



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A importância do diagnóstico médico na
resposta educativa das crianças com
Necessidades Educativas Especiais

Diana Mileu Miranda Antunes

2011



DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A importância do diagnóstico médico na resposta educativa das crianças com Necessidades Educativas Especiais

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica,
realizada sob a orientação científica do Professor
Doutor Luís Quintais (Universidade de Coimbra)

Diana Mileu Miranda Antunes

2011

Para os meus pais

AGRADECIMENTOS

É difícil nomear todas as pessoas que colaboraram na construção deste trabalho. No entanto, não posso deixar de dirigir algumas palavras de apreço e agradecimento a todos os que, directa ou indirectamente, contribuíram para a sua concretização:

Ao Prof. Dr. Luís Quintais, que aceitou ser orientador desta tese, pelo apoio e encorajamento constantes, pelo interesse e paciência com que me acompanhou ao longo desta jornada.

Ao director do agrupamento, que permitiu e sempre ajudou na realização deste trabalho. Pela sua simpatia e disponibilidade em todos os momentos.

Às directoras de estabelecimento, pela amabilidade com que me receberam e orientaram nas escolas do agrupamento.

A todos os entrevistados, sujeitos desta pesquisa, pela forma como me acolheram e colaboraram para o enriquecimento deste trabalho. Sem eles, não seria possível qualquer observação ou qualquer reflexão.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e presença constantes.

Ao meu irmão, pelo carinho e pela força com que sempre me motivou.

Ao meu companheiro de todos os momentos, pela paciência, ajuda e optimismo.

Aos meus colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo nos bastidores destes dois anos de aprendizagem.

RESUMO

O presente estudo de caso surgiu de uma reflexão acerca da pertinência que o diagnóstico médico tem na determinação das respostas educativas de uma criança com deficiência.

O objectivo principal deste estudo consistiu na investigação do papel do diagnóstico médico na avaliação de crianças com Necessidades Educativas Especiais, através da análise das concepções de trinta e cinco sujeitos (um psicólogo, sete professores de educação especial, doze directores de turma, catorze professores titulares de turma e um professor do ensino regular). Analisaram-se conceitos-chave como “diagnóstico médico”, “CIF” e “respostas educativas”. A principal fonte de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada. As respostas foram classificadas e analisadas de acordo com focos de análise baseados no referencial teórico que sustenta o estudo.

Os resultados indicaram que os professores de ensino especial e o psicólogo são os principais intervenientes na utilização da informação médica. Neste processo, o diagnóstico médico continua a ter um papel central nos critérios de elegibilidade para a educação especial.

A maioria dos casos de alunos com necessidades educativas especiais possui informação médica, mas na generalidade esta parece não satisfazer as expectativas dos docentes por razões diversas.

A CIF apesar de ser um instrumento de referência para a avaliação do aluno com necessidades educativas especiais e ser introduzido com a intenção de aperfeiçoar o processo de tomada de decisão quanto à intervenção educativa, aparentemente não está a conseguir esse objectivo.

Pelas percepções analisadas, parece também existir uma lacuna na comunicação com os encarregados de educação.

Concluindo, apesar de terem existido algumas condicionantes à elaboração deste estudo, através dos dados analisados constata-se que a informação médica é pertinente e necessária, mas está aquém de ser utilizada em todo o seu potencial.

Palavras-chave: Antropologia médica, avaliação, educação especial, escola, professor.

ABSTRACT

This case study arose from a reflection on the relevance that the medical diagnostic has in determining the educational responses of a child with disabilities. The main objective of this study was to investigate the role of medical diagnostic in the evaluation of children with Special Educational Needs, by examining the concepts of thirty-five participants (a psychologist, seven special education teachers, twelve class directors, fourteen professors of the primary education and a teacher in regular education). The key concepts analyzed were "medical diagnostic", "ICF" and "educational responses". The main source to collect data was the semi-structured interview. The answers were classified and analyzed in accordance with the theory supporting the study.

The results indicated that special education teachers and psychologists are the major players in the use of medical information. In this process, the medical diagnostic continues to play a central role in the eligibility criteria for special education. Most cases of students with special educational needs have medical information, but generally, for different reasons, it does not appear to meet the teachers' expectations.

ICF despite being a reference tool for assessing students with special educational needs and aiming for the improvement of the process of decision making about the educational intervention, is apparently not achieving its goal.

By the analyzed perceptions, it also seems that there's a gap in the communication with parents.

In a final remark, although there were some restrictions in the groundwork of this study, data analysis shows that medical information is relevant and necessary, but falls short to be used in its full potential.

Key-words: Evaluation, medical anthropology, teacher, special education.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	xi
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	1
1. Contexto e abordagem	3
2. Questões e objectivos.....	7
CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA.....	11
1. Explorando a deficiência	13
1.1. Modelos de deficiência	15
1.2. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	17
2. A criança e a antropologia	21
3. O contexto escolar	23
3.1. Da segregação à inclusão escolar.....	23
3.2. A criança com necessidades educativas especiais	26
3.3. O processo de referenciação e avaliação.....	28
CAPÍTULO III – METODOLOGIA.....	31
1. Planeamento.....	33
2. O trabalho de campo	36
2.1. Recolha de dados	36
2.2. Tratamento dos dados	37
CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
1. O percurso no terreno	41
2. A realização das entrevistas.....	43
3. Percepções dos sujeitos.....	45

3.1. A informação médica	46
3.2. Actualização da informação médica	51
3.3. Quem contacta com o médico?	52
3.4. Medicalização da educação.....	52
3.5. Os encarregados de educação	53
3.6. A CIF.....	55
3.7. A heterogeneidade do sistema educativo	57
CAPÍTULO V - CONCLUSÃO	59
1. Notas finais	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	73
ANEXO 1 - Termo de consentimento livre e esclarecido	75
ANEXO 2 - Guião de entrevista para docentes	79
ANEXO 3 - Guião de entrevista para psicólogo.....	83
ANEXO 4 - Checklist	87

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema das interacções entre os componentes da CIF	20
Figura 2. Fases inerentes ao processo de referenciação e avaliação	29

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Este é um trabalho sobre a forma como a comunidade escolar lida com a informação médica de crianças com deficiência. Dessa forma, o que se procura aqui explorar, é a forma como a escola interage e modela essa informação nas suas práticas lectivas.

Assim sendo, procurou-se estabelecer como é que a informação de um médico especializado se vai desdobrando, e os significados que adquire para cada um dos intervenientes escolares, o que significa que me irei debruçar sobre várias práticas nas quais esta informação será utilizada.

Os intervenientes nesta perspectiva escolar são vários e cada um terá o seu lugar e sua representação própria. Procura-se realizar uma reflexão dessas representações, mais do que do conhecimento que foi adquirido, isto porque as nossas representações se ramificam e juntas podem criar uma imagem mais aproximada da realidade.

Nenhum dos exemplos referidos neste trabalho particulariza algum tipo de deficiência ou incapacidade. Embora esse pormenor dificulte a conceptualização de ideias, permite ao mesmo tempo ter uma perspectiva muito mais próxima da realidade com que a comunidade educativa se depara.

Na prática existe aqui um dualismo entre a forma como o professor e o médico vêem a incapacidade. É importante frisar que durante este trabalho tentarei ser reflexiva e não argumentativa, pelo que não há razões para criticar a educação, ou a medicina. O melhor contributo que posso fazer é para a forma como os problemas são visualizados e como essa perspectiva modela a acção de cada um.

1. Contexto e abordagem

Este trabalho versa sobre uma temática que se pensa pertinente: compreender o papel do diagnóstico médico na resposta educativa da criança com necessidades

educativas especiais. Essa percepção requer uma apreciação do momento em que o espaço clínico se transforma em espaço pedagógico.

Se revisitarmos a história até ao séc. XX, facilmente compreendemos que as questões da deficiência estavam reduzidas ao contexto médico (Jiménez, 1997b). O estabelecimento de um modelo biomédico, assente numa perspectiva individual, levou a que se identificasse a deficiência como sendo provocada directamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, exigindo uma acção confinada ao campo médico, quer ao nível da prevenção, quer ao nível do tratamento e da reabilitação (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Em Portugal, na década de 70, quando as crianças com deficiência passaram a ser incluídas no sistema educativo público (Marcos, 2009), o diagnóstico médico passou a fazer parte integrante da comunidade educativa. No começo do sistema da educação especial, o diagnóstico surgiu como forma de validar a deficiência, a doença, ou a inaptidão. Esta abordagem baseou-se na premissa de que a categoria de diagnóstico em que a pessoa era enquadrada podia ser usada como chave para o tipo e nível de educação requeridos (DGIDC, 2008). Nesta perspectiva, os serviços foram criados em função de uma categoria de diagnóstico em particular, ao invés das necessidades individuais da criança.

As alterações mais significativas ocorreram nos últimos 20 anos, com o movimento da “escola inclusiva”. Este permitiu a concepção de um espaço privilegiado para iniciar e promover a verdadeira integração das crianças com deficiência, baseando a sua intervenção em documentos legais (DGIDC, 2008). Além disso, o conceito de “necessidades educativas especiais” veio salientar a ideia de que os problemas dos alunos devem ser encarados do ponto de vista educativo, promovendo o afastamento da classificação baseada em decisões do foro médico (Correia e Cabral, 1997b).

Nesse aspecto, o Decreto-lei n.º 319/91 de 23 de Agosto veio acentuar o direito que as crianças e os jovens com deficiência têm ao reconhecimento da sua singularidade

e à oferta de respostas educativas adequadas. A questão principal depois da implementação deste documento legal foi como fazer a mudança de uma situação segregadora para uma em que se pudessem alcançar os ideais de uma educação inclusiva. Para o desenvolvimento desse ideal, foi admitido um modelo biopsicossocial, que procurou estabelecer uma visão coerente das diferentes perspectivas da saúde a nível biológico, individual e social (Organização Mundial de Saúde, 2004).

O quadro conceptual que melhor reflecte os princípios deste modelo biopsicossocial é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), produzida pela Organização Mundial de Saúde (DGIDC, 2008). Este documento veio confirmar a vontade de uma aplicação universal, prometendo *“uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde.”* (Organização Mundial de Saúde, 2004: 7).

A CIF apresenta um conjunto de características que fazem dela um quadro de referência para uma avaliação do processo de necessidades em educação. Em primeiro lugar é um documento que reforça o abandono do pensamento estritamente biomédico e individual, valorizando a funcionalidade do indivíduo e não o tipo de deficiência que este apresenta.

Ao mesmo tempo, é uma classificação “integradora” na medida em que incorpora não só os aspectos médicos, mas também os factores psicológicos e sociais do processo da incapacidade (DGIDC, 2008: 93). Assim, passamos a ter um documento que contextualiza a inclusão, e valoriza a criança como um todo.

Esta ferramenta conceptual também permite estabelecer uma “linguagem comum” para “melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores” (Organização Mundial de Saúde, 2004: 9). No caso particular do sistema educativo, a CIF pode promover uma via de comunicação entre os profissionais de saúde e os profissionais de educação, tirando o enfoque da deficiência e valorizando a funcionalidade.

Se reconhecermos que as definições médicas e pedagógicas não são apropriadas para os mesmos métodos, podemos fundamentar que a CIF foi construída para integrar todas as componentes da incapacidade: a médica, a psicológica e a social.

“É, provavelmente, o único sistema de classificação sistemática a fazer confluir a saúde, a aprendizagem e a funcionalidade social num sistema coerente e operacional.” (DGIDC, 2008: 96).

Embora este documento seja de facto uma classificação, o seu destaque está na eliminação de termos como “segregação” e “rótulo”. Como refere a Organização Mundial de Saúde:

“Muitas pessoas consideram, erradamente, que a CIF se refere unicamente a pessoas com incapacidades; na verdade, ela aplica-se a todas as pessoas.” (Organização Mundial de Saúde, 2004: 11).

A confiança nas propriedades da CIF levou a que esta fosse implementada na mais recente legislação, através do Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. A partir desta base legal, é importante reflectir sobre a forma como se integram as crianças com necessidades educativas especiais e a sua relação com a validação da doença. Questiona-se também qual o papel que os profissionais de saúde e educação desempenham na utilização de uma nova ferramenta conceptual.

Como menciona Hashiguti (2009), já se discutiu a aproximação entre a saúde e a educação. No entanto, nunca se debateu a forma como a escola produz as suas patologias, os seus encaminhamentos e as suas curas. Nunca nos debruçámos sobre a forma como a escola muitas vezes se coloca em paralelo ao lugar do hospital, posicionando os professores como médicos.

Os trabalhos de Collares e Moysés também chamam a atenção para as relações entre a medicina e a pedagogia e as concepções ideológicas que as acompanham, sustentando argumentos de que *“a única preocupação consiste em encontrar*

diagnósticos que expliquem, justifiquem o não-aprender.” (Collares e Moysés, 1994: 29).

Por essa razão aqui revela-se pertinente centrar a atenção na fronteira entre as duas áreas e na forma como o diagnóstico médico ajuda a validar ou invalidar a resposta educativa para uma criança com necessidades educativas especiais.

“Os professores, que deveriam ser também os responsáveis por analisar e resolver problemas educacionais (...) transformam-se em mediadores, apenas triando e encaminhando as crianças para os especialistas da Saúde. (...) O que deveria ser objeto de reflexão e mudança - o processo pedagógico - fica mascarado, ocultado pelo diagnosticar e tratar singularizados, uma vez que o "mal" está sempre localizado no aluno.” (Collares e Moysés, 1994: 30).

No caso das crianças com necessidades educativas especiais, o espaço escolar que é voltado para a aprendizagem e para a normalidade, transforma-se frequentemente num espaço clínico, voltado para os erros e para os distúrbios.

“Ao pensarmos sobre a posição ocupada pela escola na sociedade (que deve ser a de escola e não de hospital ou clínica), podemos reflectir também sobre os imaginários que construímos a partir da aceitação de um discurso médico.” (Hashiguti, 2009: 50).

Como refere Hashiguti (2009) é importante ponderar sobre este assunto, e constatar até que ponto a aceitação de um diagnóstico médico condiciona ou modifica as acções dos que dele beneficiam. No caso particular que aqui analiso, o enfoque vai para os elementos da comunidade educativa.

