a criança – descobrir que, na casa, existe um cachorro com o nome de “Ike”; que a vovó cuida da criança, enquanto a mãe trabalha, e brinca de “cavalinho totó”, etc. – e usar essas informações para os diferentes momentos da terapia, assim como para promover situações de orientação domiciliar, de organização do bairro para pensar ações que incluam a criança e o portador de deficiência nas atividades sociais. Será sempre mais fácil para terapeuta e paciente, se o contexto sócio-cultural da criança/família e as experiências sensório-motoras prazerosas forem conhecidas.

5.2 O PODER DO DIAGNÓSTICO MÉDICO

Pretendemos abordar a questão da avaliação do desenvolvimento da criança a partir de duas vias distintas. Por um lado, pretendemos abordar o lugar que ocupa o saber médico na representação dos pais e a importância do diagnóstico e, por outro lado, de como nós estávamos realizando a avaliação do desenvolvimento e suas implicações nas representações dos pais, com relação ao potencial de capacidade dos seus filhos.

Na revisão de literatura, pudemos perceber que já era uma preocupação de Vygotsky, na década de 20, o que a prática vinha nos mostrando: o papel do diagnóstico médico e sua

movimentos sucessivos de abertura dos braços. Como o movimento é involuntário, pois parte dos centros medulobulbares, a criança não tem controle dos mesmos.

compreensão pelos pais. Nos seus estudos sobre a defectologia, Vygotsky⁶⁰ tenta esclarecer as dificuldades e possibilidades que a mãe tem de compreender o diagnóstico do seu filho a partir da consulta médica, uma vez que as terminologias utilizadas, na maioria das vezes não resolvem o seu problema prático de como lidar com o seu filho. A simplificação também contém seus riscos, como aparece numa situação vivida no CMI, quando a mãe foi encaminhada para a Fisioterapia: *O que é isso que dizem que a minha filha tem? Disseram-me que além dela ser assim (a mãe apontando com a mão para a filha com hemiparesia) ela tem uma mancha dentro da cabeça. É verdade? Que mancha é essa? É daquelas peludas?* O neurologista, provavelmente procurando simplificar a explicação, preferiu utilizar o termo mancha em vez de lesão, para que o diagnóstico de Paralisia Cerebral fosse compreendido. Mas essa explicação não tirou as dúvidas da mãe com relação ao que sua filha tinha e o mais lamentável, segundo Vygotsky,

[. . .] é que este conceito, por si só, não é o que pode resolver as tarefas práticas que se apresentam para a mãe da criança difícil e que a obrigaram a recorrer à consulta [. . .] o desenvolvimento do próprio conceito e o grau de sua compreensão, são essenciais para determinar o êxito prático do diagnóstico dado, mas não são eles que resolvem o problema. (VYGOTSKY, 1997, p. 277)

Influenciando nas expectativas que os pais têm com relação ao potencial de aprendizagem/desenvolvimento dos seus filhos, o diagnóstico clínico do pediatra e do neuropediatra no momento em que a criança nasce, tem papel preponderante na formulação dos conceitos dos pais sobre a questão da deficiência e de como compreendê-la. Ou seja, os diagnósticos podem contribuir para uma crença existente no imaginário social de que a criança tem uma deficiência e que esta precisa ser primeiro erradicada, arrumada, compensada, curada, para depois pensar nas coisas do aprender, do viver, interagir, conhecer o mundo, do ser criança, do ser gente. Crença esta nascida do paradigma clínico-terapêutico.

Para Plaisance (2005, p. 405), “[. . .] a representação da criança portadora de ‘deficiência’ é dominada pela representação da deficiência, mais do que pela representação da criança como criança.” E ao falar da criança de 0 a 3 anos com problemas de desenvolvimento, estamos trabalhando três alteridades e seus entrecruzamentos: a representação sócio-cultural da infância, a representação da criança de zero a três anos e a representação da criança com deficiência. Mas essas duas alteridades, criança e criança de zero a três anos, deixam de ser representativas quando

⁶⁰ Em 1924, Vygotsky lançou os primeiros trabalhos sobre Defectologia, criticando a abordagem quantitativa nas pesquisas psicológicas, propondo um olhar para o sistema de relações sociais que permeiam o problema da deficiência, da deficiência corporal.

surge a criança com deficiência. A criança não é mais vista como criança. Não se pergunta mais pelas necessidades dela, não se enxergam mais as suas capacidades. Os profissionais da saúde, educação, pais e familiares passam a se preocupar com a deficiência. Fica muito difícil para a criança desenvolver suas capacidades, porque elas não são foco de observação/solicitação desses outros. Os adultos não criaram em torno dela expectativas a que pudesse responder.

O diagnóstico clínico do pediatra neurologista ou geneticista, pelo seu próprio poder histórico em termos de conhecimento, afeta os pais diretamente com relação ao que podem ou não esperar do seu filho, pois os pais passam a focar sua deficiência e suas futuras incapacidades adultas. Para Foucault (2000) o poder é produtor de verdades. Um poder-saber que estabelece as fronteiras entre a normalidade e a anormalidade, entre o possível e o impossível, entre o que pode e o que não pode se feito.

O médico, com o poder inerente ao seu exercício, impõe a “[. . .] determinação a cada um de seu ‘verdadeiro’ nome, de seu ‘verdadeiro’ lugar, de seu ‘verdadeiro’ corpo e da ‘verdadeira’ doença.” (FOUCAULT, 2000, p. 164) Para o leigo, as informações repassadas pelos profissionais da saúde são percebidas como verdades, como certezas. Não passa pela cabeça do leigo buscar compreender essa informação, perguntar por causas e conseqüências do problema, alternativas de tratamento; questionar os fundamentos, a veracidade, o determinismo do diagnóstico. Por vezes, até tenta, mas a linguagem médica utilizada, muito hermética, não contribui para esclarecer a situação. Ao contrário, ela se apresenta como estratégia de distanciamento e intimidação.

A representação delimitante da deficiência, oriunda do saber médico, pode ser modificada quando se compreende o engessamento que ele ocasiona no pensar as possibilidades existentes para o seu filho. Assim, o momento do diagnóstico clínico pode servir também para explicar aos pais que, apesar da lesão que seu filho tem, muitas são as possibilidades de aprender e de se desenvolver e que estas vão depender também das atividades propostas pela terapia, pelo empenho dos pais, da escola, das oportunidades de interação que vão ser oferecidas para essas crianças. Ou seja, a função diagnóstica pode contribuir para a representação da criança de 0 a 3 anos, enquanto sujeito capaz de aprendizagem, de sujeito de direitos, dependendo das ações qualitativas oferecidas pelos adultos, pelos profissionais, pelas políticas públicas, pelas instituições, pelas possibilidades de trocas nas suas interações.

O Diagnóstico Médico Impulsionando o Desenvolvimento

Durante o trabalho no CMI, foi possível verificar como o diagnóstico médico interfere nas expectativas dos pais sobre o potencial de aprendizagem/ desenvolvimento do seu filho, bem como contribui para determinar o sucesso da relação fisioterapeuta - paciente.

Na pasta de Maria, uma menina que fazia Fisioterapia no CMI, onde se encontra sua história, relatório de avaliações, atendimentos diários, buscamos resgatar trechos transcritos pelas estagiárias de Fisioterapia que podem mostrar essas relações:

Comentários da mãe sobre Maria ‘sempre foi uma criança quietinha, desde nenê’, ‘quase não chorava [. . .] toda criança quando é bebê tem aquela curiosidade de ver, de pegar, olhar e ela não. Ela ficava quietinha do jeito que a gente largava, ficava igual, não se mexia” (...) fez acompanhamento no CMI com pesagens, vacinação [. . .] a mãe comentou com a nutricionista que achava que Maria não estava se desenvolvendo como uma criança normal. A nutricionista encaminhou ao setor de Fisioterapia para avaliação [. . .] a mãe se mostrava um pouco ansiosa por não saber ao certo o porquê do encaminhamento de sua filha para a Fisioterapia. Ela nos entregou o bebê e sentou-se próximo ao local da avaliação. A mãe só falava quando solicitada. [. . .] chamou-nos a atenção que a mãe não interagia com o bebê [. . .] começamos a observar –no decorrer dos atendimentos- que a mãe nunca nos questionava sobre o que e para que estávamos trabalhando com o seu bebê e que nunca falava sobre como o bebê se comportava brincando, convivendo, se necessitava de cuidados especiais. [. . .] passamos a chamar a mãe para perto do bebê durante as terapias, explicando o que estávamos fazendo e mostrando o que seu bebê ainda não fazia [. . .] pedimos que observasse mais seu bebê em casa e que tentasse dispor de tempo para brincar com o bebê. [. . .] de outubro a dezembro teve boa evolução [. . .] adquiriu controle cefálico, buscava objetos além da linha média, permanecia na posição balconeiro, começou a rolar, sentava com apoio, mas continuava apática à voz humana. [. . .] mãe continuava apática, não participando da terapia [. . .] Maria internou no hospital por convulsão. O médico encaminhou ao neuropediatra do Posto de Saúde. Realizou Eletro-encefalograma (EEG) e utilização de medicamento para controle de convulsões. A partir de 20 de dezembro de 1998, teve início período de férias, retornando em primeiro de fevereiro. [. . .] nas primeiras semanas Maria não havia comparecido [. . .] resolvemos procurá-la. [. . .] estava diferente [. . .] estava sorrindo, balbuciava alguns sons,

movimentava mais os membros superiores e inferiores enquanto estava no colo da mãe. [. . .] a mãe também estava diferente [. . .] sem pedirmos, começou a falar de Maria, contou dos exames, da consulta. Retornou ao CMI para as terapias [. . .] agora, a mãe trazia Maria até o tatame e ali permanecia ao seu lado, falando e chamando pelo nome, oferecendo-lhe objetos, participando da terapia (...) começou a nos relatar o dia-a-dia, as aquisições de Maria na terapia. [. . .] Tivemos a impressão de que ambas haviam sofrido uma mudança após a consulta com a neuropediatra [. . .] finalmente podemos observar um vínculo afetivo entre elas. [. . .] o diálogo entre elas, que não existia, agora ocorria de forma espontânea. [. . .] passamos a acreditar na hipótese que a mãe havia entendido o que estava acontecendo com sua filha e queria ajudá-la [. . .] a aproximação da mãe em relação à Maria, o interesse da mãe em saber o que estava acontecendo, de levar ao médico, de participar das terapias foi fundamental para uma evolução mais rápida de Maria (PEREIRA; ROSA, 1999, p. 38.)

Neste caso específico, a mãe de Maria precisou ouvir da médica neuropediatra, que também era professora na Universidade e trabalhava no CMI, que era muito importante para Maria a estimulação da mãe, o trabalho da terapia, pois Maria havia evoluído muito nos três meses. A ênfase que a neuropediatra deu não foi na alteração do EEC e sim nas conquistas e necessidades de Maria, em como havia evoluído neste período. Tanto que, no nosso encontro para discutir o caso, a médica enfatizou a melhora do desenvolvimento de Maria e procurou, na consulta, mostrar a evolução de Maria e enfatizar a continuidade da terapia e a participação da mãe nesse trabalho.

Nesse caso, por trabalharmos em equipe, o saber-poder médico, consciente da sua posição, contribuiu positivamente para o estabelecimento da relação fisioterapeuta - paciente, assim como em direcionar o olhar da mãe para as conquistas da filha.

Vygotsky (1999) defende que não é possível se manter na descrição ao realizar o diagnóstico diferencial das enfermidades, descrevendo-as e classificando-as. É preciso, na elaboração do diagnóstico explicativo, que recorre ao processo de construção histórica do desenvolvimento da criança, buscar dados de diversas fontes: ouvir as queixas dos diferentes membros familiares, das instituições e da própria criança, de forma a compreender a essência dos processos de desenvolvimento. Trata-se de garantir dados empíricos dos exames psicométricos, da história gestacional, parto e pós-parto, das diferentes etapas do seu desenvolvimento - o

diagnóstico explicativo, como descritivo e fenomenológico⁶¹, cujos dados empíricos, suas relações e inter-relações permitem uma reflexão em nível superior.

Essa perspectiva de um olhar mais amplo e mais humano garante a percepção de que os processos de interações são processos dinâmicos e que devem ser observados pelo terapeuta dessa forma. Por exemplo, foi perceptível para as estagiárias que a interação mãe-filho estava impossibilitando o desenvolvimento de Maria: “[. . .] a mãe não interagiu com o bebê [. . .] não falava sobre como se comportava em casa [. . .]” (PEREIRA; ROSA, 1999, p. 42.)

Como sabiam da importância de a mãe participar dos momentos terapêuticos passaram a chamar a mãe para perto. Não foi suficiente. Era preciso que todos os profissionais envolvidos soubessem do problema de forma a aproveitar os momentos pertinentes para garantir a aproximação da mãe à criança. Dessa forma, quando uma equipe age de forma interdisciplinar fica bem mais simples organizar estratégias de inclusão. Era preciso que a mãe compreendesse que Maria tinha capacidade de aprender, pois ela relata para a estagiária que “*Chegava a pensar que Maria fosse uma doente mental e que neste caso não haveria solução para seu problema.*” (PEREIRA; ROSA, 1999, p.43)

A sustentação do olhar, a manipulação, a tarefa de conectar a criança ao mundo, a transmissão da linguagem, o jogo, tudo, pode e permanece profundamente perturbado quando o déficit constitucional do bebê produz um desencontro precoce entre a mãe e seu filho. (JERUSALINSKY; CORIAT, 1990)

Se a psicanálise nos aponta as dificuldades que se apresentam nas questões do cotidiano quando a interação mãe-filho tem problemas, ou seja, quando os pais precisam ressignificar este filho, pois ele não foi desejado com problemas de desenvolvimento, a psicologia sócio-histórica nos alerta que:

Es preciso plantear y comprender el problema de la defectividad infantil. En la psicología y la pedagogía, como un problema social, porque su momento social, anteriormente no observado y considerado por lo común como secundario, resulta en realidad ser fundamental y prioritario. (VYGOTSKY, 1997, p. 74)

Sabíamos que, naquele momento, a interação mãe-filho era o objetivo mais importante. Este foi alcançado, a nosso ver, pela possibilidade de articulação entre os diferentes profissionais

⁶¹ Luria faz uma crítica à postura científica racional vivida pela medicina com o uso de instrumentos quantitativos de análise “[. . .] os médicos do nosso tempo, tendo a seu lado uma bateria de testes e equipamentos de laboratório, freqüentemente não enxergam a realidade clínica [. . .] me inclino a rejeitar enfaticamente uma abordagem pela qual estes equipamentos auxiliares assumam o lugar do método central.” (LURIA, 2001, p. 182)

e os diferentes saberes conjugados. Se, mais adiante, vamos observar que foi o profissional fisioterapeuta que conseguiu resgatar na mãe o interesse e a crença nas capacidades do filho, no caso de Maria foi a neuropediatra. O que importa, no nosso entender, é que no diagnóstico reflexivo realizado se consiga detectar quais são os fatores que estão interferindo negativamente para o desenvolvimento da criança. Daí a necessidade de não misturar a visão que os diferentes atores têm sobre a criança (Vygotsky). É preciso mapear e compreender essa teia de relações, desejos, representações sociais, poderes, para organizar estratégias de ação.

O Diálogo com os Pais

Dessa forma, proporcionar o diálogo com os pais era uma das diretrizes do nosso trabalho no CMI, tanto nas avaliações do DNPM das crianças nos primeiros anos de vida, bem como na terapia. Ao dialogarmos, estávamos compreendendo melhor o universo de relações existentes, bem como discutíamos com os pais o desenvolvimento dos filhos, as formas de posicionamento dos filhos, as atividades do adulto que fica com a criança em casa e como esta pode participar mais ativamente da presença dos adultos, de brincadeiras do cotidiano familiar. Era uma forma de conhecer as dificuldades e dúvidas dos pais e, ao mesmo tempo, contribuir para que introduzissem o filho no seu universo cultural e no grupo social ao qual pertencem, assim como fazem e/ou fizeram com os outros filhos.

