

Emílio Figueira



**INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA
e PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

A construção de um novo relacionamento!

2ª edição revista

Emílio Figueira

INTRODUÇÃO À
PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
A construção de um novo relacionamento!
2ª. Edição revista

Edição do Autor
São Paulo
2014

© 2014– Emílio Carlos Figueira da Silva

Capa: Emílio Figueira

**FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL
AGÊNCIA BRASILEIRA DE ISBN**

Figueira, Emílio – 1969 –
INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
A construção de um novo relacionamento! 2ª. Edição revista. Emílio
Figueira. – São Paulo : Edição do Autor/AgBook, 2014.

ISBN: 978-85-911079-5-7

1. Psicologia. 2. Pessoas com Deficiência.. 3. Clínica

É PROIBIDA A REPRODUÇÃO

Nenhuma parte desta obra poderá ser reproduzida, copiada, transcrita ou mesmo transmitida por meios eletrônicos ou gravações, assim como traduzida, sem permissão, por escrito, do autor. Os infratores serão punidos pela Lei no. 9.610/98.

Impresso no Brasil / Printed in Brasil

Ao meu sempre amigo,
Dr. Rinaldo Corrêa

A soma de quase três décadas de trabalho e intervenções!

O que me levou à cursar psicologia e a formar esta obra? Após vários anos de atuação como jornalista, escritor e militante nos movimentos de pessoas com deficiência no país, percebi que a minha formação era pouca para chegar onde eu queria: ser cientista. Em 2003, ingressei na faculdade de Psicologia da Universidade do Sagrado Coração-USC/Bauru, não deixando de pesquisar e publicar sobre deficiência. No segundo ano de universidade, fui matriculado na disciplina “Psicologia do Excepcional”. Baseado no curso e nos livros adotados sobre a temática, algo que me intrigou. Pareciam ter o velho discurso de hoje e sempre! Mas eu sabia que muita coisa com relação às pessoas com deficiência já havia avançado, principalmente nos últimos dez anos. Antigamente a grande questão era definir o que são pessoas com deficiência; hoje deve ser a meta, discutir como elas podem participar e colaborar na construção de uma sociedade inclusiva e justa!

Comecei a ter uma enorme vontade de fazer algo para melhorar, atualizar os conteúdos dessas disciplinas. Ainda não tinha nada definido, mas já havia um desejo de escrever um livro-texto para ser adotado por elas, o que poderia até ser uma utopia naquele momento. Em seguida, levei a ideia ao professor Dr. Rinaldo Correr, que aceitou de imediato trabalhar comigo. Juntos, após alguns rascunhos, peneiradas, recortes, ele me sugeriu realizar um estudo em nível nacional, fazendo uma análise dos Conteúdos Programáticos das disciplinas “Psicologia do Excepcional” ou similar. Estava definido o plano de trabalho de minha monografia de Bacharel. E junto com ela, as minhas duas

linhas de pesquisas seguidas nesta área: 1) A história da pessoa com deficiência no Brasil, traçando seu percurso na História do Brasil, passando pelos os indígenas, os jesuítas, a escravidão, o Império, o surgimento da medicina brasileira, a República, os momentos da Educação Especial, chegando a consciência e aos movimentos políticos dessas pessoas e sua autonomia iniciada em 1981. Foca ainda a temática “deficiência” dentro de nossas lendas, literatura e artes em geral. Nela, reforço a teoria que a maioria das questões que envolvem as pessoas com deficiência no Brasil – por exemplo, mecanismos de exclusão, políticas de assistencialismo, sentimentos de piedade, caridade, inferioridade, oportunismo, dentre outras -, foram construídas culturalmente. 2) Psicologia e deficiência nos cursos de graduação e pós-graduação

Ao longo dessa trajetória entre minha vivência pessoal e construção profissional, fui desenvolvendo minhas várias formas de intervenções:

- ✓ Com minhas primeiras pesquisas e rascunhos mal traçados;
- ✓ Com a publicação de mais de uma centena de textos em jornais, revistas e inúmeros sites de internet;
- ✓ Com obras literárias ou científicas abordando a temática deficiência;
- ✓ Com mais de oitenta artigos científicos publicados no Brasil e exterior;
- ✓ Com muitas palestras ministradas em congressos, seminários, escolas e universidades;
- ✓ Como pesquisador científico e muitas monografias;
- ✓ No atendimento e orientação particular de outros colegas e estudantes que recorrem a mim;
- ✓ Como historiador das questões da pessoa com deficiência no Brasil;
- ✓ Como psicólogo, analisando e propondo melhoras nas disciplinas que abordam tais questões.

O ENSINO DESTA DISCIPLINA NO BRASIL

Em minha pesquisa de Bacharelado, intitulada “*Uma análise dos programas de Psicologia do Excepcional nos cursos de graduação em Psicologia no Brasil*” (USC/Bauru, 2006), analisamos a Formação do Psicólogo no que se refere à orientação atual dos planos de ensino, de forma particular, as várias esferas do planejamento que se encontram expressos nos documentos oficiais das disciplinas “Psicologia do Excepcional” ou outras denominações correlatas nos cursos de Psicologia que se dispuseram a participar deste estudo.

Sabemos que, seguindo os padrões estabelecidos e por influências internacionais, as pessoas com deficiência sempre foi motivo de classificações por parte da Psicologia. Através da Arbitrariedade do Grau, atribui-se a um indivíduo se este pode ser considerado “normal” ou “anormal” dentro do grupo social, devido suas necessidades sociais, educacionais, psicológicas. Todas as ações estariam norteadas pela maior ou menor necessidade e de apoio ao desempenho da política social grau que a deficiência se manifesta nesse indivíduo. Dessa maneira, a deficiência é definida como um conceito sócio-educacional, a determinação das variáveis que a identificam se baseia nas necessidades educacionais especiais dos indivíduos com deficiência.

As normas estabelecidas em nossa sociedade capitalista passaram a classificar todo tipo de deficiência por suas condições intelectuais, físicas ou sócio-culturais. Nas deficiências mentais, por exemplo, essas pessoas, são assim consideradas por terem QI com um desvio-padrão abaixo da média (QI 70). E tais classificações ainda estão embasando a atuação dos psicólogos brasileiros.

Ao se manterem quase que puramente classificando e/ou conceituando o que é deficiência, essas grades demonstram que a formação do psicólogo, no que se refere a essa questão, não apresenta avanço, não estabelece rupturas em termos epistemológicos. Não transcendem na busca do ser humano por de trás de qualquer tipo de limitação: suas reais necessidades, interações sociais, educacionais, relacionamentos familiares e afetivos, necessidades de atividades

profissionais e, sobretudo, suas verdadeiras potencialidades a serem estimuladas de forma individual e coletivo.

Talvez o problema seja o que Ligia Assumpção Amaral chamava de “não familiarização do professor” dessas disciplinas com a temática por eles ministradas de maneira a apenas se cumprirem um curso obrigatório, exigido pelo currículo mínimo para o funcionamento das Faculdades de Psicologia. Entre os alunos criou-se o hábito apenas da obrigação de passar por essas matérias como forma de também cumprir currículo; não despertando neles interesse pelo assunto; não lhes mostram o quanto, em suas futuras atuações profissionais, poderão contribuir com a melhora de qualidade da vida de pessoas com deficiência e outras pessoas (por exemplo, familiares) a sua volta; não lhes são apontadas todas as possibilidades de trabalho junto a essa clientela.

UM HORIZONTE DE NOVOS DESAFIOS

É preciso criar mecanismos para estimular professores e alunos nessas disciplinas. Se não avançarmos além das intenções classificatórias e conceituais da deficiência no que tange à formação do psicólogo, não conseguiremos construir um espaço para a interdisciplinaridade. A intervenção psicológica (formação técnica) ainda se concentra no diagnóstico e na classificação, faltamos uma formação que para uma ação processual, que considere o próximo desenvolvimento. Fazendo uma citação livre, é como nos advertiu Vygotsky, já nos anos 20 do século passado, “todo o ser humano, independentemente do grau de sua deficiência, aprende e se desenvolve”.

A Psicologia como ciência passou por diversas transformações. De maneira geral, formou-se um modelo, que primeiro pela descrição do comportamento, seguindo padrões positivistas, para um modelo, que exige cada vez mais, uma dimensão explicativa. A “Psicologia do Excepcional”, ao

contrário, parece permanecer em uma condição “fossilizada”, sem rupturas. Essa expressão de uma atividade formativa reacionária, está em conflito com as dimensões atuais em que a formação do psicólogo deve estar voltada para a realidade que se transforma ininterruptamente.

O NASCIMENTO DESTE LIVRO

Como sempre tive o hábito de reorganizar meus velhos arquivos, recentemente, relendo todos os meus escritos – tantos os publicados desde 1983, quanto a grande montanha de inéditos, percebi algo fascinante; que todo o tempo estive rascunhando esta obra agora amadurecida.

Em uma área como muitas publicações impressas e/ou digital via internet, quando professores que lecionam disciplinas relacionadas às pessoas com deficiência precisam montar seu material didático, o resultado nem sempre é o mais apropriado. Longos textos, às vezes, cansativos ao aluno dificultando compreensão, com muitas informações desnecessárias, muitas cópia da cópia da cópia, sempre repassando os mesmos conteúdos. Alguns até sem o mínimo rigor científico, bibliografias antigas, muitas traduções que expressam realidades de outras culturas. Conteúdos sem seguir uma coerência. Resultado são alunos sem interesse pela disciplina, passando por ela apenas como obrigação curricular, sem estímulo de ir além nessa temática.

Este livro pode parecer comum às demais obras; mas o seu diferencial estará na linguagem e abordagem direta e concisa. Não visa fugir dos currículos oficiais das ditas “Psicologias do Excepcional” - oferecidas nos cursos das universidades, mas, uma vez em que estão focadas há mais de quatro décadas praticamente em *classificações médicas/técnicas das deficiências* -, propondo-se uma estimulação à reflexão e ideias/propostas de intervenções sociais, educacionais e clínicas junto às pessoas com deficiência, visando tirar desses cursos o cunho apenas classificatório, tornando-os funcionais e dinâmicos.

E, partindo de um conhecimento básico geral, oferecerá estímulos para a realização de trabalhos extramuros regionais e/ou locais, uma vez em que acredito que em um país com tantas diversidades e diferenças regionais – e porque não dizer também culturais -, as questões dessas pessoas são diferenciadas em cada pólo brasileiro.

Mestrado em Educação Inclusiva com inúmeros cursos de especialização no currículo, doutorado em Psicanálise, sinto que acabei escrevendo este livro com o conteúdo que julgo ser importante ministrar aos meus alunos, variando entre fundamentos teóricos, mas também falando como o psicólogo pode realizar sua intervenção e quais suas possibilidades de trabalho junto às pessoas com deficiência.

Aliás, estar em suas mãos a minha mais nova intervenção!!!

Prof. Dr. Emílio Figueira
Janeiro de 2014

SUMÁRIO

A “Psicologia do Excepcional” na História da Psicologia Brasileira	15
"Psicologia e Pessoas com Deficiência" como Substituta da Expressão “Psicologia do Excepcional”	41
Uma Área Carente de Pesquisa de Campo	45
A Pessoa com Deficiência e sua Realidade nas Estatísticas Brasileiras	49
A Classificação Internacional de Funcionalidade como uma Nova Visão das Pessoas com Deficiência	57
Prevenções e Intervenções do Psicólogo Junto às Pessoas com Deficiência .	63
Atuação do Psicólogo em Centros ou Programas de Reabilitação	69
Reabilitação Baseada na Comunidade Como Alternativa	77
Aspectos Psicológicos, Intervenções Clínicas, Dificuldades e Possibilidades Profissionais	83
As Intervenções Clínicas do Psicólogo	89
As Crianças com Deficiência e Aconselhamentos Junto às Famílias no Processo de Educação e Reabilitação	99

Pessoas Com Deficiência E Suas Necessidades Vitais: Orientações Sentimentais, Amor e Sexo	107
As Pessoas Com Deficiência E Os Relacionamentos Virtuais Rumo Aos Amores Reais	115
Aspectos e Mecanismos Sociais que Envolvem as Pessoas com Deficiência	119
A ansiedade no processo de inclusão escolar: primeiro desafio a ser vencido	131
As Deficiências Representadas na Mídia e o Papel da Psicologia Social	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155

A “Psicologia do Excepcional” na História da Psicologia Brasileira

A deficiência, no Brasil, foi tratada ao longo da história, pela perspectiva religiosa, assistencial ou médica. A compreensão dessa história não pode ser dissociada dos processos de exclusão social. Começando pela política de exclusão dos primitivos indígenas, passando pelo assistencialismo dos jesuítas, a violência da escravidão, o pensamento médico no Brasil, a concepção de deficiência e as práticas a ela relacionadas foram construídas, ao longo de nossa história, como questões relativas aos ambientes hospitalares e assistenciais.

Outros fatores também reforçaram essa cultura. Em terras brasileiras, principalmente no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, foi bem considerável o número de médicos que pesquisaram, escreveram e publicaram trabalhos científicos sobre pessoas com deficiências, sobretudo, as mentais, preocupados com a aprendizagem dessas crianças: “O despertar dos médicos nesse campo educacional pode ser interpretado como procura de respostas ao desafio apresentado pelos casos mais graves, resistentes ao tratamento exclusivamente terapêutico, quer no atendimento clínico particular, quer no, muitas vezes, encontro doloroso de crianças misturadas às diversas anomalias nos locais que abrigavam todo tipo de doença, inclusive os loucos.” (JANNUZZI, 2006, p. 31)

A medicina passou a influenciar o modo de se conceber a deficiência. Com a criação das cadeiras de Cirurgia e de Medicina e Cirurgia, em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro respectivamente, que passaram, em 1832, a Faculdades de Medicina, vários médicos passaram a se preocupar com a questão e, mais tarde, tiveram atuação direta como diretores ou professores das primeiras instituições brasileiras voltadas para esse público.

Foi na segunda metade do século XIX, em paralelo à implantação de hospitais públicos que o Estado passou a intervir também na área de doenças

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

mentais – tratadas então em rigoroso isolamento. Surgiu o Hospício D. Pedro II em 1842, no Rio de Janeiro e, em 1852, o Asilo Provisório de Alienados, em São Paulo, origem do Hospital Psiquiátrico do Juquery, no atual município de Franco da Rocha (Grande S. Paulo), nome do médico que organizou a instituição, em 1898, entre outros. Um número considerável de pessoas com deficiência mental, até mesmo por falta de exames e diagnósticos mais precisos na época, eram confundidos com doentes mentais e internados indiscriminadamente nessas instituições. Juliano Moreira, médico e nome importante na história da psiquiatria brasileira, chegou a ser fundador de uma instituição para pessoas com deficiência mental. Franco da Rocha, no ano de 1921, em São Paulo, construiu um pavilhão para crianças no Hospital de Juquery. Mas já eram iniciativas que visavam alguma perspectiva pedagógica, que, segundo Jannuzzi (2006), já apontavam algo positivo: “Percebo que esses pavilhões anexos aos hospitais psiquiátricos, nascidos sob a preocupação médico-pedagógica, mantêm a segregação desses deficientes, continuando pois a patentear, a institucionalizar a segregação social, mas não apenas isso. Há a apresentação de algo esperançoso, de algo diferente, alguma tentativa de não limitar o auxílio a essas crianças apenas ao campo médico, à aplicação de fórmulas químicas ou outros tratamentos mais dramáticos” (p. 38).