2. Questões e objectivos

A despreocupação em ponderar os determinantes sociais revela-se sobretudo nas práticas da saúde e educação voltadas exclusivamente para uma abordagem do orgânico no processo de aprendizagem.

As crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares têm necessidades educativas especiais num determinado momento da sua escolaridade. Este conceito, integrado pela Declaração de Salamanca em 1994, permitiu afirmar a noção de escola inclusiva, capaz de acolher grupos de crianças e jovens tradicionalmente excluídos (UNESCO, 1994).

Contudo, esta mudança de contexto implica transformações, não só a nível burocrático, mas igualmente, ou consequentemente, a nível social.

Dada a complexidade e amplitude desta temática, a criança com deficiência e a sua incorporação no meio escolar significa sobretudo uma deslocação entre diferentes conceitos, mensagens e ideias, feita por todas as pessoas que integram seu universo.

No presente estudo de caso, o objecto de estudo refere-se ao papel que o diagnóstico médico representa para a comunidade escolar, em particular para a avaliação de crianças com necessidades educativas especiais. Dessa forma debrucei-me sobre alguns pontos particulares, nomeadamente como, quando e porque é que os professores (do ensino regular e do ensino especial) comunicam com o médico especializado e que resultados decorrem dessa comunicação nas respostas educativas das crianças com necessidades educativas especiais.

Tendo como ponto de partida estas concepções, os objectivos desta investigação centram-se em dois caminhos justapostos. Por um lado procurar averiguar de que forma a categoria de criança com necessidades educativas especiais se constrói com base num diagnóstico médico e, por outro, analisar como é que essa construção afecta a sua resposta educativa e a actuação por parte dos profissionais de educação que a avaliam.

Assim, a partir de uma análise da concepção individual de cada um dos profissionais de educação, é possível analisar as suas estratégias pela forma como gerem a informação. Por outro lado permite-nos pensar no lado instrumental da cultura e da

identidade enquanto processos, que, articulados participam na diversidade cultural dos indivíduos.

CAPÍTULO II - REVISÃO DA LITERATURA

1. Explorando a deficiência

Em todo o mundo existem pessoas que têm que viver com defeitos biológicos que não podem ser curados e que inibem até certo ponto, a sua capacidade de realizar determinadas funções. No entanto, o significado de uma deficiência está dependente de factores além da natureza biológica, depende também das circunstâncias humanas em que existe (Ingstad e Whyte, 1995).

A linguagem e os conceitos que usamos influenciam e reflectem a nossa compreensão do mundo social (Barnes e Mercer, 2010). Por essa razão, e sendo a deficiência uma categoria socialmente construída, requer-se uma clarificação conceptual. Actualmente ainda persistem algumas dificuldades na área da deficiência, relacionadas sobretudo com a imprecisão dos conceitos, o que acarreta problemas na aplicação e na utilização do conhecimento (Amiralian *et al.*, 2000; Imrie, 2004).

Uma definição de senso comum de deficiência é a de que se trata de uma falta ou limitação de competência. Normalmente a deficiência é vista em contraste a um ideal da aptidão normal para executar determinadas actividades e desempenhar um papel na vida social. A doença também inibe a capacidade, mas aqui distinguimos entre doença, que é temporária (quer termine em cura ou na morte), e deficiência, que é crónica. Em princípio, as pessoas com deficiência não podem ser curadas, mas sim reabilitadas (Whyte e Ingstad, 1995).

A deficiência é uma terminologia utilizada para referenciar limitações que resultam da disfunção nos corpos e mentes dos indivíduos. O significado chave da palavra deficiência para a maioria de nós é de ordem biofisiológica.

Por ser uma categoria social e culturalmente construída, a deficiência torna-se num tema pertinente em antropologia. A abordagem etnográfica do outro e da diferença como

objecto de estudo permitem criar um sentido para o comportamento humano no contexto das relações sociais.

Existe uma vasta bibliografia sobre deficiência no domínio da psicologia e da sociologia. No entanto, só mais recentemente é que se começou a verificar um interesse neste tema por parte dos antropólogos (Whyte e Ingstad, 1995). Ultimamente, estes têm vindo a investigar a deficiência usando várias perspectivas numa ampla gama de sociedades, incluindo África (Devlieger, 1995), Quênia (Talle, 1995), Somália (Helander, 1995), Bornéu (Nicolaisen, 1995), China (Kohrman, 2000; Kohrman, 2003a; Kohrman, 2003b; Kohrman, 2005) América do Norte, América do Sul, Índia, Europa Ocidental e Micronésia (Shuttleworth, 2004).

Na área da Antropologia Médica, ramo que se concentra no estudo das dimensões sociais e culturais da saúde, doença e medicina (Lambert, 1996), até meados dos anos 70, dedicou as suas etnografias aos fenómenos médicos tradicionais, dando especial atenção às dimensões consideradas “exóticas” das culturas nativas (Diehl, 2001).

A partir desse período, um novo olhar foi lançado sobre os sistemas de saúde, principalmente sobre a medicina ocidental, onde os estudos viraram a sua presença tanto para os contextos ocidental como tradicional, tornando-os segundo Hahn e Kleinman (1983: 305) “*a new frontier in medical anthropology*”.

Whyte e Ingstad (1995:4), consideram que a maioria da pesquisa efectuada em antropologia médica possui um “tema terapêutico”, instalando-se na aporia *disease/illness*, nos modelos de cura e nas interações entre paciente e médico.

Por *disease* entende-se a identificação de desordens orgânicas, aspectos centrais no diagnóstico biomédico. Por *illness* entende-se o lado vivenciado e significativo da doença, ou seja, *illness* reporta-se aos mundos da experiência dos pacientes e ao modo como estes procuram atribuir sentido ao seu percurso.

A importância desta dicotomia no trabalho clínico foi destacada por autores como Arthur Kleinman. Simultaneamente médico, psiquiatra e antropólogo, Kleinman destacou no seu trabalho a importância que os aspectos culturais podem ter na expressão de sintomas de sofrimento e de distúrbio psíquico. Nesta linha, o autor propôs na década de 80 um modelo mais consonante com práticas médicas sensíveis aos aspectos culturais implícitos. Estamos perante aquilo a que Kleinman chama em *Patients and healers in the context of culture* (1980) de “modelos explanatórios” (Kleinman, 1980).

“Explanatory models are the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process. The interaction between the EMs of patients and practitioners is a central component of health care. (...) The study of the interaction between practitioner EMs and patient EMs offers a more precise analysis of problems in clinical communication. Most importantly, investigating EMs in relation to the sectors and subsectors of health care systems discloses one of the chief mechanisms by which cultural and social structural context affects patient-practitioner and other health care relationships.” (Kleinman, 1980: 105).

A perspectiva de Arthur Kleinman remete-nos para a importância de ver o tema aqui abordado numa perspectiva de interação social. Se por um lado a doença pode ser analisada segundo diferentes “modelos explanatórios”, a deficiência, na sua excessiva complexidade, coloca a questão de como é que os profissionais de saúde e educação contextualizam a criança “diferente”.

1.1. Modelos de deficiência

A discussão sobre a explicação e a identificação das situações geradoras de deficiência resume-se a dois tipos de modelos radicalmente diferentes, habitualmente designados por modelo biomédico e modelo social (Barnes e Mercer, 2010).

No final do séc. XIX, a abordagem biomédica à deficiência, sustentada pelo conhecimento médico, foi largamente aceite pela sociedade Ocidental. Focava-se sobretudo na anormalidade, desordem ou deficiência e na forma como estas causavam uma limitação funcional ou incapacidade no indivíduo. Todos os fundamentos eram estabelecidos por um diagnóstico profissional, pelo tratamento e pela medição da recuperação (Barnes e Mercer, 2010).

Em suma, como refere Barnes e Mercer (2010), o impulso central deste modelo foi apontar a deficiência como uma tragédia pessoal, onde a pessoa com incapacidade tinha um problema de saúde que deveria ser prevenido, tratado ou curado.

Durante a década de 70 e 80, muitos activistas com incapacidade mostraram o seu descontentamento com o modelo biomédico. Reflectindo sobre as suas experiências pessoais, estes indivíduos incapacitados centraram-se sobretudo na organização da sociedade em vez de se preocuparem com as suas limitações funcionais ou diferenças (Barnes e Mercer, 2010).

Surgiu assim o modelo social, baseado no reconhecimento de que a deficiência não é inerente à pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Na abordagem social, a solução do problema requer que haja uma responsabilidade colectiva da sociedade em fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2005), nenhum dos modelos é apropriado para explicar a incapacidade. A razão para esta inadequação resulta de a incapacidade ser um fenómeno intrincado, que se traduz num problema a nível do corpo da pessoa, acompanhado por um complexo fenómeno social.

Em síntese, o melhor modelo de incapacidade é aquele que resume “o que existe de verdadeiro nos modelos médico e social, sem incorrer no erro de reduzir a noção global e complexa de incapacidade apenas a um dos seus aspectos.” (Organização Mundial de Saúde, 2005: 12).

É sobre a necessidade de um plano integrativo, que surge um paradigma mais promissor: o modelo biopsicossocial. A mais recente classificação elaborada pela Organização Mundial de Saúde baseia-se neste modelo, sendo uma ferramenta útil para múltiplas aplicações.

1.2. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Na tentativa de compreender melhor o sistema de saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 1980, um sistema de classificação designado como *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) (Gray e Hendershot, 2000).

O documento introduziu três conceitos fundamentais: deficiência (*impairment*), incapacidade (*disability*) e restrição social (*handicap*) (Sampaio *et al.*, 2005).

Na altura, embora a ICIDH tenha contribuído para uma compreensão mais abrangente do processo de incapacidade, diversos autores discutiram as suas limitações. Entre as críticas apontadas, foi referido que a ICIDH apresentava uma grande ambiguidade de linguagem, tinha uma falha no reconhecimento de barreiras sociais (Bickenbach *et al.*, 1999), colocava o indivíduo como causa do problema (Mângia *et al.*, 2008), e restringia-se apenas aos aspectos negativos das condições de saúde (Sampaio *et al.*, 2005).

A censura contínua desta classificação, a nível conceptual e prático, levou a que a Organização Mundial de Saúde planeasse a revisão do documento. Em 2001 foi finalmente

publicada uma nova versão, a *International Classification of Functioning, Disabilities and Health* (ICF)¹ (World Health Organization, 2001).

Nesta versão tentou sintetizar-se as abordagens médica e social num modelo único – o modelo biopsicossocial (Barnes e Mercer, 2010). Da anterior classificação, assente nas consequências da doença, onde a incapacidade era vista como um estado da pessoa causado directamente por doença, deficiência ou outra condição de saúde, passou-se a um novo sistema de classificação multidimensional e interactivo.

Segundo a OMS, o objectivo da CIF não é classificar a pessoa, mas sim, as características da pessoa, as características do meio ambiente e a interacção entre essas mesmas características, permitindo descrever o estatuto funcional da pessoa (Organização Mundial de Saúde, 2005). Este estatuto integra o conceito de funcionalidade e de incapacidade.

Funcionalidade é um “*termo que engloba todas as funções do corpo, actividades e participação*”. Por outro lado, incapacidade é um “*termo que inclui deficiências, limitação da actividade ou restrição na participação.*” (Organização Mundial de Saúde, 2004: 7).

Estas duas terminologias podem ser utilizadas de duas formas. Por um lado, podem indicar problemas (incapacidades, limitações ou restrições de participação designadas pelo termo genérico deficiência); por outro lado podem indicar aspectos não problemáticos da saúde resumidos sob o termo funcionalidade (Organização Mundial de Saúde, 2004).

¹ Em 2003 surge a versão oficial em língua portuguesa: “*Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*” (CIF), publicada pelo Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações em Saúde da Universidade de S. Paulo no Brasil. A versão adaptada para Portugal surgiu em 2004 e só está disponível em formato electrónico (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Esta perspectiva constitui uma mudança radical, porque em vez de se enfatizar a deficiência da pessoa, passou-se a colocar a tónica no seu nível de saúde.

“A mudança de enfoque, da causa para o impacto, coloca todos os estados de saúde em pé de igualdade, permitindo que se proceda à sua comparação utilizando para o efeito uma métrica comum – a pauta da saúde e da incapacidade.” (Organização Mundial de Saúde, 2005: 7).

Assiste-se assim a uma reestruturação da nomenclatura utilizada até então, nomeadamente na relação entre deficiência e doença. De acordo com a CIF, a presença de uma deficiência não indica necessariamente *“a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente.”* (Organização Mundial de Saúde, 2004: 15).

Pelo, contrário, ela afirma que esta

“é uma questão atitudinal ou ideológica que requer mudanças sociais que, a nível político, se transformam numa questão de direitos humanos. De acordo com este modelo, a incapacidade é uma questão política.” (Organização Mundial de Saúde, 2004: 22).

Essa mudança configura-se numa importante transformação da compreensão que temos sobre a incapacidade e ganha ainda mais relevância se considerarmos a influência que as políticas propagadas pela OMS e os seus instrumentos causam na construção de políticas públicas em todo o mundo (Imrie, 2004).

Também é importante apontar que neste documento, as pessoas não são as unidades de classificação, isto é, a CIF não classifica pessoas, mas descreve a situação de cada pessoa dentro de uma série de domínios de saúde.

Estes são, segundo a Organização Mundial de Saúde, aspectos cruciais que fazem com que a CIF se constitua como uma ferramenta preciosa com múltiplas finalidades e seja susceptível de uma vasta gama de utilizações (Organização Mundial de Saúde, 2004).

O modelo corrente da CIF inclui os conceitos de saúde (distúrbio ou doença), que estão directamente relacionados com três elementos: a estrutura e função do corpo, a actividade e a participação (ver Figura 1). Os factores contextuais, que incluem os factores pessoais e ambientais, são também incorporados no modelo.

Em suma, a publicação da CIF representa um marco crucial na reconceptualização da incapacidade, surgindo como resposta ao impasse entre aceitar uma perspectiva médica ou social. Em contraste, longe de reduzir a compreensão da incapacidade à fisiologia ou às barreiras sociais e atitudinais, a CIF procurou desenvolver uma compreensão relacional dos determinantes de incapacidade.