Tudo o que diz respeito a mim chega à minha consciência por meio da palavra dos outros, com sua entoação valorativa e emocional. Do mesmo modo que o corpo da criança, inicialmente, forma-se no interior do corpo da mãe, a consciência do homem desperta a si própria envolvida na consciência alheia (BAKHTIN, 1986, p. 41)

O diálogo pode contribuir para que os pais comecem a perceber a importância e as possibilidades de inserir seu filho nas atividades do cotidiano, nas suas vidas, e que a criança precisa que o adulto exerça esse papel mediador para que possa interagir com objetos, demais pessoas, o mundo. Assim sendo, não é possível pensar que podemos qualificar a vida das crianças sem buscar essa interação com os pais. As relações intersubjetivas dos bebês com o pais, com as pessoas que cuidam deles, são fundamentais, pois, quando o adulto vibra com a criança diante, por exemplo, da conquista do agarrar um brinquedo, observa-se um diálogo social intenso, impregnado de afetividade, uma interafetividade, que estimula e impulsiona a sedimentação das descobertas e encoraja novas buscas.

A questão da participação dos pais na avaliação e na terapia, parece óbvia demais. Mas é importante dizer que este óbvio na Fisioterapia, assim como nas demais áreas da saúde, não é sempre tão óbvio. A maioria dos profissionais não permitia a entrada da mãe na terapia. Era comum ouvirmos: *Com a mãe aqui dentro, não conseguimos trabalhar com ele, só quer ficar com a mãe*. Essa visão está amparada por uma concepção de conhecimento e de terapia, na qual os que têm o conhecimento são os que precisam olhar este corpo, tratá-lo, curá-lo. Os leigos devem permanecer na sua posição de insignificância, dos que desconhecem e por isso devem permanecer calados. É o poder-saber do médico, o poder-saber do fisioterapeuta, o poder-saber do fonoaudiólogo, o poder-saber do professor.

As avaliações do DNPM das crianças oportunizaram que as singularidades e diferenças no desenvolvimento pudessem ser percebidas, pois, como as consultas das crianças e avaliações eram agendadas, muitas vezes tínhamos três, quatro recém-nascidos de 10 a 15 dias, ou então de 30 dias, ou ainda crianças com três, quatro, seis meses. Ou seja, numa manhã, os acadêmicos e os pais podiam observar as diferenças entre crianças da mesma idade cronológica e que respondiam de formas diversas às interações propostas. Todas apresentavam reflexos, movimentos, comportamento de bebês da idade, mas era possível observar diferenças com relação às conquistas motoras, interesses, interação, comunicação, pois a aprendizagem, além de ser um processo social, histórico, cultural, também é singular.

Nesses momentos, era possível perceber a interdependência entre o ensinar e o aprender. Muitas experiências eram trocadas entre as mães, pois estávamos promovendo um encontro de diferentes grupos sociais, com diferentes universos culturais. Por exemplo, a mãe de uma menina de seis meses, que sentava com apoio para frente e para os lados, na avaliação percebeu que sua filha não rolava, enquanto que um menino da mesma idade tinha uma habilidade muito grande no rolar, mas não permanecia na posição sentada. Na conversa entre as duas, perceberam que cada uma delas estava oportunizando diferentes experiências para os seus filhos. A mãe que era professora, que deixava a menina sentada no carrinho, empurrando-o para frente e para trás, enquanto lia provas e trabalhos de alunos, estava favorecendo as habilidades no sentar. Já a mãe que deixava o seu filho no chão, num colchonete, enquanto fazia suas tarefas domésticas, estava oportunizando o desenvolvimento do deslocamento no rolar.

Alguma delas está prejudicando o seu filho? Não, mas elas perceberam e discutiram sobre essas diferenças e não colocaram a “culpa” por não rolar ou por não sentar, nos filhos. Não há

culpa, não há preguiça, teimosia. São valores e hábitos culturais presentes, histórias de vida das pessoas, condições materiais e econômicas. Naquele momento, as mães aprenderam com seus filhos, com os filhos dos outros. As duas crianças vão rolar e sentar, mas apresentarão essas habilidades em tempos diferentes por uma série de fatores, sendo que um deles é a experiência do seu corpo⁶². Um corpo que pertence a uma criança social, cultural, histórica. *É que a minha mãe sempre nos deixou no chão, porque era menos perigoso cair* (Diário de Campo), disse a mãe que deixava o menino no chão.

Aproveitávamos esses momentos para pensar, junto com os pais, sobre as formas de segurar o bebê; os lugares e posições para sua interação com os outros e com os objetos; as preferências que os pais percebiam nas crianças quanto a pessoas, objetos, brinquedos, posturas. Não discutíamos teoricamente com eles o papel mediador do adulto, no sentido de abordar a teoria de Vygotsky, mas buscávamos sua compreensão de que nós, adultos, é que oportunizamos as interações nos primeiros anos de vida. Pode ser que a criança que tem potencial de segurar a mamadeira ou o brinquedo, só consiga realizá-lo através do mediador adulto que vai colocar o brinquedo ou a mamadeira na mão da criança; mas, que no futuro, essa tarefa vai ocorrer sem a mediação do adulto.

A reação dos pais era muito interessante nesses momentos avaliativos. Eles ficavam surpresos com as habilidades e conquistas de seus filhos, quando eles estavam sendo avaliados e exercíamos o papel mediador. Numa avaliação de um bebê de dois meses⁶³, observamos que ele já tinha um controle da cabeça e que acompanhava objetos, movimentos das mãos do avaliador num ângulo maior que os 180 graus. Ele estava deitado de costas e ajudamo-lo a ficar de bruços. A mãe se aproximou e disse: *Eu nunca deixei ele assim*. Ao perceber que seu filho erguia a cabeça, girando para os lados e para trás, exclamou: *Nossa! Não é que o danadinho consegue mesmo?! Como é que pode, né? Tão pequenininho e consegue levantar a cabeça sozinho! É bom ele ficar assim de barriga para baixo?* Esses momentos da avaliação eram momentos muito ricos para os pais conhecerem as potencialidades dos seus filhos.

⁶² Realizamos uma pesquisa com 36 crianças de 7 a 12 meses para investigar o seu comportamento motor usando o andador. Percebemos diferenças significativas nas reações de equilíbrio e proteção das crianças que usavam andador para as que não usavam, contribuindo para fortalecer a tese que o andador não contribui para o desenvolvimento motor das crianças. O fator de tempo de permanência no andador, idade de início e as demais experiências com posturas e interações com objetos e pessoas são fatores que se apresentam como relevantes nos resultados obtidos.

⁶³ Registro realizado a partir da filmagem (01/09/98).

Também era um momento para que os profissionais fisioterapeutas, pedagogos, enfermeiros, pudessem observar essas potencialidades e a importância de ouvir e conversar com os pais. Esses momentos precisavam contribuir para que a família compreendesse melhor a criança e as suas necessidades e potencialidades. Quando a criança tem um diagnóstico, por exemplo, de Paralisia Cerebral, como era o caso de uma menina de seis meses que veio para a avaliação, esses momentos são ainda mais importantes. Era preciso que oportunizássemos que a criança mostrasse o que conseguia realizar, quando recebia a mediação do adulto ou de uma outra criança maior, com uma bagagem de conhecimento maior que a sua, pois, como enfatiza Vygotsky (1999, p. 370) era preciso “[. . .] levar em conta a zona de desenvolvimento proximal para formular o diagnóstico das crianças anormais.” Com esta premissa em mente, com a preocupação de resgatar na mãe a postura de acreditar na capacidade de sua filha se desenvolver e com a preocupação que nossos acadêmicos percebessem essas questões, realizamos a avaliação da menina Suzi buscando comentar suas conquistas:

Fizemos toda a avaliação dizendo e mostrando cada uma das suas conquistas: “Suzi se interessa pelos objetos, acompanha os objetos, pega um brinquedo, depois o outro, bate um brinquedo no outro, senta com apoio, mas não consegue fletir totalmente os quadris. Chama atenção sua habilidade com o pegar, agarrar os brinquedos e a sua comunicação. Tem reações de proteção para frente com braços, como as demais crianças desta idade. Nos membros inferiores, percebemos que ainda não apresenta flexão de coxa e extensão dos joelhos. Apresenta uma espasticidade de adutores de coxa e músculos posteriores da coxa (encurtamento?) Além da pouca movimentação dos membros inferiores, os movimentos ainda não são independentes. Fomos realizando as trocas de postura a partir da interação com os brinquedos. Facilitamos o rolar, que não realizava sozinha, com manobras de dissociação de cinturas pélvica e escapular de forma que conseguisse rolar e pegar o brinquedo. Suzi reclamou da posição e a mãe comentou: “ Ela não gosta de ficar de bruço”, pois tinha dificuldade em tirar o braço de baixo do seu corpo e como não realizava dissociação da cintura pélvica, não conseguia voltar ao decúbito dorsal . Mas, com a ajuda do adulto, manuseando em pontos chaves, isso era possível. Suzi interagiu todo o tempo com a avaliadora, a cada brinquedo que lhe oferecíamos olhava para a mãe como quem pergunta ‘devo aceitar?’ E a mãe responde: ‘pega filha, pode pegar’”.

A mãe foi conhecendo habilidades de Suzi que não conhecia e de certa forma, isso contribuiu para que percebesse também as capacidades da filha, o que a deixou contente. “Ela faz tudo, ela é inteligente”! Porque ela não vai aprender na escola se ela é tão inteligente agora?” Questionou a mãe diante de todas as capacidades da filha e que havia recebido um prognóstico ruim sobre o desenvolvimento. Respondemos que achávamos muito difícil afirmar que ela não aprenderia na escola, pois estávamos percebendo que, por enquanto, Suzi respondia muito bem às ações esperadas para sua idade; a nosso ver, era muito precipitada aquela afirmativa. Suas habilidades não tinham sido mostradas para a mãe no diagnóstico médico. O diagnóstico e prognóstico médico foram: ela tem uma paralisia cerebral, não vai caminhar e terá problemas de aprendizagem na escola. “Ela não vai caminhar porque as perninhas são duras?” Respondemos para a mãe que percebeu que algo estava diferente no quadril (pouca extensão do quadril) e membros inferiores (percebíamos uma alteração do tônus)- que ainda não tínhamos como antecipar se iria caminhar ou não, porque não tínhamos avaliado o quanto Suzi responderia ao tratamento. O mais importante agora era começar o tratamento e possibilitar que Suzi experimentasse os movimentos e trocas de postura com a ajuda do adulto. (Diário de campo, 10/09/98)

Até então, ninguém havia dito para esta senhora que sua filha tinha um desenvolvimento cognitivo, social e psicomotor dentro da idade esperada. Ela tinha um tônus alterado, ou seja, apresentava uma espasticidade de membros inferiores devido à lesão cerebral. Tinha dificuldade de flexionar as pernas, puxar a perna para a frente para o futuro gatinhar. Mas, até então, isso não estava prejudicando o seu desenvolvimento.⁶⁴ Apostando na capacidade plástica do Sistema Nervoso Central nesses primeiros anos de vida e com a preocupação de que essa limitação neuromotora não fosse o motivo para que Suzi ficasse excluída socialmente, Suzi iniciou o trabalho de estimulação precoce conosco.

“Quando se leva uma criança ao médico, este determina não somente os aspectos negativos, mas também os lados positivos de sua saúde, que compensam seu estado físico. Exatamente igual, o psicólogo deve diferenciar o atraso infantil e analisar em que consiste.” (VYGOTSKY, 1997b, p. 160)

⁶⁴ Ver pesquisa sobre os movimentos dos membros inferiores de lactentes diplégicos de Yokochi *et al.* (1991). Também citado por Shepherd (1996, p. 119).

Nesse caso, “[. . .] a mãe não aceitou o fato de numa das primeiras consultas médicas, o médico ter dito que a criança não caminharia. [. . .] a mãe trocou de médico, e este pediu um EEG [. . .]” (ROSA, 2000, p. 31) e encaminhou-a para o nosso serviço. A relação da mãe com a filha era muito forte. Mesmo sabendo que o exame havia apontado uma anormalidade, a mãe não aceitou que sua filha não tivesse condições de se desenvolver, levando-a para fazer a fisioterapia no CMI. No diário de campo (14/12/98), a estagiária relata *A mãe disse “daqui alguns dias ela vai caminhar” demonstrando felicidade e orgulho.* Quando Suzi já tinha completado um ano, começou a caminhar, a estagiária relata no dia 02/03/99. *“Duas estagiárias entrevistaram a mãe de Suzi e ela se emocionou muito ao contar que a filha está caminhando. Contou na entrevista que um médico havia lhe tirado as esperanças da filha caminhar e hoje ela caminha.”* (ROSA, 2000, p.48.) Esse episódio mostra que o saber competente pode influir negativamente, mas não de forma determinista: a mãe reagiu, apostou na filha e na terapia.

A avaliação realizada pela fisioterapia, a terapia desenvolvida, bem como o acompanhamento médico pela neuropediatra do CMI, evidenciando consciência do papel do saber profissional e da importância da sua fala, conseguem mostrar para a mãe a capacidade que a criança tem de responder a uma intervenção e o seu potencial de aprendizagem na perspectiva da zona de desenvolvimento proximal. Quando falarmos das terapias, o caso Suzi vai voltar a ser discutido.

No processo de avaliação, quem avalia e propõe desafios a serem alcançados pela criança faz o papel de mediador, ou seja, realiza uma mediação que aponte os potenciais de aprendizagem e desenvolvimento da criança. Podemos favorecer conquistas, como podemos dificultá-las. A avaliação é um processo que exige conhecimento do profissional. Ele precisa ser um eterno aprendiz, envolvido em formação constante. Defendemos, no entanto, que essa avaliação, nos primeiros anos, exige uma visão interdisciplinar consciente. Uma avaliação que observe a criança, suas linguagens, seus movimentos, suas interações sócio-culturais, sua saúde, os cuidados que recebe buscando compreendê-la, pois essa pode ser uma oportunidade valiosa para a vida da criança. Uma avaliação que olhe pela criança, que olhe nos olhos da criança, que pergunte por ela. Mas que pergunte por inteiro e não só pela criança neurológica, ou a cognitiva, ou a social, ou a cultural.

A avaliação é uma ação que pergunta pela criança e, como toda a ação, ela recebe uma ação de volta. A criança reage. Se olharmos a criança nos olhos, sorrindo, ela vai nos devolver

esse olhar. Mas, se a ação do adulto for uma ação mecânica, distante, a criança vai reagir de forma distante, ou então com o choro, o grito.

Os recentes estudos da sociologia da infância Corsaro (1997), Qvortrup (2000), Sarmiento (2002) vêm nos mostrar a importância de compreender as relações estabelecidas pela criança entre os seus pares e os adultos - a criança como sujeito construtor de uma cultura da infância. Para o autor (2002,p.24) “[. . .] a interação das crianças é, para além de uma condição fundamental do desenvolvimento de relações e de laços de sociabilidade – e, por isso, um dos mais importantes factores da ‘educação oculta’ das crianças – o espaço onde se estabelecem os valores e os sistemas simbólicos que configuram as culturas infantis”.

Considerar o ponto de vista da criança, do bebê, a nosso ver, é este: olhar nos seus olhos, observar suas interações, sua linguagem corporal, a interação familiar, o seu espaço sócio-cultural. A avaliação na infância, com as crianças pequenas, só pode funcionar dessa maneira. Esta é a proximidade da psicanálise com a sociologia da infância: partir do ponto de vista das crianças.