Havia já nessa época uma percepção da importância de educação, oriunda do campo pedagógico, em sistematizar conhecimentos que fizessem dessas crianças sujeitos de escolarização: “Daí as viabilizações possíveis, desde a formação dos hábitos de higiene, de alimentação, de tentar se vestir etc. necessários ao convívio social. Elas colocam de forma dramática o que se vai estabelecendo na educação do deficiente: segregação versus integração na prática social mais ampla” (JANNUZZI, 2004, p. 38).

Entre os primeiros médicos que se dedicaram à questão, havia uma preocupação de estabelecer uma catalogação de anormalidade. Pessoas com dificuldades pedagógicas seriam os dotados de inteligência e instrução em grau inferior a sua idade. E, visando completar os exames precários das chamadas

“crianças com defeitos pedagógicos”, acrescentava-se como modelo do exame médico uma ficha contendo itens em relação a observações físicas do aluno.

ULYSSES PERNAMBUCANO E AS PRIMEIRAS AÇÕES BRASILEIRAS

Uma visão mais normativa das pessoas com deficiência mental no Brasil teve início com Ulysses Pernambucano de Melo Pernambucano (1892–1943). Formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1912, ficou conhecido como psiquiatra, neurologista, psicólogo, antropólogo, educador, pesquisador e formador de muitos médicos e pioneiros da psicologia, oriundos das escolas normais. Colou grau de Doutor em medicina, defendendo a tese *"Sobre algumas manifestações nervosas de Heredosifilis"*. Ao longo de sua carreira, dentre os cargos e entidades fundadas por ele, estão: Diretor da Escola Normal Oficial de Pernambuco (1923-1927), Diretor do Ginásio Pernambucano (1928-1929), Diretor do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais (1924-927), Diretor da Tamarineira (1931-1935), Diretor do Hospital de Alienados de Recife (1931), Diretor do Hospital de Doenças Nervosas e Mentais de Recife (1924). Fundou o Sanatório Recife (1936), uma escola para a educação de “crianças anormais” (1925), o Instituto de Psicologia de Pernambuco (1925). Foi Professor substituto da cadeira de Psicologia (interinamente) da Escola Normal Oficial (1924), participou da criação da Liga da Higiene Mental de Pernambuco, da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental do Nordeste, depois do Brasil. Participou da reforma da "Assistência aos Psicopatas de Pernambuco".

Pernambucano teve influência inicial de Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906). Nascido em Vargem Grande, Nina fez o curso de medicina na Bahia e o Doutorado no Rio de Janeiro, defendendo a tese intitulada *“Das Amiotrofias de Origem Periférica”*, sobre três casos de paralisia progressiva numa família, em 1887. No ano seguinte, clinicou em São Luís. Após esse rápido regresso à terra natal, onde foi incompreendido e hostilizado pelos

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

médicos conterrâneos por atribuir à má alimentação problemas de saúde da população carente da região onde vivera, resolveu fugir do provincianismo e do apelido de Dr. Farinha Seca e adotar definitivamente a Bahia como morada. Em 1889, assumiu a cátedra de patologia e medicina legal da Faculdade de Medicina da Bahia, encontrando um ambiente favorável às pesquisas sociais que tanto o atraíam, herdeiras diretas da antropologia criminal do médico italiano Cesare Lombroso e, obviamente, do inicial positivismo sociológico na área penal. Em Salvador, havia mais de dois mil africanos catalogados na época da abolição da escravatura. Isso estimulou o médico a dedicar-se à clínica médica e ao atendimento dos menos favorecidos, sendo logo intitulado “Doutor dos Pobres”.

“ESCOLAS PARA ANORMAIS” – A PRIMEIRA AÇÃO EFETIVA

Optando por trabalhar e estudar as classes excluídas pode ser notada já quando, aos 26 anos, Ulysses Pernambucano, viu uma possibilidade de concretizar sua vocação de docente quando, em 1918, com sua monografia “*Classificação de crianças anormais: a parada do desenvolvimento intelectual e suas formas; a instabilidade e a astenia mental*”, elaborada para concurso de professor catedrático da recém criada cadeira de Psicologia e Pedologia da Escola Normal Oficial do Estado de Pernambuco – o que, segundo o historiador Paulo Rosas, foi o marco inicial da Psicologia do Recife. Tratava-se de uma dissertação de 45 páginas, abordando a classificação das crianças com deficiência mental; a parada do desenvolvimento intelectual; a psicologia dessas crianças; o diagnóstico da deficiência, através de uma abordagem sobre a educação médico-pedagógica; um referencial bibliográfico de 23 títulos com predominância da literatura médica francesa. Ulysses teceu significativas observações pessoais, destacando essas crianças como sendo sempre vistas como uma unidade biopsicossocial.

Entre os cinco candidatos, ele obteve a melhor nota, não sendo nomeado por injunções políticas, onde o governador do Estado nomeou o

Emílio Figueira

candidato que havia ficado em segundo lugar. Mas, a julgar pela temática por ele apresentada, segundo palavras de Medeiros (2001), “já se infere o pioneirismo do jovem concorrente Ulysses: o estudo de crianças excepcionais, na época, chamadas de ‘anormais’” (p. 32). Outro fato importante apontado por Rosas naquele momento, como relevante, foi a própria monografia de Pernambucano, mais tarde destacada por Pessotti (1984, p. 193), como a “primeira tese brasileira no campo da deficiência mental”. Medeiros (2001), ainda falando dessa monografia, destaca que nela “podem ser detectadas, embrionariamente, duas preocupações que vieram a caracterizá-lo intensamente: a criança excepcional e a psiquiatria social. Tais preocupações se tornaram linhas mestras de sua ação, de sua vida, de sua obra” (p. 33).

Só em 1923, o médico e psicólogo retornaria como diretor dessa escola, permanecendo no cargo até 1927, revelando seu espírito criador, preocupado com a formação de pesquisadores e produtores de conhecimento, sua capacidade de ação articulada e persistente, determinado reformador, sua vocação de pedagogo, o que posteriormente estimulou-o na criação da Escola para Excepcionais e do Instituto de Psicologia.

Na monografia de 1918, Pernambucano já havia enfatizado a importância de educação para crianças com deficiência mental e superdotados. Em um relatório de 1924, elaborado e encaminhado por ele ao Secretário do Interior e Justiça, o médico e psicólogo foi novamente direto ao assunto:

(...) ousou lembrar a necessidade de cogitar os nossos regulamentos de ensino de melhor aproveitamento das crianças bem-dotadas de inteligência, que avançam sobre os escolares da mesma idade. Atravessamos uma época em que as nações se impõem pelo valor dos seus filhos. Aproveitar aqueles que parecem na escola representar os futuros valores mentais, aquilo que eu chamaria de expoentes escolares, é dever de patriotismo. Poderíamos tentar a criação logo que estabelecêssemos os nossos testes de aptidão de uma escola para supernormais (PERNAMBUCANO, apud MEDEIROS, 2001, p. 46).

A escola proposta para os denominados supernormais¹ não chegou a funcionar, mas a destinada às “crianças anormais” iniciou-se, funcionando

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

durante alguns anos como uma classe especial do Curso de Aplicação anexo à Escola Normal. Entrando em uma fase preparatória de implantação, realizavam-se pesquisas junto aos alunos da rede pública de ensino, visando identificar aqueles com “dificuldades de aprendizagem”, projeto que contava com a dedicação exclusiva e intensiva de Anita Paes Barreto. Por questões burocráticas e políticas, essa “Escola para Anormais” não chegou a funcionar efetivamente, permanecendo como uma cadeira complementar do Curso de Aplicação. Mas, nas palavras de Diniz (2001), a iniciativa tornou-se um “grande e real marco no campo da Psicologia, tendo sido a partir daí que Barreto começou a desenvolver suas atividades de estudo e pesquisa na área da educação do excepcional. Foram lançadas experimentalmente as bases científicas para melhor conhecimento da infância, sendo desenvolvidas investigações sobre a presença de deficiências mentais entre crianças em idade escolar, dificultando a freqüência a escolas comuns” (pp. 87-88).

Em 1925, proposto por Pernambucano, iniciou-se o funcionamento de uma pequena escola para “anormais” nas dependências do Sanatório Recife, nascendo como uma instituição particular ligada à Liga de Higiene Mental de Pernambuco. Era a primeira Escola de Excepcional do Brasil; dela surgiram várias outras criadas por ele, as chamadas “Escolas para Anormais”. (Vale destacar que, anteriormente, o marco inicial das escolas para crianças com deficiência mental e “dificuldades de aprendizagem”, pois para crianças com deficiência visual e deficiência auditiva tivemos na segunda metade do século XIX, duas iniciativas de Dom Pedro II, com a criação do “Imperial Instituto dos Meninos Cegos”, em 1854, e do “Imperial Instituto dos Surdos-Mudos”, em 1856.).

1. As crianças intituladas por Pernambucano de **supernormais**, depois por Helena Antipoff de **bem-dotadas e superdotadas**, não têm hoje uma denominação aceita incondicionalmente; alguns autores têm-se referido a pessoas com altas habilidades. Por ter sido deles a iniciativa de atenção com essas pessoas, elas foram incorporadas à disciplina “Psicologia do Excepcional”. Particularmente, defendo que o tema superdotação seja retirado das referidas disciplinas e transferidas para as “Psicologias da Aprendizagem” ou correlatas, por ser tratar de pessoas com necessidades de planejamentos

Emílio Figueira

educacionais elaborados especialmente para atingirem suas potencialidades e expectativas, e não propriamente uma necessidade de Educação Especial ou de Inclusão Escolar.

Pernambucano preparou o pessoal para o trabalho a ser iniciado e como diretor reuniu pessoas interessadas nessa área, como Anita Paes Barreto, Sílvio Rabelo, Ana Campos, Anita Costa, Maria das Neves Monteiro, Maria Leopoldina de Oliveira, Alda Campos, Helena Campos, Maria de Lourdes Vasconcelos, Cirene Coutinho, Celina Pessoa, entre outros, tendo por objetivo a orientação e seleção de professores para escolas primárias, secundárias e profissionais; estabelecimento de testes pedagógicos, físico-psicológicos e diagnósticos de crianças com deficiência, sobretudo, as mentais; realização de estudos de psicologia patológica. Pernambucano assumiu o cargo de professor de Psicologia do Curso de Aplicação que, segundo Antunes (1991), “foi [aí] que surgiram as primeiras pesquisas com testes de aptidão, pedagógicos e mentais em alunos do curso primário do referido Curso de Aplicação, mas, mais que isso, Pernambucano implantou aí processos pedagógicos com base na Psicologia, o que, em outras palavras, significou a aplicação efetiva dos conhecimentos psicológicos à Educação” (p. 176). A respeito disso, Anita Paes Barreto – que procurou desenvolver uma nova pedagogia na linha chamada Escola Nova, de Lourenço Filho e Fernando Azevedo –, escreveu:

A criação do Instituto de Psicologia vinha, justamente, permitir entre nós, o estudo científico da criança normal e anormal, e a investigação, inicial, da presença dos deficientes mentais entre os escolares ou entre crianças em idade escolar, sem condições de freqüentar a escola comum, exatamente em consequência da própria deficiência.

(...)

A primeira escola para anormais, criada em 1929, no RECIFE, não chegou a funcionar como tal. Mas, nem por isso, deixou de ser um grande e real marco. Sobretudo, porque pode-se dizer, com absoluta certeza, que, mesmo tendo sido posteriormente transformada numa cadeia qualquer de ensino primário, sendo colocada à disposição do Instituto de Psicologia, por solicitação de seu Diretor, não foi mais possível abandonar o problema, nem deixar de trabalhar pela sua solução, sempre presentes às interações daquele professor, comprovadas nas atitudes que se

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

seguiram. O Instituto de Psicologia encarregou-se, então, da continuidade do estudo e da pesquisa para formação de pessoal especializado, ao mesmo tempo que cuidava da descoberta dos retardados mentais, onde pudessem ser encontrados (apud ANTUNES, 1991, pp. 176-177).

Cinco meses depois da criação da primeira “Escola de Anormais”, em 1925, nascia o Instituto de Psicologia que, segundo Barreto (1978, apud MEDEIROS, 2001), “vinha, justamente, permitir entre nós o estudo científico da criança normal e anormal, e a investigação inicial, da presença dos deficientes mentais entre crianças em idade escolar, sem condições de freqüentar a escola comum” (p. 53). Pernambucano que aprendera psicologia no dia-a-dia do consultório médico, tinha a consciência de que ainda não poderia contar com um corpo de auxiliares competentes, técnica e cientificamente. Por já acumular experiência suficiente oriunda da clínica geral e de suas atividades como sanitarista e psiquiatra, além de muita leitura apropriada, iniciou ele mesmo o “processo de treinamento ou orientação de estagio de jovens egressas da Escola Normal, curiosas e motivadas pelo novo e desafiador campo de trabalho” (ROSAS, 2001, p. 56). Tudo era conduzido a partir de pesquisas. Pernambucano preocupou-se em formar uma equipe de terapeutas interessados em educação e psicologia, com médicos e educadores sensíveis não apenas à deficiência mental ou à superdotação intelectual, como também em compreender as patologias mentais e sua terapia. Eram “médicos e psicólogos formados à luz de uma mentalidade científica que os conduzia à pesquisa; e de uma compreensão humanística, ética e social dos problemas psicológicos e psiquiátricos, que os conduzia a uma atitude política, se bem que não necessariamente partidária” (ROSAS, 2001, pp. 62-63).

O Instituto produziu um fundamental e significativo acervo técnico-científico, dentre os quais destaca-se o trabalho “O teste A de Rossolimo em crianças normais e anormais”, de Maria das Neves Monteiro e Maria de Lourdes Vasconcelos, publicado nos “Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco”, fundada em 1931, pelo próprio Ulysses Pernambucano. Teve sua denominação alterado para Instituto de Seleção e Orientação Profissional –

Emílio Figueira

ISOP, ficando subordinado à Secretaria de Justiça e Instrução. Em 09 de agosto de 1929, com um novo regulamento e objetivos definidos e mais ambiciosos, teve, entre suas atividades, “estabelecer testes aplicáveis aos diagnóstico das crianças anormais e supernormais”.