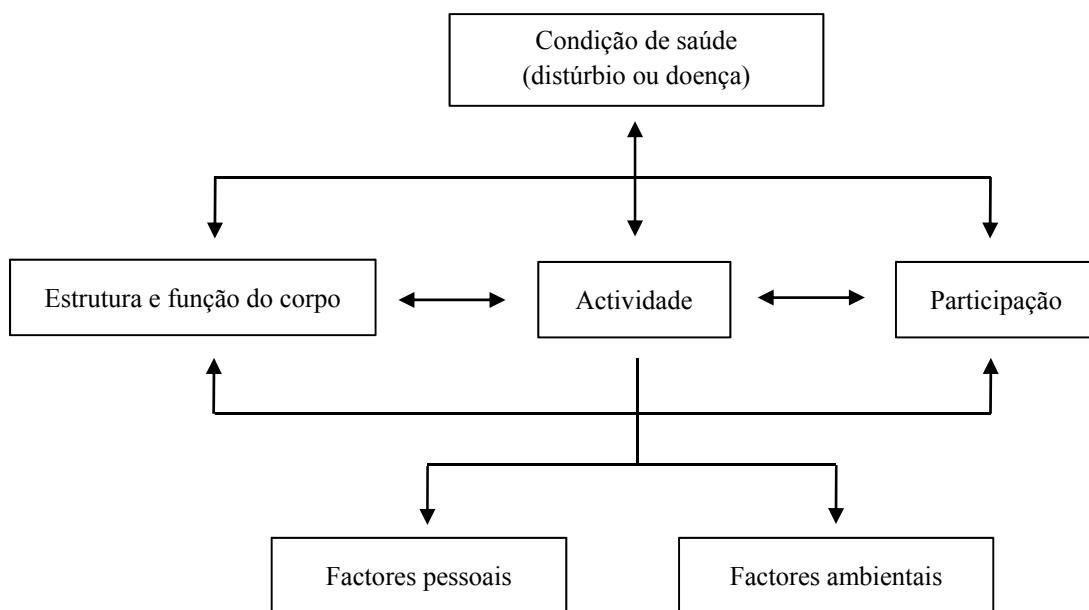


Figura 1. Esquema das interações entre os componentes da CIF
Adaptado da Organização Mundial de Saúde (2004): 20.

Segundo Imrie (2004), esse pormenor vem enfatizar a interacção entre o corpo, a pessoa e os factores sociais e ambientais que determinam o conteúdo da incapacidade. Ao fazê-lo, a CIF nota que a compreensão da funcionalidade e da saúde envolve uma incorporação de ideias, não só da informação biológica mas também da sociológica. Há

assim um compromisso desta classificação para uma abordagem pluralista e consensual, procurando atravessar as divisões e as diferenças entre as disciplinas que, em conjunto, têm muito a oferecer para a compreensão do funcionamento humano e da saúde.

2. A criança e a antropologia

As crianças têm sido motivo de análise desde os primeiros dias da escrita antropológica. Foi através da percepção da infância que os primeiros antropólogos britânicos como Edward Tylor, John Lubbock e C. Staniland Wake examinaram a natureza da sociedade humana e o seu desenvolvimento (Montgomery, 2009).

Um dos primeiros trabalhos especificamente dedicados à criança foi escrito em 1906 por Dudley Kidd e intitulado: “*Savage Childhood: A Study of Kafir Children*”. Aí foram examinados aspectos das crianças kafir na África do sul, nas quais Kidd encontrou algum encanto e interesse, características que teriam desaparecido nos indivíduos adultos (Montgomery, 2009).

Segundo Montgomery (2009), Franz Boas também deu uma contribuição pertinente para a antropologia, argumentando que as crianças seriam fontes válidas de informação e uma das formas nas quais o impacto de factores ambientais podia ser observado nas populações humanas.

O interesse de Franz Boas nas crianças terá tido uma influência profunda numa das suas estudantes mais famosas – Margaret Mead. Também ela veio a ser uma figura proeminente no estudo antropológico da criança, sendo particularmente conhecidos os seus estudos dos Samoa e do Pacífico Sul. À semelhança do seu mentor, Margaret Mead via as diferenças entre as pessoas como cultural e não biológica. Dedicou a sua atenção sobretudo para as crianças e jovens, olhando para a forma como eram criados e os

efeitos que a sua educação tinha nas suas personalidades e comportamentos como adultos (Montgomery, 2009).

Apesar de ter sido alvo de severas críticas pela sua metodologia e também pela sua interpretação, Margaret Mead permanece como uma das primeiras antropólogas a levar as crianças a sério em investigação.

Charles Stafford (1995) também deixa o seu marco com um estudo interessante sobre a infância das crianças em Angang - “*The roads of Chinese Childhood: learning and identification in Angang*”. Aí, Stafford verifica o modelo de virtude e moralidade que a escola e os professores representam para os seus alunos. Os professores, além de educar e disciplinar, são considerados os membros mais respeitados da sociedade. Em suma, o trabalho do autor sobre as crianças chinesas analisa sobretudo a importância da aprendizagem na construção da identidade.

Igualmente pertinentes foram as contribuições de Christina Toren para a antropologia, com os seus estudos sobre cognição infantil nas ilhas Fiji (Toren, 1990). Através delas, Toren afirma que é necessário olhar para as ideias dos adultos e das crianças para compreender o processo de socialização, não apenas na infância, mas ao longo de todo o ciclo de vida.

Por fim, há que dar ênfase à monografia desenvolvida por Nunes (1999) sobre a sociedade das crianças A’uwe-xavante. Aqui, a autora descreve como é importante compreender a forma como as crianças desenvolvem laços que reflectem traços das suas personalidades e sobretudo como “*a actuação das crianças não é uma mera extensão da dos adultos*” (Nunes, 1999: 135).

Embora existam muitas referências à criança na área da antropologia, não existe uma vasta bibliografia no que se refere à criança com deficiência ou incapacidade. Das poucas referências encontradas, destaco o artigo da antropóloga norueguesa Aud Talle

(1995) sobre incapacidade em crianças Maasai, no Quênia. Aí é possível constatar que para os Maasai, o nascimento de uma criança com incapacidade não é culturalmente definido como uma crise, e as pessoas com deficiência são integradas o mais possível na rotina diária da comunidade.

“It is part of life’s experience. The Maasai seem to have institutional and cognitive instruments for coping with such a situation, and thus, while making the difference, they normalize it” (Talle, 1995: 71).

3. O contexto escolar

3.1. Da segregação à inclusão escolar

Embora de uma forma sucinta, parece essencial dar uma visão generalizada da forma como se tem processado ao longo do tempo o atendimento a pessoas com deficiência ou incapacidade. Esta abordagem histórica divide-se em três épocas: uma primeira, em que a sociedade era pouco sensível à diferença; uma segunda, em que surge a Educação Especial entendida como o cuidado com a assistência prestada a indivíduos com deficiência e caracterizada por decorrer num ambiente separado da educação regular; e uma última etapa, a que nos encontramos actualmente, em que há uma nova abordagem do conceito de deficiência e da prática da Educação Especial.

As sociedades antigas caracterizavam-se pela ignorância e rejeição do indivíduo deficiente. Nessa época, o infanticídio era normal quando se observavam anormalidades nas crianças. Posteriormente, durante a Idade Média, a Igreja condenou o infanticídio, mas alimentou a ideia de que as anormalidades de que as pessoas padeciam, eram devidas a causas sobrenaturais. Já no séc. XVII, os deficientes eram internados em orfanatos, manicómios ou prisões, ali ficando junto dos delinquentes e pobres, indiscriminadamente (Jiménez, 1997b).

Só no séc. XVIII, durante o período Iluminista, é que surgiu a ideia de educação ou reeducação das pessoas com deficiência (Whyte, 1995).

Entre as primeiras experiências positivas podemos citar Charles Michel de L'Épée, que fez um trabalho pioneiro em linguagem gestual para surdos-mudos (Stiker, 1999). Também Valentin Haüy criou em Paris um instituto para crianças cegas. Entre os seus alunos encontrava-se Louis Braille, que mais tarde viria a criar o famoso sistema de escrita Braille (Jiménez, 1997b).

Mais tarde, no séc. XIX, Jean-Marc Itard foi considerado o precursor da educação especial, pela sua acção junto de Víctor, a criança encontrada nos bosques de Aveyron, França, portadora de uma deficiência mental profunda. Itard passou de uma fase de entusiasmo, para uma fase de desilusão, ao constatar a impossibilidade de cura de Víctor (Correia e Cabral, 1997a). O interesse no menino “selvagem” reflectiu a preocupação de encontrar na educação uma forma de desenvolver as capacidades dos deficientes. Foi assim que se iniciou a era da institucionalização especializada de pessoas com deficiência (Jiménez, 1997b).

O séc. XX, mais concretamente a década de 70, caracterizou-se pelo início da obrigatoriedade e expansão da escolarização básica (Marcos, 2009). Descobriu-se que muitos alunos, sobretudo os que apresentavam determinadas deficiências, “*tinham dificuldade em seguir o ritmo normal da classe e conseguir um rendimento igual ao das restantes crianças da sua idade.*” (Jiménez, 1997b: 24).

No relatório Warnock (Warnock, 1978), apareceu pela primeira vez o termo necessidades educativas especiais (*special educational needs*) (Jiménez, 1997a). Posteriormente iniciaram-se em Portugal experiências de colocação de alunos com deficiências, sobretudo de tipo motor e sensorial, nas escolas regulares (Rodrigues, 2001). Para que a frequência e aproveitamento destes alunos fosse possível, foram

criados serviços de apoio à integração, nomeadamente equipas de professores de ensino especial e serviços de psicologia (Rodrigues, 2001; Sanches e Teodoro, 2006).

A “escola integrativa”, ou seja, a escola em que se integram alunos com necessidades educativas especiais, foi considerada por Rodrigues (2001) como a primeira sensibilização do sistema de ensino para a diferença. Em Portugal, essa mudança manifestou-se pela publicação do Decreto-lei 319/91, que revelaria as alterações e adaptações curriculares a ser feitas ao abrigo da dita “escola integrativa” (Decreto-Lei n.º 319/91).

Segundo Correia e Cabral (1997b), o termo “integração” tem a sua origem no conceito de “normalização”, aproximando-se de um meio menos restritivo a fim de integrar – física, social e pedagogicamente - a criança com deficiência na escola regular.

Em suma, enquanto na escola tradicional a diferença era proscrita para uma escola especial, na escola integrativa, procurou-se responder à diferença desde que ela tivesse um parecer médico-psicológico. No entanto, apesar de esta ter alertado o ensino tradicional para a diferença, ficou “*aquém do objectivo de integrar todos os alunos conseguindo, quando muito, resultados na integração de alunos com alguns tipos de deficiência*” (Rodrigues, 2001: 18).

A proclamação da “Declaração de Salamanca” reflectiu a mudança de paradigma da escola integrativa para a escola inclusiva (Rodrigues, 2001), reclamando a necessidade de criar “*escolas para todos - instituições que incluam todas as pessoas, aceitem as diferenças, apoiem a aprendizagem e respondam às necessidades individuais.*” (UNESCO, 1994: iii).

Assim, a educação deixa de ser só para alunos com condições de deficiência encontradas numa lógica médico-psicológica, mas passa a englobar alunos com qualquer

necessidade especial, conceito que engloba, desde o relatório de Warnock, todos os tipos e graus de dificuldades que se verificam em seguir o currículo escolar (Rodrigues, 2001).

Todavia, embora a escola inclusiva procure desvincular-se de um diagnóstico médico, este continua a ser determinante nas decisões administrativas e até no discurso e práticas dos professores (Sanches e Teodoro, 2006).

3.2. A criança com necessidades educativas especiais

Pelo menos uma em cada dez crianças, durante o seu percurso escolar, precisa de um apoio específico que tenha em conta as suas necessidades e interesses. Neste contexto, a escola regular deve proporcionar as condições adequadas para que o ensino da criança com necessidades educativas especiais se forme no mesmo ambiente da criança dita “normal” (Correia, 1997).

Apesar de o conceito de necessidades educativas especiais (NEE) ter surgido a partir do relatório Warnock (1978), em Portugal só com a Declaração de Salamanca é que vemos o conceito ser verdadeiramente definido:

“A expressão necessidades educativas especiais refere-se a todas as crianças e jovens cujas carências se relacionam com deficiências ou dificuldades escolares. Muitas crianças apresentam dificuldades escolares e, conseqüentemente, têm necessidades educativas especiais, em determinado momento da sua escolaridade.” (UNESCO, 1994: 6).

Porém, segundo a DGIDC, o paradigma da “escola para todos” levanta um problema fundamental:

”A questão-chave é como rentabilizar de forma eficaz os escassos recursos da educação especial em prol dos que necessitam de maior apoio e intervenção.” (DGIDC, 2008: 91).

De facto, a elegibilidade para obter recursos fundamenta-se no diagnóstico certificado pelo profissional de saúde. Assim acautelam-se recursos e assegura-se que todos os que têm acesso a eles respondem aos critérios de elegibilidade.

“Em primeiro lugar, os recursos devem ser orientados para a adaptação do sistema regular de ensino e não para os indivíduos com necessidades especiais. Em segundo lugar, a abordagem inclusiva não pressupõe rotular alunos, sendo por isso necessário construir meios alternativos para oferecer serviços aos que mais deles necessitam.” (DGIDC, 2008:91).

Contudo, em muitas situações, os recursos financeiros continuam a ser afectados com base em categorias de deficiência e rótulos. É talvez pela compreensão da limitação dos recursos escolares e da necessidade de construir meios alternativos que surgiu o conceito de necessidades educativas especiais de carácter permanente:

“Consideram-se alunos com necessidades educativas especiais de carácter permanente os alunos que apresentem incapacidade ou incapacidades que se reflectam numa ou mais áreas de realização de aprendizagens, resultantes de deficiências de ordem sensorial, motora ou mental, de perturbações da fala e da linguagem, de perturbações graves da personalidade ou do comportamento ou graves problemas de saúde.” (Decreto-Lei n.º 6/2001: 261).

Através deste conceito procura-se limitar os apoios especializados para os alunos com limitações significativas. Porém, como já foi discutido anteriormente, a questão da “escola para todos” é complexa e continua a levantar problemas. É por isso que a DGIDC (2008) reforça a ideia da necessidade de uma abordagem biopsicossocial para fundamentar as NEE:

“Para que se efective uma avaliação compreensiva das necessidades é fundamental que esta se baseie num modelo holístico do desenvolvimento humano.” (DGIDC, 2008:92).