Esse princípio deve e pode ser usado nas diferentes avaliações. Ou seja, a avaliação mais especializada, como a neuropsicológica ou a neurológica, em que são aplicados testes e provas específicas de desenvolvimento, tem resultados diferenciados quando observado o “como” são realizados. É uma atividade mecânica, que espera colocar a criança dentro de uma ficha? Vai buscando as respostas para serem assinaladas? Ou não? Vai interagindo com a criança de forma a potencializar suas conquistas e habilidades? Vai registrando estes fatos e, a partir dos dados das fichas e tabelas, se analisam o seu desenvolvimento, bem como a validade das interações propostas na terapia?

O acompanhamento do desenvolvimento, a avaliação numa perspectiva diagnóstica, emancipatória, são estratégias inclusivas, pois, além de perguntarem pela criança em desenvolvimento, de potencializarem suas capacidades, podem contribuir para o conhecimento dos pais e profissionais da saúde, educação e família, minimizando discursos e ações de exclusão. Dessa forma, com a entrada do projeto no CMI, as ações de atenção à criança foram ampliados, pois, além da consulta de enfermagem, de pediatria e nutrição, havia a atuação da fisioterapia, que realizava a avaliação do DNPM da criança, como uma primeira triagem, encaminhava para o neuropediatra os casos de atraso no desenvolvimento para o diagnóstico clínico e oferecia terapia

de estimulação precoce, buscando garantir que aquele atraso, no início do seu desenvolvimento, não significasse uma negação do seu potencial de interagir com o mundo.

5.3 INTERAÇÃO TERAPEUTA - CRIANÇA

No primeiro capítulo, apresentamos a descrição de uma sessão de Fisioterapia com uma criança de três anos⁶⁵. Nela podemos perceber a concepção de terapia e de criança que estavam presentes na ação do fisioterapeuta. O foco principal da sua ação não era com o processo de interação, com a possibilidade de aprender, com o sujeito que ali estava se constituindo. Aquele sujeito não era uma criança, enquanto cidadão de direitos, não era alguém capaz de aprendizagens, não era um sujeito sócio-cultural. Era um corpo/coisa a ser consertado. O foco do fisioterapeuta está totalmente orientado para dominar/modificar padrões posturais anormais, o que, por sinal, faz com perfeição. Ele realmente acredita que este seu fazer, descontextualizado, descolado das necessidades da criança, da capacidade de compreensão da mãe, vai solucionar a vida da criança. Quando assistimos a uma cena destas, nos perguntamos: para que e para quem serve esta terapia? Essa é uma terapia que se caracteriza por não se preocupar com a interação terapeuta-criança, porque o terapeuta/máquina não espera muito daquele corpo/coisa. Então ela deve servir para isso: destacar os saberes do terapeuta/máquina, a passividade/ incapacidade do corpo/coisa e a responsabilidade pelo fracasso da terapia na criança/patologia.

Isso nos remete a pensar que a lógica da inclusão exige uma reflexão sobre as interações terapeuta-paciente. Não queremos discutir, neste momento, as técnicas de estabilização, de inibição, de facilitação, de equilíbrio e suas implicações, que também são importantes, mas as relações que elas produzem e/ou deixam de produzir. As técnicas utilizadas por esta fisioterapeuta e pela fisioterapeuta que trabalhou com Suzi são as mesmas, são os mesmos princípios, por exemplo de Bobath, mas a concepção que ambas têm de infância, de

⁶⁵ Pedimos que o leitor releia o relato da cena terapêutica na p. 5.

desenvolvimento, de aprendizagem, de vida, são completamente antagônicas, pois se, para a primeira, as interações terapeuta-paciente não são importantes, para a outra, elas são fundamentais. Para Macedo, a lógica da inclusão é a lógica das relações.

Se uma criança tem dificuldade de aprendizagem ou de convivência em sala de aula, se suas limitações causam ‘problemas’ quanto aos hábitos pedagógicos do professor (estratégias de ensino, organização do espaço e do tempo didáticos, etc.), pela lógica da classe a dificuldade é do aluno, e não necessariamente do professor. Na lógica da relação, o ‘problema’ é de todos, o que desafia o professor a refletir sobre a insuficiência de seus recursos pedagógicos nesse novo contexto, a rever suas formas de se relacionar com os alunos, a estudar temas que pensava nunca ter de estudar. (MACEDO, 2005, p. 21)

O autor ressalta o papel do professor para rever seus hábitos adquiridos, seus conhecimentos e concepções e não o inverso, que a criança tenha que se transformar no que conhecemos e esperamos. Particularmente queremos pensar o papel do fisioterapeuta, nessa interação com a criança, de forma que é ele - com o seu conhecimento técnico, com o seu conhecimento sobre o desenvolvimento, sobre como se aprende, sobre a importância do brincar, sobre a formação do sujeito psíquico - quem vai se preocupar em garantir processos emancipatórios para a criança. Nessa ótica, não é a criança que não responde ao tratamento, é o tratamento que precisa ser revisto para aquela criança, para aquela família. É preciso “[. . .] seguir o rumo dos interesses infantis’ quando se trata de trabalhar com a criança, evitando que as conseqüências sociais do defeito acentuem, alimentem e consolidem o próprio defeito [. . .]”, como defende Vygotsky (1997, p. 92).

Na interação terapeuta – criança, muitas são as significações que vão sendo estabelecidas entre esses interlocutores. Pode ser que, muitas vezes, elas não sejam compreendidas ou até nem percebidas, mas essas significações ocorrem e vão pontuando para a criança, para os pais e para o profissional vários horizontes. A preocupação com a qualidade da interação terapeuta-criança e a família no nosso trabalho no CMI tinha raízes na perspectiva sócio-interacionista da Pedagogia, no enfoque psicanalítico e em Wallon.

Usávamos, nas aulas e nos encontros de estudo com os alunos de fisioterapia, o prólogo escrito por Jerusalinsky onde ele apresentava o livro de Elsa Coriat *Psicanálise e Clínica de Bebês* (para os senhores bebês e para os senhores adultos) com o objetivo de sensibilizar os acadêmicos para as importantes significações que apontamos e que podem trazer implicações para a vida da criança. Segue uma citação deste prólogo, onde Jerusalinsky fala aos bebês:

[. . .] vocês não sabem bem quem são, e dependem, para sabê-lo, daquilo que os outros (daquilo que esse Outro grandalhão) lhes disser, apontar, marcar. É por isso que quando aparece um senhor ao qual vossa mãe presta a maior atenção, e esse senhor, por exemplo, pronuncia um grande discurso sobre as pernas em geral e sobre a vossa em particular, e, além disso, recomenda a vossa mãe que ela se dedique intensamente a vossa perna, é lógico que vocês cheguem à conclusão de que o que há de mais importante neste mundo é ser 'uma boa perna'. Mas, eis aqui que as pernas não falam, não sorriem, nem escutam cantigas de ninar... (JERUSALINSKY, 1999, p. 16)

Era uma forma de, em tão pouco tempo de formação, trazer para o debate as implicações do nosso fazer; de pensarmos que estamos cuidando de uma criança, de um corpo. De um corpo que não é uma coisa, pelo contrário, como afirma Merleau-Ponty (1999), o corpo é nossa maneira de ser no mundo.

A experiência motora de nosso corpo não é um caso particular de conhecimento; ela nos fornece uma maneira de ter acesso ao mundo e ao objeto [. . .] projeta as significações no exterior dando-lhes um lugar, aquilo que faz com que elas comecem a existir como coisas, sob nossas mãos, sob nossos olhos. (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 195)

Diferentes autores ressaltam a importância do tratamento precoce das crianças que apresentam uma lesão do sistema nervoso central no sentido de que o cérebro imaturo, com capacidade plástica, tem muitas possibilidades de compensar o déficit. Mas, ao mesmo tempo, é importante que se considere também que quanto mais cedo aparecem ações excludentes, ações que coisificam o corpo-criança, menos chances a criança tem para se constituir enquanto criança.

A Interação Significativa. O Brincar

Defendemos o tratamento precoce que contenha nas suas diretrizes a preocupação de um corpo-criança e de uma interação significativa:

[. . .] o corpo motor de ação, de conhecimento, de relação, constitui-se em condição primeira do desenvolvimento da criança. De uma criança que não queremos afastada de suas fontes libidinais, instintivas. [. . .] A vivência do corpo implica em aguçamento dos sentidos para captar suas próprias vibrações e ritmo, bem como das outras pessoas e das coisas. [. . .] e é por isso também que exercícios [mecânicos] [. . .] não levam a uma vivência de corpo mas a uma maior sobre-codificação, isto é, normatização do mesmo [. . .] (SILVA, 1987, p. 217)

Quando um bebê de cinco meses que não sustenta a cabeça é levado para a Fisioterapia, ficamos pensando que o profissional tradicional vai observar e avaliar seus movimentos naquele momento e prescrever exercícios e posturas para serem realizados com a criança. O profissional estará

[. . .] interessado na realização de exercícios que fortaleçam os músculos do pescoço, graças à vontade (do profissional) talvez o objetivo seja atingido... mas o bebê haverá perdido a possibilidade de realizar a experiência do domínio motor de seus músculos de acordo com sua própria vontade, dirigida a partir daquilo que venha a despertar o interesse do seu próprio olhar; seu pescoço será movimentado pelas mãos ou pela intenção de outro e, deste modo, iniciará um caminho de marionete. (CORIAT, E., 1997, p. 80)

Essa pode ser uma das tantas experiências negativas por que a criança vai passar e que não será, necessariamente, um determinante para a sua vida. Mas, se for uma criança com problemas neurológicos, pode ser também que aquela seja a primeira das muitas experiências de interação com o seu terapeuta em que seu lugar de marionete será estabelecido.

Para evitar a transformação da criança em marionete, o fazer fisioterapêutico, que é necessário, deve estar sempre contextualizado, isto é, tornado significativo: no contexto de uma música, de uma brincadeira, de uma tarefa que desperte o interesse da criança, referimo-nos a situações que solicitem movimentos impulsionados por uma motivação que brota do interior da criança, mas que é desencadeada pela situação desafiante proposta pelo adulto. Assim, a criança que precisa, por exemplo, exercitar a musculatura do pescoço para sustentar a cabeça, já não precisa “abandoná-la” nas mãos do terapeuta para por este ser manipulada; a criança é solicitada pelo ritmo da música e pelo desafio do adulto a buscar um movimento do jeito como pode e quer, ou imitando o adulto, ou ainda fazendo junto com o mesmo enquanto encosta a cabeça no rosto do adulto, ou ainda quando a sua cabecinha é acolhida e guiada pelo ritmo da música no brincar do balanço pelas mãos aconchegantes do fisioterapeuta. E isso no contexto de um diálogo corporal adulto-criança, impulsionado pela música que ativa sensações, emoções, estimulando o sistema nervoso central. Um fazer juntos carregado de bem-querer, de aceitação, de respeito, de cumplicidade. Cumplicidade manifesta no olhar do adulto para a criança. Pelo sorriso para a criança. Pelo cantar para a criança. Pela resposta da criança.

Antes de planejarmos o trabalho no CMI, fomos por duas vezes supervisoras de estágio em Fisioterapia na Neurologia. O brincar não era percebido ainda como uma necessidade e direito da criança, não havia tantos estudos sobre sua importância para esta faixa etária (0 a 3 anos), até porque não eram muitos os trabalhos publicados sobre o assunto. No ano 1994, quando substituíamos uma colega na supervisão do estágio, um estagiário, que era um aluno que até então não havia se destacado, surpreendeu a todos.

A evolução do menino Carlos que por ele foi atendido era perceptível para todos. Qual era o milagre? Ele tinha uma técnica, manipulação, facilitação melhor que os demais? Não, mas ele criou uma brincadeira com Carlos de que ele era o homem-aranha. E como homens-aranha, eles escalavam o espaldar fixo que estava localizado na parede acima do tatame. Além de o menino adorar esta situação toda, o estagiário conseguia realizar movimento de dissociação de cinturas pélvica e escapular, inibindo padrões posturais anormais e favorecendo padrões motores mais normais. E como homem-aranha, combatia inimigos, pulava de um lugar para o outro, etc. (Registro realizado a partir da filmagem da terapia)

Conquistar a Criança e Garantir o Apoio da Mãe

Quando o olhar do fisioterapeuta não consegue contemplar o sujeito sócio-cultural, provavelmente muitos aspectos ligados à criança não serão por ele abordados na sua mediação. Não haverá preocupação em compreender como está a relação mãe-filho; como está se estabelecendo a comunicação entre ambos; como e com quem fica a criança durante o dia; por que aquela cabecinha não está procurando coisas interessantes a sua volta; por que não está havendo interesse da criança nas pessoas e objetos, e/ou por que o ambiente em que permanece a maior parte do tempo não contém objetos interessantes.

Por isso, tínhamos a preocupação de proporcionar interações qualificadas no CMI, de formar profissionais capacitados no sentido de compreender que aquele corpo é muito mais que um corpo biológico; é um corpo que deseja ser tocado, ou não quer ser tocado; que tem direito de ser tocado e, ao mesmo tempo, tem direito de não querer que o invadam. É o corpo-criança que precisa de um ambiente alegre, interessante, com brinquedos desafiadores que proporcionem situações de interação com o mundo, significativas e prazerosas, mediadas pelo adulto fisioterapeuta.

Relendo os diários de campo das estagiárias, seus trabalhos de conclusão, podemos observar o zelo de garantir uma boa interação fisioterapeuta-criança no período de adaptação, quando a postura da mãe é fator essencial para que essa relação ocorra de forma mais tranqüila, assim como o ambiente desafiador. No entanto, o conhecimento e preparo do estagiário com relação ao desenvolvimento da criança, a importância de garantir o apoio da mãe e a importância

do brincar nas diferentes etapas do desenvolvimento da criança também nos parecem ser fundamentais. A preocupação em garantir a aproximação terapeuta-criança aparece nos relatos, como no caso de Suzi, que comentaremos adiante, pois especifica gostos, preferências, medos da criança.

Neste sentido, o ambiente acolhedor é formado por gestos do fisioterapeuta que convidam, que conquistam a criança, mas também por materiais, brinquedos e móveis que proporcionam a interação entre a criança e o fisioterapeuta. No entanto, só podemos observar a dimensão da importância de oferecer um ambiente assim, quando observamos o resultado do trabalho, tanto nas avaliações quanto nas terapias com as crianças que apresentam atraso no seu desenvolvimento. O ambiente com materiais adequados para as diferentes idades das crianças favorece seu envolvimento com as atividades e com as pessoas a sua volta, promovendo uma maior rapidez de adaptação ao lugar. Como disse a estagiária, já citada anteriormente, no seu primeiro contato com a criança: *como é mais fácil atender uma criança quando tem esse monte de brinquedos*. É muito complicado para uma criança interagir com um adulto que não conhece, que não sabe de suas preferências. Mas isso se modifica quando esse adulto oferece um ambiente estimulante, observa suas reações, interesses e, a partir disto, procura conquistar a criança. E ele prepara este ambiente, faz uma seleção de materiais, organiza o espaço conforme suas intenções, seus objetivos.

O Papel da Mediação no Desenvolvimento da Criança

Além de promover uma melhor interação entre terapeuta e criança, um ambiente com diversos brinquedos possibilita que o brincar se configure num elemento importante na terapia com a criança. O brincar aparece como aspecto primordial nas diretrizes do nosso trabalho no CMI, porque a atividade lúdica está intimamente relacionada com o desenvolvimento da criança, segundo Vygotsky, Luria e Elkonin. Na argumentação de Vygotsky:

[. . .] o brinquedo cria uma zona de desenvolvimento proximal da criança. No brinquedo, a criança sempre se comporta além do comportamento habitual de sua idade, além de seu comportamento diário; no brinquedo é como se ela fosse maior do que é na realidade. Como no foco de uma lente de aumento, o brinquedo contém todas as tendências do desenvolvimento sob forma condensada, sendo, ele mesmo, uma grande fonte de desenvolvimento. (VYGOTSKY, 2000, p. 134)

Nessa perspectiva, o fisioterapeuta, com o conhecimento das etapas de desenvolvimento da criança, do reconhecimento de padrões posturais anormais, pode, ao inibir os padrões posturais anormais e facilitar os movimentos normais através do brincar, possibilitar que a criança descubra movimentos, gestos e ações nas situações oferecidas que não seriam possíveis sem a presença do adulto. Ele investe, durante a brincadeira, naquilo que ainda não está consolidado na criança, por exemplo, as reações de equilíbrio, o pegar, a sustentação corporal, oferecendo recursos para que essas conquistas acabem se efetivando.