Durante esse período, Pernambucano ocupava paralelamente o cargo de Diretor do Ginásio Pernambucano (1928-1929). Em 1930, deixava a direção do Ginásio, sendo designado pelo Interventor Lima Cavalcanti para dirigir os serviços de assistência aos psicopatas do Hospital da Tamarineira, na época um verdadeiro depósito de doentes mentais, desde os que tinham pequenos distúrbios até os mais graves, que viviam encarcerados em cubículos gradeados e em calabouços, sujeitos às camisas de força e a choques elétricos, sem o menor cuidado ou uma diversificação terapêutica. Pernambucano que era professor da Faculdade de Medicina, em que trabalhavam homens como Otávio de Freitas e os irmãos João e Arnóbio Marques, fez uma reforma no hospital, tanto em seu aspecto físico como terapêutico.

Contando com a ajuda dos sócios da recém-fundada Liga e com doação de numerosas doações, as primeiras arrecadações foram insuficientes para o tamanho da empreitada, a Liga fez uma ampla divulgação nos meios de comunicação, sendo bem-sucedida. Conseguiram um grande terreno, a planta do projeto assinada pelo arquiteto Joaquim Cardoso. Em 25 de setembro de 1934, era lançada a pedra fundamental de escola. Por motivos de restrições e perseguições políticas contra Pernambucano, gerando-lhe dificuldades financeiras, diminuíram o andamento da obra. Por ter preferência por trabalhar pelos excluídos e marginalizados socialmente, gerou conflitos e atritos com elite e autoridades. Com a implantação do Estado Novo, foi denunciado por seus adversários como comunista e subversivo², sendo preso por 60 dias e aposentado compulsoriamente do ensino público do Estado.

O médico e psicólogo faleceu prematuramente aos 51 anos, vítima de infarto fulminante, em 1943, no Rio de Janeiro, “tão na mocidade da velhice”, conforme escreveu seu primo, o antropólogo Gilberto Freire. A escola só ficou pronta após uma década da morte de seu idealizador, que com o empenho de

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

seus antigos colaboradores e os membros da Liga, foi inaugurada em 05 de dezembro de 1953.

ANITA PAES BARRETO: DA INICIATIVA PRIVADA PARA UM ENSINO ESPECIAL PÚBLICO

É notório que o pioneirismo de Ulysses Pernambucano no campo da Educação Especial não foi um fato isolado. Contou com ação conjunta de muitas pessoas. Todavia, não desmerecendo os demais, temos que destacar o nome de Anita Paes Barreto nessa iniciativa. Nascida em 03 de junho de 1907, no Recife, aos 17 anos concluiu o Curso Normal, quando já se destacava por seu brilhantismo. Laureada com uma medalha de ouro em sua formatura, pelo então Diretor, Ulysses Pernambucano, obteve a outorga da “cadeira prêmio”, que lhe garantia nomeação imediata para a rede pública estadual de ensino, podendo escolher o local onde gostaria de lecionar.

No ano seguinte, 1925, era nomeada professora primária do Estado de Pernambuco, instigada por esse Diretor para Pernambucano a lecionar uma disciplina chamada "Educação de crianças anormais", em uma época que ainda não havia praticamente estudo e investimento voltados para esses alunos. Com efeito, em depoimento prestado posteriormente, a professora Barreto esclarece que teve a honra de receber das mãos do próprio Barreto, um exemplar de sua tese de 1918, como um apelo para que se dedicasse ao problema da educação dessas crianças.

Nesse mesmo ano, por iniciativa de Pernambucano, nascia o Instituto de Psicologia. Uma das primeiras iniciativas do médico e psicólogo, foi chamar Barreto e outras ex-alunas da Escola Normal para integrar sua equipe. Colocada à disposição do Instituto, foi a primeira pessoa no Brasil a ser nomeada psicóloga para atuar em instituição pública. Chegou a presidir o órgão no biênio 1927/1928. E novamente obteve êxito, como afirma Rosas (2001), “sem deixar de insistir sobre a liderança de Ulysses Pernambucano e sua capacidade

Emílio Figueira

criadora, é inegável que o papel histórico alcançado pelo Instituto de Psicologia muito deve ao saber e à sensibilidade de Anita Paes Barreto” (p. 60).

Sob orientação de Pernambucano, Barreto teve uma rápida ascensão profissional. Juntos, publicaram, em 1927, o trabalho “Estudo Psicotécnico de alguns Testes de Aptidão”. Durante uma década (1925-1935), foi a principal auxiliar dele, realizando e coordenando inúmeras atividades. Participou da prática e da realização de estudos pioneiros no campo da Psicologia Aplicada. A partir de 1931, a professora coordenou várias pesquisas sobre a Revisão Pernambucana dos Testes Binet-Simon e Terman, cujos resultados foram publicados principalmente em Neurobiologia, Jornal de Medicina de Pernambuco e Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco.

Em 1935, quando o Instituto foi extinto e Pernambucano preso, Barreto prosseguiu trabalhando com “crianças excepcionais”. No âmbito do ensino público só foi implementado efetivamente – através da promulgação do Ato n.º 137, de 27 de janeiro de 1941 e assinado pelo Interventor Federal em Pernambuco, Agamenon Magalhães – o dispositivo legal que fixava as características do “Externato Primário para Anormais Educáveis”, uma escola específica para a educação da criança denominadas “subdotadas”. Era a Escola Aires Gama, sendo no Diário Oficial do dia seguinte, designada a professora Anita Paes Barreto para exercer o cargo de Diretora, lá permanecendo de 1941 a 1957. Dentro desse período, em 1947, em uma medida de reconhecimento, essa instituição passou a denominar-se “Escola Especial Ulisses Pernambucano”.

Licenciada em Pedagogia no ano de 1948, tornou-se professora na Faculdade de Filosofia do Recife, atuando como primeira Psicóloga na Clínica de Conduta, criada em 1949, com a colaboração de Béla Szekely, na Escola de Serviço Social de Pernambuco – atual Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Em 1955, com a colaboração de Dilucina Lopes e Maria do Carmo Souto, realizou pesquisa sobre o psicodiagnóstico de Rorschach em Crianças, cujos principais resultados foram apresentados na VII Reunião Anual da SBPC. Entre 1959 a 1962, ocupou o cargo de assessora para Assuntos Educacionais na Prefeitura do Recife; fundou e dirigiu a Divisão de Ensino do Movimento de

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Cultura Popular (1960-64); foi presidente da Fundação Promocional Social (1963); Secretária de Educação do Estado, no Governo Miguel Arraes (1963-64); presidente da Fundação da Promoção Social (1963); Secretária de Educação de Pernambuco (1988-1991). Foi presa por 17 dias, como subversiva, em 1964. Em 1997, o Conselho Federal de Psicologia conferiu a Barreto a medalha "Reconhecimento dos psicólogos brasileiros pela contribuição no desenvolvimento da Psicologia como Ciência e Profissão". Em seus últimos anos, recolheu-se à intimidade de sua família, falecendo no Recife, em 2003, aos 96 anos.

HELENA ANTIPOFF E O NASCIMENTO DO ENSINO ESPECIAL EM MINAS GERAIS

Na Reunião da Liga de Higiene Mental de Pernambuco em homenagem à memória de terceiro ano da morte de Ulysses Pernambucano, realizada em 05 de dezembro de 1946, a Conferência de abertura foi ministrada por uma já conceituada psicóloga. Em certo trecho de sua fala, essa respeitada profissional relatou:

Tive a felicidade de me encontrar com o Dr. Ulysses Pernambucano no primeiro ano de minha estada no Brasil, e de saber que nesta ocasião, em 1929-30, havia no Norte do País, orientado por um mestre tão sábio como criterioso, um intenso movimento de pesquisa psicológica. Bem antes que Minas Gerais, com seu laboratório de psicologia da Escola de Aperfeiçoamento pedagógico, tivesse realizado as suas pesquisas, aqui no Recife fazia-se uma abundante colheita de dados sobre a criança, revisão de escalas psicológicas, standardização de um sem número de testes mentais, para o uso cotidiano da escala, da clínica psiquiátrica, do serviço de orientação profissional. Várias formas adaptadas, traduzidas, estalonadas em Recife foram também por nós adotadas, como os Testes Alfa, Ballard, etc. (ANTIPOFF, 1946, p. 247)

Emílio Figueira

Essa psicóloga era Helena Antipoff, nascida em 1892 na província de Bielorrússia, em Grodno. Era filha de general do exército imperial, sendo sua família possuidora de muitos bens. Com a mãe, ela aprendeu as primeiras letras, indo mais tarde para São Petersburgo estudar em uma instituição com professores de nível universitário, que mantinham o método de ensino "ativos e passivos", levando os estudantes a não dar crédito a afirmações gratuitas sem verificar a realidade, sendo que os estudos de Filosofia e Psicologia eram matérias de grande interesse dos alunos. Tinha 17 anos quando ingressou na Universidade de Sorbonne, Paris, seguindo mais tarde para a Suíça, lá estudando com o psicólogo Edouard Claparède, um dos pioneiros no estudo da aprendizagem infantil, no Instituto Jean Jacques Rousseau, em Genebra. Antipoff foi convidada a integrar a equipe de pesquisadores desse instituto, com Claparède. Dez anos mais tarde, Antipoff voltou à Rússia, ao encontro de seu pai, que estava muito doente. Casou-se com o escritor Victor Iretzky, tendo um filho chamado Daniel. Na Rússia, trabalhando como psicóloga, apresentou os resultados de suas pesquisas, que constatavam que o nível mental dos filhos de intelectuais era mais alto em comparação aos das outras crianças, sendo duramente criticada e perseguida, obrigada a deixar sua terra natal. Em 1926, Antipoff voltou a fazer parte da equipe de Claparède, desligando-se somente em 1929, quando veio para o Brasil, por indicação de seu mestre, com o desafio de aplicar seus conhecimentos, participando da implantação de uma Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico. Chegando a Belo Horizonte, uma de suas primeiras providências foi criar um laboratório na Escola de Aperfeiçoamento de Professores, local em que se realizavam pesquisas sobre o desenvolvimento mental das crianças, utilizando-se, nesse estudo, de testes trazidos da Europa. Os resultados obtidos indicavam uma média de idade mental muito abaixo da idade real das crianças. Ela, que já trabalhava com uma concepção de anormalidade diferente da predominante no Brasil, acreditava que tais pessoas poderiam adquirir autonomia e participar, também, da construção do país.

O Brasil vivia um período em que a preocupação com o ajustamento entre as idéias modernas e a realidade do país surgia com maior intensidade,

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

caracterizando-se como um marco no desenrolar de nossa história. Numa sociedade de base urbano-industrial, vinda de uma tradição agrária, com uma política voltada para a industrialização, a racionalização da produção, o progresso tecnológico, o ensino profissionalizante e a complexificação do aparato político-administrativo do Estado, o homem passou a ser valorizado como ator de produção e integração nacional. Essa sociedade baseava-se numa política na qual a escola ganharia importância como peça fundamental para a constituição da nação; um instrumento básico para uma rápida transformação social, em um país que buscava constituir-se como nação “civilizada”. Isso permitiu uma aproximação entre as políticas e práticas educacionais e as idéias médico-higienistas, visando cuidar da criança brasileira para que viesse a se tornar um adulto saudável, disciplinado e produtivo, nos moldes de uma sociedade industrializada.

Os educadores passaram a ter o papel preventivo de organizar classes homogêneas, agrupando crianças com a mesma capacidade de aprendizagem e o mesmo desenvolvimento mental. Havia o objetivo de aumentar a produção dos alunos, com maior rapidez e eficiência, endossado com o respaldo científico da Biologia, da Psicologia e da Estatística. A avaliação das faculdades mentais, os testes psicológicos de inteligência, personalidade e aptidão, juntamente com os resultados de exames médicos e pedagógicos, definiriam a distribuição dos alunos na rede escolar. O domínio da Psicometria, por exemplo, no processo educacional, gerou a exclusão das crianças consideradas como “problemas” (com deficiências mentais, desvios de conduta, dificuldades de aprendizagem), sendo essas enviadas para estabelecimentos específicos, de forma a “proteger” a sociedade dos “males por elas trazidos”. Essas pessoas eram aquelas que não possuíam rapidez e precisão, não mantinham um comportamento esperado ou não apresentavam uma produtividade intelectual satisfatória, consideradas “deficientes” ou “anormais”, até o início da década de 1930. Foi nesse momento que a psicóloga veio atuar no Brasil.

Antipoff, que trabalhou anteriormente com crianças abandonadas na Rússia, já havia notado que estas obtinham resultados de testes muito abaixo da

média, apontando algum tipo de prejuízo intelectual. Porém, tais crianças, no dia-a-dia, apresentavam-se “extremamente espertas, [revelando] prodígios de engenhosidade para lutar contra as dificuldades que a vida lhes deparava, e para assegurar a própria conservação” (ANTIPOFF, 1931, p. 78, apud, PINTO; JACÓ-VILELA, 2005). No Brasil, Helena verificou as mesmas condições em crianças de Belo Horizonte, permitindo-lhe desenvolver a hipótese de que haveria correlação entre pobreza e baixos resultados nos testes. Notou também defeitos na elaboração de tais testes, que avaliavam “apenas aquela inteligência disciplinada, dentro dos moldes da classe social hegemônica, de acordo com a moral da família burguesa, a disciplina da escola e as regras da sociedade” (PINTO; JACÓ-VILELA, 2005). Segregavam-se, assim, crianças que não tivessem essas condições sociais, que não se enquadravam às exigências impostas pelos testes baseados em padrões determinados diversos da realidade da criança.

Batizado de “*inteligência civilizada*” pela própria psicóloga, ela passou, a partir desse conceito, a defender uma abordagem que apontava para o papel da interação social no desenvolvimento intelectual. Mesmo com algumas restrições, os testes de inteligência foram aceitos como instrumento de detecção de anormalidade, embora não mensurando aptidões ou disposições inatas, mas aquilo que o indivíduo recebia de seu meio familiar, grupo social e da própria escola: mediam assim a inteligência civilizada (ANTIPOFF, 1931, pp. 44-45). A psicóloga utilizou esses testes como critério de hierarquização das classes homogêneas, argumentando que davam o “grau de disciplina e de cultura mental, o grau do esforço intelectual que os indivíduos são capazes de fornecer numa prova de gênero” (ANTIPOFF, 1930, p. 22).