O modelo escolhido para fundamentar essa necessidade, foi precisamente a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Assim sendo, os objectivos, conceitos e ideias anteriormente referidos culminaram num último documento legislativo, o Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. Este passou a ter em conta o conceito de “escola inclusiva”, o modelo biopsicossocial, e utilizou a CIF como “*quadro de referência para fundamentar as necessidades educativas especiais*” (DGIDC, 2008: 92).

3.3. O processo de referenciação e avaliação

O Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, actualmente em vigor, pressupõe a referenciação das crianças e jovens que eventualmente possam vir a necessitar de respostas educativas no âmbito da educação especial.

Após a referenciação, compete ao conselho executivo solicitar ao Departamento de Educação Especial e aos serviços técnico-pedagógicos de apoio aos alunos a avaliação das crianças e jovens referenciados e a elaboração do respectivo relatório técnico-pedagógico (DGIDC, 2008).

Esse relatório deverá indicar “*as razões que determinam as necessidades educativas especiais do aluno e a sua tipologia, designadamente as condições de saúde, doença ou incapacidade*” (Decreto-Lei n.º 3/2008: 156).

A avaliação tem como objectivo recolher informação que permita verificar se o aluno está perante uma situação que exija uma avaliação especializada. Esse processo está patente na Figura 2. Como se pode observar, existe uma discrepância entre os alunos elegíveis para uma avaliação especializada, e os alunos que são encaminhados para os outros recursos existentes na escola.

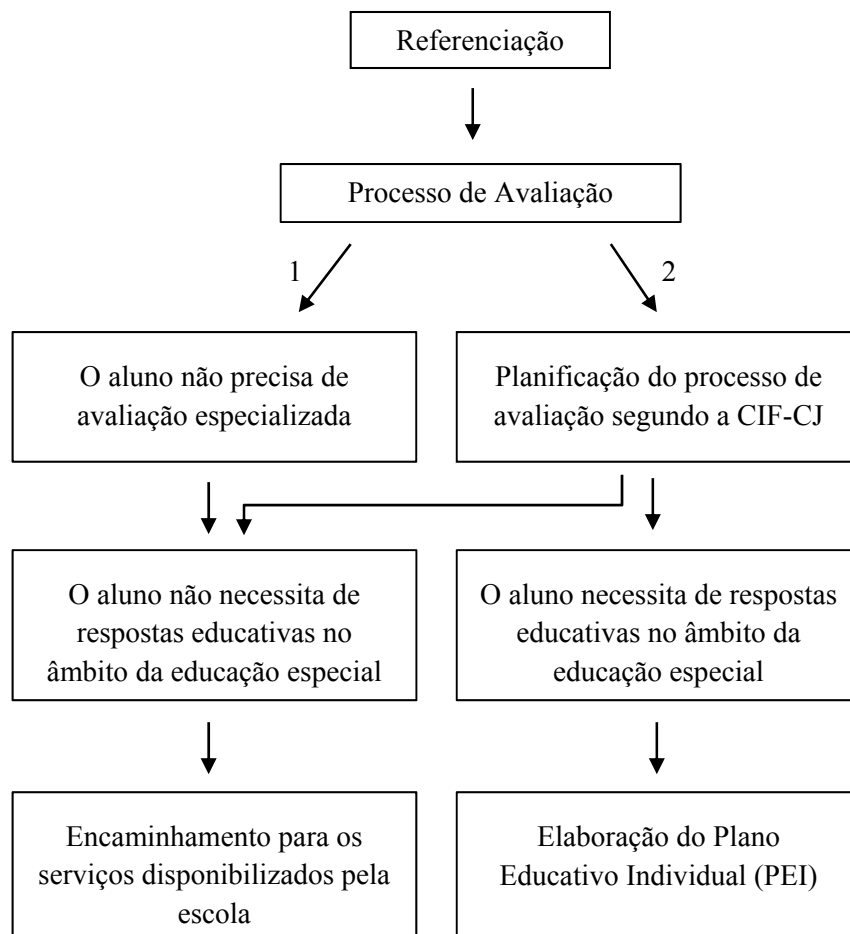


Figura 2. Fases inerentes ao processo de referenciação e avaliação
Adaptado de DGIDC (2008): 24.

Estes últimos não estão sujeitos a um diagnóstico e avaliação exaustivos, nem carecem de um apoio especializado.

Nos casos em que há necessidade de uma avaliação especializada, o conselho executivo da escola pode solicitar a intervenção de vários técnicos, e inclusivamente os serviços de saúde.

O objectivo é criar uma equipa pluridisciplinar que avalie as necessidades específicas de cada aluno. Segundo a DGIDC (2008), a avaliação deverá ter sempre a

CIF-CJ² como referência, contemplando os componentes de funcionalidade e incapacidade, assim como os factores contextuais.

Depois de identificar os aspectos em que a avaliação da criança incide, define-se quem vai avaliar as diferentes categorias, assim como os instrumentos serão utilizados. Com a ajuda de uma *checklist*³ (ver anexo 4), é elaborado um relatório técnico-pedagógico onde se identifica o perfil de funcionalidade do aluno tendo em conta os aspectos da CIF: actividade e participação, funções e estruturas do corpo assim como a descrição dos facilitadores e barreiras que influenciam essa funcionalidade (rever Figura 1).

Finalmente, o relatório normalmente deverá esclarecer as razões que determinam as necessidades educativas especiais e as medidas educativas a adoptar, que servirão de base à elaboração do Programa Educativo Individual da Criança (PEI) (DGIDC, 2008).

Conhecer o processo de referenciação e avaliação de uma criança com deficiência, revelou-se fundamental para, no decurso desta investigação, saber até que ponto o professor está dependente do diagnóstico médico para avaliar o seu aluno e quais as dificuldades que decorrem dessa apreciação.

² CIF-CJ, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para Crianças e Jovens, representa a tradução da DGIDC (2008) para a *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version* (World Health Organization, 2007). Actualmente não existe uma tradução deste documento para português.

³ A *checklist* em anexo representa a tradução da DGIDC (2008) da versão original da *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version* (World Health Organization, 2007).

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

1. Planeamento

Em termos metodológicos, a elaboração desta investigação, atendeu, numa primeira fase, a uma pesquisa contínua de livros, artigos e textos sobre o tema proposto. Esses documentos, alguns de uma forma directa, outros de forma indirecta, auxiliaram na compreensão da temática e na integração do objecto de estudo.

Tendo em conta o tema proposto, considerei que seria pertinente optar por um estudo de caso, uma vez que se trata de uma abordagem metodológica adequada para compreender e descrever um ambiente complexo no qual estão simultaneamente envolvidos diversos factores (Yin, 2003).

Como refere Cohen *et al.* (2011), um estudo de caso confere um exemplo único de pessoas reais em situações reais, permitindo aos leitores compreender as ideias de uma forma mais clara do que apresentar-lhes princípios ou teorias abstractas. Aliás, os estudos de caso podem aprofundar as situações de formas que nunca estariam susceptíveis numa análise numérica.

Outro factor que pesou a favor do estudo de caso foi o facto de não haver um grande acervo bibliográfico sobre o tema. Apesar de a deficiência ser um tópico de larga complexidade e poder ser visualizado sobre inúmeras perspectivas, desconhecem-se muitos pormenores sobre o papel que o diagnóstico médico representa na elegibilidade da criança com necessidades educativas especiais.

Assim sendo, a tónica neste estudo de caso foi dada à exploração e à interrogação. Não houve pretensão de testar teorias ou descrever pormenorizadamente a situação. O tema que se apresenta em estudo é tão extenso que seria ingénuo reclamar respostas em tão curto espaço de tempo.

Num cenário educativo onde se encontram crianças com necessidades educativas especiais, há que atender a características particulares: diferentes tipos de incapacidade surgem a partir de diferentes etiologias, alunos com diferentes tipos de incapacidade têm necessidades de aprendizagem diferentes e devem ser estabelecidos métodos particulares para cada tipo de incapacidade (Yin, 2003).

É essa a conveniência do estudo de caso para esta investigação: há o reconhecimento de que existem muitas variáveis a actuar num único caso. Dessa forma, para descobrir as implicações dessas variáveis, é necessário recorrer a mais do que uma ferramenta de recolha de dados.

Segundo Cohen *et al.* (2011), os estudos de caso são bastante ecléticos nos tipos de dados que são utilizados, evidenciando várias fontes como documentos, entrevistas, observação directa ou observação participante. Essa característica distinguiu o método, transformando-o, a meu ver, na forma mais adequada de abordar o tema proposto.

Definido o método, foi escolhido o local de estudo, um agrupamento de escolas na zona metropolitana de Lisboa, o qual escolhi nomear como *Agrupamento Beta*. A selecção do local teve como único critério a proximidade da residência da investigadora, uma vez que teria maior facilidade de acesso e deslocação.

Uma vez escolhido o local, considerei necessário que no processo de recolha de dados fosse utilizada a entrevista semiestruturada. Para esse efeito foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (ver anexo 1) assim como dois guiões de entrevista, um adaptado aos docentes (ver anexo 2) e outro adaptado ao psicólogo (ver anexo 3).

Ao optar pela elaboração de um termo de consentimento, o objectivo foi preservar a ética e os direitos dos entrevistados. Sendo a deficiência um tema tão sensível era absolutamente premente elaborar um documento que preservasse os interesses pessoais

de cada indivíduo. Nos guiões de entrevista, a opção pela entrevista semiestruturada surgiu sobretudo porque o esboço das perguntas permite uma sistematização dos dados para cada entrevistado (Cohen *et al.*, 2011).

Os guiões de entrevista foram estruturados em três partes: formação profissional (parte A), informação médica (parte B) e condicionantes e consequências (parte C).

Na parte A pretende-se obter um perfil do entrevistado, tendo em conta a sua formação académica, a experiência com crianças com necessidades educativas especiais e a familiarização com a CIF.

Na parte B procura-se caracterizar todo o contexto em que se desenrola a informação médica: quais os intervenientes, qual o tipo de linguagem utilizada e quais as motivações.

Finalmente, a parte C procura identificar se há condicionantes relativamente ao diagnóstico médico, e qual o papel que este representa para os entrevistados.

Os elementos escolhidos para ser entrevistados foram os profissionais na área educativa que acompanhavam crianças com necessidades educativas especiais, nomeadamente professores de educação especial, directores de turma (2º e 3º ciclo), professores titulares de turma (1º ciclo) e psicólogos.

Estes elementos foram seleccionados por serem os principais intervenientes na avaliação, processo e acompanhamento de crianças em idade escolar com necessidades educativas especiais.

Findo o planeamento do trabalho, procurei formalizar todos os elementos necessários à integração no agrupamento de escolas. Efectuados os requisitos burocráticos, foi finalmente autorizada pela Direcção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC), a realização do trabalho de campo e as

respectivas entrevistas. No entanto, era requerida uma última autorização por parte da direcção do agrupamento. Feito o respectivo contacto, foi iniciado o trabalho de campo.

2. O trabalho de campo

2.1. Recolha de dados

Tendo em conta os objectivos deste estudo foi necessário localizar um público-alvo. Este foi constituído por professores de educação especial, psicólogo e docentes que tinham na sua direcção de turma alunos com necessidades educativas especiais.

De modo a satisfazer esta última condição decidi contactar o director do *Agrupamento Beta*, atendendo a que este me facilitaria o acesso directo aos professores. Após a explicação acerca do trabalho a desenvolver e do que pretendia implementar, foi-me concedida, de imediato, a devida autorização para realizar as entrevistas junto dos docentes. Foi feito o contacto com a coordenação do ensino especial, a partir da qual tive acesso à informação necessária.

Consequentemente optei por fazer uma abordagem pessoal a cada um dos indivíduos, os quais se disponibilizaram de uma forma aberta a participar neste estudo.

Foram realizadas trinta e cinco entrevistas, que tiveram início no dia 3 de Março de 2011 e terminaram no dia 17 de Junho de 2011. Dos trinta e cinco entrevistados, um era psicólogo, sete eram professores de educação especial, doze eram directores de turma e catorze eram professores titulares. Surgiu também a oportunidade de entrevistar um professor regular sem direcção de turma, também pertencente ao agrupamento.

Com cada um dos entrevistados foi feita uma breve conversa e explicação do domínio do estudo, assim como entregue o termo de consentimento (ver anexo 1) para assinar. Todas as entrevistas foram gravadas, com a excepção de uma. Nesse caso foram registadas num caderno todas as anotações de resposta.

Além das entrevistas, foi também relevante todo o tipo de conversas informais que fui mantendo com os professores em contexto escolar. Elaborei também um diário de campo, onde registei todas as informações, relatos e contactos que fui estabelecendo com os elementos do agrupamento.

É de destacar a atenção disponibilizada por todos os professores e funcionários, e a amabilidade com que fui recebida. À medida que fui realizando este trabalho, outras pessoas foram sendo envolvidas, desempenhando um papel extremamente importante, ainda que não contribuindo de uma forma directa para o estudo.

2.2. Tratamento dos dados

Os dados recolhidos através das entrevistas foram analisados tendo em conta que a tarefa de análise implica, num primeiro momento, a organização de todo o material, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes.

Tendo em conta o modelo do guião de entrevista adoptado, em primeiro lugar foi feita uma análise comparativa de respostas dos mesmos sujeitos (grupo de professores de educação especial, por exemplo), assim como de diferentes sujeitos entre si (professores, professores de educação especial e psicólogo).

Procurou-se também que a análise de dados não se restringisse apenas ao implícito no material, pelo que se pesquisaram assuntos contraditórios ou temas sistematicamente omitidos.

Assim, em relação aos professores, analisaram-se os termos e expressões mais frequentemente utilizados, as pausas e os assuntos que provocaram risos ou sinais evidentes de constrangimento nos entrevistados.

Além disso, foram definidas categorias utilizadas para a classificação dos dados e realizada uma análise de conteúdo. A codificação dos dados foi feita tendo como ponto de partida a informação médica e todos os conceitos que lhe estão associados.

No auxílio deste tratamento de dados, utilizou-se um programa de análise qualitativa denominado NVivo7. O programa em si não efectuou a análise mas facilitou bastante a comparação dos dados e a procura de palavras. Como afirma Cohen *et al.* (2011), a utilização deste tipo de programas é particularmente eficaz quando se trata um grande número de dados, podendo o investigador codificar, comparar, estabelecer ligações e anotações à medida que vai examinando os dados. De facto, essa análise constitui uma fase bastante morosa, e uma aplicação desta natureza representa uma mais valia no trabalho em questão.