A abordagem de mediação, da necessidade do outro, da importância da interação social, do desenvolvimento através do brinquedo, rompe com a concepção, centrada no indivíduo, dos problemas de desenvolvimento das crianças que vêm para a Fisioterapia. O outro, o adulto fisioterapeuta, cria, no brincar com a criança, condições para que ela, apoiada no seu saber, avance nas suas interações com o mundo: aprenda com o corpo do outro o que seu corpo pode fazer. Elsa Coriat (1990, p. 24) mostra que “[. . .] o brinquedo, instrumento chave da psicanálise em seu trabalho com crianças, se impôs sobre todas as especificidades, paralelamente à formalização de um objetivo comum a todas as áreas que formam a equipe: a produção de um sujeito do desejo.”

O fisioterapeuta, no trabalho com crianças com problemas do desenvolvimento motor, deve ser uma pessoa capacitada para possibilitar que essas crianças evoluam para além de suas habilidades já alcançadas, limitadas pela lesão cerebral, no caso de uma Paralisia Cerebral, por exemplo. Isso significa o uso da zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky. Deve também tornar disponível aos pais, professores, irmãos, entre outros, os conhecimentos historicamente acumulados, possibilitando que eles tenham o domínio destes conhecimentos para usá-los em benefício da criança.

5.4 ACOMPANHANDO A FISIOTERAPIA DE SUZI

Acompanhando as filmagens realizadas do trabalho de estimulação precoce com Suzi, por exemplo, percebe-se: no brincar, a estagiária fisioterapeuta contribui para a formação de laços afetivos; o trabalho com a mãe, a busca pela satisfação dos desejos da SS; a intencionalidade da

ação (Piaget); o desejo na ação (Wallon) com a preocupação de “[. . .] maximizar estímulos normais para receber respostas normais, aproveitando a neuroplasticidade do SNC. Mediante os cuidados de posturas adequadas se pode prevenir imobilidades articulares, contraturas e deformidades [. . .]” (MUZABER, 1998, p. 88) e, ao mesmo tempo, oferecer a experiência sensorio-motora dos movimentos inibindo padrões posturais anormais.

A terapia iniciou quando Suzi tinha seis meses e meio e foi até completar um ano e três meses, ou seja, durou quase sete meses. A seguir, vamos apresentar quatro episódios transcritos de filmagens dos atendimentos, de forma a mostrar que é possível realizar uma fisioterapia que olhe pela criança.

EPISÓDIO 1: Suzi com 9 meses

Estão na sala, Suzi, a mãe, a estagiária, que é responsável por sua terapia e sua colega, que lhe dá o apoio, e o filmador.

Beta com Suzi deitada em decúbito dorsal no tatame. Fala todo o tempo com Suzi. “Cadê o gatinho da Suzi? Vamos lá pegar?” Realiza a dissociação de cinturas pélvica e escapular. Aproveita para alongar e estender o membro inferior. “Ah, precisa ir mais um pouquinho, Suzi? Então, vamos!” Suzi rola e consegue alcançar o chocalho de gatinho. “Pegou!” Beta aproveita para alongar músculos da panturrilha, realiza a flexão dorsal dos tornozelos... Suzi choraminga. “O que foi Suzi? Quer virar?” Ajuda na troca de postura trazendo um membro inferior para frente, de forma que Suzi termina o movimento sozinha. “Olha o coelhinho da Suzi!” Aproxima um carrinho que tem quatro coelhinhos. A mãe que está do lado diz: “Pega aqui, filha!” A estagiária está sentada sobre seus joelhos e, com a ajuda do seu corpo, proporciona que Suzi sente sobre os seus joelhos e, quando vai alcançar o coelhinho que a mãe lhe estende, a estagiária pegando em pontos chaves, joelho e quadril, possibilita que Suzi fique em pé, de forma a manter o apoio dos pés fixo e aí, sim, estende o quadril para alcançar o objeto. No meio do caminho, Suzi se interessa por outro brinquedo. “Oh, a Suzi encontrou um potinho vermelho”, diz a estagiária.” E o coelhinho, onde está? Suzi pega o coelhinho que lhe é alcançado pela mãe e bate este contra o potinho. Suzi, agora sentada no tatame, vai pegar o chocalho do gatinho e desaba para o lado. Caiu porque ainda não apresenta reação de proteção para os lados. “Upa, Suzi caiu! Vamos andar no cavalinho Totó?” Suzi não chora. A estagiária coloca Suzi no rolo de

Bobath. A preocupação da estagiária agora é com as reações de endireitamento e equilíbrio, o cuidado com os pés apoiados no chão, quando da inclinação lateral e logo depois com o encurtamento da musculatura posterior das coxas que forçam a pelve para trás. Mas Suzi está preocupada em pegar os brinquedos que a mãe lhe alcança, batendo um no outro, descobrindo suas propriedades.

No início desse episódio, é possível observar que a estagiária primeiro propõe pegar o chocalho do gatinho, para depois realizar o movimento de facilitação de troca de postura. “*Cadê o gatinho da Suzi? Vamos lá pegar?*” Ela conduz Suzi a um brincar com o gatinho, a querer pegar o gatinho. Ou seja, é o adulto escolhendo, apontando e orientando o seu movimento, mas a ação parte da criança. Ela quer o objeto apontado. No decorrer da sessão, a estagiária e a mãe se dirigem à Suzi muitas vezes para orientar o seu movimento. É possível observar a importância da linguagem na organização do ato voluntário como enfatiza Vygotsky:

Na primeira etapa do domínio da linguagem, a mãe dirige-se à criança, orienta sua atenção (“pega o balão”, “levanta a mão”, “onde está a boneca?”) e a criança cumpre as instruções verbais. Ao dar à criança estas instruções verbais, a mãe reorganiza sua atenção: separando a coisa nomeada do fundo geral, organiza com ajuda de sua própria linguagem os atos motores da criança. Neste caso, o ato voluntário está dividido entre duas pessoas: o ato motor da criança começa com a alocação verbal da mãe e termina com as próprias ações da criança. (VYGOTSKY *apud* LURIA, 2001, p. 95)

Tanto para Piaget quanto para Wallon, a manipulação dos objetos ainda é a principal atividade da criança neste período. Mas as atividades são “regidas” pelos outros sociais (VYGOTSKY, 2000). Só que a criança com paralisia cerebral vai demonstrar dificuldade de dominar e governar o seu corpo. Ele precisa de alguém que lhe proporcione, facilite os movimentos do seu corpo nas interações com os objetos, brinquedos e pessoas. Se todas as atividades são de alguma forma regidas pelos outros sociais, como enfatiza Vygotsky, no momento em que existe um problema orgânico, físico, social ou psicológico, é necessário que esta mediação parta de pessoas com conhecimento da situação. Um conhecimento dinâmico, reciclado, abrangente. Nessa relação, o adulto se coloca como aprendiz, que observa as reações da criança, que constrói uma relação terapêutica (que também é pedagógica) com a criança. Ou seja, o adulto aprende e, ao mesmo tempo, ensina.

Na seqüência da sessão, também é possível observar que a estagiária não está preocupada somente com as pernas, com o tônus, com o alongamento do músculo ilopsoas e/ou sóleo e/ou

isquiotibiais e com as reações de equilíbrio e endireitamento, mas também com as interações que SS estabelece com objetos e pessoas. A estagiária conhece as diferentes etapas do desenvolvimento cognitivo/motor da criança. Por isso, quando SS foi pegar o coelhinho que a mãe solicitava e pegou o potinho vermelho que apareceu no meio do caminho, a estagiária lembra SS do coelhinho, mas a menina só pega o coelhinho porque lhe é entregue na mão pela mãe: *“Oh, a Suzi encontrou um potinho vermelho”, diz a estagiária.* *“E o coelhinho, onde está? Suzi pega o coelhinho que lhe foi alcançado e bate este contra o potinho.*

Referenciando Vygotsky ao aludir à fala, Luria diz que, antes dos três anos, a palavra ainda não dirige a ação. Se a criança vê o brinquedo pedido e outro objeto se interpõe no meio, ela agarra o mais próximo. A fala não tem, neste período, caráter seletivo e diretivo. É só depois dos 4 anos que a fala regula o ato motor com sucesso, pois a maturação da região frontal do córtex desenvolve-se (dos 4 aos 7 anos) e a criança está preparada para a ação: “[. . .] e nesta idade as crianças passam a controlar seu comportamento de acordo com instruções verbais [. . .]” (LURIA, 2001, p. 95.)

EPISÓDIO 2: Final dos 9 meses

Nesta sessão, Suzi aparece sentada no tatame e diz: *“Gol, gol” quando encontra uma bola.* *“Vamos pegar o gol, Suzi?”, pergunta a estagiária.* *Suzi cai quando tenta pegar o gol que lhe foi alcançado propositalmente no alto.* *Fica de bruço, mas consegue realizar o rolar para decúbito dorsal sozinha.* *A mãe relata que Suzi gosta de bola porque o tio brinca muito com ela e chama a bola de gol.* *Seu olhar encontra a bola de Bobath e a estagiária diz: “Vamos subir no gol grande, Suzi?”. Coloca Suzi em cima da bola e propõe que brinquem de cavalinho Totó com nos demais encontros.* *A menina pula, a estagiária canta “cavalinho Totó, busca a Suzi na casa da vovó” e olhava para a vovó que também estava acompanhando a terapia.* *Durante a terapia, a acadêmica fala com a menina todo o tempo. Inclusive apontando para a mãe as conquistas, de dissociação de cinturas, reação protetora de braços para o lado, apoio do pé quando faz transferência de peso de um hemisfério para o outro... Quando a avó comenta que Suzi gosta muito da estagiária, a estagiária diz: “Eu e Suzi somos amigas”. Quando reclama num alongamento dos músculos posteriores da coxa, a estagiária pergunta: “O que foi? Assim não foi bom? Vamos procurar o gatinho?”, referindo-se a um chocalho de gatinho com que Suzi*

brinca desde o primeiro encontro, desvia a atenção de Suzi para outra coisa. A mãe, atenta, diz: “Olha aqui o gatinho!”

Mais uma vez, é possível observar que a cena terapêutica é orientada pelo brincar e que a estagiária propõe que a mãe seja uma auxiliar na terapia, pois, dessa forma, ela poderá dar-lhe continuidade em casa, além de oferecer informações sobre as preferências da criança, o que facilita o trabalho da estagiária. Assim como o brincar agindo sobre o objeto e experimentando o movimento aparece como sendo a forma de a criança avançar nas suas habilidades, superando a etapa em que se encontra, como diz Vygotsky, a manipulação de brinquedos por parte da criança é também uma estratégia para que a fisioterapeuta trabalhe alongamentos necessários. Existem exercícios específicos necessários, mas que devem ser realizados, na medida do possível, de forma prazerosa. Isso, no entanto, não significa que a fisioterapeuta não observe as reações da criança e demonstre preocupação com as mesmas. Quando Suzi reclamou dos alongamentos, a estagiária perguntou: “*O que foi? Assim não foi bom? Vamos procurar o gatinho?*” Ela mostra para Suzi e para a mãe que para ela é importante escutar o que Suzi está tentando mostrar: desconforto, alegria, descobertas... Uma terapia que pergunta e que escuta a criança.

Com o passar do tempo, o profissional vai conhecendo melhor o universo familiar da criança e as mudanças que ela vem sofrendo no decorrer do seu processo de desenvolvimento. A família de Suzi se modificou enquanto atores e quanto às diferentes funções de cada um no decorrer da gravidez e nos primeiros dez meses de vida de Suzi. “[. . .] a transformação familiar convida a que a família seja pensada como instituição social em mudança, sendo como tal construída e estruturada, e não como uma entidade natural, imune ao *pathos* da vida social.” (SARMENTO, 2005, p. 16)

A mãe de Suzi, doméstica, não permanecia todo o dia com a criança, nem podia levar a filha em todas as sessões de fisioterapia. Muitas vezes, a avó fez este papel e sabíamos pela mãe e pela avó que o tio também ajudava nos cuidados em casa. A família de Suzi estava apoiada na estrutura familiar da mãe, já que o pai, depois da separação, não procura mais a criança. Dessa forma, na terapia, é preciso compreender a família⁶⁶ como um lugar que acolhe a criança, como no caso de Suzi, mas também um lugar que pode ser problemático, pois pertence a uma estrutura social mais ampla rodeada de desrespeito, preconceitos e desigualdades. E como enfatiza

Vygotsky (1997, p. 44), “[. . .] o que decide o destino da personalidade, em última instância, não é o defeito em si, mas suas conseqüências sociais, sua realização sociopsicológica [. . .]”.

EPISÓDIO 3: 10 meses

Suzi em pé na bola de Bobath. O pé está todo no solo. Pega com uma mão os brinquedos que a estagiária lhe alcança. Os brinquedos são alcançados em diferentes alturas e distâncias. A estagiária está observando suas conquistas de equilíbrio. Suzi olha de um lado para outro, como que procurando algo. Sai da posição em pé para sentado, quer o brinquedo. A estagiária percebe e diz: “Ike vem brincar com a gente... Tem um coelhinho que vai brincar com o Ike” A mãe pega o carrinho com os coelhinhos e Suzi vai gatinhando lentamente até pegar o coelhinho. [. . .] Suzi está em pé com as mãos apoiadas na parede olhando os “cocós”, enquanto a estagiária cria oscilações no colchão do tatame para observar como Suzi realizava suas reações de equilíbrio. E Suzi aponta para os cocós, bate com o potinho vermelho na parede. A estagiária propõe: “Vamos brincar com o Ike no gol grande?” Leva Suzi para o rolo de Bobath. Mas, Suzi se vira e aponta para os “cocós”, como quem diz: quero continuar ali, minha brincadeira ainda não terminou. A estagiária volta para perto da parede dizendo: “Então vamos lá”.

No trabalho com a Suzi, a estagiária conseguiu gerenciar os interesses da criança, da terapia com os brinquedos (o Ike, o gol, o gatinho, o potinho, os cocós, o cavalinho Totó) na programação das atividades. As escolhas das brincadeiras, das atividades, dos materiais eram compartilhadas. Um brincar em conjunto, respeitando necessidades e interesses da criança, sem com isso deixar de promover o seu desenvolvimento e conquistas motoras.

Podemos perceber, no relato acima, que a estagiária se relaciona com Suzi numa perspectiva de enxergá-la como sujeito de direitos e de vontade própria. Ela permite e investe na postura da criança de não querer este, mas aquele brinquedo, possibilitando que ela investigue o mundo. Claro que a estagiária, que queria oportunizar reações de equilíbrio na postura sentada, ajoelhada, em pé, ou então promover o alongamento de determinados grupos musculares, ou estimular o engatinhar, ficar em pé, conduzia a ação para isso. Mas, esta ação, esta brincadeira que é conjunta, vai variar conforme o desenrolar da cena. Por exemplo, ela quer incentivar a Suzi

⁶⁶ Nem sempre a família é composta segundo o modelo nuclear pai, mãe e filho. Mais importante que sua

a sair da postura sentada no rolo para em pé. O “Ike” está no alto à direita e quer comer biscoitos. Os biscoitos são materiais de encaixe de um balde que estão do lado esquerdo do rolo onde a Suzi está sentada. Estes são levados pela Suzi até a boca do Ike que obviamente ficava muito satisfeito, pelo menos é o que diz a estagiária. Nesta brincadeira, a estagiária se coloca por trás de Suzi e ajuda-a a ficar em pé. Suzi trabalha a preensão, o equilíbrio nas posturas sentada, de sentada para em pé, em pé e na rotação do tronco, mas, ao mesmo tempo, Suzi está brincando, experimentando materiais, posturas. Outras situações poderiam ser criadas pelo fisioterapeuta, elas vão depender da criança e seus interesses, da mãe, dos brinquedos, das situações que acontecem no dia-a-dia de Suzi, das brincadeiras com o tio, com a avó, etc.