Antipoff considerava a inteligência como produto complexo, decorrente não apenas das disposições intelectuais inatas e do crescimento biológico, mas também de um conjunto de fatores do meio social, das condições de vida e da cultura nas quais a criança se desenvolve. Por isso, ações pedagógicas, somadas à educação e instrução recebida no ambiente familiar, seriam, pois, decisivas para uma boa formação intelectual. Acreditando nessa

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

tese, iniciou um trabalho com crianças que tinham resultados não satisfatórios nos testes, afastando-se da zona de normalidade. Segundo palavras da própria psicóloga, “o nível baixo nos testes de inteligência para muitas crianças de meio social inferior e crescidas fora da escola não prognostica absolutamente o futuro atraso nos estudos, pois nesta idade o organismo ainda está bem plástico e o cérebro capaz de assimilar com grande rapidez e eficiência os produtos da cultura intelectual” (ANTIPOFF, 1932, apud CAMPOS, 2002, p. 22).

AS CONCRETIZAÇÕES DAS INICIATIVAS DE ANTIPOFF

Acreditando em programas de educação compensatória, Antipoff passou a pedir a ajuda das elites locais, visando promover programas de reeducação para crianças até então isoladas de todos e dos contatos sociais, “entre as quais podiam se distinguir os excepcionais 'orgânicos', portadores de distúrbios de origem hereditária, e os excepcionais 'sociais', isto é, aqueles cujas condições de vida familiar ou social impediam uma adequada estimulação” (CAMPOS, 2002, p. 22).

Crianças até então rotuladas com termos pejorativos como *anormais*, *retardadas*, *insuficientes*, *revoltadas*, dando idéia de algo definitivo, irremediável, sem solução, como se nada pudesse ser feito por elas – afinal, a partir do pressuposto biológico, essas crianças já nasceriam com tais características. E, visando uma adoção de um termo neutro, utilizado em relação a todas as crianças que fugissem de alguma forma à norma, precisando de atenção especial, Antipoff passou a intitulá-lo de “*excepcionais*”, ou seja, aquelas crianças e adolescentes que se desviam acentuadamente para cima ou para baixo da norma de seu grupo em relação a uma ou várias características mentais, físicas ou sociais, ou quaisquer dessas, de forma a criar um problema essencial com referência à sua educação, desenvolvimento e ajustamento ao meio social.

Base para essa iniciativa vai encontrar novamente na Conferência do Recife (1946), quando Antipoff, em sua fala (posteriormente publicada em

Emílio Figueira

texto), citou Alice Descoedres, na ocasião professora do Instituto J.J. Rousseau, de Genebra, autora de obras de psicologia e pedagogia, que em um livro sobre pedagogia especial substituiu o vocabulário “anormais” – que para Antipoff soava de maneira humilhante –, por “*retardados*”, introduzido anteriormente por Alfred Binet. Recomendando que a Fundação Ulysses Pernambucano eliminasse o termo “anormais”, ao se referir a seus alunos, a psicóloga foi otimista em defender: “Preferimos que escolhessem um termo neutro como seria por exemplo: Escola médico-pedagógica, ou Instituto de Educação Individual, focalizando menos a espécie de alunos a educar, que a qualidade de tratamento a que os submeterá. Haverá entre eles, presumo, não rara vez, crianças vivas e inteligentes, porém com distúrbios psico-motores, ou de linguagem ou de caráter, e que serão sanados inteiramente ou pelo menos terão melhoras sensíveis, após tratamento adequado; e não ficaria agradável nem a eles, nem aos pais, a menção da *Escola de Anormais* no seu *currículo* escolar” (ANTIPOFF, 1946, p. 249).

Para Antipoff, o principal problema das crianças carentes e abandonadas, discriminadas, seria o sentimento de não adequação ao meio. Elas tinham, originalmente, uma natureza boa. Vale dizer que essa psicóloga teve influência das idéias de Jean Jacques Rousseau (1712-1778), para quem todos nasciam bons, a sociedade que é que os corrompia. Suas principais necessidades poderiam ser sanadas com a criação de um ambiente de liberdade, permitindo-lhes que suas habilidades pudessem ser adequadamente desenvolvidas. Também influenciada pelas idéias de Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), passou a defender a importância da educação no ambiente familiar, acreditando que a escola deveria ser vista como uma extensão da vida em família, e que, após uma reformulação, o método educacional poderia ser mais efetivo quando estivesse estritamente relacionado às experiências de vida da criança.

Esses ideais a inspiraram a criar duas instituições com a intenção de dar assistência às crianças: em novembro de 1932, com a colaboração de algumas antigas alunas da Escola de Aperfeiçoamento, fundou a primeira Sociedade Pestalozzi do país, com sede na capital mineira e, anos mais tarde, a

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Fazenda do Rosário, em 1940, significando uma grande mudança na forma de lidar com as crianças marginalizadas.

Buscando soluções para a educação de crianças excluídas do processo de escolarização, Antipoff lutava contra a contradição entre a miséria e falta de higiene em que viviam as crianças abandonadas, moradoras de rua, segundo suas palavras, "mais imundos ainda em contraste com tanto luxo, de um lado, e de outro tanta beleza natural que Belo Horizonte apresenta. (...) Movido pelo simples sentimento de compaixão, como pela convicção mais radical, o povo de Belo Horizonte tem de se decidir a melhorar a sorte desta infância, hoje apenas miserável, amanhã, talvez, miserável, revoltada e perigosa (ANTIPOFF, 1992a, p. 122). Assim, a Sociedade Pestalozzi passou a atuar sobre diversos focos de exclusão social, provocados por problemas de miséria e abandono, deficiência mental no sentido estrito, visando resguardar os direitos das crianças em situação de risco social.

Contando com um consultório médico-pedagógico instalado em sua sede, em 1934, para crianças com deficiência ou as chamadas problemáticas, tornou-se o embrião do futuro Instituto Pestalozzi de Minas Gerais, posteriormente transformado em instituição pública do governo daquele Estado. Era o nascimento do trabalho multiprofissional, formado por médicos, psicólogos, pedagogos e assistentes sociais. Em outro trecho da Conferência por ela ministrada no Recife, em 1946, Antipoff afirmou: "Vejam os benefícios que o tratamento da criança excepcional deficiente ou com distúrbios diversos, *pari passu*, pode trazer à comunidade. Precisamos argumentar bem o nosso propósito de servir à criança excepcional, porque existem pessoas que condenam a preocupação com estes seres, considerando que sua assistência é mais dispendiosa, exige um pessoal especializado com preparo pedagógico mais longo e esmerado; exige classes menos numerosas, 15 a 20 alunos no máximo, material didático rico, aparelhamento para trabalhos manuais, matéria-prima abundante para os mesmos" (p. 249).

Antipoff tornou-se professora fundadora da Cadeira de Psicologia Educacional na Universidade Minas Gerais, lecionando na Faculdade de

Emílio Figueira

Filosofia, Ciências e Letras, nos cursos de Licenciatura e de Pedagogia, divulgando o pensamento de autores como Pavlov, Luria, Claparède, Rey, Piaget e Janet. No início dos anos 1940, quando o Brasil vivia o período do Estado Novo, teve ela recusada pelo governo mineiro a renovação de seu contrato como acadêmica por ser estrangeira. Visando a buscar outras formas de atuação profissional, mudou-se para o Rio de Janeiro, passando a atuar junto ao Ministério da Saúde, na institucionalização do Departamento Nacional da Criança, momento também no qual Antipoff iniciou a criação da Sociedade Pestalozzi do Brasil. Ela também tomou parte na luta pela redemocratização do país. Publicou, em 1944, na Revista Brasileira de Estudos Pedagógica - RBEP”, o artigo "Como pode a escola contribuir para a formação de atitudes democráticas"³, que, segundo Campos (2003), é “um de seus trabalhos mais interessantes, tanto do ponto de vista pedagógico quanto social”. Os conceitos contidos logo nos primeiros parágrafos desse artigo continuam atuais:

A escola pública, em alguns lugares a única escola para o ciclo primário, é certamente o meio eficiente de aproximação entre futuros cidadãos da mesma geração. Dos contatos da infância, cada um retira o conhecimento intuitivo, diariamente experimentado, do valor de cada um dos companheiros; e estes, pertencentes a meios diferentes, refletem, assim, no espírito de cada qual, atitudes e modos de agir de seus respectivos meios.

Mas a democracia requer mais que oportunidades e contatos fortuitos entre meios sociais. Ela exige treino organizado para formar no homem adulto sua segunda natureza, tecida de atitudes e de hábitos de agir *democraticamente*, de acordo com um *ideal democrático*.

Muitos são os critérios do ideal e da ação democrática. Entre eles destacamos dois que, já na Escola Primária, podem ser visados sob a forma de *virtude e praticar*, e de *regime de trabalho a realizar*.

O nome do primeiro é *lealdade*; o segundo chama-se *cooperação*. Todo regime, onde ambas vigoram, se democratiza e se apura no sentido democrático. Ao contrário, com o desprezo de uma ou de outra, ele degenera em regime de autoritarismo e de exploração social (ANTIPOFF, 1944, p. 221).

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Ainda morando na capital brasileira da época, Antipoff iniciou as reflexões sobre o ensino rural, que seria implementado na Fazenda do Rosário. Em 1951, obtendo a cidadania brasileira, pôde reassumir suas funções como catedrática de Psicologia Educacional na Faculdade de Filosofia da Universidade Federal de Minas Gerais, dando continuidade à formação de pessoal qualificado em psicologia.

Inquieta e ativa, voltou a buscar possibilidades de colocar em prática suas idéias na Fazenda do Rosário, tendo como foco a integração da escola à comunidade rural adjacente, enfatizando, “por um lado, a necessidade de integração à comunidade das crianças recebidas pela Sociedade Pestalozzi – crianças abandonadas, com sérios problemas de ajustamento. Por outro lado, buscava-se levar à comunidade rural de Ibirité os benefícios civilizatórios da escola” (CAMPOS, p. 27, 2002). Como frutos desses ideais, surgiram diversas instituições educativas que vieram a compor o Complexo Educacional do Rosário: Escolas Reunidas Dom Silvério (para o ensino primário); Clube Agrícola João Pinheiro (ensino e experimentação de técnicas agrícolas); Ginásio Normal Oficial Rural Sandoval Azevedo (com internato para moças); Ginásio Normal Oficial Rural Caio Martins (com internato para rapazes); Instituto Superior de Educação Rural (Iser), com cursos de treinamento para professores rurais, incluindo a prática no cultivo de lavouras, hortas, pomares, na criação de animais, e cursos de economia doméstica (CAMPOS, 2002, p. 27). Essas iniciativas da Sociedade Pestalozzi, foram apoiadas pelo governo estadual, especialmente a partir da integração da Fazenda do Rosário à Campanha Nacional de Educação Rural, iniciada pelo governo federal em 1952.

Segundo palavras de Antipoff (1992a), "em que seus moradores, sem especificação profissional, sectária ou partidária, se transformem em cidadãos de um padrão mais apurado, do ponto de vista cívico, econômico e cultural", cabendo aos educadores o papel social de contribuir para "edificar formas mais produtivas e mais eqüitativas de vida coletiva" (p. 113). A Fazenda do Rosário, denominada por ela uma "cidade rural", tinha por objetivo o exercício da democracia na vida cotidiana. Relendo seus escritos, vemos que a psicóloga

Emílio Figueira

tinha firmeza e convicção que a educação das crianças assistidas nas entidades criadas e dirigidas por ela deveria mesmo ocorrer no meio rural:

Escola para excepcionais devem ser localizadas fora das cidades. O local natural é o campo. Espaço mais largos permitem movimentos mais amplos. Os ritmos da vida são ali mais regulares: o sol, melhor que, o relógio, e os sinos marcam as horas, convidando ao trabalho e ao sono.

Além da serenidade, a natureza dá margem a um elemento que julgo de sua importância na educação dos excepcionais: a beleza. É muito mais fácil deixar a criança ver o que é belo, o que é feio, do que fazê-la compreender o que é bom e o que mal. A estética do ambiente é o fundo no qual se perfilarão as ações dos adolescentes. Esses, rapidamente, eles mesmos, ou com o auxílio de educadores, procurarão a harmonia, fugindo do chocante visível e da cacofonia das discordâncias. E assim, paulatinamente, se aproximam das regras da vida social e moral (ANTIPOFF, 1955, p. 285).

Em um sentido mais técnico, Antipoff passou a usar o método da "experimentação natural" de Lazursk de maneira ampliada, para denominar a forma de organização das atividades pedagógicas no Rosário. Esse método foi desenvolvido pelo psicólogo e psiquiatra russo, Alexandre Lazursky, que segundo a própria Helena Antipoff, "consagrou sua vida ao estudo psicológico da personalidade e à pesquisa dos métodos particularmente adaptados a este assunto". Ela publicou, em 1926, um artigo sobre esse método, hoje disponível na coletânea organizada por Regina Helena de Freitas Campos (2002, pp. 295-300).

Defendia a liberdade de escolha do educando, a atividade consciente, a sociabilidade e a tomada de decisões em grupo: "Em vez de incentivar a competição, como era o caso no sistema escolar regular, a pedagogia rosariana privilegiava a cooperação: o aprendizado deveria se fazer em um ambiente de ajuda mútua e de liberdade para experimentar. Nessa época, a autora abandonou a opção por classes seletivas, que havia defendido para as escolas públicas nos anos de 1930, e decide incentivar a reunião de crianças de variados níveis

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

intelectuais e tipos de habilidades nas salas de aula do Rosário” (CAMPOS, 2003).

Cabe aqui uma indagação: quais os princípios e aspectos que Helena Antipoff estabelecia para uma educação integral e integrativa das crianças e jovens com as características de seus educandos? Em suas próprias palavras, escritas em 1966, quem trabalha com esse público-alvo, deve buscar sempre:

- 1 – Educação física e conservação da saúde, formação dos hábitos de higiene.
- 2 – Formação de hábitos de vida e de relativa independência (no vestir, nas refeições, na aquisição de certa autonomia, etc.).
- 3 – Educação perceptiva e de inteligência prática.
- 4 – Educação intelectual e da linguagem como meio de comunicação e formação dos conceitos.
- 5 – Escolarização no sentido dos estudos servirem para a aquisição de instrumentos úteis de cultura e de comunicação na sociedade. Do contrário, nos retardados não se justificam esforços excessivos e contínuas frustrações; sua energia deve ter outras aplicações, mais condizentes com os interesses e capacidades de excepcionais. Tornar este item bem patente, tanto para os pais como para os regentes de classes.
- 6 – Educação social, em suas várias modalidades de relações humanas: no lar, na escola, na comunidade, nos brinquedos, nas ocupações, no trabalho, recreação...
- 7 – Educação Econômica – para zonas rurais: estudo de aproveitamento usual dos recursos naturais e materiais; sempre que possível, com a produção de valores ou rendimentos em atividades agrícolas, artesanais, industriais, caseiras, seriadas em gradativa progressão de dificuldades e esforços, permitem a participação dos mal como dos bem-dotados.
- 8 – Educação artística – nos variados setores de aplicação. Tanto na vivência estética, na contemplação da natureza, como na música, dança, teatro, nas artes plásticas... despertando no excepcional sentido de beleza e exercitando aptidões, não raro de apreciável valor. O indivíduo sentir-se-á mais feliz com a utilização do patrimônio cultural que o aproxime dos demais membros da sociedade. Os critérios de beleza, precedendo os critérios éticos – constituem elementos valiosos na educação do excepcional.
- 9 – Educação cívica e moral – com a participação do excepcional nas manifestações da vida cívica, nas comemorações de datas de cunho familiar, regional, de acontecimentos dignos de exaltar o amor filial, o valor moral na localidade, no país, praticando “boas ações”, auxílio aos fracos, doentes, necessitados. A sensibilidade

Emílio Figueira

afetiva para com as alegrias, a infelicidade, o sofrimento dos outros; a bondade patente muitos excepcionais, bem como o desejo e a capacidade de serem úteis ao próximo podem ser desenvolvidos nessas criaturas limitadas intelectual e aproveitadas em atividades sociais de auxiliar de educadores, nos serviços hospitalares, na recepção de alunos novatos, visitas, etc.