CAPÍTULO IV - RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. O percurso no terreno

Este é um estudo no domínio da antropologia médica. O relato que será feito daqui em diante é situado no *Agrupamento Beta*. Este é constituído por quatro escolas: uma escola do 2º e 3º Ciclo, que representa a sede do agrupamento, e três escolas do 1º Ciclo. É considerado um agrupamento de referência para alunos cegos e com baixa visão, uma vez que aí concentra meios humanos e materiais para oferecer uma resposta específica a esses alunos.

Durante cinco meses, dirigi-me às escolas do agrupamento durante várias vezes por semana. Não tinha nenhum sistema de identificação, mas até haver alguma familiarização com o meio, resistiu sempre uma necessidade de me identificar e justificar o que vinha fazer, ou com quem vinha falar.

Os primeiros dias em campo foram revestidos com um misto de ansiedade e nervosismo. A esses sentimentos prevaleceu talvez o entusiasmo por realizar o primeiro trabalho no terreno.

Dirigi-me à sede do agrupamento para falar com o director e explicar-lhe o meu propósito: investigar o papel do diagnóstico médico na resposta educativa das crianças com necessidades educativas especiais. Apresentei-me como alguém exterior, tendo recebido uma formação base em biologia e estando agora a dar os primeiros passos na antropologia. Essa área desde logo suscitou interesse ao director, pelo desconhecimento do que envolvia. Infelizmente, a ignorância pela antropologia e os seus domínios de estudo foi uma constante durante todo o percurso no terreno.

Os meus planos de investigação interessaram a algumas pessoas, e deixaram outras com algum cepticismo. Outras simplesmente foram indiferentes. Mas eventualmente, através de algumas questões, fui sendo reencaminhada para as pessoas indicadas ao estudo.

Durante muitas manhãs e tardes, abordei professores do ensino regular e professores de educação especial. A maioria dos indivíduos que entrevistei ou com quem conversei eram mulheres, o que confesso me deixou mais à vontade.

Na escola, os docentes não estão habituados a ser observados, ou a encontrar alguém estranho no seu ambiente escolar. Na parafernália escolar, no meio de toda a confusão de professores, alunos, funcionários, pais ou técnicos, todos se conhecem. E há uma segurança proveniente desse facto. Sobretudo porque não é qualquer pessoa que entra no agrupamento. Todas as escolas estão fechadas. Na sede, à entrada, existe um dispositivo de identificação, que permite abrir ou fechar o portão a quem é do meio escolar. Desse modo, de agentes externos, só poderá entrar na escola quem se identifique perante o auxiliar à entrada. Esse pormenor à partida, embora razoável e justificável num meio onde estão crianças e se zela pela segurança, criou-me algum desconforto. Nunca pude realmente pertencer àquela comunidade, e sentir a minha presença como aceite. Ninguém sabia quem eu era, nem sabia ao certo o que eu estava a fazer ali. Um estudo, uma investigação. Para alguns eu era “a estagiária”.

Assim sendo, as circunstâncias foram sempre facilitadas quando era apresentada por alguém do meio. O director, um professor, ou até um auxiliar que me via diversas vezes e já conhecia os meus propósitos. “*Então com quem vem falar hoje?*” – Dizia-me a auxiliar.

Procurei ter sempre algum cuidado em não interromper os professores nas suas tarefas educativas, o que se manifestou particularmente mais difícil na escola do 2º e 3º Ciclo do que nas restantes escolas do agrupamento. Esse foi um dos primeiros pormenores que verifiquei no decurso das entrevistas. Talvez por no 2º e 3º Ciclos já não nos depararmos com a monodocência, nota-se uma certa inquietação na forma como os docentes gerem o seu tempo.

De qualquer forma, tentei sempre abordar os professores nos intervalos escolares e marcar as entrevistas para uma altura que lhes fosse conveniente. Na generalidade dos casos as entrevistas foram realizadas em horários de atendimento, pós-lectivas, ou então nos intervalos.

Em cada escola a entrevista ocorreu de forma diferente. Em algumas ocasiões houve oportunidade de colocar os professores de várias turmas em diálogo, havendo mesmo alguns professores que me apresentavam a outros colegas e lhes comunicavam sobre a minha investigação. Em contrapartida, alguns professores mostraram reticências em ser entrevistados, pelo sigilo da informação referente aos seus alunos.

Durante a realização das entrevistas procurei sempre respeitar a vontade e a disponibilidade dos entrevistados e registei no meu diário de campo todos os aspectos que considerei relevantes: expressões, atitudes ou interrupções.

Apesar de ter um guião de entrevista para me orientar, não me coibi de fazer perguntas que considerei necessárias ou pertinentes para aprofundar o ponto de vista do entrevistado.

2. A realização das entrevistas

A realização das entrevistas começou na sede do agrupamento. Achei que seria pertinente começar por aí, já que é o que estabelecimento que gere os restantes, e onde se centram as decisões administrativas.

O edifício principal é o que concentra os recursos fundamentais da escola: a secretaria, o gabinete do serviço de psicologia e orientação (SPO), a sala de professores, a biblioteca, a sala dos directores de turma, a reprografia e o núcleo de apoios educativos (NAE). É portanto um local de convergência de tudo o que se passa na escola e onde se centram todas as decisões. Foi nesse edifício que passei a maior parte

do meu tempo, desde a conversa com o director, às entrevistas que realizei. Por ser um edifício central, permitiu-me ter uma perspectiva muito diversa da dinâmica da escola. Desde episódios com alunos a conversas informais com professores.

No final de Fevereiro, o director apresentou-me à Dra. Vera (nome fictício; todos os nomes utilizados durante esta dissertação são inventados), a professora de educação especial. Dizia ele que era a pessoa indicada para me ajudar. Quando a conheci, ela estava a dar apoio numa aula. Por entre os rostos curiosos das crianças, surgiu com um sorriso no rosto. Quando me apresentei e lhe contei o objectivo do meu estudo, revelou bastante interesse e mostrou-se desde logo disponível. Combinámos encontrar-nos na semana seguinte.

Devo dizer que foi o contacto mais pertinente, pois permitiu-me estabelecer o elo de ligação com tudo o resto. Como distinguir que professor entrevistar? Tinha que começar pelo critério principal: as crianças com necessidades educativas especiais. A Dra. Vera deu-me uma perspectiva. Neste agrupamento, 85 crianças têm necessidades educativas especiais de carácter permanente. E estão constantemente a surgir novas referências, “*tenho ali mais umas quantas para avaliar*” – diz-me a professora.

Acabei por ter uma lista das turmas que tinham alunos com necessidades educativas especiais e dos respectivos directores de turma. Através dos seus horários de atendimento, pude finalmente começar as entrevistas.

No final de Abril, decidi prosseguir para as restantes escolas do agrupamento. Falei com o director acerca da minha integração nessas escolas, uma vez que aí seria ainda um rosto estranho. O Dr. Afonso tranquilizou-me, dizendo que me daria os nomes dos respectivos coordenadores de estabelecimento. Estendeu-me um postal timbrado com o símbolo do agrupamento, onde tinha anotado os nomes a lápis. “*Diga-lhes que eu dou autorização*”. Aí o poder da palavra abriu todas as portas.

Em todas as escolas do 1º Ciclo, notei uma grande diferença no espaço: menos austero e mais acolhedor. Também as crianças foram mais ingénuas e curiosas. Com algumas criou-se uma familiaridade quase instantânea. Transposta a porta principal, a minha presença era alvo de interesse.

O contacto com os professores também foi um pouco diferente. Fui apresentada a todos os docentes e aí quebrou-se o desconforto que aflui normalmente de uma presença desconhecida. Esta foi a principal experiência que o trabalho em campo me transmitiu. Poderia discorrer sobre inúmeros episódios que vivenciei no espaço escolar, e que sem dúvida enriqueceram a minha visão da comunidade educativa. No entanto, relatá-los aqui seria fugir ao tema central. Passemos então aos resultados das entrevistas.

3. Percepções dos sujeitos

No término das entrevistas, comecei a ter uma perspectiva muito mais específica de como a informação é modelada no meio escolar. Acima de tudo apercebi-me das dúvidas, dificuldades e inconsistências que os docentes revelam na forma com que lidam com uma criança com necessidades educativas especiais.

Da análise de conteúdo das entrevistas, reuni uma série de ideias que considerei serem as mais pertinentes para a questão inicial. Começo por me debruçar sobre a informação médica que está disponível aos docentes, a forma como a interpretam e a importância que adquire no seu trabalho lectivo. Abordo também a conveniência de a informação médica ser ou não actualizada e quem tem um contacto mais constante com o médico. De seguida faço uma pequena reflexão sobre o tema da medicalização, que foi sempre uma ideia presente desde o início da investigação, e que foi ganhando alguma forma e contexto.

Dou também algum relevo ao papel dos encarregados de educação, que são muitas vezes veículos de informação mas parecem não suscitar a confiança dos professores.

A CIF, documento que surge em consequência da actual legislação, parece também motivar algumas acções e trazer algumas condicionantes.

Finalmente debruço-me sobre a questão da heterogeneidade do sistema educativo e das implicações que essa diversidade traz para os docentes.

Findas estas exposições, espero que seja mais clara a percepção de como a minha questão inicial – o papel da informação médica na resposta educativa de crianças com necessidades educativas especiais – é pertinente e justifica de facto novos projectos e investigações.

3.1. A informação médica

Dos dados que pude reunir, a informação médica que está disponível aos médicos vem habitualmente sobre a forma de um relatório médico. Esse relatório geralmente é realizado por um médico especializado, ou então por técnicos que trabalham e apoiam a criança, como é o caso dos terapeutas da fala e dos terapeutas ocupacionais.

A informação surge em consequência de duas circunstâncias. Na primeira, a criança já foi diagnosticada precocemente por um médico e/ou terapeuta e quando chega à altura de entrar na escola, esse diagnóstico passa a constar do seu processo. A segunda possibilidade é haver uma referenciação de uma problemática da criança na escola, e ser pedido aos pais que levem a criança ao médico, fundamentando clinicamente essa problemática. Nesse prisma, o diagnóstico tem um peso significativo na categorização da criança como tendo necessidades educativas especiais de carácter permanente.

Durante as entrevistas, os docentes caracterizaram a linguagem dos relatórios médicos como “ambígua”, “difícil”, “genérica”, “limitada”, “vaga”, “insuficiente”,

“simplificada”, com muitas “divergências” e “pouca clareza”. Essa descrição da linguagem e das terminologias médicas mostrou o quanto, muitas vezes, a linguagem é impeditiva e dificulta o desempenho dos professores.

“Já tive relatórios em que de facto há uma terminologia muito clínica, e que às vezes para o nosso campo de actuação, não nos serve de muito.” (PT1).

Quando os docentes começaram a esclarecer o porquê dessas dificuldades, apercebi-me de que procuravam que o médico desse indicações acerca do que a criança pode ou não fazer num contexto pedagógico. Os exemplos mais explorados foram os da educação física:

“Não tem aquela preocupação de dar indicações, relativamente à educação física por exemplo, se o menino pode fazer isto e não aquilo e mais isto e não aqueloutro. Portanto não há essa parte pedagógica. No relatório clínico. Eventualmente se eu pedir, com algum esforço eles poderão enviar.” (PE1).

Assim o que o professor procura é não só uma validação da doença que o aluno tem, mas também uma “indicação” ou “pista” de como trabalhar as limitações da criança.

“Há relatórios que muitas vezes até apontam pistas para nos ajudar a lidar com problemas, há outros que são mais científicos” (DT5)

No entanto, de uma forma geral, os docentes afirmam que “*não há uma fórmula*” que os ajude no seu trabalho com a criança.

Este obstáculo é habitualmente corrigido pelo apoio dos professores de educação especial, que têm uma formação específica para lidar com as crianças com necessidades educativas especiais.

“Normalmente é depois o ensino especial, as professoras do ensino especial que esclarecem nos conselhos de turma.” (DT9).

Porém, também estes não sabem identificar “qual é a implicância, ou a consequência” que um determinado diagnóstico pode provocar. Dessa forma procuram “pesquisar” sobre o tema ou a problemática na tentativa de reconhecer as “consequências mais directas”.

A percepção mais vincada é de que as orientações do professor surgem sobretudo da sua experiência lectiva com a criança.

“Tem sido um bocado através do trabalho com eles. É uma aprendizagem constante, e adaptação àquilo que nós vamos vendo, se eles vão evoluindo ou não. Isso é que tem sido a minha aprendizagem com essas crianças. Cada caso é diferente. Trazemos sempre alguma experiência de casos anteriores, mas depois temos que adaptar à criança em causa.” (PT7).

Outro pormenor que achei pertinente, além da experiência lectiva, foi a menção à palavra “intuição”. Na concepção de alguns professores do ensino regular, a sua falta de formação para lidar com alunos com necessidades educativas especiais é colmatada por uma atitude intuitiva.

“Não tenho preparação nenhuma para trabalhar com casos de ensino especial. Mas é um bocado por intuição.” (DT5).

“Porque nenhum de nós tem formação para isso, ou teve formação para isso e a nossa resposta é um bocado intuitiva (...) ou se percebe o que é que falta ali no aluno ou não.” (DT8).

“Nós trabalhamos muito por intuição. Portanto, um aluno é limitado nas suas capacidades, porquê? Como é que nós damos a volta à coisa? O que é que nós temos que fazer? Não há nada que nos especifique isso. Somos nós professores que temos que tentar por várias estratégias até conseguirmos chegar lá.” (PT6).

“Nós muitas vezes fazemos por intuição. Porque somos capazes de estar a cortar conteúdos, porque entendemos que ele não é capaz, e ele até ser capaz.” (PE4).

Assim, é muitas vezes o contacto com o aluno que ajuda o professor a saber “gerir” determinadas dificuldades. Alguns referem, além da intuição, que trabalham um “bocadinho às apalpadelas”. Este facto pode ser devido à falta de formação que cada um destes professores assumiu ter sobre o tema. Segundo os docentes é difícil compreender quais das crianças têm realmente um “problema” ou uma “necessidade” e por isso mesmo necessitam ter um apoio médico.