A terapia não obedece rigidamente a uma seqüência de exercícios pré-programados. Flexível, ela se deixa guiar pelo movimento da criança sem esquecer-se de seus objetivos calcados em necessidades específicas da criança.

A postura do adulto diante do fazer, da fala das crianças é fundamental segundo Friedmann (2005, p. 15) que propõe; “[. . .] parte-se da ‘fala’ da criança [. . .] precisamos aprender a observar a criança, suas imagens, suas produções a fim de ampliar e aprofundar nosso olhar [. . .]”. Nestas situações, muitos são os valores que vão aparecendo por parte da mãe, da terapeuta, da criança e que vão marcando o respeito pelo outro, a solidariedade, a auto-estima.

EPISÓDIO 4: 13 meses

Caminhando, Suzi vai até o armário dos brinquedos e pega o carrinho com os coelhinhos. Leva-os até a mãe. Caminha rapidamente e na ponta dos pés. Suzi volta até o armário e pega o chocalho do gatinho. Sua primeira escolha aos 6 meses. Fica com ele na mão. A estagiária pergunta; “O que mais a Suzi vai pegar?” Suzi fica de cócoras em frente ao armário para retirar uns jogos de montar que estavam na prateleira de baixo. A planta do pé fica totalmente em contato com o solo. A estagiária traz o rolo e convida Suzi para brincar de cavalinho Totó. Ela sobe no rolo. Apresenta equilíbrio, reações de retificação... A mãe ofereceu o Ike acima da linha dos olhos de Suzi, ela olhou, estendeu a mão para pegá-lo sem perder o equilíbrio.

Os episódios relatados mostram sucintamente o trabalho realizado com Suzi durante o seu primeiro ano de vida. Nas interações sócio-culturais, ela foi descobrindo e construindo diferentes formas de brincar com os objetos e com as pessoas que a rodeiam. Os seus deslocamentos, inicialmente rolando ou arrastando-se para trás, posteriormente engatinhando, deslocando-se em pé com apoio até chegar a conquistar a marcha autônoma, foram possibilitando que ela explorasse mais o ambiente e os que dele participam. Esse brincar, esse seu fazer, a sua ação corporal tem um significado singular na sua história de vida e de sua família. Mas, o seu caso também refletiu sobre o saber-fazer fisioterapêutico, sobre o poder-fazer-médico.

Não sabemos o que teria acontecido com Suzi se não tivéssemos iniciado com a estimulação precoce desde cedo, mas sabemos que, passados 7 meses da terapia, o prognóstico de que não caminharia tinha sido superado. Isso nos faz pensar na exaustiva defesa que Vygotsky realiza no Tomo V - *Fundamentos da Defectologia das Obras Escolhidas*,:

A dificuldade da compreensão do desenvolvimento das crianças surge porque o atraso foi tomado como uma coisa e não como um processo [. . .] Mas, desde o ponto de vista dialético, não há concepção mais errônea e incorreta que esta, porque precisamente o processo de desenvolvimento é *superado* reiteradamente pelas novas formações qualitativas que se originam. (VIGOTSKY, 1997, p. 133)

Por esses e outros muitos motivos, pensamos que a responsabilidade dos profissionais de saúde e educação é muito grande. As nossas ações, os nossos discursos têm uma implicação muito forte na vida dessas crianças que, acima de tudo, têm direito ao respeito, à vida digna, à saúde, à educação. E a terapia precisa seguir diretrizes que promovam sua emancipação, seu desenvolvimento pleno. Guiávamo-nos por algumas diretrizes, que pensamos terem aparecido nos diferentes momentos:- Investimento na relação terapeuta-mãe: mãe como auxiliar na terapia; possibilidade da continuidade do trabalho em casa. - A criança deve ser respeitada: percebida como sujeito de direito. - A criança deve ser ouvida: tentar compreendê-la; observar o que faz, como faz, o que vive; ouvi-la mesmo que ainda não saiba falar; compreender o que o choro está dizendo. - A criança como alguém que precisa do brincar. - Organização dos alongamentos, exercícios para equilíbrio, retificações, endireitamento na medida do possível no contexto de experiências prazerosas para a criança.

Buscamos resgatar neste capítulo que os aspectos sócio-culturais estavam nas diretrizes do trabalho, assim como a preocupação em considerar a criança como um sujeito sócio-cultural a transformar-se na interação com os outros. Reconhecemos que existem mecanismos de exclusão,

mas existem maneiras de ir modificando-os, minimizando sua ação, abalando-os. É preciso substituí-los por mecanismos de inclusão; é preciso construir, aos poucos, na fala, no trabalho terapêutico, no encontro com os pais, nos congressos e cursos de formação de profissionais, uma Fisioterapia que olhe e pergunte pela criança; que, ao encontrá-la, faça-a viver com mais intensidade e sabor.

6 REFLETINDO AS (IN)CONCLUSÕES DESTE TRABALHO: BUSCANDO UMA SÍNTESE

Propusemo-nos, neste trabalho, a fazer uma reflexão da nossa prática no CMI. Para tal, precisávamos nos debruçar sobre o ali vivido e realizado com um olhar, mais distanciado e, na medida do possível, mais objetivo. Um olhar novo aguçado e fecundado por contribuições de outros olhares em busca do mesmo horizonte. Pretendíamos, através da sistematização e análise dos dados, que o trabalho no CMI nos ofereceu, dar continuidade e consistência à nossa busca por novos caminhos para um exercício profissional a partir de pressupostos que colocassem a criança atendida pela Fisioterapia no centro da atenção enquanto criança com potencial de desenvolver-se e cidadã beneficiária de um serviço de saúde pública eficiente e humanizado; de viver com mais qualidade, integrada ao seu grupo social e acolhida com menos preconceitos pela sociedade mais ampla. Era preciso detectar, naquilo que fora experimentado, através de construção/reflexão coletiva, tanto o “novo” (fatores que favoreciam a inclusão), quanto o “velho” (fatores que favoreciam a exclusão) que no novo perdurava (FAZENDA, 2002). Socializar o conhecimento teórico-prático que pressupúnhamos ter sido ali elaborado nos parecia um dever a fim de contribuir para minimizar a exclusão a que é submetido precocemente um dos segmentos sociais mais vulneráveis.

Dispúnhamos de algumas diretrizes metodológicas dentre as quais destacamos as categorias de análise, sinalizadoras de nossa perspectiva teórica. No entanto, o caminho a ser perseguido teria de ser reinventado⁶⁷ a partir do mergulho nos dados oriundos do nosso objeto de estudo iluminados pelo referencial teórico em construção e amparado na experiência acumulada por investigações similares.

É por isso também que só se torna possível falar do caminho depois de termos trilhado o mesmo. Sabíamos que, para entender a postura de pais, alunos e profissionais frente à criança

⁶⁷ A singularidade do objeto de estudo tornava impossível a adoção de qualquer modelo. Não havia receita para o nosso fazer e isso implicava em insegurança e desafio.

com problemas de desenvolvimento, era necessário buscar a origem dessas atitudes. Partimos, então, para estudar como se constituíram através da história as concepções de criança, deficiência, Fisioterapia. O passo seguinte foi ler e reler registros, rever e transcrever gravações. O que selecionar? Como agrupar dados? Separar os mais representativos dos menos significativos. Montar um esquema provisório; voltar aos registros e destes às teorias. Tentativas de descrever e analisar. Voltar novamente aos registros e ao referencial teórico, modificar o esquema, reescrever e deslocar parágrafos de um tópico para outro.

Foram muitos os movimentos de ir e vir, de escrever e reformular. E reviver o que foi possível realizar e experimentar: as repercussões nas vidas das crianças e dos pais; a formação dos acadêmicos; atuação dos profissionais; dificuldades e apoios encontrados; possibilidades vislumbradas; continuidade e expectativas de aprofundamento/ampliação/interligação de ações, frustradas por gestos de detentores do poder de decisão. Conter lágrimas, respirar fundo e dizer: “Mesmo assim, valeu a pena. A realidade não pode ser negada: em determinado lugar, em algum período, um grupo de pessoas ousou desafiar o estabelecido, abrindo brechas no muro da segregação. O que importa agora é que o esforço desse trabalho coletivo fique registrado e que, a partir do registro, se ampliem as discussões, se somem ações aqui denominadas de inclusivas.”

Finalizamos a análise dos dados, não porque a tivéssemos esgotado, mas porque havia um prazo a ser obedecido para tal e, a partir de uma releitura do que escrevemos, compilamos fatores de exclusão e inclusão detectados. Convém fazer a ressalva de que estes, mesmo apresentados de um modo um tanto maniqueísta, precisam ser relativizados, pois se interpenetram e se apresentam na vida real em diferentes graus de intensidade. Assim, por exemplo, a situação de pobreza das famílias listada como um dos fatores de exclusão, apesar de sua importância em termos do não acesso aos bens materiais essenciais, aos serviços de saúde e educação, nem sempre se constitui em fator de exclusão perante a forma de acolhimento da criança pela família. Do mesmo modo, uma família bem situada economicamente pode segregar a criança com problemas restringindo seu convívio familiar e sua vida social mais ampla, escondendo-a, isolando-a num ambiente só destinado a ela.

5.1 ALGUNS FATORES DE EXCLUSÃO

Compilaremos a seguir alguns fatores de exclusão relacionados à Fisioterapia evidenciados no decorrer deste trabalho. Apesar de lacunar, a síntese destes fatores nos dará uma visão do muito que ainda necessita ser mudado para desconstruir o muro da exclusão.

Fatores sócio-econômicos. A desigualdade sócio-econômica que faz com que grande número de famílias pobres não tenham acesso aos bens de primeira necessidade, situação essa agravada pela não disponibilização às mesmas de serviços públicos de qualidade, é sem dúvida, o fator básico de exclusão social. Relacionados à situação de pobreza, as estatísticas apontam a associação do analfabetismo e da desinformação a uma maior incidência de crianças portadoras de problemas de desenvolvimento e do não acesso das mesmas a terapia e à educação de qualidade. Como agravante, a necessidade de lutar pela subsistência e que absorve a maior parte de esforço e tempo da família acaba prejudicando os cuidados para com a criança.

Fatores ligados às políticas de saúde. A assistência precária à saúde materno-infantil, a deficiente atenção ao pré-natal, ao parto e pós-parto com ocorrências de prematuridade, traumas durante o parto, infecções neo-natais são fatores que contribuem muito para o surgimento de problemas de desenvolvimento em recém-nascidos. Por outro lado o diagnóstico e a postura tanto médica quanto fisioterapêutica enfatizando a patologia criam pouca expectativa em relação ao desenvolvimento da criança. A falta de um trabalho interdisciplinar na saúde que investigue, avalie e proponha, de forma sistemática, ações em favor do desenvolvimento da criança, além de condições de trabalho precárias dos profissionais de saúde e o ambiente feio, sujo, hostil à criança que busca o atendimento na rede pública de saúde são outros elementos que vão contribuindo direta ou indiretamente para a exclusão.

Fatores relativos à família. Em relação à família o nosso trabalho também detectou vários indicadores de exclusão ou elementos que conduzem a ela. Constatamos que frequentemente a criança com problemas de desenvolvimento não recebe os mesmos cuidados que os outros filhos. Permanece por vezes isolada, inativa, com poucas oportunidades de interagir com adultos e outras crianças. Não é solicitada a participar de situações/atividades do cotidiano familiar e, muito menos tem possibilidade de confrontar-se com os múltiplos estímulos do ambiente extra-familiar. Detectamos ainda mães culpabilizando-se pela deficiência do filho ou então a criança

com problemas não sendo assumida pelo pai. A pouca expectativa que a família tem em relação ao desenvolvimento da mesma são outros fatores que conduzem à exclusão.

Fatores relacionados à formação do fisioterapeuta. Quando uma administração central de Universidade assume uma postura contrária a projetos que beneficiam a população, demonstra que não está preocupada com que a instituição exerça sua função social, promova ações inclusivas o que irá refletir-se na formação de profissionais.

O curso tradicional não estava preocupado em formar fisioterapeutas empenhados com a inclusão social o que se verifica através da:

- não abordagem da aprendizagem e desenvolvimento da criança e a percepção da criança com problemas, como sujeito passivo, sem potencial, que deve ser normalizado;
- falta de integração entre as disciplinas e ambiente de debate, de investigação, de trabalho coletivo;
- formação puramente técnica sem considerar as questões sócio-econômico-culturais e políticas com uma abordagem verbalista e não teórico-prática dos conteúdos;
- pouca ênfase na pesquisa e na extensão.

Quanto ao exercício da Fisioterapia numa visão tradicional. Havia uma concepção de criança com problemas de desenvolvimento como sendo alguém a ser sujeitado, um corpo-objeto com movimentos/posturas a serem normalizados através de uma técnica reificadora que transformava a criança num marionete; não oportunizava a participação dos pais na terapia nem lhes repassava informações que pudessem auxiliá-los na compreensão e desenvolvimento dos filhos. Esta postura marginalizava tanto a criança quanto a família negando-lhes direitos humanos e de cidadania e, portanto, contribuía para a exclusão social.

5.2.FATORES PROMOTORES DE INCLUSÃO

Nosso trabalho no CMI se propunha à experimentação de ações inclusivas. As mesmas, a seguir sintetizadas, se situam de forma interdependente nas relações sociais mais amplas. Citaremos como ações inclusivas ou facilitadoras das mesmas:

No contexto das políticas públicas destacamos iniciativas governamentais tais como a bolsa-família, os avanços na legislação referentes à saúde e à educação, além da implantação de

programas de saúde, com destaque ao atendimento materno-infantil. Quanto à Secretaria de Saúde cabe lembrar a importância do atendimento às solicitações do projeto para a viabilização das ações. Da mesma forma a chefia do CMI, colocando o poder que o cargo lhe concedia a serviço da população, possibilitou a concretização do projeto incorporando-o à atenção em saúde materno-infantil já existente no centro. A adesão, em diferentes graus, dos profissionais do CMI foi também imprescindível à concretização de ações inclusivas.

Relativos à Universidade ressaltamos o apoio do escalão médio na hierarquia do poder, a adesão de colegas, funcionários e alunos ao projeto, a reformulação do curso de Fisioterapia e a articulação de ensino/pesquisa/extensão no campo de estágio.

Na base das ações inclusivas realizadas estava a preocupação do projeto em elaborar diretrizes e estratégias a favor da criança com problemas de desenvolvimento e de subsidiar com as mesmas a formação/atuação do fisioterapeuta bem como instâncias de saúde pública.

Quanto à formação profissional, o projeto evidenciou aspectos tais como os que listaremos a seguir e sua importância para que os futuros profissionais direcionem sua atuação numa perspectiva inclusiva. São eles: - atenção ao contexto sócio-econômico-cultural, às políticas públicas de saúde e educação; - formação teórico-prática em contato com a saúde pública com crianças com problemas, mas também com as outras crianças em pré-escolas e creches, ao longo do curso, culminando no estágio;- participação dos acadêmicos e de professores em projetos de pesquisa e extensão; - adoção de uma sistemática de discussão e registros envolvendo os estudantes; - questionamento ou análise das concepções de criança, de deficiência, de Fisioterapia.