10 – Educação religiosa – Esta, na medida da compreensão e do desejo do próprio excepcional, não pode ser descuidada. O excepcional não deverá ser deixado fora da vida religiosa da família, da escola ou da comunidade, pois seu afastamento compulsório pode criar nele o sentimento de rejeição e de inferioridade, reprimido ou pronto a se voltar contra seus pais ou educadores. (ANTIPOFF, 1966, p. 285-286)

É interessante notar que quase todas essas características apontadas por Helena Antipoff foram e ainda são fortemente enfatizadas pela Educação Especial. Afirmando isto tanto pelo meu conhecimento empírico de um ex-aluno dessa educação, que passou toda a década de 1970 e parte dos anos 1980 dentro de instituições especializadas, praticando tais atividades, quanto pela pesquisa, que encontrou tais recomendações nas centenas de livros e/ou artigos dessa área. Em livro, de minha autoria, “Vamos conversar sobre crianças deficientes” (Memnon, 1993), utilizei várias delas.

EDUCAÇÃO PARA SUPERDOTADOS

Como decorrência da experiência do Rosário, a psicóloga, em seus últimos anos de vida, passou a ter uma preocupação especial com a descoberta de talentos e a educação dos superdotados, acreditando que, “em um país como o Brasil, a precariedade das condições de vida da população pobre e a falta de um sistema educacional realmente universal tinham como consequência a perda de um grande contingente de indivíduos talentosos, bem-dotados, que poderiam contribuir para a comunidade, mas não o faziam por falta de orientação” (CAMPOS, 2003). Antipoff (1992b), em um de seus escritos, chegou a indagar: “Talento e inteligência não são de geração espontânea, mas precedidos de longo trabalho de gerações: quem será pintor num meio rural, onde a criança nem

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

mesmo tem o direito de usar o lápis de cor?” (p. 402). Em outro texto, de 1971, ao mesmo tempo otimista e preocupante com o futuro dessas crianças e jovens, Antipoff escreveu:

De uma orientação, de um equipamento harmonioso de sua personalidade depende venham eles a ser os futuros líderes positivos das grandes transformações técnicas, científicas, sociais e morais que se estenderão pelo fim do século e atingirão o ano 2000. hoje, mas do que nunca, temos que descobrir os indivíduos bem-dotados desde a primeira infância, para que possamos leva-los a uma educação adequada, em que sejam tratados como pessoas, sem o perigo de serem considerados minigênios e, em consequência, expostos à admiração de parentes, amigos, colegas e autoridades, o que os faz se sentirem, cada um, como uma *avis rara*, colocando-os geralmente em posição esquiva, de defesa ou de agressividade, quando não em atitudes exagerada concentração interior, buscando o isolamento social.

Bem-educados intelectual, técnica, social, moral e espiritualmente, os grupos de bem-dotados constituir-se-ão em força positiva do progresso, de uma filosofia, inevitável nas mudanças da civilização, criando condições de vida e não de morte, de alegria e não de lágrima, de amor e não de ódio.

Se isso não acontecer, os bem-dotados serão ou permanecerão como joguetes de espertalhões, de egoístas, de exploradores da sociedade em benefício próprio, atuando com as forças do mal, sem qualquer proveito material ou moral para a humanidade (p. 257).

Fruto dessa nova iniciativa, surgiria em 1972, a Associação Milton Campos para o Desenvolvimento de Vocações (ADAV), visando à descoberta e incentivo ao talento e à criatividade. Em 1974, como uma última homenagem em vida pelos serviços prestados à educação no Brasil, Helena Antipoff recebeu o prêmio Boilesen. E os recursos provenientes dele foram aplicados na criação da ADAV, passando a atender crianças oriundas de escolas públicas da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Aos finais de semana, em regime de internato ou semi-internato, essa clientela passou a contar com um programa intensivo de desenvolvimento da criatividade e do talento.

Defendendo como lema “tudo que se fizer em favor da criança excepcional reverterá em benefício da massa de crianças comuns e do bem-estar

Emílio Figueira

da comunidade”, Helena Antipoff foi firme, ao escrever em 1966, que “O projeto da Fazenda do Rosário com relação à colocação de deficientes mentais nos lares rurais tem duplo objetivo: a educação da criança e sua integração na comunidade, de um lado; do outro, a orientação da família rural e sua progressiva civilização dentro do ambiente mais higiênico, mais próspero, econômica e socialmente” (p. 290).

"Psicologia e Pessoas com Deficiência" como Substituta da Expressão "Psicologia do Excepcional"

Uma questão que alguém pode levantar: Por que defendo o título "Psicologia e Pessoas com Deficiência" e não "Psicologia **das** Pessoas com Deficiência"? Para chegar à resposta, faço uma revisão histórica.

Infelizmente, muitos termos ainda são utilizados de forma discriminatória: aleijados, chumbados, mutilados, paralíticos, paralisados, defeituosos, inválidos, incapacitados, mongóis, mongoloides, retardados, surdos-mudos, mudinhos, anormais, débil, inválidos, ceguinhos e tantos outros, sem qualquer tipo de preocupação com o seu emprego ortográfico ou, em conversas cotidianas, retratando conceitos que reforçam preconceitos, gerando os estereótipos.

Um dos termos mais usados, ainda de forma discriminatória, é o verbete "excepcional". Ele surgiu na década de 1960 por iniciativa da psicóloga Helena Antipoff (1892-1974), quando crianças eram, até então, rotuladas com termos pejorativos como anormais, retardadas, insuficientes, revoltadas, dando ideia de algo definitivo, irremediável, sem solução, como se nada pudesse ser feito por elas - afinal, a partir do pressuposto biológico, essas crianças já nasceriam com tais características.

E, visando uma adoção de um termo neutro, utilizado em relação a todas as crianças que de alguma forma fugissem da norma, precisando de atenção especial, Antipoff passou a intitulá-las de "excepcionais", ou seja, aquelas crianças e adolescentes que se desviam acentuadamente para cima e para baixo da norma de seu grupo, em relação a uma ou a várias características

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

mentais, físicas ou sociais, ou quaisquer dessas, de forma a criar um problema essencial com referência à sua educação, desenvolvimento e ajustamento ao meio social.

Há muitas divergências entre os dicionários. Em alguns, “excepcional” é algo que ultrapassa os limites, sendo digno de nossa admiração; em outros, trata-se de indivíduos com “problemas” totalmente fora dos padrões, considerados “anormais” pela sociedade.

E com isso, o verbete todos esses anos veio sofrendo uma conotação mais negativa do que positiva. Hoje, quando se diz que uma pessoa é “excepcional”, estamos dizendo, ao mesmo tempo, que ela é uma exceção na sociedade, ou seja, que é alguém que deve ficar de fora. Mas a pessoa com deficiência é apenas uma pessoa com algumas limitações e, mesmo com essas limitações, pode conviver em sociedade, desde que haja adaptação a esta convivência.

Desde 1981 (Ano Internacional da Pessoa Deficiente), organismos ligados à ONU fazem uma avaliação dos termos utilizados em todo o mundo, e sempre taxaram o termo “excepcional” como altamente preconceituoso. Porém, não entendo como muitas instituições e órgãos que se dizem representantes legais dos movimentos pela inclusão escolar e social continuam usando esse termo de forma discriminada.

Os cursos de graduação em Psicologia também mantêm o título de uma de suas disciplinas como “Psicologia do Excepcional”. Sem mencionar, ainda, a famosa “Semana do Excepcional”, realizada sempre no final do mês de agosto, que traz no próprio título o estigma que deseja combater.

Já adotei em meus trabalhos um termo mais aceitável em língua portuguesa. Segundo os movimentos mundiais, incluindo o Brasil, após amplos

Emílio Figueira

debates, o nome pelo qual essas pessoas desejam ser chamadas é “pessoas com deficiência” em todos os idiomas. Esse termo foi adotado como sendo o correto pela “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”-CIF, da Organização Mundial de Saúde, de 2003, Anexo V da edição brasileira.

Em seguida, foi incorporado ao texto da “Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência”, aprovada pela Assembleia Geral da ONU, em 2005, e promulgada posteriormente através de lei nacional de todos os Países-Membros. Diante do exposto, comecei a concluir que não necessitamos criar ou fortalecer uma espécie de “Pedagogia ou Psicologia da Pessoa com Deficiência”, pois essas pessoas, principalmente do ponto de vista psicológico, não constituem um grupo à parte, homogêneo da população geral.

Segundo dizia minha amiga, a psicóloga Lígia Assumpção Amaral (1941-2002), “essas pessoas, apesar da deficiência em diferentes graus e diferentes áreas, mantêm a característica compartilhada por todos os seres humanos: não são iguais entre si. Assim como as diversas deficiências não são iguais entre si, para além delas a singularidade de cada um é. Não sendo um grupo à parte, não há por que postular-se teorias e técnicas exclusivas. Não sendo iguais entre si – enquanto deficientes e enquanto pessoas – há que se estar atento às especificidades de cada deficiência e à singularidade de cada pessoa”.

Revedo os ensinamentos deixados pela mestra Lígia, já há algum tempo concluo que o papel da Psicologia é apoiar as pessoas com deficiência em sua normalização ou adequação em todas as atividades, sem restrição. Não ter como foco principal a pessoa propriamente dita, mas atuar em amenizar conflitos, dificuldades geradas pelas particularidades de cada deficiência, visando estimular a pessoa a superá-los e tornar-se alguém equilibrado e incluído totalmente na sociedade, mesmo que essa inclusão precise de algumas

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

adaptações para que essa pessoa consiga fazer, ao seu modo, as coisas que as demais fazem em uma equiparação de oportunidades!

Não temos a necessidade de sustentar a existência de uma subárea específica chamada “Psicologia da Deficiência” (ou em pior grau, manter-se o título “Psicologia do Excepcional”!). Que as disciplinas acadêmicas que ministram essa temática deixem de ser meramente uma obrigação curricular e teórica a cumprir na grade dos cursos de graduação em Psicologia no Brasil. É necessário desenvolver uma nova mentalidade em estimular uma linha de trabalho, no qual o papel do psicólogo seja intervir na busca da superação das limitações, proposta apresentada já há quase 90 anos pelo psicólogo russo Lev Vygotsky.

Estaremos, assim, realmente criando no relacionamento prático entre a **“PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA”**.

Uma Área Carente de Pesquisas de Campo

Se eu quisesse escrever algo como “O que são pessoas com deficiência?”, certamente isso daria vários artigos descrevendo cada tipo, suas causas, incidências, graus, enfim. Hoje no Brasil temos centenas de livros e outras publicações que falam sobre isto. Todavia, traçando um rápido perfil de quem são as consideradas pessoas com deficiência, essas descrições são regulamentadas pelo Decreto 5296 de 2 de dezembro de 2004 que regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. No Capítulo II - Do Atendimento Prioritário - Art. 5º, § 1º, considera-se, para os efeitos desse Decreto, pessoa portadora de deficiência, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

- **Deficiência física:** Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- **Deficiência auditiva:** Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000HZ e 3.000HZ.

- **Deficiência visual:** Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 600; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

- **Deficiência mental:** Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

- **Deficiência múltipla** - Associação de duas ou mais deficiências.

- **Pessoa com mobilidade reduzida:** Aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

Mas uma coisa sempre me preocupa. Sempre que alguém é solicitado a fazer pesquisa nesta área, sua primeira iniciativa é consultar os sites de publicações científicas, principalmente o Scielo, por ser mais confiável. Ao digitar o tema relacionado com seu projeto, *peças com deficiência*, realmente surgirão inúmeros títulos. Porém, uma decepção: não há quase nenhum relato de pesquisa de campo com essa temática.

Emílio Figueira

Parto daqui para minha reflexão. Já há vários anos tenho lido livros e artigos nessa área. É interessante notar que os conteúdos, conceitos são quase os mesmos. Estou seguro em afirmar que esses textos em português são, geralmente, a cópia da cópia da cópia. E, até os mesmos exemplos, são reproduzidos livremente. Para quem tem certa familiaridade com essas produções, ao ler alguns já se sabe de onde o autor tirou - para não dizer colou – tais informações.

O que isto nos denuncia? Que a literatura científica brasileira referente às questões das pessoas com deficiência sempre foi constituída de artigos de revisão. Ou pelo menos, que quem esteja produzindo pesquisas não está publicando ou colocando novos conhecimentos disponíveis à comunidade científica. Ainda mais em uma área que carece de definições, novos planejamentos e diretrizes.

Talvez esse fato comece a mudar com a Iniciação Científica, estimulando pesquisas de campo, dando origem a monografias, artigos e comunicações científicas, novos e aprofundados estudos e inéditos conceitos alcançados. Que alunos sejam estimulados não apenas na esfera teórica de descobertas lógicas ou de simples experimentação laboratorial. Que o ato de estar desenvolvendo uma pesquisa não vise mudar toda uma realidade, mas, sim, melhores condições de vida daqueles que estejam ao seu alcance. Seja essa pesquisa em nível particular, tecnológica ou universitária.

No Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiências (ONU, 1992), o seu parágrafo 184 me diz: "visto que pouco se sabe a respeito do lugar que cabe às pessoas com deficiência nas diferentes culturas, fato esse que, por sua vez, determina certas atitudes e normas de conduta, é necessário iniciar estudos sobre os aspectos socioculturais vinculadas às deficiências. Isso permitirá compreender melhor as relações entre as pessoas portadoras de deficiência e as não portadoras, nas diversas culturas (...)"