“Ao longo destes anos todos eu não tive a mais pequena preparação, nem eu nem os meus colegas, para trabalharmos com estes alunos.” (DT7).

Reflectindo sobre as concepções dos docentes, é possível verificar que a educação construída por um diagnóstico é aquela que privilegia a “dificuldade” e o “problema”. Os professores analisam constantemente o conhecimento que os seus alunos ainda não têm ou que é diferente do convencional.

“Para eles terem o diploma no fim do terceiro ciclo, eles têm de ter determinados objectivos que foram alcançados, e às vezes nós não sabemos muito bem como é que podemos conseguir que os alunos cheguem lá.” (DT5).

Preocupa-me sobretudo, destas conversas com os docentes, que a única preocupação consista em encontrar “diagnósticos” que expliquem ou justifiquem a não aprendizagem. Urge saber se o diagnóstico é realmente procurado no sentido de uma acção efectiva, ou se este apenas existe como uma forma de cessar as preocupações e as angústias.

“Às vezes um aluno que está mais apático ou um aluno que tem dificuldades de aprendizagem, nós não conseguimos perceber muito bem se é por falta de trabalho, se é por falta de atenção, se é por algum problema médico que tenha. E portanto a maneira mais fácil de nós actuarmos é identificar e sinalizar os alunos para o ensino especial. Pronto, agora com a saída do 3 aquilo é um bocadinho, a malha é mais apertada e portanto os casos já não são assim aceites como eram antigamente. E portanto estou convencida que nós

teríamos muitos alunos que estavam catalogados, entre aspas, como sendo alunos com necessidades educativas especiais e que no fundo até nem seriam” (DT7).

Por isso a questão da elegibilidade das crianças com necessidades educativas especiais parece confundir-se por um lado com uma necessidade de validação do “problema” da criança por parte do médico, e por outro, uma incapacidade e uma “falta de preparação” para lidar com esses mesmos “problemas”.

O mais curioso acerca da questão da validação da informação do médico foi ter encontrado duas situações que revelam o extremo oposto. O professor está tão seguro que a criança tem um problema, que chega a discordar do diagnóstico do médico.

“Só conhecendo mesmo o aluno é que nós ficamos a perceber onde é que ele tem dificuldades ou não. E muitas vezes nem sequer concordo com o diagnóstico médico. Por exemplo no ano passado tive um menino tetraplégico e que dizia que ele cognitivamente era um aluno normal (...) só tinha problema de estar numa cadeira de rodas e não é verdade. Porque é um miúdo com treze anos com mentalidade de seis. E reage mal à autoridade e não conhece regras, e reage muito bem aos miminhos, e ao falar à bebé e etcetera. Portanto não concordei nunca com aquele relatório médico.” (DT8).

Noutra referência, a certeza foi de tal modo assertiva que se procurou uma segunda avaliação.

“Acho que foi insuficiente para aquilo que eu verificava no dia-a-dia com essa criança. O feedback que me foi transmitido, a avaliação que foi feita, eu acho que não correspondia totalmente àquela situação (...) Falei com o professor de ensino especial. Disse-lhe, transmiti-lhe que não concordava com aquela avaliação que tinha sido feita e vai ser feita uma segunda avaliação.” (PT5).

Finalmente, a clareza do diagnóstico e a procura de respostas também é procurada quando há necessidade de justificar aos pais da criança, qual é a problemática que o filho tem.

“E até muitas vezes para explicar aos próprios pais. Porque eles não percebem a linguagem do médico (...) eles próprios não entendem o que é que o filho tem. Alguns não percebem. E não percebem porque é que o filho tem determinadas dificuldades.” (PT6).

3.2. Actualização da informação médica

De uma forma geral, os docentes referiram que a informação médica “*não tem sido*” ou “*raramente*” é actualizada.

“Muitos deles é a informação que nós temos já, como lhe disse do primeiro ciclo.” (DT9).

“Só que nalguns casos é assim, é avaliado e depois aquilo acaba por ficar por ali e nunca mais se faz nada.” (PT2).

No entanto, essa actualização parece variar consoante a gravidade do caso. Pelo que me foi referido, há casos “*raros*” em que as crianças têm uma actualização médica de seis em seis meses, justificadas por serem casos mais “*bicudos*”. Aí as crianças vão à consulta e os docentes têm sempre um “*feedback*” da mesma. As crianças com problemáticas “*mais leves*” têm uma actualização menos frequente, que também está dependente do envolvimento dos pais no processo.

“Se o professor não pedir essa actualização, é muito pouco frequente. Se o professor não sensibilizar a mãe que é preciso o feedback da consulta.” (PE4).

A actualização da informação da criança também parece ser pertinente para justificar uma “*evolução*” da criança.

“Para estar sempre actualizado, porque a criança às vezes pode evoluir. Não precisa de estar sempre com todas as medidas. Podemos aumentar ou diminuir, de acordo com a evolução.” (DT1).

3.3. Quem contacta com o médico?

Dos dados retirados das entrevistas foi possível verificar que alguns docentes já efectuaram algum contacto com um médico, através de carta, *e-mail*, telefone ou mesmo pessoalmente. O contacto telefónico é o mais frequente. Normalmente a opção pelo contacto pessoal parte por uma disponibilidade do médico, e também por uma necessidade dos docentes em esclarecer alguns casos mais problemáticos.

De facto, quem comunica mais com o médico são o psicólogo e os professores de educação especial, que normalmente são os responsáveis pela avaliação especializada da criança e pela elaboração do relatório técnico-pedagógico. Os professores do ensino regular têm uma comunicação muito mais incipiente com os médicos, não deixando no entanto de valorizar a sua informação.

3.4. Medicalização da educação

O actual documento legislativo, o Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro, pressupõe a referenciação das crianças que eventualmente possam vir a precisar de respostas educativas no âmbito da educação especial.

Pelo que me foi dito pelos professores, essa referenciação habitualmente é feita pelos docentes, pelos encarregados de educação ou, em algumas ocasiões é feita mais precocemente por equipas de desenvolvimento.

Segundo um dos directores de turma, os pais são os primeiros a fazer uma avaliação, dizendo “*o meu filho tem qualquer coisa que o torna diferente dos outros*” (DT2).

Por outro lado, quando um professor referencia o aluno, muitas vezes o que o motiva é saber que “*o menino tem ali alguma coisa.*” (DT3). Algo na prática lectiva do

professor o leva a identificar um problema. No entanto, muitas das evidências relatadas pelos docentes levou-me a ponderar até que ponto certas atitudes comportamentais não se confundem com doenças.

“Por exemplo se nós detectamos como eu lhe disse um caso assim, de uma criança que está muito instável na sala de aula, nós fazemos uma referência.” (DT9).

Outras vezes, parece haver uma associação entre o insucesso escolar e uma necessidade educativa especial.

“Muitas vezes o insucesso escolar também poderá estar associado a alguma criança que tenha uma necessidade educativa especial e que não tenha sido ainda detectado.” (PT15).

Questiona-se se não haverá uma construção de falsas relações entre uma “doença” e a não-aprendizagem. Esta situação reporta-me às ideias de Moysés (1992), de que há um grave problema a nível educacional, onde se tenta encontrar em cada criança a nível individual uma “doença” que justifique o seu mau rendimento escolar.

Por outro lado, os docentes ao sinalizarem os problemas dos alunos, não se apercebem que muitas vezes ocupam a posição discursiva do médico, querendo curar em vez de educar. Procuram sucessivamente no diagnóstico médico “*as pistas*” ou as “*indicações*” para o que devem fazer e sente-se uma certa frustração e inquietação porque o diagnóstico, dizem os docentes, “*dá-nos os sintomas mas não nos dá os remédios.*” (DT7).

3.5. Os encarregados de educação

A posição dos encarregados de educação na transmissão de informação médica também representa um ponto interessante neste processo. Há que ter presente que

embora os docentes, os serviços de intervenção precoce, a segurança social ou qualquer serviço de saúde possam fazer a referenciação de uma criança, a família deverá ser contactada para autorizar o início do processo (DGIDC, 2008).

No entanto, segundo o relato dos professores, muitas vezes a avaliação da criança fica comprometida por falta de envolvimento dos pais.

“Porque nós próprios dizemos aos pais atenção, se alguma criança andar num médico especializado solicitem o relatório, que é para nós próprios termos também esse conhecimento.” (PT8).

Em determinadas situações, os pais não chegam a trazer nenhum documento médico e dão apenas uma informação verbal.

“Há uns pais que dizem só de boca, professor o meu filho está a ser acompanhado em tal sítio, e nós não temos nenhuma informação por escrito.” (PT8).

Outro dos aspectos referidos pelos docentes é a carência de informação veiculada pelos pais.

“Através dos pais vem sempre muito pouca informação, aliás os pais na maior parte das vezes omitem que o filho tem este ou aquele problema.” (DT3).

Essa falta de informação parece ser, segundo os professores, consequência de uma falta de aceitação ou reconhecimento de que existe um problema com a criança:

“Às vezes os pais não percebem que aquele filho tem ali determinado problema ou acham simplesmente que ele é preguiçoso. Portanto, isso até com os meninos normais acontece-me dizer ao pai, olhe ele tem estas negativas mas ele tem trabalhado, ele tem dificuldades, que os pais não aceitam. Aliás não é fácil aceitar que um filho tem problemas.” (DT3).

Outro assunto que me chamou a atenção durante as entrevistas aos professores foi a falta de confiança na informação que os próprios pais veiculam, que muitas vezes não *“é transmitida com fidelidade.”* (DT7). Às vezes essa rectidão na transmissão da

informação é de tal forma comprometida, que se opta por um acompanhamento do encarregado de educação às consultas médicas:

“Não há assim uma confiança total no encarregado de educação. E portanto a criança tem alguns problemas e um diagnóstico não específico e portanto eu achei que era aconselhável acompanhar o encarregado de educação para perceber até que ponto as informações que me chegavam eram verdadeiras.” (PE07).

Noutras situações, há uma dificuldade de aceitação dos encarregados de educação de que os seus filhos têm alguma incapacidade. Voivodic e Storer (2002) designam essa situação como um luto adjacente ao nascimento de uma criança disfuncional. Alguns docentes particularizam essa questão:

“No âmbito da educação especial os pais raramente conseguem fazer o luto. Porque é assim, existe um filho que é desejado, e que é imaginado, e depois existe o outro filho que é o real (...) No caso de uma criança com necessidades educativas especiais, especialmente naqueles casos mais pesados, há uma perda, não é? Há um sentimento de perda que não pode ser vivido socialmente não é? Que as pessoas sentem que não têm o direito. E pronto, é muito difícil de aceitar e de fazer esse luto. Eu acho que raramente encontrei pais que conseguissem ultrapassar isso.” (PE3).

3.6. A CIF

Quando questionados acerca da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), verificou-se uma grande discrepância entre o esclarecimento acerca deste documento por parte dos professores do ensino regular e por parte dos professores de educação especial.

De uma forma geral, todos os professores de educação especial tiveram formação sobre a CIF ou têm conhecimento e aplicam a classificação. No entanto, parece ser um documento cuja aplicabilidade gera incertezas:

“Ficam sempre algumas dúvidas, porque a própria forma de categorizar os valores da CIF não é fiável. Ou seja, eu posso dar uma ponderação 2 a um caso e um colega pode dar uma ponderação 3. Portanto é aí que há um pouco de dificuldade. Há uma dificuldade nas ponderações.” (PE1).

“Em relação à CIF, acho que é um bocado limitativa e incompleta, porque realmente tem lá a forma de discriminar cada um dos conteúdos mas não tem material prático para poder aplicar aquilo. Ou seja, fica um bocado ao critério e à opinião do professor” (PE2).

Contudo, a quase generalidade dos professores do ensino regular mostrou um desconhecimento total do documento. Este foi um pormenor que me fez alguma confusão, dado que a sua aplicabilidade está definida pelo actual Decreto-lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro.

Nos casos em que houve formação acerca da CIF, que se resumem basicamente aos professores de educação especial, parecem surgir dificuldades no preenchimento da CIF e na elaboração da *checklist* (ver anexo 4), uma vez que na maioria das vezes os médicos não colaboram no preenchimento das funções do corpo.

“Está-se a implementar nas escolas uma coisa que os médicos não estão a usar.” (PE6).

“Há tópicos da CIF que tem que ser o médico a preencher (...) se o médico preenchesse, estava subjacente que tinham sido feitos vários exames, vários testes (...) e portanto era uma avaliação muito mais fidedigna.” (PT4).

Também existem casos em que são os pais a influenciar o processo:

“Querem tanto que os meninos fiquem ao abrigo do 3/2008, que pedem logo ao médico que venha com a CIF feita, nem que paguem muito, mas pronto, vão logo ao médico e conseguem tudo logo detalhado” (PE1).

3.7. A heterogeneidade do sistema educativo

Se por um lado o conceito de escola inclusiva veio trazer a oportunidade de uma “escola para todos”, o atendimento educativo ainda está longe de se ajustar às características e particularidades de cada criança. Isso reflecte-se na expectativa de homogeneidade que os docentes têm:

“Nós somos seres humanos, somos limitados e portanto é muito difícil trabalhar nesta área, cada vez mais, porque antigamente se calhar os problemas existiam mas, havia digamos que uma formatação um bocadinho diferente. No tempo em que eu andava na escola as turmas eram uniformes.” (DT7).

Pensar na questão da homogeneidade é repensar Foucault. Para o autor, o funcionamento disciplinar foi a base da educação que busca o ideal de homogeneidade dos processos escolares e dos sujeitos envolvidos (Foucault, 1998).

Durante todas as entrevistas vi referidas as “dificuldades” e as “diferenças”, que se reflectem na incapacidade. Há uma manifestação de insegurança perante a variabilidade de situações que surgem e que são identificadas a nível escolar.

“Nós temos turmas com miúdos muito diferentes, com muitas dificuldades diferentes e portanto é muito difícil actuar ao nível da diferenciação, atender às necessidades particulares de um ou outro aluno.” (DT7).

“As problemáticas dos alunos são muito diferentes umas das outras. E nós não conseguimos ser especialistas em tudo. Tão depressa podemos ter um aluno cego, como podemos ter um menino que apenas tem uma dificuldade motora, como podemos ter uma criança a nível do autismo, portanto é impossível.” (PT3).