Mudanças no CMI. As mudanças provocadas pelo projeto na instituição mostram como é possível uma atuação de maior qualidade na saúde pública beneficiando as crianças com problemas de desenvolvimento. Entre elas citaremos: - a introdução da prática de avaliação a introdução da prática de avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, do acompanhamento de crianças de 0 a 3 anos e da estimulação precoce de crianças com problemas; - registro e acompanhamento dos prematuros nascidos nos três hospitais do município; - transformação do espaço em ambiente acolhedor, limpo, decorado, equipado e com brinquedos em respeito e benefício da criança e sua família, bem como a conquista e reforma do espaço físico, fornecendo a infra-estrutura necessária para ações inclusivas e comprometendo as pessoas com estas ações; - envolvimento dos demais profissionais num trabalho integrado e discussão interdisciplinar

(valorização às diversas vozes) através da prática de registro das ações desenvolvidas e de sua análise em reuniões semanais, ações que beneficiaram as crianças com problemas assim como influíram na mudança de postura de profissionais e acadêmicos no sentido de ficarem mais atentos para diminuir a exclusão das crianças com problemas.

A respeito do trabalho com a criança. O empenho em conhecer o contexto familiar da criança qualificou a ação fisioterapêutica que iniciava com a conquista da confiança e adesão da criança e dos pais. Esses eram solicitados a serem coadjuvantes na terapia e a darem continuidade à mesma em casa. Portanto, a inclusão dos pais nas sessões de avaliação e terapia e a troca de informações com eles era considerado um gesto de respeito, de reconhecimento da importância de seu papel e uma estratégia fundamental para o sucesso da terapia. A terapia baseava-se na interação dialógica (verbal-corporal) terapeuta-criança. O reconhecimento da criança como interlocutor integra a concepção de criança cidadã que norteia a promoção de sua integração enquanto sujeito de direitos na sociedade. Concepção de criança como alguém com capacidade de desenvolver-se, com emoções, desejos e vontades próprios, que merece respeito, dedicação, cuidados, que se desenvolve basicamente através do brincar – ação concreta e abstrata sobre objetos, movimentos exploratórios que são impulsionados pela curiosidade provocada pelo ambiente rico em desafios organizados pelos adultos;

O uso de informações sobre o contexto familiar da criança, sobre características e interesses específicos da idade e necessidades decorrentes dos seus problemas se mostraram necessárias para propor situações possibilitadoras de ações da criança em interação com o terapeuta e promotoras de desenvolvimento. As atividades contextualizadas em situações desafiadoras resultavam significativas e prazerosas para a criança.

Fazíamos uso da avaliação emancipadora que aponta progressos e possibilidades da criança. Em suma, através de atendimento precoce nos moldes acima é possível evitar sedimentação de problemas e aproveitar a plasticidade do cérebro para um maior desenvolvimento da criança.

Sintetizando, podemos afirmar que a experiência no CMI mostrou que a Fisioterapia pode contribuir para abrir brechas no muro de estigmas, preconceitos e medos, formados ao redor de crianças com problemas de desenvolvimento motor, muro este que as isola e/ou dificulta sua inclusão social.

Para tal, na experiência relatada, a Fisioterapia, que pretendeu ser inclusiva, embasou sua ação numa concepção de criança enquanto cidadã como vimos acima, sendo que a criança com problemas de desenvolvimento apresenta características etárias com interesses e necessidades próprias, além de necessidades específicas oriundas de seus problemas.

A concepção de terapia se fundamentou em uma interação (terapeuta-criança) dialógica, respeitosa, carinhosa, consciente das necessidades e dos cuidados especiais requeridos por essas crianças, promotora de seu desenvolvimento. Uma terapia que solicitou a participação dos pais.

A Fisioterapia colocada em prática no CMI valeu-se de um trabalho interdisciplinar, através do qual pôde rever formas de atuação e formação, bem como buscar a construção coletiva de conhecimentos, influenciando no fazer das equipes de saúde. Um fazer que precisa ainda ser previsto pelas políticas de saúde e integrado ao atendimento materno-infantil por instâncias públicas.

Foi possível constatar que ações inclusivas como aquelas promovidas no CMI por iniciativa da Fisioterapia requerem comunicação, articulação, negociação de uma vontade comum para projetos assumidos coletivamente. Para isso, deve haver comprometimento político-social, preocupação presente numa formação profissional sólida que, unindo teoria e prática, promova o elo entre ensino-pesquisa-extensão e, ao mesmo tempo, favoreça a busca contínua de aperfeiçoamento. Apesar de nossa preocupação central ter sido a criança, o trabalho revelou que muitas das ações de inclusão estão fortemente imbricados com a formação e exercício profissional do fisioterapeuta.

Considerando as especificidades relativas à práxis vivida no CMI, não temos pretensão de, a partir da mesma, generalizar proposições e/ou conclusões. No entanto o presente estudo aponta que a Fisioterapia pode contribuir para minimizar estigmas que levam tantas crianças com problemas de desenvolvimento tão precocemente à exclusão.

7 REFERÊNCIAS

ALVES-MAZOTTI, Alda. A Revisão da Bibliografia em Teses e Dissertações: meus tipos inesquecíveis. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 81, p. 53-60, maio 1992.

ANDRÉ, Marli E. **Etnografia da Prática Escolar**. São Paulo: Papirus, 1995.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

_____.; DUBY, Georges. **Da Europa Feudal à Renascença**. Trad. Maria Lúcia Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. (Coleção História da Vida Privada, 2)

_____. **Da Renascença ao Século das Luzes**. Trad. Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. (Coleção História da Vida Privada, 3)

ARNS, Ulrika. **O que Fazemos com Nossas Crianças**: um estudo de atendimento das crianças de 0-3 anos nas creches públicas de Cruz Alta. 1998. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Educação nas Ciências, Departamento de Pedagogia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, BR-RS, 1998.

ARRUDA, Ângela. **Representando a Alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

ASSUNÇÃO, Maria L.A. **Currículo do Curso de Fisioterapia da PUC-Paraná**: uma proposta de sustentação teórica para o currículo numa perspectiva hermenêutica. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, BR-PR, 1998.

AUGÉ, Marc. **O Sentido dos Outros**: atualidade da antropologia. Petrópolis: Vozes, 1999.

BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BARBOSA, Maria C.B. **Por Amor& por Força**: rotinas na educação infantil. 2000. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, BR-SP, 2000.

_____. Fragmentos Sobre a Rotinização da Infância. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n.1, p. 93-113, dez./jun. 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1995.

BARROS, Aidil J.P.; LEHFELD, Neide A.S. **Projeto de Pesquisa**: propostas metodológicas. Petrópolis: Vozes, 1996.

BARROS, Maria E.; PIOLA, Sergio; VIANNA, Sólon. **Política de Saúde no Brasil**: diagnóstico e perspectivas. Brasília: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, n. 401)

BASMAJIAN, John V. **Terapêutica por Exercícios**. São Paulo: Manole, 1980.

BECCHI, Egle; BORANDO, Anna. O Cotidiano Doméstico de Crianças Pequenas: distribuição do tempo, pessoas, comunicações, ações. In: BONDIOLI, Anna. (Org.). **O Tempo no Cotidiano Infantil**: perspectivas de pesquisa e estudos de casos. São Paulo: Cortez, 2004. P. 149-171.

BEKKER, Geertuida. A Criança Deficiente em País com Poucos Recursos Para Reabilitação. In: BURNS, Y.; MACDONALD, J. **Fisioterapia e Crescimento na Infância**. São Paulo, 1999. P.487-500.

BERGÈS, Jean. O Corpo e o Olhar do Outro. **Escritos da Criança**, Porto Alegre, ano 2, n. 2, p. 54-66, 1988.

BEYER, Hugo. **Paradigmas, Textos e Contextos**. 1998. Relatório do CNPq não publicado. 1 polígrafo.

_____. O Processo Avaliativo da Inteligência e da Cognição na Educação Especial: uma abordagem alternativa. In: SKLIAR, Carlos (Org.). **Educação e Exclusão**: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre: Mediação, 1997. (Cadernos de Autoria) P. 67-80.

_____. **O Fazer Psicopedagógico**: a abordagem de Reuven Feuerstein a partir de Piaget e Vygotsky. Porto Alegre, Mediação, 1996.

_____. Por que Lev Vygotski Quando se Propõe uma Educação Inclusiva? **Cadernos**: revista do Centro de Educação, Santa Maria, n. 26, 2005. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/ce/revista/ceesp/2005/02/a7.htm>> Acesso em: 05 ago. 2006.

BOBATH, Bertha. **Hemiplegia no Adulto**: avaliação e tratamento. São Paulo: Manole, 1978.

_____.; BOBATH, Karel. **Desenvolvimento Motor nos Diferentes Tipos de Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.

_____. **Tipos de Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.

BOBATH, Karel. **A Deficiência Motora em Pacientes com Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1976.

_____. **Uma Base Neurofisiológica Para o Tratamento de Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1990.

BONDIOLI, Anna; MANTOVANI, Susanna. **Manual de Educação Infantil**: de 0 a 3 anos uma abordagem reflexiva. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

_____. (Org.). **O Tempo no Cotidiano Infantil**: perspectivas de pesquisa e estudos de casos. São Paulo: Cortez, 2004.

BOUFLEUER, José P. Um Pouco da História do Conhecimento e da Razão Humana. **Espaços da Escola**, Ijuí, v. 4, n. 15, p. 53-59, jan./mar. 1995.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Difel, 1989.

BRAGA, Lúcia W. **Cognição e Paralisia Cerebral**: Piaget e Vygotsky em questões. Salvador: Sagra, 1995.

BRASIL. **Constituição 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia**. Brasília, 2001. Disponível em: <www.mec.gov.br> Acesso em: 20 de março de 2006.

_____. Ministério de Educação e Cultura. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3. ed. Brasília, 2006.

BUENO, José G. **Educação Especial Brasileira**: integração/segregação do aluno diferente. São Paulo: EDUC, 1993.

CADERNOS EDUCAÇÃO ESPECIAL. Santa Maria, UFSM. Departamento de Educação Especial, 1987-2003.

CAMPOS, Maria M.M. A Constituinte e a Educação da Criança de 0 a 6 Anos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 59, p.32-56, nov. 1986.

CARVALHO, Mara I.C. de; RUBIANO, Márcia R.B. Organização do Espaço em Instituições Pré-escolares. In: OLIVEIRA, Zilma (Org.). **Educação Infantil**: muitos olhares. São Paulo: Cortez, 1995. P. 107-130.

CARVALHO, Rosita E. **Temas em Educação Especial**. Rio de Janeiro: WVA, 1998.

_____. **Removendo Barreiras Para a Aprendizagem**: educação inclusiva. Porto Alegre: Mediação, 2000.

CASTELLS, Manuel. **O Poder da Identidade**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CASTORIADIS, Cornelius. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

CECCIM, Ricardo B. Exclusão e Alteridade: de uma nota de imprensa a uma nota sobre deficiência mental. In: SKLIAR, Carlos (Org.). **Educação e Exclusão**: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre: Mediação, 1997. P. 15-36.

CECCIM, Ricardo B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, set./fev. 2005.

_____.; FEUERWERKER, Laura C.M. Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o Eixo da Integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CHAMBOREDON, Jean C.; PRÉVOT, Jean. O “Ofício Criança”: definição social da primeira infância e funções diferenciadas da escola maternal. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 59, p. 32-56, nov. 1986.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 1995.

_____. **Conformismo e Resistência: aspectos da cultura popular no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1996.

CHIZZOTTI, Antonio. O Cotidiano e as Pesquisas em Educação. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Novos Enfoques da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Atlas, 1992. P.85-98.

COELHO Marinete. **Avaliação Neurológica nas Ações Primárias de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 1999.

COHN, Clarice. **Antropologia da Criança**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

COLL, Cezar; PALÁCIOS, Jesus; MARQUES, Álvaro. **Desenvolvimento Psicológico e Educação: psicologia da educação**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (BR) **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia**. 2001. Disponível em: <www.mec.gov.br> Acesso em: 23 de janeiro de 2003.

CORAZZA, Sandra M. **História da Infância sem Fim**. Ijuí: UNIJUI, 2000.

CORIAT, Elsa. **Psicanálise na Clínica de Bebês e Crianças Pequenas**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

_____. O Objeto do Especialista. **Escritos da Criança**, Porto Alegre, n. 3, p. 22-38, 1990.

CORIAT, Lydia. **Maturação Psicomotora no Primeiro Ano de Vida da Criança**. São Paulo: Cortez, 1977.

CORSARO, William. **A Pesquisa Etnográfica Realizada com as Crianças de Infância nos EUA e em Itália**. Uminho: IEC, 2003. Texto digitado.

_____. **The Sociology of Childhood**. Califórnia: Pine Forge, 1997.

CORSARO, William. Entrada no Campo, Aceitação e Natureza da Participação nos Estudos Etnográficos com Crianças Pequenas. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 443-464, maio./ago. 2005.

CRAIDY, Carmem M. **A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. [S.l.: s.n.], 1997a. Palestra apresentada no Seminário LDB e Educação Infantil, promovido pela Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1997.

_____. (Org.). **Convivendo com Crianças de 0 a 6 anos**. Porto Alegre: Mediação, 1997.

_____.; KAERCHER, Gladis. **Educação Infantil**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CYPEL, Diament. **Neurologia Infantil**. 3. ed. São Palo: Atheneu, 1996.

DAHLBERG, G.; MOSS, P.; PENCE; A. **Qualidade na Educação Infantil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

DANTAS, Heloisa. Do Ato Motor ao Ato Mental: a gênese da inteligência segundo Wallon. In: LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, Martha; DANTAS, Heloysa. **Piaget, Vigotsky, Wallon**. São Paulo: Summus, 1992. Parte I, p. 35-44.

DE MAUSE, Lloyd. **Historia de la Infância**. Madrid: Aliança, 1994.

DELGADO, Ana; MÜLLER, Fernanda. Sociologia da Infância: pesquisas com crianças. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n.91, maio/Ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-73302005000200002&script=sci_arttext> Acesso em: 05 ago. 2006.

DONZELOT, J. **A Polícia das Famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DOR, J. **Introdução à Leitura de Lacan**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

DU BOIS-REYMOND, M; BÜCHNER, P; KRÜGER, H.H. Modernfamily as Everyday Negotiation: continuities in parent-child relationships. **Childhood**, London, n. 1, p. 87-99, 1993.

ECO, Humberto. **Como se Faz uma Tese**. 14.ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

EDUCAÇÃO & REALIDADE. Porto Alegre: FAGED/UFRGS, v. 24, n. 2, jul./dez. 1999. Tema do fascículo: Das Diferenças.

_____. Porto Alegre: FAGED/UFRGS, v. 25, n. 1, jan./jul. 2000. Tema do fascículo: Os nomes da infância.

_____. Porto Alegre: FAGED/UFRGS, v. 25, n. 2, jul./dez. 2000. Tema do fascículo: Produção do Corpo.

EDWARDS, Susan. **Fisioterapia Neurológica**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ELKONIN, Daniil B. **Psicologia do Jogo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ENGUITA, Mariano F. **A Face Oculta da Escola: educação e trabalho no capitalismo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ESCRITOS DA CRIANÇA. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1987-1989.

FABRIS, Eli H. Não Resta Dúvida, a Escola Vive em Outro Tempo e Espaço. In: SCHIMDT, Saraí. (Org.). **A Educação em Tempos de Globalização**. Rio de Janeiro: EDP, 2001. P.91-97.

FARIA, Ana L.G.; PALHARES, Marina. (Org.). **Educação Infantil Pós-LDB: rumos e desafios**. Campinas: Ed. Autores Associados, 1999.

FAZENDA, Ivani (Org.). **Novos Enfoques da Pesquisa Educacional**. 2. ed. São Paulo: Vozes, 1992.

_____. **Metodologia da Pesquisa Educacional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

FAZENDA, Ivani. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

_____. (Org.). **Dicionário em Construção: interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2002.

_____.; SOARES, M. Metodologias Não-Convencionais em Teses Acadêmicas. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Novos Enfoques da Pesquisa Educacional**. 2. ed. São Paulo: Vozes, 1992. P. 119-135.