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Destaca-se outro parágrafo do mesmo documento: “187 - É necessário também estimular a pesquisa com vistas ao desenvolvimento de melhores equipamentos para as pessoas portadoras de deficiência. Devem-se dedicar esforços especiais para encontrar soluções que sejam apropriadas às condições tecnológicas e ciência, do que mediante um censo geral da população”.

Tornando a realização dessas pesquisas propostas pelo Documento, certamente surgirão conhecimentos muito interessantes e inéditos e, finalmente, novas pesquisas de campo, como a de avaliar melhor a política de Inclusão que se está praticando no Brasil. Estaremos produzindo algo novo, derrubando velhos e explorados conceitos e, sobretudo, buscando uma melhor qualidade de vida para as pessoas, ampliando a produção e democratizando a discussão de tantos outros escritos científicos.

Assim, quem sabe, num futuro próximo, quando formos ao Scielo procurar um trabalho com relato de pesquisa realizada sobre temáticas relacionadas às pessoas com deficiência, poderemos ficar em dúvida qual escolher!

A Pessoa com Deficiência e sua Realidade nas Estatísticas Brasileiras

Quando entramos para a faculdade de Psicologia, ao ver na grade curricular disciplinas de estatísticas ou correlatas, a sensação é quase sempre a mesma: medo! Pois quem escolhe por esta área, geralmente, não se dar bem quais são as matérias exatas. Mas no decorrer de nossa profissão, principalmente para quem opta pela pesquisa, leitura ou escrita de artigos científicos, por exemplo, a estatística passa a ser uma aliada para compreender ou descrever certos fenômenos psicológicos. E aqui não é diferente. Este texto nos orientará na compreensão de universo das pessoas com deficiência: quantidade, tipos de deficiências, distribuição geográfica e realidade em cada região brasileira.

Dados recentes do Banco Mundial apontam que existem pelo menos 50 milhões de pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe, o que representa aproximadamente 10% da população regional. A deficiência é uma importante causa e consequência da pobreza. Cerca de 80% das pessoas incapacitadas dessas regiões vivem na pobreza, o que na maioria dos casos também afeta os membros da família. Estima-se que 68 milhões dessas pessoas vivem nesse estado de extrema pobreza, num círculo vicioso, no qual deficiência gera pobreza ou pobreza gera deficiência.

A taxa de deficiência é especialmente alta nos países que viveram conflitos internos ou externos e nas áreas em que ocorreram desastres naturais. Pessoas que tendem a ser excluídas amplamente da vida social, econômica e política da comunidade, devido a uma estigmatização ativa ou ao desconhecimento de suas necessidades no planejamento das políticas, programas e instalações físicas. Nessas sociedades prevalece a visão tradicional

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

na qual permanece a caridade, a piedade, o modelo médico e assistencialista nas políticas públicas.

Quando o assunto é Educação, apenas entre 20% a 30% das crianças com deficiências estão matriculadas na escola, sendo a baixa frequência escolar delas a consequência da grave falta de transporte, da escassez de professores treinados, de equipamento, mobília, material didático e acesso à infraestrutura de ensino adequado. Além dessas barreiras visíveis, os impedimentos à educação inclusiva de qualidade também decorrem dos obstáculos impostos pelas restrições baseadas em posições ou sentimentos pessoais (“barreiras atitudinais”). Em Honduras, a taxa de analfabetismo das pessoas com deficiência é de 51%, em comparação a 19% da população em geral. No México, esse índice está abaixo de 10%. No Suriname, 90% das crianças com deficiências estudam e frequentam escolas especiais isoladas, enquanto que, no Brasil, estima-se que apenas 20% das escolas públicas estão acessíveis.

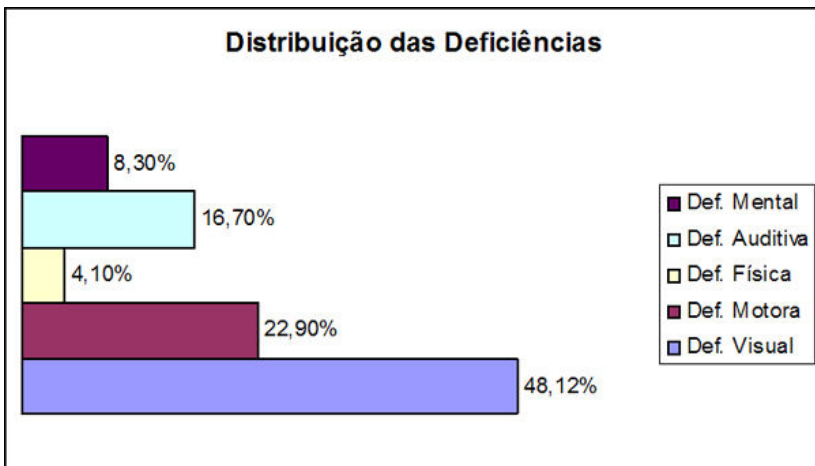
No Mercado de Trabalho, entre 80% a 90% das pessoas com deficiência na América Latina e no Caribe estão desempregadas ou não fazem parte da força de trabalho. E os que trabalham, recebem pouca ou nenhuma remuneração. Na Argentina, a taxa de desemprego estimada desse grupo se aproxima de 91%. No México, 75% da população com deficiência está desempregada.

Em questão de Serviços de Saúde, a maioria das pessoas com deficiência não dispõe desses recursos, sem ter acesso físico a hospitais, ficando mais propensas a ser rejeitadas pelas seguradoras de saúde. O resultado disso é que não são oferecidos serviços importantes ou dispositivos para ajudá-las. Nos países em que existem dados disponíveis, menos de 20% dos incapacitados recebem benefícios de seguro.

Emílio Figueira

De certa forma, a realidade brasileira é um pouco diferente, para melhor, do que as realidades da América Latina e do Caribe, tendo já avançado em vários setores. Temos a melhor Legislação do mundo referente às questões dessa classe de pessoas. Muitas coisas já foram conquistadas e muitos espaços abertos e ocupados. Mas muitas coisas ainda precisam ser modificadas, principalmente em relação àqueles que vivem em zonas e regiões brasileiras menos favorecidas ou prejudicadas pela má distribuição de renda ou, ainda, pela falta de uma política governamental e/ou de uma sociedade civil mais efetiva.

Hoje, no Brasil, falar de pessoas com algum tipo de deficiência já não é mais falar de um universo tão pequeno assim, ou como muitos pensam, insignificante. Os números provam isto. Segundo o último Censo Demográfico oficial realizado pelo Instituto de Geografia e Estatística - IBGE no Brasil, divulgado em 8 de maio de 2002, 24,5 milhões de brasileiros têm deficiências, o que representa 14,5% da nossa população. Nos resultados da Amostra Populacional, as deficiências estão estaticamente divididas da seguinte forma:



INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Detalhando um pouco mais esses dados, 16,5 milhões de pessoas são deficientes visuais, sendo 159,824 totalmente incapazes de enxergar. São 5,7 milhões de brasileiros com deficiência auditiva, dos quais 176,067 têm surdez total.

A pesquisa considerou como deficiência física a falta de um ou mais membros (perna ou braço). Enquanto a deficiência motora foi focalizada como pessoas que têm algumas ou grandes dificuldades permanentes de caminhar, subir escadas, pronunciar palavras ou realizar tarefas da vida diária.

Interessante também que, desta vez, o IBGE radiografou pela primeira vez o índice de casos de deficiência por Estado, ficando assim:

Acima de 16% - Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco.

De 15 a 15,9% - Rondônia, Tocantins, Bahia, Alagoas, Espírito Santo e Rio Grande do Norte.

14 à 14,9% - Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Sergipe, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

13 a 13,9% - Acre, Goiânia, Paraná e Santa Catarina.

Até 12% - Roraima, Amapá e São Paulo.

Durante muitas décadas, a deficiência – por ter uma maior incidência em países em desenvolvimento - remeteu-nos a uma questão social, sendo que para quem as têm as únicas condições de vida são: a fome, a pobreza, a miséria e a falta de perspectiva. Muitas dessas pessoas sobreviviam da caridade alheia, em meio inadequado, levando-as para condições de “inválidos sociais” ou

Emílio Figueira

“coitadinhos”. Em contrapartida, pessoas com deficiência nascidas nas classes mais privilegiadas, facilmente adquiriam o status de “super-heróis”, em razão de meio mais adaptado às suas necessidades e condições de um bom trabalho de reabilitação e acesso à educação. E essa alternância ainda não foi de toda erradicada do país.

Outra realidade apontada pela pesquisa é que a taxa de incidência de deficiência entre pai, mãe e sogro (53%), seguidas daquelas obtidas por chefes de família (24,3%) e cônjuges (18,1%), tendo, assim, graves consequências com o impacto da idade, sendo que os chefes de família e os cônjuges são os principais provedores de renda dentro da família.

Grande parte da população de pessoas com deficiência, 46%, vive em condições miseráveis. Por ter algum tipo de deficiência ou incapacidade, tem uma contribuição baixa na desigualdade de renda familiar per capita 0,26% e 0,10%.

Uma vez que a realidade brasileira é formada de diversidades pessoais, culturais, mesclando etnias, crenças e religiões, numa pseudodemocracia, visando combater à pobreza e à desigualdade, precisaremos reconhecer diferenças e impedir que elas se traduzam em desigualdades. Encarar a diversidade não como sinônimo de adversidade para os diferentes, não tratando os desiguais na medida da sua desigualdade, mas procurar conhecer em profundidade cada grupo excluído.

As deficiências no Brasil não são exclusividade urbana. Vários séculos já se passaram e hoje essa questão está sendo mais aceita entre nossos indígenas, que não mais praticam a política de exclusão. Uma pesquisa divulgada em dezembro de 2005 pelo IBGE, mostrou que 17% dos índios brasileiros sofrem de deficiências físicas ou mentais. Em 2000, das 734 mil

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

peessoas autodeclaradas índios, 125 mil apresentavam pelo menos um tipo de deficiência.

O problema é maior nas áreas urbanas (23,1% ante a 10,5% nas áreas rurais) e atinge mais às mulheres (18,2%) do que os homens (15,9%). A principal deficiência encontrada à época da pesquisa foi a cegueira (12,1% na média global, chegando a 19% entre as mulheres urbanas). Em números relativos, 6,2% declararam-se incapazes ou com grande dificuldade permanente para andar. Entre os moradores em terras indígenas, os índices daqueles que apresentam pelo menos um tipo de deficiência física ou mental caem pela metade.

Os números refletem no cotidiano. Essa quantidade de pessoas com deficiência no Brasil passou a ter um peso significativo na sociedade. Pessoas que nas últimas décadas, não contentes com o isolamento social, resolveram pôr a cara na rua, visando conquistar o seu lugar no seio social. Presentes hoje em todos os segmentos, deixaram de ser os "coitadinhos" para ser um público consumidor, produtivo, sabedor de onde realmente quer chegar e exigente de bons serviços.

Consequência disso, é que cada vez mais o contexto social está se vendo obrigado a promover e se adaptar à política da inclusão social para recebê-las. Por lei, o mercado de trabalho está tendo que reservar vagas em seus quadros de funcionários; as escolas e universidades públicas estão tendo que se reestruturar para que alunos com e sem deficiência dividam as mesmas classes de aula; pessoas com deficiência estão cada vez mais presentes nos lugares de lazer, consumindo cultura e outros produtos: em espaços urbanos as barreiras arquitetônicas estão começando a ser eliminadas com a construção de rampas, telefones públicos, degraus e guias rebaixadas, construções de elevadores e muito mais; os empresários, atentos às novas tendências, estão criando serviços

Emílio Figueira

especializados a essas pessoas; até mesmo os órgãos de comunicação estão abrindo cada vez mais espaço para essa temática.

Uma sociedade inclusiva e adaptada a todos de convivências naturais, a meu ver, será só uma questão de tempo. Pois nos últimos dez anos, mergulhamos num processo irreversível!

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A Classificação Internacional de Funcionalidade como uma Nova Visão das Pessoas com Deficiência

Poucos sabem da existência da “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” - CIF, documento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com um novo enfoque positivo da deficiência. Descrevendo a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, ressalta o que uma pessoa "pode ou não pode fazer na sua vida diária", tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo.

A ONU, numa primeira tentativa de conhecer mais sobre as consequências das deficiências, havia publicado em 1976, a “International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps”, traduzida para o português como “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” (handicap), a CIDID. Em seu marco conceitual, *impairment* (deficiência) era descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) era caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento e desempenho das atividades; *handicap* (desvantagem) refletia a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade. Descrevia, como uma sequência linear, as condições decorrentes da doença: Doença = Deficiência = Incapacidade = Desvantagem. Nesse antigo documento, uma de suas principais fragilidades era a falta de relação entre as dimensões que a compõe, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras.

Após várias versões e numerosos testes, em maio de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a “International Classification of

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Functioning, Disability and Health” (ICF). Em 15 de novembro do mesmo ano, a OMS enviou uma nota internacional à imprensa, falando do lançamento oficial da CIF. De imediato, essa classificação foi aceita por 191 países como a nova norma internacional para descrever e avaliar a saúde e a deficiência. A versão em língua portuguesa foi traduzida pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa, com o título de “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde” - CIF.

Naquele momento, era estimado pela ONU que no mundo a cada ano morriam 500 milhões de pessoas devido às deficiências associadas a problemas de saúde, principalmente em mortes prematuras. A função da CIF foi justamente se opor aos indicadores tradicionais que se baseavam em taxas de mortalidade da população, focalizando-se no conceito "vida", considerando a forma como as pessoas vivem, seus problemas de saúde e como estas podem melhorar as suas condições de vida para que consigam ter uma existência produtiva e enriquecedora.

A CIF passou a ter implicações a prática medicinal, na legislação e nas políticas sociais destinadas a melhorar o acesso aos cuidados de saúde e educação, bem como à proteção dos direitos individuais e coletivos. Com isto, transforma a nossa visão da deficiência, deixando de ser problema de um grupo minoritário, não se limitando unicamente às pessoas com deficiência visível ou em cadeiras de rodas, por exemplo, mas em suas possibilidades de oportunidades de participação ativa na sua profissão. Focando os aspectos sociais da deficiência, a CIF propõe um mecanismo para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa.

Foi estabelecido como definições para serem adotadas no contexto da saúde:

Emílio Figueira

- **Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas).
- **Estruturas do corpo** são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes.
- **Deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo como um desvio significativo ou perda.
- **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
- **Participação** é o envolvimento em situações de vidas diárias.
- **Limitações de atividade** são dificuldades que indivíduo pode encontrar na execução de atividades.
- **Restrições de participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida.
- **Fatores ambientais** compõem o ambiente físico, social e de atitude nos quais as pessoas vivem e conduzam sua vida.