Em contraste à diversidade, surgiu também nas entrevistas, as concepções de professores de educação especial que lidam com uma incapacidade em particular, a cegueira. E há um aspecto importante que ressalta dessa percepção:

“Quanto mais específica é a deficiência, mais fácil é de trabalharmos”
(PE5).

Se olharmos para esta problemática com atenção, reparamos que a pretensão de uma escola inclusiva, sem discriminação nem categorização, levou-nos ao esquecimento da incomensurabilidade da diferença.

É preciso preparar e formar os docentes para lidar com a diversidade e para compreender como a incapacidade ou a desvantagem afectam a aprendizagem.

Essa lacuna educativa reflecte-se na busca por “pistas”, mais recursos e mais profissionais especializados.

“Nós temos muitos alunos com problemas, muitas vezes a existência de um médico especializado é útil e necessária, porque nos ajuda de alguma forma a distribuir trabalho, que é uma coisa que nós precisamos muito, porque estamos no ensino público e o ensino público como sabe recebe tudo.” (DT2).

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO

Ao longo da presente investigação, houve sempre o cuidado de analisar, imparcialmente, tanto os dados bibliográficos como os etnográficos. No entanto, tal como acontece em todos os trabalhos deste género, nem sempre foi uma tarefa fácil, principalmente porque este tema não foi escolhido ao acaso. Existe de facto um lado muito pessoal neste estudo que, não só levou à escolha deste tema, como motivou diariamente a sua realização.

Apesar disso, penso que foram conseguidas algumas análises lógicas criando sobretudo novas questões, e perspectivas para futuros projectos.

Refiro, antes de mais, que houve um esforço em estabelecer uma ligação entre todos os assuntos que considerei pertinentes. Apesar de não especificar nenhuma deficiência/incapacidade em particular, penso que isso me trouxe uma maior abertura para o tema, e para as dificuldades que envolve.

Embora não tenha pretensão em provar nenhuma teoria, penso que o meu trabalho ficou aquém do seu potencial, talvez por inexperiência da minha parte, e também pelo facto de ter tido um período de tempo muito reduzido para trabalhar em campo.

Ainda assim, acho que consegui ter resposta para os aspectos mais pertinentes da minha questão inicial, e sobretudo levantar mais questões sobre a realidade do que se passa na fronteira da medicina com a educação.

Penso que o antropólogo Claude Lévi-Strauss resume bem o meu sentimento:

“I shall be satisfied if it is credited with the modest achievement of having left a difficult problem in a rather less unsatisfactory state than it was before. Nor must we forget that in science there are no final truths. The scientific mind does not so much provide the right answers as ask the right questions”. (Lévi-Strauss, 1983: 7)

O trabalho em antropologia deve revelar-se na curiosidade, em querer saber sempre mais, e colocar as perguntas certas. Acho que esse é de todos, o objectivo mais

concreto que tentei alcançar. Procurar questões que ajudassem a abrir novas portas, e a explorar novos caminhos que anteriormente houve receio em percorrer.

Foi no terreno, que vivi uma experiência única. Junto aos profissionais de educação, aprendi bastante sobre a forma como o diagnóstico médico é compreendido e acompanhado em termos escolares.

Depois de estar no contexto escolar e analisar todo o material recolhido, compreendi que na comunidade educativa, os professores de ensino especial e o psicólogo, são os principais intervenientes no contacto com o médico, uma vez que são os elementos que elaboram a avaliação da criança e o respectivo relatório técnico-pedagógico. Neste processo, o diagnóstico médico continua a ter um papel central nos critérios de elegibilidade para a educação especial.

A maioria dos casos de alunos com necessidades educativas especiais possuem informação médica, mas na generalidade parece não satisfazer as expectativas dos docentes por razões diversas. Entre elas está a linguagem utilizada, a via de circulação da informação, e o conteúdo. No que se refere à linguagem, é por vezes demasiado técnica ou vaga, tornando-se pouco funcional para os docentes. Muita informação é supostamente transmitida através dos pais, via oral, podendo ser alvo de deturpações. No conteúdo, a informação é veiculada sob a forma de relatório, na maioria dos casos, não acompanhado pela *checklist* da CIF.

A CIF, apesar de ser um instrumento de referência para a avaliação do aluno com necessidades educativas especiais e ser introduzido com o objectivo de aperfeiçoar o processo de tomada de decisão quanto à intervenção educativa, aparentemente não está a conseguir esse objectivo. A quase totalidade dos professores não especializados, mesmo com responsabilidades na decisão das respostas educativas a aplicar, referem desconhecer o instrumento e mais ainda, a sua aplicação. Os professores especializados,

apesar de familiarizados com a CIF, manifestam algumas dificuldades na sua aplicação. Os médicos também não parecem utilizar o documento, uma vez que a informação médica, na maioria dos casos referidos, não vem acompanhada pela *checklist* da CIF.

Pelas percepções analisadas, parece também existir uma lacuna na comunicação com os encarregados de educação. Embora sejam estes os elementos que autorizam a realização de um programa educativo individual, os professores revelam não atribuir muita confiança à informação que os pais fornecem.

Em suma, apesar de haver algumas condicionantes à elaboração deste estudo, da informação recolhida e analisada conclui-se que a informação médica é pertinente e necessária, mas está aquém de ser utilizada em todo o seu potencial.

1. Notas finais

Reflectindo sobre as conclusões apresentadas, fica a ideia de que a implementação do ensino para todos não foi acompanhada pela necessária preparação dos docentes para ensinar nesse contexto. Seria vantajoso investir em mais e melhor formação, assim como na promoção de espaços de articulação entre os diferentes profissionais que constam do universo da criança com deficiência.

Relativamente ao papel dos encarregados de educação, surge a necessidade de um relacionamento mais próximo com os mesmos e sobretudo uma comunicação mais esclarecedora, não só na elaboração do programa da criança, como também no processo de avaliação.

Constata-se que esta investigação termina com várias lacunas. Seria interessante completar a perspectiva educativa que aqui se explorou com o lado oposto da questão: a opinião dos profissionais de saúde. Numa futura abordagem, seria enriquecedor optar

pela observação participante e análise documental, explorando espaços e contextos em que o diagnóstico médico se compõe.

No entanto, penso que este trabalho contribui no sentido de dar a conhecer uma fronteira ténue entre a educação e a medicina, que quase sempre permanece desconhecida no que respeita às crianças com necessidades educativas especiais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altman, B. 2001. Disability definitions, models, classification schemes, and applications. *In: Albrecht, G. L.; Seelman, K. D.; Bury, M. (ed.). Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, California, SAGE Publications: 97-122.

Amiralian, M.; Pinto, E.; Ghirardi, M. ; Lichtig, I.; Masini, E.; Pasqualin, L. 2000. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34 (1): 97-103.

Barnes, C.; Mercer, G. 2010. *Exploring disability*. Cambridge, Polity Press.

Bickenbach, J. E.; Chatterji, S.; Badley, E. M.; Üstün, T. B. 1999. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science and Medicine*, 48: 1173-1187.

Cohen, L.; Manion, L.; Morrison, K. 2011. *Research Methods in Education*. London, Routledge.

Collares, C. A. L.; Moysés, M. A. A. 1994. A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação). *Série Idéias*, 23: 25-31.

Correia, L. M. 1997. Prefácio. *In: Correia, L. M. (ed.). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto, Porto Editora: 10-11.

Correia, L. M.; Cabral, M. C. M. 1997a. Práticas Tradicionais da Colocação do Aluno com Necessidades Educativas Especiais. *In: Correia, L. M. (ed.). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto, Porto Editora: 11-16.

Correia, L. M.; Cabral, M. C. M. 1997b. Uma nova política em educação. *In: Correia, L. M. (ed.). Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas Classes Regulares*. Porto, Porto Editora: 17-43.

Decreto-Lei n.º 3/2008 de 7 de Janeiro. Diário da República N.º 4 - 1.ª Série. Ministério da Educação

Decreto-Lei n.º 6/2001 de 18 de Janeiro. Diário da República N.º 15 - I Série - A. Ministério da Educação

Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto. Diário da República N.º 193 - I Série A.
Ministério da Educação

Devlieger, P. 1995. Why Disabled? The Cultural Understanding of Physical Disability in an African Society. *In: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (ed.). Disability and Culture.* London, University of California Press: 94-106.

DGIDC. 2008. *Educação especial: manual de apoio à prática.* Lisboa, Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.

Diehl, E. E. 2001. *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil).* Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz.

Foucault, M. 1998. *A microfísica do poder.* Rio de Janeiro, Edições Graal.

Gray, D. B.; Hendershot, G. E. 2000. The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (12 - Suplemento 2): S10-S14.

Hahn, R.; Kleinman, A. 1983. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.

Hashiguti, S. T. 2009. O discurso médico e a patologização da educação. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 48(1): 41-51 [Acedido em 26-11-2010].
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-18132009000100004

Helander, B. 1995. Disability as Incurable Illness: Health, Process, and Personhood in Southern Somalia. *In: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (ed.). Disability and Culture.* London, University of California Press: 73-93.

Imrie, R. 2004. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health and Illness*, 26 (3): 287-305.

Ingstad, B.; Whyte, S. R. 1995. *Disability and Culture*. London, University of California Press.

Jiménez, R. B. 1997a. Educação Especial e Reforma Educativa. *In*: Bautista, R. (ed.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa, Dinalivro: 9-19.

Jiménez, R. B. 1997b. Uma escola para todos: A integração escolar. *In*: Bautista, R. (ed.). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa, Dinalivro: 21-35.

Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, University of California Press.

Kohrman, M. 2000. Grooming Que Zi: Marriage exclusion and identity formation among disabled men in contemporary China. *American Ethnologist*, 26: 890-909.

Kohrman, M. 2003a. Authorizing a Disability Agency in Post-Mao China: Deng Pufang's Story as Biomythography. *Cultural Anthropology*, 18: 99-131.

Kohrman, M. 2003b. Why Am I Not Disabled? Making State Subjects, Making Statistics in Post-Mao China. *Medical Anthropology Quarterly*, 17: 5-24.

Kohrman, M. 2005. *Bodies of Difference: Experiences of Disability and Institutional Advocacy in the Making of Modern China*. London, University of California Press.

Lambert, H. 1996. Medical anthropology. *In*: Barnard, A.; Spencer, J. (ed.). *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London, Routledge: 358-361.

Lévi-Strauss, C. 1983 [1964]. *The raw and the cooked: Mythologiques, Volume 1*. Chicago, University of Chicago Press.

Mângia, E. F.; Muramoto, M. T.; Lancman, S. 2008. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 19 (2): 121-130.

Marcos, E. 2009. *A Percepção dos Professores do Ensino Básico face à Inclusão das Crianças/Jovens com Trissomia 21, nas Turmas/Escolas do Ensino Regular*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Montgomery, H. 2009. *An introduction to childhood: anthropological perspectives on children's lives*. Chichester, Wiley-Blackwell.

Moysés, M. A. A. 1992. Fracasso Escolar: Uma Questão Médica? *Série Idéias*, 6: 29-31.

Nicolaisen, I. 1995. Persons and Nonpersons: Disability and Personhood among the Punan Bah of Central Borneo. *In: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (ed.). Disability and Culture*. London, University of California Press: 38-55.

Nunes, A. 1999. *A sociedade das crianças A'uwe-Xavante : por uma antropologia da criança*. Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.

Organização Mundial de Saúde. 2004. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde [Acedido em 24-10-2009] <http://www.inr.pt/content/1/55/que-cif>

Organização Mundial de Saúde. 2005. Guia do Principiante - Para uma Linguagem Comum de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Cadernos SNR, 19: 1-23 [Acedido em 23-04-2010]. <http://www.inr.pt/content/1/111/cadernos-snr>

Rodrigues, D. 2001. A educação e a diferença. *In: Rodrigues, D. (ed.). Educação e diferença: valores e práticas para uma educação inclusiva*. Porto, Porto Editora: 13-34.

Sampaio, R. F.; Mancini, M. C.; Gonçalves, G. G. P.; Bittencourt, N. F. N.; Miranda, A. D.; Fonseca, S. T. 2005. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 9 (2): 129-136.

Sanches, I.; Teodoro, A. 2006. Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. *Revista Lusófona de Educação*, 8: 63-83.

Shuttleworth, R. P. 2004. Disability / Difference. *In: Ember, C. R.; Ember, M. (ed.). Encyclopedia of medical anthropology*. New York, Springer: 360-373.

Stafford, C. 1995. *The roads of chinese childhood : learning and identification in Angang*. Cambridge, Cambridge University Press.

Stiker, H.J. 1999. *A history of disability*. Ann Arbor, University of Michigan Press.

Talle, A. 1995. A Child is a Child: Disability and Equality among the Kenya Maasai. *In: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (ed.). Disability and Culture*. London, University of California Press: 56-72.

Toren, C. 1990. *Making sense of hierarchy : cognition as social process in Fiji*. London, The Athlone Press.

UNESCO. 1994. *Declaração de Salamanca e Enquadramento da Acção das Necessidades Educativas Especiais - Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade*. Salamanca, UNESCO.

Voivodic, M.A. ; Storer, M.R.S. 2002. O desenvolvimento cognitivo das crianças com síndrome de Down à luz das relações familiares. *Psicologia: teoria e prática*, 4 (2): 31-40.

Warnock, H. M. 1978. *Special Educational Needs : Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People*. London, Her Majesty's Stationery Office.

Whyte, S. R. 1995. Disability between Discourse and Experience. *In: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (ed.). Disability and Culture*. London, University of California Press: 267-291.

Whyte, S. R.; Ingstad, B. 1995. Disability and Culture: An Overview. *In*: Ingstad, B.; Whyte, S. R. (ed.). *Disability and Culture*. London, University of California Press: 3-32.

World Health Organization. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization. 2007. *International Classification of Functioning, Disability and Health - Children & Youth Version: ICF-CY*. Geneva, World Health Organization.

Yin, R. K. 2003. *Applications of case study research*. California, Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro(a) Participante,

No âmbito de um Projecto de Dissertação de Mestrado em Antropologia Médica, pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, encontro-me a desenvolver um estudo sobre “*A importância do diagnóstico médico na resposta educativa das crianças com Necessidades Educativas Especiais*”.

Para tal, espero que me ajude a identificar se o diagnóstico médico é essencial na determinação das respostas educativas da criança com Necessidades Educativas Especiais.