FERNANDÉZ, Alicia. **A Inteligência Aprisionada**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

_____. **O Saber em Jogo**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FEUERWERKER, Laura. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da Abeno**, v. 3, n. 1, p.24-27, jan./dez. 2003.

FINNIE, Nancie. **O Manuseio em Casa da Criança com Paralisia Cerebral**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1980.

FONSECA, Claudia. **Os Caminhos da Adoção**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. Quando Cada Caso NÃO é um Caso. **Revista Brasileira de Educação**, Brasília, n. 19, p. 58-78, jan./abr., 1999a.

FONSECA, Claudia. O Abandono da Razão: a descolonização dos discursos sobre a infância e a família. In: SOUZA, Edson L.A. (Org.). **Psicanálise e Colonização**: leituras do sintoma social no Brasil. Porto Alegre: Arte e Ofícios, 1999b. P. 255-274.

FONSECA, Vítor da. **Manual de Observação Psicomotora**: significação psiconeurológica dos fatores psicomotores. Porto Alegre: ArtMed, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **Arqueologia do Saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. **Microfísica do Poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FREIRE, Ida M.; BIANCHETTI, Lucidio (Org.) **Um Olhar Sobre a Diferença**: interação, trabalho e cidadania. Campinas: Papirus, 1998.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, Marcos C. de (Org.). **História Social da Infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997.

FRIEDMANN, Adriana. As Linguagens Simbólicas das Crianças. **Pátio**: educação infantil, Porto Alegre, ano 3, n. 8, p. 13-15, jul./out. 2005.

FÜRSTENAU, Peter. **Sociologie der Kindheit**. [S.l.: s.n.], 1973.

GADOTTI, Moacir. **História das Idéias Pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1995.

GALVÃO, Izabel. **Henri Wallon**: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARDNER, Howard. **Arte, Mente e Cérebro**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cadernos de Saúde Pública**. [on line] .Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p.1670-1681, nov./dez. 2004. Disponível em: www.scielo.br acesso em 10 de março de 2006.

GIROUX, Henry A. **Os Professores Como Intelectuais**: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 1997.

_____. **Atos Impuros**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

GOLBERT, Clarice; RECHE, Cleonice; BEYER, Hugo. *et al.* A Educação Especial do Rio Grande do Sul: aquém do necessário, aquém do possível? In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO

ESPECIAL, (1. : 1994 : Porto Alegre). **Em Busca de um Novo Paradigma Político-Pedagógico**. Porto Alegre: UFRGS. Faculdade de Educação. Departamento de Estudos Especializados. Departamento de Estudos Básicos: FAMURS: CONSEME/UNDIME-RS, 1994. P. 19-25.

GUATTARI, Felix. As Creches e a Iniciação. In: GUATTARI, F. **Revoluções Moleculares: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1977.

_____.; ROLNIK, Sueli. **Cartografias do Desejo**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

GUHUR, Maria de L.P. A Representação da Deficiência Mental Numa Perspectiva Histórica. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Piracicaba, v. 1, n. 2, p. 75-83, 1994.

HADDAD, Estela (Org.). **A Trajetória dos Cursos de Graduação da Saúde: Fisioterapia**. Brasília: INEP, 2006.

HELLER, Agnes. **O Cotidiano e a História**. São Paulo: Paz e Terra, 1985.

HOFFMANN, Jussara. **Pontos e Contrapontos: do pensar ao agir em avaliação**. Porto Alegre: Mediação, 2003.

JERUZALINSKY, Alfredo. **Psicanálise e o Desenvolvimento Infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofício, 1999.

_____. A Formação da Imagem Corporal: psicanálise e psicomotricidade. **Escritos da Criança: psicomotricidade**, Porto Alegre, n. 3, p. 82-95, 1990.

_____.; CORIAT, Elsa. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento. **Escritos da Criança**. Porto Alegre, n. 4, p. 68-82, 1990.

JIMENEZ ORTEGA, José. **Psicomotricidade: teoria y programación para educación infantil, primária, especial e integración**. Madrid: Escuela Espanola, 1997.

JÓDAR RICO, Francisco.; GÓMEZ SÁNCHEZ, Lucía. Devir-Criança: experimentar e explorar outra educação. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 31-45, jul./dez. 2002.

KISHIMOTO, Tizuko M. A LDB e as Instituições de Educação Infantil: desafios e perspectivas. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, supl. 4, p. 7-14, 2001.

KOHAN, Walter. A Infância da Educação: o conceito de devir na criança. In: KOHAN, W. (Org.). **Lugares da Infância**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

KRAMER, Sonia. Pesquisando Infância e Educação: um encontro com Walter Benjamin. In: _____.; LEITE, Maria I. **Infância: fios e desafios da pesquisa**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2005. V. 1, p. 13-38.

_____.; LEITE, Maria I. **Infância: fios e desafios da pesquisa**. Campinas: Papirus, 1996.

KUHLMANN, Moisés. **Infância e Educação Infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 1998.

KUPFER, Maria C. **Educação Para o Futuro**: psicanálise e educação. São Paulo: Escuta, 2000.

L'ABBATE, Solange. Educação e Serviços de Saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, 1999. Disponível: www.scielo.br. Acessado em 03 de abril de 2006.

LAJONQUIÈRE, Leandro. **De Piaget a Freud**: a (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Infância e ilusão (psico)pedagógica**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

LEFÈVRE, Beatriz H. **Neuropsicologia Infantil**. São Paulo: Sarvier, 1989.

LEVIN, Esteban. **A Clínica Psicomotora**: o corpo na linguagem. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. **A Infância em Cena**: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Petrópolis: Vozes, 2000.

LINHARES, Angela M. **O Tortuoso e Doce Caminho da Sensibilidade**: um estudo sobre arte-educação. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1999.

LUCE, Maria B.M. **A Educação Especial Como uma Estratégia da Política Pública de Educação**. Porto Alegre: [s.n], 1994. Texto digitado.

LURIA, Alexander R. **Pensamento e Linguagem**: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MACEDO, Lino. **Ensaio Pedagógico**: como construir uma escola para todos? Porto Alegre: Artmed, 2005.

MANTOAM, Maria T.E. **Construtivismo Psicológico e Integração de Deficientes**. [S.l.: s.n.], 1995. Trabalho apresentado na XXV Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, 1995.

_____. (Org.). **A Integração de Pessoas com Deficiência**: contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997.

MARQUES, Mario O. **Conhecimento e Modernidade em Reconstrução**. Ijuí: UNIJUI, 1993.

_____. **Aprendizagem**: na mediação social do aprendido e da docência. Ijuí: UNIJUI, 1995.

_____. **Escrever é preciso**: o princípio da pesquisa. Ijuí: Unijuí, 1997.

MAZZOTTA, Marcos. **Educação Especial no Brasil: histórias e políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MEDEIROS, Maria C. **Infância: paradigma da desigualdade**. Cruz Alta: UNICRUZ, 1996.

MENICUCCI, Telma M.G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CIÊNCIA POLÍTICA, 4., 2004, Rio de Janeiro. **Perspectivas Teóricas na Análise de Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: PUCRJ, 2004.

MERIEU, Philippe. **Aprender... Sim, mas Como?** 7. ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

_____. **A Pedagogia Entre o Dizer e o Fazer: a coragem de começar**. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, Maria C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MOLLO-BOUVIER, Suzanne. Transformação dos Modos de Socialização das Crianças: uma abordagem sociológica. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 391-403, maio/Ago. 2005.

MONTANDON, Cléopâtre. La Sociologie de l'Enfance: l'essor des travaux en langue anglaise. **Education et Sociétés**, Issy-les-Moulineaux, n. 2, p. 91-118, 1998.

_____. As Práticas Educativas Parentais e a Experiência das Crianças. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 485-507, maio/ago. 2005.

MORIN, Edgar. **O Método 5: a humanidade da humanidade - a identidade**. Porto Alegre, Sulina, 2002.

MUZABER, Lúcia. Parálisis Cerebral y el Concepto Bobath de Neurodesarrollo. **Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sarda**, Buenos Aires, v. 17, n. 2, p. 84-90, 1998.

NORONHA, Olinda M. Pesquisa participante: repondo questões teórico-metodológicas. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Pesquisa Educacional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1991. P.137-143.

OLIVEIRA, Avelino da R. Exclusão Social e Educação: um novo paradigma? **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 59-73, jul./dez. 1999.

OLIVEIRA, Zilma M. **Educação Infantil: muitos olhares**. São Paulo: Cortez, 1995.

OMOTE, Sadao. **A Importância da Concepção de Deficiência na Formação do Professor de Educação Especial**. Marília: Faculdade de Filosofia e Ciências, [19--] Texto digitado.

OMOTE, Sadao. Deficiência e Não-Deficiência: recortes do mesmo tecido. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Piracicaba, v. 1, n. 2, p. 65-73, 1994.

OURIQUE, Liliane. **Intervenção Precoce no Desenvolvimento de um Bebê com Síndrome de Down**: relato de um caso. Cruz Alta: UNICRUZ, 1999. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Fisioterapia, Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, BR-RS, 1999.

PADILHA, Anna M.L. **Possibilidades de Histórias ao Contrário ou Como Desencaminhar o Aluno da Classe Especial**. São Paulo: Plexus, 1997.

PAIM, Beatriz J. **O Brincar no Tratamento Fisioterapêutico da Criança com Transtornos no Desenvolvimento Neuropsicomotor**. Canoas: ULBRA, 1999. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Fisioterapia, Universidade Luterana do Brasil, Canoas, BR-RS, 1999.

PARHAM, L. Diane; FAZIO, Linda. **A Recreação na Terapia Ocupacional Pediátrica**. São Paulo: Santos, 2000.

PARTRIDGE, Cecily J. Abordagens Fisioterapêuticas Para o Tratamento dos Problemas Neurológicos: uma perspectiva histórica. In: EDWARDS, Susan. **Fisioterapia Neurológica**. Porto Alegre: ArtMed, 1999. P.15-26.

PEREIRA, Clarissa; ROSA, Fabiane da. **A Interação Mãe-Filho na Terapêutica**. Cruz Alta: UNICRUZ, 1999. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Fisioterapia, Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, BR-RS, 1999.

PEREIRA JUNIOR, Almir; BEZERRA, Jaerson L.; HERINGER, Rosana (Org.). **Os Impasses da Cidadania**: infância e adolescência no Brasil. Rio de Janeiro: Ibase, 1992.

PERRENOUD, Philippe. **A Prática Reflexiva no Ofício de Professor**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PESSOTI, Isaías. **Deficiência Mental**: da superstição à ciência. São Paulo: T.A. Queiroz/EDUSP, 1984.

PIAGET, Jean. **O Nascimento da Inteligência na Criança**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

PINTO, Manuel. A Infância Como Construção Social. In: PINTO, Manuel; SARMENTO, Manuel J. **As Crianças**: contextos e identidades. Braga: Centro de Estudos da Criança, 1997. P. 33-73.

PLAISANCE, Eric. Denominações da infância: do anormal ao deficiente. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 405-417, maio/ago. 2005.

PONTES JR, Felício. **Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente**. São Paulo: Malheiros, 1993.

QVORTRUP, Jeans. **A Infância na Europa: novo campo de pesquisa social.** Tradução de Helena Antunes. Minho: Universidade do Minho, Instituto de Estudos da Criança, Centro de Documentação e Informação Sobre a Criança, 1999.

RASCH, Philip; BURKE, Roger. **Cinesiologia e Anatomia Aplicada.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

RATLIFFE, Katherine. **Fisioterapia: clínica pediátrica.** São Paulo, Santos, 2000.

REBELATTO, José R.; BOTOMÉ, Silvio P. **Fisioterapia no Brasil.** São Paulo: Manole, 1987.

_____. _____.: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

REDIN, Euclides. **A Representação da Criança Pré-Escolar no Brasil: pesquisa baseada em fatores explícitos e implícitos na legislação e na reflexão sobre a realidade da educação infantil em nosso meio.** 1985. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, BR-RS, 1985.

_____. **Se Der Tempo a Gente Brinca: o espaço e o tempo da criança.** Porto Alegre: Mediação, 1998. (Caderno Educação Infantil)

REGO, Teresa C. **Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação.** 4. ed. São Paulo: Vozes, 1997. (Educação e conhecimento)

ROCHA, Maria S.P.M.L. **Não Brinco Mais: a (des)construção do brincar no cotidiano educacional.** Ijuí: UNIJUI, 2000.

ROGOFF, Bárbara. **A Natureza Cultural do Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROSA, Roberta da. **A Terapia de Estimulação Precoce a Partir de um Sujeito Desejante.** Cruz Alta: UNICRUZ, 2000. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Fisioterapia, Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, BR-RS, 2000.

ROSEMBERG, Fulvia. Organizações Multilaterais, Estado e Políticas de Educação Infantil. **Cadernos de Pesquisa.** São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n.115, p.25-63, março, 2002.

SADER, Moacir. **Trabalho e a Espiritualidade.** 2006. Disponível em: <www.moacirsader.com/atrabalh.htm> Acesso em: 05 ago. 2006.

SAMPAIO, Helena. Trajetória e Tendências Recentes do Setor Privado de Ensino Superior no Brasil. **CIPEDS,** Porto Alegre, v. 7, n. 4, p. 13-19, 2000.

SANCHEZ, E.; MARQUES, A. Origem e Evolução da Fisioterapia: aspectos históricos e legais. **Revista Brasileira da USP,** São Paulo, v. 1, n. 1, p. 5-8, jul./dez. 1994.

SANTOS, Boaventura de S. Para uma Pedagogia do Conflito. In: SILVA, Luiz H.; AZEVEDO, José C.; SANTOS, Edmilson S. (Org.). *Novos Mapas culturais, Novas Perspectivas Educacionais*. Porto Alegre: Sulina, 1996. P.15-33.

SARMENTO, Manuel J. Essa Criança que se Desdobra... **Pátio**: educação infantil, Porto Alegre, ano 2, n. 6, p. 14-17, dez. 2004/mar. 2005.

_____. *Infância, Exclusão Social e Educação Como Utopia Realizável*. **Educação, Sociedade & Culturas**, Porto, n.17, p. 13-32, 2002.

_____. *As Culturas da Infância nas Encruzilhadas da 2. Modernidade: Instituto de Estudos da Criança*. In: _____.; CERISARA, A.B. (Org.). **Crianças e Miúdos**: perspectivas sócio-pedagógicas da infância e educação. Porto: Asa, 2004. P. 9-34.

SHEPHERD, Roberta B. **Fisioterapia em Pediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1996.

SILVA, Tomaz T. da. **Identidade e Diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000.

SILVA, Walburga A. **Organização do Trabalho e Ação Pedagógica**: influência da pré-escola no processo de alfabetização. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, Departamento de Educação, 2004.

_____. **Cala-Boca Não Morreu**: a linguagem na pré-escola. Petrópolis: Vozes, 1987.

SILVA TRIVIÑOS, Augusto N. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

SMOLKA, Ana L. Estatuto do Sujeito Humano e Teorização Sobre a Infância. In: FREITAS; KULMANN. **Os Intelectuais na História da Infância**. São Paulo: Cortez, 2002. P.99-127.

SKLIAR, Carlos. **Pedagogia (Improvável) da Diferença e se o Outro não Estivesse aí?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

_____. *A Invenção e a Exclusão da Alteridade “Deficiente” a Partir dos Significados da Normalidade*. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 15-32, jul./dez. 1999.

_____. (Org.). **Educação e Exclusão**: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre: Mediação, 1997.

SOARES, Luiz E.; BILL, MV; ATHAYDE, Celso. **Cabeça de Porco**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

SOARES, Magda. *Metodologias Não-Convencionais em Teses Acadêmicas: parte I*. In: FAZENDA, Ivani (Org.). **Novos Enfoques da Pesquisa Educacional**. 2. ed. São Paulo: Vozes, 1992. P. 121-128.