O documento é resultado de um esforço de sete anos de um trabalho, no qual participaram ativamente 65 países. Foram empreendidos rigorosos estudos científicos de forma a que a CIF se possa aplicar independentemente da cultura, grupo etário ou sexo, tornando-se possível a coleta de dados confiáveis e susceptíveis de comparação, relativamente aos critérios de saúde dos indivíduos e das populações.

Tendo o duplo propósito de utilização em várias disciplinas e em diferentes setores, seus objetivos específicos, interligados entre si, requerem a construção de um sistema relevante e útil que possa aplicar-se em âmbitos distintos: na política de saúde, na avaliação da qualidade da assistência e avaliação das consequências em diferentes culturas. São os seguintes:

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Apresentar uma base científica para a compreensão e o estudo da saúde e dos estados com ela relacionados, bem como os resultados e suas determinantes.
- Estabelecer uma linguagem comum para descrever a saúde e os estados com ela relacionados, para melhorar a comunicação entre os diferentes usuários, tais como profissionais de saúde, investigadores, legisladores de políticas de saúde e a população em geral, incluindo as pessoas com deficiência.
- Permitir a comparação dos dados entre países, entre as disciplinas de saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo.
- Proporcionar um esquema de codificação sistematizado de forma a ser aplicado nos sistemas de informação da saúde.

Dispondo de um amplo leque de aplicações, o surgimento da CIF foi um marco de referência conceitual. É ainda um modelo de atendimento multidisciplinar clínico, servindo para as várias equipes e os vários recursos de que dispõem os serviços, tais como médico, psicólogo, terapeuta, assistente social etc. Passa a ser uma perspectiva positiva, considerando as atividades de alguém com deficiência que, mesmo com ela, pode desempenhar, assim como sua participação social, sendo que a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. Trata-se da mudança de paradigma, pautando um novo pensamento para quem trabalha com pessoas com deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social.

Especificando alguns pontos da CIF como proposta de um novo para a Reabilitação, o conceito de incapacidade sempre foi descrito como o resultado da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica e/ou da estrutura do corpo), a limitação de suas atividades e a restrição na participação social e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras

Emílio Figueira

para o desempenho dessas atividades e da participação. Mas a CIF vem nos apresentar um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, focando-as apenas uma consequência das condições de saúde/doença, sendo determinadas:

- Pelo contexto do meio ambiente físico e social.
- Pelas diferentes percepções culturais.
- Pelas atitudes em relação à deficiência.
- Pela disponibilidade de serviços e de legislação.

A partir dessa visão, a CIF não é apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, mas uma nova avaliação das condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social.

Com relação a “atividades e participação” (A & P), a CIF descreve como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na vida social, considerando as funções e estruturas do seu corpo, organizado desde simples tarefas e ações até áreas mais complexas da vida, sendo incluídos itens referentes à aprendizagem e aplicação do conhecimento:

Tarefas e demandas gerais. Comunicação, mobilidade, cuidados pessoais, atividades e situações da vida doméstica. Relações e interações interpessoais. Educação e trabalho; autossuficiência econômica. Vida comunitária. Sendo as limitações de atividade focadas como dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma determinada tarefa, segundo a CIF, as restrições à participação social são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações de vida. Deparar-se com os fatores ambientais – ambiente físico, social e de atitudes – no qual ele vive e conduz sua vida. Esse componente inclui itens referentes a produtos e tecnologia; ambiente natural como clima, luz, som; apoios e relacionamentos como a família imediata, "cuidadores" e assistentes sociais; atitudes individuais e sociais; normas e

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ideologias; serviços, sistemas e políticas de previdência social, saúde, educação, trabalho, emprego, transportes, dentre outros.

A CIF propõe o reconhecimento do papel central do meio ambiente no estado funcional dos indivíduos, agindo como barreiras ou facilitadores no desempenho de suas atividades e na participação social. Com isso, muda-se o foco do problema da natureza biológica individual da redução ou perda de uma função e/ou estrutura do corpo para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde as pessoas estão inseridas.

Essa nova classificação deve ser cada vez mais utilizada pelos profissionais da Reabilitação – como por nós, pedagogos e psicólogos -, em locais diversos e a partir de pessoas e realidades diferentes.

Prevenções e Intervenções do Psicólogo Junto às Pessoas com Deficiência

Muito mais que as paredes de nossos consultórios, tantos outros horizontes abrem-se para o psicólogo, ampliando nosso campo de atuação, lançando-nos às novas possibilidades.

Uma vez que a principal meta da Psicologia é promover a saúde mental da população em geral, a prevenção deve ser uma área cada vez mais valorizada. As normas sobre Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, das Nações Unidas (ONU), adotadas por sua Assembleia Geral em 20 de dezembro de 1993 (resolução 48/49) diz:

“A palavra prevenção significa ação destinada a impedir a ocorrência de impedimentos físicos, intelectuais, psiquiátricos ou sensoriais (prevenção primária) ou a evitar que os impedimentos causem uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária). A prevenção pode incluir muitos tipos diferentes de ação, tais como atenção primária de saúde, atenção pré-natal e pós-natal, educação em nutrição, campanhas de imunização contra doenças transmissíveis, medidas para controlar doenças endêmicas, regulamentações de segurança, programas para prevenção de acidentes em diversos ambientes, incluindo adaptações de locais de trabalho para evitar deficiências e doenças ocupacionais, bem como prevenção de deficiência resultante de poluição ambiental ou conflito armado”.

Quando se trata especificamente sobre prevenções, ou seja, quando o assunto é “prevenções às deficiências”, estas se darão em três níveis:

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- **Prevenção primária** – De conceito social, visa a diminuição de novos casos, com medidas saneadoras dirigidas à população como um todo, incluindo “fatores do meio” e “fatores dos hospedeiros”. Utilizando-se de profissionais de várias áreas, publicitários e equipes de saúde, a prevenção primária foca a deficiência em seu primeiro aspecto, ministra ações como vacinação, saneamento básico, assistência materno-infantil, políticas de segurança no trabalho, consciência e eliminação de acidentes de trânsito etc.

- **Prevenção secundária** – Programas e procedimentos visando reduzir a taxa de prevalência na população em risco, diminuição das consequências de distúrbios ou doenças já instalados. Aqui, profissionais mais ligados às áreas de saúde e da educação atuam em gravidez de risco, diagnóstico precoce, estimulação, rápido encaminhamento às equipes e serviços necessários para a diminuição das consequências da deficiência.

- **Prevenção terciária** – Enfaticamente, esforços minimizam os efeitos, otimizam os potenciais residuais após a já instalação da deficiência ou do distúrbio. Visa diminuir a desvantagem originada da deficiência/incapacidade, minimizar todos os seus efeitos de desvantagens, visando a reestruturação psicossocial do indivíduo, por meio do processo individual de Reabilitação.

No campo das prevenções, nós, enquanto psicólogos, poderemos atuar de quatro formas:

- Na pesquisa.
- Na divulgação de informações e campanhas públicas.
- Na formação e treinamento de mão de obra especializada.
- Na reabilitação propriamente dita (que vou detalhar em outro capítulo).

a) Pesquisa

As pesquisas são fundamentais nas questões referentes às pessoas com deficiência. Segundo o Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiências – PAM (1992), parágrafo 184, "visto que pouco se sabe a respeito do lugar que cabe às pessoas com deficiência nas diferentes culturas, fato esse que, por sua vez, determina certas atitudes e normas de conduta, é necessário iniciar estudos sobre os aspectos socioculturais vinculados às deficiências. Isso permitirá compreender melhor as relações entre as pessoas com deficiência e as sem deficiência, nas diversas culturas (...)".

Do mesmo documento podemos destacar o parágrafo 186: “É de particular importância que se pesquisem as questões sociais, econômicas e de participação que repercutem na vida das pessoas com deficiência e suas famílias, bem como a forma pela qual a sociedade trata os referidos assuntos. Podem-se obter dados por meio de institutos nacionais de estatísticas e de censos. Não obstante, deve-se ter em mente que é mais provável que se obtenha resultados úteis mediante um programa de pesquisa por domicílio, destinado a coletar informações sobre as questões referentes à deficiência, do que mediante um censo geral da população”.

b) Na divulgação de informações e campanhas públicas

Dados obtidos com pesquisas podem ser úteis para estruturações de campanhas públicas, as quais devem sempre apresentar uma imagem real das pessoas com deficiência, mais aproximada possível da realidade social, conforme sugere o parágrafo 27 do PAM: “Das pessoas com deficiência, deve-se esperar que desempenhem o seu papel na sociedade e cumpram as suas obrigações como adultos. A imagem delas depende de atitudes sociais baseadas em diversos fatores, que podem constituir a maior barreira para a participação e a igualdade. É costume ver a deficiência como a bengala branca, as muletas, os

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

aparelhos auditivos e as cadeiras de rodas, sem se ver a pessoa. É necessário focalizar a capacidade da pessoa com deficiência, não as suas limitações”.

Caberá a nós e à equipe na qual estivermos inseridos, a missão de preparar e divulgar informações de diferentes formas (palestras, cursos, escrevendo artigos etc.), com o objetivo de prevenir novos casos de aquisição de deficiências. Podemos ser agentes multiplicadores de informações que visam melhorar a situação das pessoas com deficiência. Estimular para que todos os meios de informação pública cooperem, apresentando essas questões ao público e aos próprios interessados, de forma que se fomente a compreensão das necessidades das pessoas com deficiência, combatendo assim os estereótipos e preconceitos tradicionais.

Sempre dar voz às pessoas com deficiência, isso constitui o grande desafio dos últimos anos. Só de algum tempo pra cá, é que elas passaram a ser ouvidas, dizendo o que é melhor para si mesmas e suas reabilitações. Então, ao iniciarmos um trabalho voltado ao campo da comunicação social, já devemos atentar para esse cuidado. "Deve-se proporcionar às pessoas com deficiência e às suas entidades igualdade de acesso, utilização, recursos suficientes e treinamento no que se refere à informação pública, a fim de que possam expressar-se livremente, valendo-se dos meios de informação e comunicar as suas opiniões e experiência ao público em geral" (PAM, parágrafo 154). Recomendamos a todos os envolvidos nesta área – pessoas com deficiência ou não -, que conheçam o PAM em sua íntegra, tendo como principais metas a prevenção, reabilitação e igualdade de oportunidades.

c) Na formação e treinamento de mão de obra especializada

Nós, enquanto profissionais que também atuamos em recursos humanos e treinamentos, podemos somar forças na formação de mão de obra de equipes

Emílio Figueira

médicas e centros de orientação, que sejam responsáveis pelo desenvolvimento e pela prestação de serviços destinados às pessoas com deficiência, tais como:

- Detecção precoce de deficiências. Prestação de cuidados básicos. O encaminhamento a serviços apropriados. Medidas de acompanhamento.
- Aspectos integrados em serviços correlatos.
- Cuidados básicos de saúde.
- Escolas e os programas de desenvolvimento comunitário.
- Funcionários dos serviços sanitários e sociais nas comunidades.
- Atividades relacionadas com a prevenção e os serviços para as pessoas com deficiência.

Ministrar em comunidades, distritos e nas mais diferentes localidades e dar a esses funcionários a orientação e a instrução especiais, por exemplo, sobre medidas e técnicas básicas de reabilitação para uso das pessoas com deficiência e suas famílias. Treinamento especial para os profissionais de nível médio que terá a responsabilidade de supervisionar os programas locais, bem como a de manter contato com os serviços de reabilitação e de outro tipo disponíveis na sua região.

Nesse trabalho, formaremos trabalhadores comunitários com conhecimentos teóricos e práticos especializados, informação pormenorizada sobre as necessidades sociais, nutricionais, médicas, de educação e de formação profissional das pessoas com deficiência que poderão prestar a maioria desses serviços num valioso auxílio para a solução dos problemas de falta de pessoal. O seu treinamento deve incluir informação apropriada sobre tecnologia de contraceptivos e planejamento familiar. Os trabalhadores voluntários podem prestar serviços de grande utilidade e de apoio sob outras formas.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Em contrapartida, devemos insistir mais em aumentar os conhecimentos, as capacidades e as responsabilidades daqueles que já prestam outros serviços na comunidade em esferas correlatas, como os encarregados do planejamento do ciclo básico, professores, assistentes sociais, auxiliares profissionais dos serviços sanitários, administradores, responsáveis pelo planejamento ao nível governamental, líderes comunitários, religiosos e assessores para questões familiares. Estimulá-los na compreensão das razões e a importância de se solicitar, estimular e favorecer a participação plena dessas pessoas e de suas famílias na adoção de decisões relativas aos cuidados, tratamento, reabilitação e disposições ulteriores quanto a condições de vida e de trabalho.

As ações preventivas devem ser fundamentadas no investimento em Saúde, Educação, Alimentação, Habitação, Trabalho e Lazer, como princípios básicos de exercício de cidadania.

Uma vez em que as deficiências atingem todas as camadas sociais, sendo seus efeitos e problemas mais frequentes e agravados junto a populações de baixa renda, populações desassistidas e marginalizadas ou populações sem condições mínimas de acesso à atenção primária de saúde e educação, torna-se necessário e urgente sua promoção no campo das deficiências, pressupondo um conhecimento de suas causas ou situações de risco capazes de gerar mais crianças ou pessoas com sequelas ou limitações.

Atuação do Psicólogo em Centros ou Programas de Reabilitação

Dias após dias, meses após meses e anos após anos, as mães chegam às escolas e centros especializados em reabilitação, trazendo nos braços uma criança com alguma necessidade especial ou deficiência. Uma criança com paralisia infantil, paralisia cerebral, deformidades congênicas, distrofia muscular progressiva, problemas ósseos como a osteoporose (e outros menos comuns), deficiências intelectuais, visuais, auditivas e tantas outras menos conhecidas.

Algumas crianças com pouca idade (de 0 a 5 anos), outras já crescidas (10 a 12 anos), cheias de esperança de um dia melhorar e vir ser alguém. Dentre os casos, nem tanto a criança, mas muitos pais se revoltam nos instantes iniciais ao saberem que a caminhada será penosa, e outros já bem machucados são pais separados por terem filhos com algum tipo de deficiência. E, finalmente, o grupo de pais que não esgotam as forças e dão novos impulsos, a fim de conseguir algo a mais que pudesse tornar os filhos felizes, seguros e conscientes de suas deficiências, tornando-os cidadãos úteis à sua família e à sociedade.