Nesse sentido solicito-lhe que autorize a realização desta entrevista, onde está garantido o sigilo de todas as informações e dados recolhidos. Os dados serão utilizados apenas na elaboração e divulgação científica, respeitando o carácter confidencial da sua identidade.

Comprometo-me a não usar ou divulgar o seu nome, nem nenhuma informação que possa identificá-lo(a).

Se assim o desejar, pode deixar de autorizar este estudo a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Para esse efeito ser-lhe-á atribuído um código, assim como o meu contacto, para que possa conhecer, corrigir ou eliminar os dados que lhe respeitem.

Atenciosamente,

(Diana Mileu Miranda Antunes)

Eu, _____, tendo recebido as informações acima referidas, e ciente dos meus direitos, autorizo a mestranda Diana Mileu Miranda Antunes a realizar uma entrevista sobre o tema “*A importância do diagnóstico médico na resposta educativa das crianças com Necessidades Educativas Especiais*”, concordo em participar nas gravações de voz e declaro que não me oponho à utilização das informações ou dados recolhidos durante a entrevista, garantido o meu anonimato.

_____ Lisboa, ___ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

_____ Lisboa, ___ de _____ de _____

Assinatura da mestranda

ANEXO 2

Guião de entrevista para docentes

Guião de entrevista para docentes

PARTE A - Formação profissional

A1. Qual é a sua formação académica?

A2. Tem formação especializada? A2.1 Em educação especial ou noutra área?

A3. Há quantos anos é docente? A3.1. Há quantos anos lecciona neste agrupamento?

A4. Que cargo desempenha na escola?

A5. Com que nível de ensino trabalha?

A6. Quando é que teve o seu primeiro contacto com uma criança com Necessidades Educativas Especiais? (do ponto de vista profissional)

A7. Teve alguma formação relacionada com a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde)? A7.1 Se sim, o que achou dessa formação?

PARTE B – Informação médica

B1. Que forma de informação médica está disponível no processo das crianças com Necessidades Educativas Especiais?

B2. A informação médica apresenta uma linguagem clínica, limitada ao diagnóstico, ou traz alguma informação adicional sobre as funções do corpo?

B3. Como surge a informação médica? (Através dos pais? Através do médico?)

B4. Para o aluno em que é necessária uma avaliação especializada, acha que a informação médica disponível é suficiente para elaborar o Programa Educativo Individual?

B5. Considera importante a contribuição do médico na utilização da CIF? B5.1.

Porquê?

B6. A informação médica da criança com necessidades educativas especiais é actualizada quantas vezes por ano? B6.1 Acha suficiente? B6.2. Porquê?

B7. Já entrou em contacto com algum médico, a respeito de um aluno com Necessidades Educativas Especiais? Se sim, B7.1 Como efectuou esse contacto? B7.2 Porque o fez?

PARTE C – Condicionantes e consequências

C1. A informação médica é relevante para o seu trabalho com crianças com Necessidades Educativas Especiais? C1.1 Porquê?

C2. Quem, na sua opinião, deve participar na avaliação da criança com necessidades educativas especiais? (relatório técnico-pedagógico) C2.1. Acha que o médico devia colaborar nessa avaliação?

C3. Acha que existem obstáculos na comunicação entre professores e médicos? C3.1. Quais?

C4. Que sugestões tem a fazer em relação à comunicação entre a escola e os médicos?

ANEXO 3

Guião de entrevista para psicólogo

Guião de entrevista para psicólogo

PARTE A - Formação profissional

A1. Qual é a sua formação académica? A1.1. Ramo educacional ou clínico?

A2. Há quantos anos trabalha na área educativa? A2.1. Há quantos anos trabalha neste agrupamento?

A3. Que funções desempenha neste agrupamento?

A4. Relativamente às crianças com necessidades educativas especiais, quais as suas áreas de intervenção?

A5. Com que nível de ensino trabalha?

A6. Quando é que teve o seu primeiro contacto com uma criança com Necessidades Educativas Especiais? (do ponto de vista profissional)

A7. Teve alguma formação relacionada com a CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde)?

Se sim, A7.1. O que achou dessa formação?

Se não, A7.2. Era essencial para si ter formação acerca desse documento? Porquê?

PARTE B – Informação médica

B1. Que forma de informação médica está disponível no processo das crianças com Necessidades Educativas Especiais?

B2. A informação médica apresenta uma linguagem clínica, limitada ao diagnóstico, ou traz alguma informação adicional sobre as funções do corpo?

B3. Como surge a informação médica? (Através dos pais? Através do médico?)

B4. Para o aluno em que é necessária uma avaliação especializada, acha que a informação médica disponível é suficiente para elaborar o Programa Educativo Individual?

B5. Considera importante a contribuição do médico na utilização da CIF? B5.1. Porquê?

B6. A informação médica da criança com necessidades educativas especiais é actualizada quantas vezes por ano? B6.1 Acha suficiente? B6.2. Porquê?

B7. Já entrou em contacto com algum médico, a respeito de um aluno com Necessidades Educativas Especiais? Se sim, B7.1 Como efectuou esse contacto? B7.2 Porque o fez?

PARTE C – Condicionantes e consequências

C1. A informação médica é relevante para o seu trabalho com crianças com Necessidades Educativas Especiais? C1.1 Porquê?

C2. Quem, na sua opinião, deve participar na avaliação da criança com necessidades educativas especiais? (relatório técnico-pedagógico) C2.1. Acha que o médico devia colaborar nessa avaliação?

C3. Acha que existem obstáculos na comunicação entre psicólogos e médicos? C3.1. Quais? C3.2. E na sua comunicação com os docentes?

C4. Que sugestões tem a fazer em relação à comunicação entre a escola e os médicos?

ANEXO 4

Checklist

4. Checklist

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 - Nenhuma deficiência; **1** - Deficiência ligeira; **2** - Deficiência moderada; **3** - Deficiência grave; **4** - Deficiência completa; **8** - Não especificada¹; **9** - Não aplicável²

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Funções Mentais							
<i>(Funções Mentais Globais)</i>							
b110 Funções da consciência							
b114 Funções da orientação no espaço e no tempo							
b117 Funções intelectuais							
b122 Funções psicossociais globais							
b125 Funções intrapessoais							
b126 Funções do temperamento e da personalidade							
b134 Funções do sono							
<i>(Funções Mentais Específicas)</i>							
b140 Funções da atenção							
b144 Funções da memória							
b147 Funções psicomotoras							
b152 Funções emocionais							
b156 Funções da percepção							
b163 Funções cognitivas básicas							
b164 Funções cognitivas de nível superior							
b167 Funções mentais da linguagem							
b172 Funções do cálculo							
Capítulo 2 – Funções sensoriais e dor							
b210 Funções da visão							
b215 Funções dos anexos do olho							
b230 Funções auditivas							
b235 Funções vestibulares							
b250 Função gustativa							
b255 Função olfactiva							
b260 Função proprioceptiva							
b265 Função tátil							
b280 Sensação de dor							

¹ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

² Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 3 – Funções da voz e da fala							
b310 Funções da voz							
b320 Funções de articulação							
b330 Funções da fluência e do ritmo da fala							
Capítulo 4 – Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório							
b410 Funções cardíacas							
b420 Funções da pressão arterial							
b429 Funções cardiovasculares, não especificadas							
b430 Funções do sistema hematológico							
b435 Funções do sistema imunológico							
b440 Funções da respiração							
Capítulo 5 – Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino							
b515 Funções digestivas							
b525 Funções de defecação							
b530 Funções de manutenção do peso							
b555 Funções das glândulas endócrinas							
b560 Funções de manutenção do crescimento							
Capítulo 6 – Funções genito-urinárias e reprodutivas							
b620 Funções miccionais							
Capítulo 7 – Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento							
b710 Funções relacionadas com a mobilidade das articulações							
b715 Estabilidade das funções das articulações							
b730 Funções relacionadas com a força muscular							
b735 Funções relacionadas com o tônus muscular							
b740 Funções relacionadas com a resistência muscular							
b750 Funções relacionadas com reflexos motores							
b755 Funções relacionadas com reacções motoras involuntárias							
b760 Funções relacionadas com o controlo do mov. voluntário							
b765 Funções relacionadas com o controlo do mov. involuntário							
b770 Funções relacionadas com o padrão de marcha							
b780 Funções relacionadas c/ os músculos e funções do mov.							
Outras funções do corpo a considerar							

Tradução da versão original da *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version*. World Health Organization, 2007, pela DGIDC.

Actividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

0 - Nenhuma dificuldade; **1** - Dificuldade ligeira; **2** - Dificuldade moderada; **3** - Dificuldade grave;
4 - Dificuldade completa; **8** - Não especificada³; **9** - Não aplicável⁴

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Aprendizagem e aplicação de conhecimentos							
d110 Observar							
d115 Ouvir							
d130 Imitar							
d131 Aprender através da interacção com os objectos							
d132 Adquirir informação							
d133 Adquirir linguagem							
d134 Desenvolvimento da linguagem							
d137 Adquirir conceitos							
d140 Aprender a ler							
d145 Aprender a escrever							
d150 Aprender a calcular							
d155 Adquirir competências							
d160 Concentrar a atenção							
d161 Dirigir a atenção							
d163 Pensar							
d166 Ler							
d170 Escrever							
d172 Calcular							
d175 Resolver problemas							
d177 Tomar decisões							
Capítulo 2 – Tarefas e exigências gerais							
d210 Levar a cabo uma tarefa única							
d220 Levar a cabo tarefas múltiplas							
d230 Levar a cabo a rotina diária							
d250 Controlar o seu próprio comportamento							
Capítulo 3 – Comunicação							
d310 Comunicar e receber mensagens orais							
d315 Comunicar e receber mensagens não verbais							
d325 Comunicar e receber mensagens escritas							
d330 Falar							
d331 Produções pré-linguísticas							
d332 Cantar							
d335 Produzir mensagens não verbais							
d340 Produzir mensagens na linguagem formal dos sinais							
d345 Escrever mensagens							

³ Este qualificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

⁴ Este qualificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

Qualificadores	0	1	2	3	4	8	9
d350 Conversação							
d355 Discussão							
d360 Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação							
Capítulo 4 – Mobilidade							
d410 Mudar as posições básicas do corpo							
d415 Manter a posição do corpo							
d420 Auto-transferências							
d430 Levantar e transportar objectos							
d435 Mover objectos com os membros inferiores							
d440 Actividades de motricidade fina da mão							
d445 Utilização da mão e do braço							
d446 Utilização de movimentos finos do pé							
d450 Andar							
d455 Deslocar-se							
Capítulo 5 – Auto-cuidados							
d510 Lavar-se							
d520 Cuidar de partes do corpo							
d530 Higiene pessoal relacionada com as excreções							
d540 Vestir-se							
d550 Comer							
d560 Beber							
d571 Cuidar da sua própria segurança							
Capítulo 6 – Vida doméstica							
d620 Adquirir bens e serviços							
d630 Preparar refeições							
d640 Realizar o trabalho doméstico							
d650 Cuidar dos objectos domésticos							
Capítulo 7 – Interações e relacionamentos interpessoais							
d710 Interações interpessoais básicas							
d720 Interações interpessoais complexas							
d730 Relacionamento com estranhos							
d740 Relacionamento formal							
d750 Relacionamentos sociais informais							
Capítulo 8 – Áreas principais da vida							
d815 Educação pré-escolar							
d816 Vida pré-escolar e actividades relacionadas							
d820 Educação escolar							
d825 Formação profissional							
d835 Vida escolar e actividades relacionadas							
d880 Envolvimento nas brincadeiras							
Capítulo 9 – Vida comunitária, social e cívica							
d910 Vida comunitária							
d920 Recreação e lazer							
Outros aspectos da Actividade e Participação a considerar							

Tradução da versão original da *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version*. World Health Organization, 2007, pela DGIDC.

Factores Ambientais

Nota: Podem ser tidas em consideração todas as categorias ou apenas aquelas que se considerem mais pertinentes em função da condição específica da criança/jovem. As diferentes categorias podem ser consideradas enquanto barreiras ou facilitadores. Assinale, para cada categoria, com (.) se a está a considerar como barreira ou com o sinal (+) se a está a considerar como facilitador. Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores:

- 0** - Nenhum facilitador/barreira; **1** - Facilitador/barreira ligeiro; **2** - Facilitador/barreira moderado; **3** - Facilitador substancial/barreira grave; **4** - Facilitador/barreira completo; **8** - Não especificada; **9** - Não aplicável

Qualificadores	Barreira ou facilitador	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 1 – Produtos e Tecnologias								
e110 Para consumo pessoal (<i>alimentos, medicamentos</i>)								
e115 Para uso pessoal na vida diária								
e120 Para facilitar a mobilidade e o transporte pessoal								
e125 Para a comunicação								
e130 Para a educação								
e135 Para o trabalho								
e140 Para a cultura, a recreação e o desporto								
e150 Arquitectura, construção e acabamentos de prédios de utilização pública								
e155 Arquitectura, construção e acabamentos de prédios para uso privado								
Capítulo 2 – Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem								
e225 Clima								
e240 Luz								
e250 Som								
Capítulo 3 – Apoio e Relacionamentos								
e310 Família próxima								
e320 Amigos								
e325 Conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade								
e330 Pessoas em posição de autoridade								
e340 Prestadores de cuidados pessoais e assist. pessoais								
e360 Outros profissionais								
Capítulo 4 – Atitudes								
e410 Atitudes individuais dos membros da família próxima								
e420 Atitudes individuais dos amigos								
e425 Atitudes individuais de conhecidos, pares, colegas e membros da comunidade								
e440 Atitudes individuais de prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais								
e450 Atitudes individuais de profissionais de saúde								
e465 Normas, práticas e ideologias sociais								

Tradução da versão original da *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version*. World Health Organization, 2007, pela DGIDC.

Qualificadores	Barreira ou facilitador	0	1	2	3	4	8	9
Capítulo 5 – Serviços, Sistemas e Políticas								
e515 Relacionados com a arquitectura e a construção								
e540 Relacionados com os transportes								
e570 Relacionados com a segurança social								
e575 Relacionados com o apoio social geral								
e580 Relacionados com a saúde								
e590 Relacionados com o trabalho e o emprego								
e595 Relacionados com o sistema político								
Outros factores ambientais a considerar								

Tradução da versão original da *International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version*. World Health Organization, 2007, pela DGIDC.