SOUZA, Solange J. **Infância e Linguagem: Bakhtin, Vygotsky e Benjamin**. 2. ed. Campinas: Papirus, 1995.

UMPHRED, Darcy Ann. **Fisioterapia Neurológica**. São Paulo: Manole, 1994.

UNESCO. **Políticas Para a Primeira Infância**: notas sobre experiências internacionais. Brasília, 2005.

UNICEF. **Índice de Desenvolvimento Infantil. Situação Mundial da Infância 2006**. Brasília, 2006.

VAN DER VEER, René; VALSINER, JAAAN. **Vygotsky: uma síntese**. São Paulo: Unimarco, 1996.

VEIGA, Denise L. **O Aleitamento Materno na Promoção do Crescimento e na Prevenção de Doenças da Criança no 1. Ano de Vida**. 1999. Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Cruz Alta, Cruz Alta, BR-RS, 1999.

VYGOTSKY, Lev S. **Pensamento e Linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.

_____. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

_____. **O Desenvolvimento Psicológico na Infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

_____. **Obras Escogidas**. Madrid: Visor, 1997a. V. 4: Psicologia Infantil.

_____. **Obras Escogidas**. Madrid: Visor, 1997b. V. 5: Fundamentos de Defectología.

WALLON, Henri. **A Evolução Psicológica da Criança**. 3. ed. Rio de Janeiro: Andes, [19--]

_____. **Psicología y Educación**: las aportaciones de la psicología a la renovación educativa. Madrid: Pablo del Rio Ed. 1981.

_____. **As Origens do Caráter na Criança**. Trad. Heloysa Dantas de Souza Pinto. São Paulo: Nova Alexandria, 1995.

YOKOCHI, Chihir *et al.* Leg Movements in the Supine Position of Infants with Spastic Diplegia. **Developmental Medicine Child Neurology**, London, v. 33, n. 10, p. 903-907, oct. 1991.

ZEIHER, Helga. O Tempo no Cotidiano das Crianças. In: BONDIOLI, Anna. (Org.). **O tempo no cotidiano infantil**: perspectivas de pesquisa e estudos de casos. São Paulo: Cortez, 2004. P.

ANEXOS

ANEXO 1 - Formulário Padrão Utilizado.

Os mesmos encontram-se nos arquivos da Universidade no CMI. Para pesquisa individual, além deste formulário, havia um formulário específico que vinha anexo no trabalho.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo meu filho (a) _____, a participar de projetos de pesquisa no Centro Materno Infantil, coordenados pela professora Ulrika Arns da Universidade de Cruz Alta.

Bem como autorizo a realização de testes neurológicos, registro de fotos, filmagens, para posterior apresentação em palestras, simpósios e trabalhos acadêmicos.

Autorização
(Assinatura do Responsável)

Cruz Alta, _____ de _____ de _____.

ANEXO 2 - Fichas de Avaliação da Fisioterapia e Protocolos Avaliativos

Ficha de avaliação utilizada em todos os serviços de Fisioterapia da Universidade.

	UNICRUZ	
CURSO DE FISIOTERAPIA		
Dados de Identificação		
Nome:	Fernanda Custódia P. Silva	
Data de Nascimento:	05.09.98	
Diagnóstico:	Síndrome de Down	
Cor:	Branca	
Endereço:	Germano Zamboni, 1256	
Telefone:	334-5829	
Responsável:	Elizabeth P da Silva	
Avaliador:	Carla Faria	
Renda Familiar:	5 2 salários	
Nº de Dependentes:	3	
Idade de Aquisição		
Controle Cervical:	Não tem	
Sentado:		
Gatos:		
Em Pé:	Marcha com Apoio	
	Marcha sem Apoio	
Dados Nutricionais		
Perímetro Cefálico:	Peso 2750	
	Altura	
RELATÓRIO DE ATIVIDADES DA CRIANÇA:		
Alimentação:	comida cozida com pouco sal e temperos leves	
Doenças infecto contagiosas:		
Saúde geral:	Bom	
Imunizações:		
Socialização:		
INSPEÇÃO:		
Aparência		
Frequência Respiratória:	Frequência cardíaca	
Visão () acompanha estímulo luminoso por 180°		
(x) Observa o ambiente	(x) não segue estímulo	
Audição () acompanha estímulo sonoro	() procura vozes	
() fecha os olhos com sons fortes	() não segue estímulo	
Linguagem (x) gorgoleios	() Língua dentais	() Bi-labiais () Palavras () frases
() ausente		
Estado emocional (x) calma	() sociável	() retralida () chorona ()
Estágio cognitivo (x) Reflexo	() RCP	() RCS () Permanência de objeto ()
() Imitação ()		
PADRÕES MOTORES		
SUPINO		
Postura () Simétrica (x) assimétrica		
Movimento de MMSS: () Simétrica (x) assimétrica	() espontâneos	() intencionais
Puxado para sentar (x) cabeça calda	() cabeça acompanha	() c à frente
Rola () até DL () até DV	() não acompanha objetos	
Sinais de lesão: () Polegar incluído	() ombros retralidos	() MMII fletidos sem movimnt
() mov esp de MMII assimétricos		
Mov normais: () toca os pés () leva pés à boca	(x) mov esp de MMII assimétricos	
Cotovelos: () 30° () 45° - umbigo	() 60° () 90° - ombro oposto	
PRONO		
() eleva a cabeça	() eleva cabeça e mãos à frente	() rola até DD
LOCOMOÇÃO: () arrastar	() engatinhar	() sem dissociação () ausente
SENTADO		
(x) Com apoio externo	() apoio próprio	() Libera 1 MS () libera 2 MMSS
Reações de proteção () anterior	() lateral	() posterior
Postura da cabeça	tronco	
GATOS		
postura	Movimento	
AJOELHADO		
Alcance a posição () sozinho	() com ajuda	() quadris em flexão
LEVANTAR		
() semi ajoelhado	() sem dissociação	() ausente
MARCHA		
() Com apoio próprio	() ausente	() lateral () só fica em pé, sem trocar passos
() com apoio de terceiros	() independente	

Fonte: DIAMENT, Aron. Exame Neurológico do Lactente. 1996.

Tabela 5.17
Evolução, por Grupo de Funções, de Algumas Atividades Voluntárias e Reflexas Primitivas do Lactente Normal

Grupo de Funções	Atividade	Idade (Meses)															
		RN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
Linguagem	Lalação																
	Primeiras palavras																
	Palavra-frase																
Postura e equilíbrio	Sustento incompleto da cabeça																
	Sustento completo da cabeça																
	Sentar com apoio																
	Sentar sem apoio																
	Em pé com apoio																
	Em pé sem apoio																
Locomoção	Engatinhar																
	Marcha voluntária com apoio																
	Marcha voluntária sem apoio																
Preensão voluntária	Preensão dígito-palmar																
	Preensão com pinça																
Tono muscular	Tono flexor																
	Hipotonia fisiológica																
Atividades reflexas primitivas	Sucção reflexa																
	Preensão reflexa dos dedos																
	Preensão reflexa dos pedartículos																
	Reflexo de Magnus-De Kleijn																
	Reflexo de Moro																
	Reflexo de Landau I																
	Reflexo de Landau II																
	Marcha reflexa esboçada																
	Marcha reflexa nítida																
Movimentos oculares	Prova dos olhos de boneca																
	Estímulo luminoso em várias direções																

Reflexos Oculares

- acompanhar estímulo luminoso em várias direções — em 100% das crianças do quinto mês em diante.

Do Início do Sétimo Mês Até o Fim do Nono Mês

Expressão Vocal

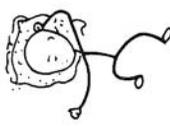
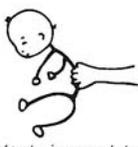
- início das primeiras palavras e palavra-frase no oitavo mês;

— perda gradual da lalação.

Postura

- atitude espontânea relacionada com os decúbitos (atitude 4);
- sentar sem apoio em 100% a partir do nono mês;
- evolução da posição ortostática com apoio;
- estabilização do tono normal para a idade ou "hipotonia fisiológica";

Evolução da postura, equilíbrio e locomoção no primeiro ano de vida. In: DIAMENT, Aron.Exame Nerológico do Lactente. 1996.

		<p>0 a 2 meses</p>  <p>Posição assimétrica predominante</p>	<p>2 a 3 meses</p>  <p>Sustento incompleto da cabeça 30% a 10%</p>	<p>3 meses em diante</p>  <p>Posição simétrica (cabeça supina)</p>
<p>2 a 4 meses</p>  <p>Sustento completo da cabeça 15% a 100%</p>	<p>4 a 6 meses</p>  <p>Sentado com apoio 65% a 100%</p>	<p>6 a 9 meses</p>  <p>Sentado sem apoio 50% a 100%</p>	<p>4 a 11 meses</p>  <p>Preensão voluntária palmar 90% a 100%</p>	<p>6 a 9 meses</p>  <p>Preensão voluntária em pinça 25% a 100%</p>
<p>5 a 11 meses</p>  <p>De pé com apoio 20% a 100%</p>	<p>10 a 12 meses</p>  <p>De pé sem apoio 5% a 40%</p>	<p>8 a 12 meses</p>  <p>Engatinhar 22% a 85%</p>	<p>5 a 12 meses</p>  <p>Marcha voluntária apoiada 5% a 80%</p>	<p>11 a 12 meses</p>  <p>Marcha voluntária sem apoio 10%</p>

DIAMENT, Aron. Exame Neurológico do Lactente. 1996.

Tabela 5.16
Tabela Evolutiva (com as Porcentagens e Intervalos de Confiança) de Algumas Atividades Motoras no 1º Ano de Vida em Crianças Normais

Grupo de Funções	Atividade	Idade (meses)													
		RN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Linguagem	Lalação	—	—	80 (56,3-94,3)	100	100	100	100	100	100	100	85	65	15	0 (0,0-16,8)
	Primeiras palavras	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40 (19,1-63,9)	40	50	90	100 (83,2-100,0)
	Palavra-frase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15 (3,2-37,9)	20	20	60	75 (50,9-91,3)
Postura e equilíbrio	Sustentar a cabeça (completo)	—	—	30 (11,9-54,3)	10 (1,2-31,7)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Sustentar a cabeça (incompleto)	—	—	15 (3,2-37,9)	65	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	Sentado com apoio	—	—	—	—	85 (40,8-84,6)	95	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	100	100	100
	Sentado sem apoio	—	—	—	—	—	—	50 (27,2-72,8)	95	95	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100
	Em pé com apoio	—	—	—	—	—	20 (5,7-43,7)	40	70	85	95	90	100	95	75,1-99,9
	Em pé sem apoio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5 (0,1-24,9)	20	40	19,1-63,9
Locomoção	Engatinhar	—	—	—	—	—	—	—	—	20 (5,7-43,7)	50	50	75	85 (62,1-96,8)	
	Marcha voluntária apoiada	—	—	—	—	—	5 (0,1-24,9)	10	20	40	55	60	80	80 (56,3-94,3)	
	Marcha voluntária sem apoio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10 (1,2-31,7)	10 (1,2-31,7)	
Preensão voluntária	Preensão palmar	—	—	—	—	90 (68,3-98,8)	100	100	100	50	20	5	10	0 (0,0-16,8)	
	Preensão em pinça	—	—	—	—	—	—	25 (8,7-49,1)	80	95	100 (83,2-100,0)	100	100	100	
Tono muscular	Tono flexor generalizado	100 (83,2-100,0)	100	100	95	90	70	30	10	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	
	Tono normal ou "hipotonia" fisiológica	—	—	—	5 (0,1-24,9)	10	30	70	90	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	
Atividades reflexas primitivas	Sucção reflexa	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	70	30	10	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	
	Preensão reflexa dos dedos	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	90	45	25	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	
	Preensão reflexa dos pedarticulos	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	100	100	100	85	65	45	20	0 (0,0-16,8)	
	Reflexo de Magnus-De Klejn	100 (83,2-100,0)	85	45	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Reflexo de Moro	100 (83,2-100,0)	100	100	100	90	50	10	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	—	
	Reflexo de Landau I	10 (1,2-13,7)	10	20	50	95	95	95	100	100	100	100	90	100	65 (40,8-84,6)
	Reflexo de Landau II	0 (0,0-16,8)	35	65	90	100 (83,2-100,0)	100	95	100	100	100	100	100	100	
	Marcha reflexa esboçada	25 (8,7-49,1)	0	25	20	5	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	—	—	—	—
	Marcha reflexa nítida	40 (19,1-63,9)	95	60	10	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mov. oculares	Prova dos olhos de boneca	94,7 (75,1-99,9)	100	85	20	0 (0,0-16,8)	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Estímulo luminoso em várias direções	—	10 (1,2-31,7)	10	60	95	100 (83,2-100,0)	100	100	100	100	100	100	100	

*Não pesquisado em todos
— Não obtido
() Intervalos de confiança

ANEXO 3 - Prontuário do Centro Materno Infantil

ANEXO 4 - Monografias resultantes de pesquisas realizadas no CMI

Marlise da SILVA, Rubia PELENTIR. Nível de Graduação. UNICRUZ. “Uso do Andador por Lactentes e suas Consequências na Criança de idade escolar”. Defesa: 05/12/2001.

Debora Ramos BECKE, Katya Alessandra LANG. Nível de Graduação. UNICRUZ. “Atuação Fisioterapêutica com uma criança portadora de Paralisia Cerebral considerando o Apego”. Defesa: 05/12/2001.

Carla Regina Staudt de ANDRADE, Leila Beatriz PETRY. Nível de Graduação. UNICRUZ. “Avaliação de Desenvolvimento Neuropsicomotor de Bebês Prematuros nascidos na cidade de Cruz Alta no período de 15 de maio de 2000 a 15 de maio de 2001”. Defesa: julho de 2001.

Claúdia Viviani VARGAS, Juliana Eliza Cella BILHAR. Nível de Graduação. UNICRUZ. “o Perfil do Desenvolvimento Neurológico de Crianças de 0 a 1 ano de idade do município de Cruz Alta ”. Defesa: julho de 2001.

Maria Héli da SILVA. Nível Pós-graduação. UNICRUZ. “Equoterapia: desenvolvimento, saúde e educação”. Defesa: dezembro 2000.

Marlise HEINEN. Nível Pós-graduação. UNICRUZ. “O Desenvolvimento da Escrita no Portador de Síndrome de Down”. Defesa: agosto 2000.

Daniela PAVÃO, Raquel QUADROS. Nível de Graduação. UNICRUZ “O Desenvolvimento Neuropsicomotor de Bebês Prematuros”. Defesa 31/01/2000.

Sirlei FERREIRA; Juliane SILVA. Nível de graduação. UNICRUZ “O Uso do Andador na Infância”. Defesa 01/02/2000.

Roberta da ROSA. Nível de graduação. UNICRUZ “A Terapia de Estimulação Precoce a partir de um Sujeito Desejante” Defesa 31/01/ 2000.

Lilian Suzete PEREIRA. Nível Pós-graduação (Especialização). UNICRUZ. Estimulação Precoce e a Visão dos Profissionais da área de Saúde de Cruz Alta”. Defesa 15/06/2000.

Clarissa PEREIRA; Fabiane da ROSA. Nível Graduação. UNICRUZ. “A Interação Mãe-Filho na Terapêutica. Defesa Agosto de 1999 .

Liliane OURIQUE. Nível Graduação. UNICRUZ. “Intervenção Precoce no Desenvolvimento de um bebê com Síndrome de Down: Relato de um Caso”. Defesa Agosto de 1999.

Rosane CECHIN; Grasiela SANTOS. Nível Graduação. UNICRUZ. “Anemia nas Escolas Infantis de Cruz Alta: incidência e fatores determinantes. Defesa Janeiro de 1999.

ANEXO 5 - Imagens do CMI





Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)