A reabilitação é importante não só no sentido físico como, também, na parte emocional da criança ou pessoa ao longo de sua vida. O choque da perda de um membro e/ou adquirir uma deficiência pode ser traumático. A interrupção ou a distorção do processo de desenvolvimento normal de uma criança ou de uma pessoa mais crescida pode ser mais grave do que as consequências diretas da própria deficiência. Devido a isto, a preocupação inicial desses centros reabilitacionais não deve ser a própria deficiência da pessoa e, sim, a preservação e continuação, tanto quanto possível, do desenvolvimento normal desse indivíduo.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A reabilitação tem por objetivo auxiliar a criança ou a pessoa com deficiência em seu desenvolvimento, habilidade e potencial, visando conquistar sua auto independência e seu funcionamento ao máximo em todos os sentidos. Ao iniciar os trabalhos, o paciente é assistido em todos os aspectos (físico, intelectual, emocional, social, pedagógico e psicológico), pois não se consegue o sentido de “vitória” se ao lado da reabilitação física, não ocorrer a reabilitação total. Não se pode considerar completo o indivíduo reabilitado, se não conseguir viver e tornar-se útil à sociedade que ele está acolhido.

Infelizmente, muitas dessas pessoas são abandonadas em hospitais, sendo jogadas de um lado para o outro, ficando ao “Deus-dará”. Algumas não chegam a conhecer os pais ou outro parente qualquer. Até que uma hora, a assistência social desses hospitais encaminha-as à alguma instituição de reabilitação, na qual elas serão aceitas em regime interno, sendo que ali passará a ser sua nova casa. O fato de terem sido abandonados pelas famílias, poderá atrasar os tratamentos de reabilitação. Porém, o resultado positivo no final será a recompensa maior por toda essa espera, ou seja, o longo tratamento, a esperança e luta por dias melhores... E muitas têm conquistados seus espaços na vida.

E quando a deficiência ocorre na adolescência? Certamente é uma fase fascinante em nossas vidas, embora seja de difícil transição. Nela temos mil planos, ideias revolucionárias, chocantes, a vontade de reformar o universo, estudar, formar-se, constituir uma família, ter filhos, posição social, viagens, fama, fortuna, sonhos, utopias... Porém, se tudo isso for interrompido por aquisição de algum tipo de deficiência, torna-se inicialmente traumático e muitas vezes revoltante. A pessoa vê seus sonhos e utopias "destruídos" (pelo menos por enquanto), diz coisas como "a vida acabou para mim", "era melhor ter morrido" ou mesmo "agora não sirvo para mais nada".

É praticamente no início da adolescência que mais se adquirem as deficiências. Um levantamento feito pela Clínica de Lesão Medular da AACD

Emílio Figueira

(Associação de Assistência à Criança Deficiente), entre seus numerosos pacientes atendidos, apontou como causa das lesões medulares traumáticas dos pacientes com até 16 anos, 51,4% dos pacientes tiveram a medula lesada por meio de armas de fogo. Nesse universo, 73% dos pacientes são do sexo masculino e 59,6% estão na faixa entre 12 e 16 anos. Em segundo lugar, estão os acidentes automobilísticos (20%); em terceiro, a queda de altura (15,7%); e em quarto, o mergulho em águas rasas (14,3%). Cerca de 67% destes lesados medulares (paraplégicos e tetraplégicos) foram vítimas de algum tipo de acidente (trauma). O restante corresponde às lesões não traumáticas, provocadas por algum tipo de doença.

Mas a reabilitação é necessária, embora muitas vezes difícil. Toda a experiência, aventura e conhecimento acumulados até aquele momento referem-se à vida anterior ao acidente ocorrido com a pessoa. É como se ela tivesse que passar uma borracha sobre tudo e começar, adaptando o seu cotidiano à sua nova realidade.

Há casos que, devido ao trauma, no íntimo da pessoa passa a explodir uma busca violenta de vingança (principalmente se ainda for criança), como se toda a sociedade tivesse que pagar por sua tragédia. E aqui começa a nossa intervenção enquanto profissionais da psicologia. A partir de um acompanhamento psicológico, a pessoa passará a si conhecer e a lidar com suas limitações. Poderá se libertar de um bloqueio ou até mesmo um auto preconceito, permitindo-se descobrir as suas reais potencialidades. Também é importante a necessidade de recuperar a autoestima, a vivência de ser apropriado à vida e às exigências que o cotidiano lhe coloca, desenvolvendo a confiança em sua capacidade de pensar e encarar os desafios corriqueiros do dia a dia.

Com o tempo, a pessoa assistida por nós, psicólogos, se dará o direito de ser feliz, saber que cada um, independente de sua realidade, tem o seu valor,

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

com direito de expressar suas vontades, necessidades e desejos, tendo o direito de desfrutar dos resultados de todos os seus esforços. Sonhar e ter suas ilusões são algo necessário e constitui-se direito que ninguém pode lhe negar, mas caminhar com os pés na realidade é importante, pois uma vez que a autoestima resulta quase sempre de uma imagem que temos de nós mesmos, muitas vezes apagar essa imagem construindo ou buscando uma falsa pode gerar uma decepção, uma abstração por não auto desafiarmos as coisas mais normais da vida.

Os centros de reabilitação atendem, também, um número muito grande de pessoas que têm sofrido algum tipo de acidente de trabalho. As que não são encaminhadas para aposentadorias por invalidez, precisam que mão de obra seja recapitada.

Atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar

Dentro de um processo de reabilitação, são cinco as principais terapias:

- Fisioterapia: consiste em lidar e testar os músculos, como sua força, movimentação e com reflexos (movimentos automáticos que apresentamos ao nascimento e que podem atrapalhar a aprendizagem de movimentos normais). Nela, o reabilitando aprenderá a ter equilíbrio, proteção, postura, esquema corporal, correção e prevenção de deformidades.

- Terapia Ocupacional: será testada sua habilidade. No caso de criança, aprenderá atividades da vida diária e prática, como alimentação, vestuário, hábitos de higiene e controle esfinteriano: Estimulação sensorio-perceptiva e coordenação motora dos membros superiores, podendo alcançar a sua independência física.

Emílio Figueira

- Fonoaudiologia: desenvolve atividade de se comunicar através da fala, sugar, engolir, morder, mastigar e respirar corretamente. Muitos pais não conversam com suas crianças com deficiências, o que é um erro, pois quanto mais se conversam com elas, mais responderão.

- Psicologia: tem por finalidade atingir o desenvolvimento global emocional, social, psicomotor e psicopedagógico, assim como a atenção, concentração, linguagem e os aspectos afetivos e emocionais da criança. Sua preocupação central é desenvolver estudos específicos de vários aspectos do comportamento. Detalhes que vamos falar a partir de agora.

Dentro de um processo de reabilitação, nosso papel, enquanto psicólogos através do aconselhamento, será cooperar para o bem-estar psicossocial do reabilitando, oferecendo-lhe suporte para o alcance de uma vida boa de experiência, com alguns pontos essenciais:

- a) Visão realista de si mesmo (abrangendo potencialidades e limites).
- b) Aquisição ou reatuação da autoestima.
- c) Construção ou reconstrução da dignidade de pessoa humana perante si mesmo, à família e à comunidade.
- d) Meta final: equilíbrio intrapsíquico e equilíbrio pessoa/meio.

Muitas vezes, estaremos trabalhando com o ajustamento das tensões de reabilitando, entre seus desejos e necessidades ambivalentes. Alguém com uma personalidade viva, plástica e variável, sendo a sua identidade o seu suporte histórico. E, nesse trabalho, temos que ter um tripé com os suportes: Identificação, Fusão e Respeito Mútuo!

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Nas primeiras avaliações, além de construir um ambiente de confiança e estabelecer um contrato terapêutico com o reabilitando, cabe ao psicólogo começar a levantar dados para as seguintes indagações:

- **Quem** é ele? Qual sua idade? Sua fase de desenvolvimento está de acordo com sua faixa etária, suas características pessoais (tendências, traços, aptidões, desejos, aspirações), sua moradia, realidade familiar e condições sócio-econômico-culturais? Como está sua inserção afetiva nas diferentes redes sociométricas e seu grau de instrução? E seu conhecimento sobre a deficiência que adquiriu?
- **Quando** ocorreu a deficiência? Como eram ou estavam os fatores relacionados no item de cima?
- **Como e Por que** ocorreu a deficiência? Foi um evento repentino ou gradual? Há elementos de culpabilização da própria pessoa ou de outros? Há uma contraposição sobrevivência/morte? Quais as características do momento vivencial da pessoa?
- **O que** e quais as características da deficiência, como grau, impedimentos e limitações reais, tipo de evolução usual, presença ou ausência de dores, a existência ou não de traços físicos claramente estigmatizantes, dados de nível concreto ou fantasiosos? Nesse item pode já estar uma tentativa de compreender os vários papéis da pessoa – pai, mãe, filho, trabalhador, estudante – e seus exercícios (reais ou fantasiosos), detectando as formas de enfrentamento de situação crítica, pela qual o reabilitando atravessa, tais como choque, medo, raiva, revolta etc.

De posse desses dados, o psicólogo melhor estabelecerá o seu plano de psicoterapia ou outros modos de intervenções – embora sempre passíveis de reorganização, revisão, reajustamento. Mas tais informações também serão úteis à equipe multidisciplinar, pois, além da psicológica, outras avaliações sistemáticas ou assistematicamente estarão ocorrendo paralelamente por outros

Emílio Figueira

profissionais. E, em equipe, verificar quais decisões serão tomadas sobre formas e encaminhamentos na reabilitação e na vida em geral (o que fazer com as dificuldades e mudanças do reabilitando).

Com o tempo, agrega-se ao processo de avaliação novos elementos e novas articulações e oportunidade de surgir: perda dos mecanismos de descarga emocional, perda de fontes de recompensa e prazer, perda de independência física e econômica, perda de um “status” (às vezes conseguido com muito custo), perda de objetos (fazer, obter, ser), perda de amor do outro significativo, perda do outro. E essas perdas, principalmente as efetivas, são geradoras de profunda ansiedade que será a matéria prima do aconselhamento na detecção dos mecanismos de defesa.

Há as consequências de uma má reabilitação. Na questão dos profissionais da área, geralmente uma boa equipe de reabilitação conta com médicos, fisiatra, neurologista, pediatra, urologista, fisioterapeutas, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, enfermeiro, técnico em órteses e próteses, pedagogos etc. O entrosamento entre esses profissionais é importante para bons resultados no tratamento do paciente. Mas isto nem sempre acontece e não podemos deixar de citar esses problemas.

Poderá ocorrer um prejuízo no entrosamento devido a certa hierarquia que surgirá no interior da equipe de reabilitação, pautada por uma relação autoritária entre um membro e outro, cada um querendo se colocar um degrau acima na escala hierárquica. E, como consequências do mau entrosamento interno da equipe, o reabilitando poderá ter impedimentos para sua completa reabilitação. Por isto, há a importância de nos formarmos profissionais conscientes, psicólogos também para administrar tais conflitos.

Reabilitação Baseada na Comunidade como Alternativa

No Brasil, muitas das pessoas com deficiência (na maioria crianças) ao ir para os centros de reabilitação, deixam seus lugares de origem – favelas, cortiços, a região nordestina, etc. – para ser reabilitadas. Após esse período, ao ter alta do centro, voltam para o lugar de onde saíram. Isto nem sempre é muito bom, uma vez em que elas estão voltando para um lugar que não lhe oferecerá a vida para qual foram preparada no centro. Ali terá a mesma vida precária de antes. São problemas que já não dizem mais respeito ao centro de reabilitação, que nada pode fazer para dar-lhe uma vida mais digna. Isto é gerado pelo problema sociocultural do país.

Apesar desses problemas que apontamos (pois não poderíamos deixá-los ocultos), muitos centros e profissionais, que somam muita garra, boa vontade e até momentos heroicos, têm prestado serviços relevantes. O trabalho desses profissionais é, muitas vezes, gratificante e satisfatório, pois ninguém melhor do que eles para conhecer uma criança ou pessoa com alguma deficiência. Nunca veem nelas, um ser lesado em seu desenvolvimento, e sim, um ser que possui vida, individualidade e potencialidade.

Só que, infelizmente, não podemos ocultar outro lado também triste nessa realidade. Nem tudo é vitória nesta área. Muitas dessas pessoas, principalmente no passado, foram levadas a abandonar a luta, apesar de reabilitadas, devido às diversas barreiras que tiveram que enfrentar, tendo a impossibilidade de continuar a luta. Mesmo assim, traçavam para si meios que permitem conviver com as pessoas sem frustrações, sem mágoas. Outras terminavam suas vidas confinadas em suas casas, pelas dificuldades de se locomover, de se comunicar e sempre necessitar de alguém para sair ou

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

programar os mais simples passeios. Ficavam a distância, a viver observando os movimentos sem poder participar. Só que esses casos estão mudando dia a dia. E, por meio de atividades com base na Psicologia Social, nós, enquanto psicólogos, podemos desenvolver projetos comunitários que visam Inclusão Social e Escolar, visando à melhora de qualidade de vida para todos. Inclusive, promover a reabilitação na própria comunidade!

Essa possibilidade de atuação é a **Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)**, conhecida também por **reabilitação simplificada**. Sua história vem de longa data. Em 1979, surgiram os primeiros projetos de RBC por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo preconizados os seguintes princípios:

- Promover, na família e na comunidade, a conscientização, a confiança nas próprias habilidades e a responsabilidade pela reabilitação.
- Envolver ativamente as pessoas com deficiência, a família e a comunidade em geral no treinamento reabilitacional dessas pessoas.
- Utilizar as organizações e infraestruturas locais existentes para a provisão de serviços, especialmente os de atenção primária em saúde.
- Delegar tarefas simples aos auxiliares e voluntários sob supervisão profissional.
- Assegurar entrosamento com serviços mais sofisticados, a fim de encaminhar pessoas cujas necessidades não possam ser resolvidas em nível comunitário.
- Levar em conta os recursos econômicos do país e da comunidade.

Historicamente, a experiência brasileira sobre RBC surgiu por ocasião da abertura oficial do “Ano Internacional da Pessoa Deficiente” (AIPD), no município de Ourinhos, dia 12 de dezembro de 1980, com as primeiras alusões à necessidade de projetos de reabilitação simplificada. Em 1981, pela Comissão Estadual para Apoio e Estímulo ao Desenvolvimento do AIPD, da Casa Civil do

Emílio Figueira

Governo do Estado de São Paulo, apontava, em seu relatório, essa mesma necessidade e recomendava ações para a implantação de RBC. Entre 1983 e 1985, a Coordenação Estadual de São Paulo da Fundação MOBREAL realizou o “Projeto de Integração Social de Pessoas com Deficiência”, planejando, implantando, supervisionando e avaliando em três municípios paulistas: Ourinhos, Rio Claro e Capital, nos moldes da proposta da OMS. O diretor do projeto de reabilitação baseada na comunidade, no México, Robim Hindley-Smith, visitou a cidade de Ourinhos e manteve reuniões com os participantes do projeto brasileiro. Destacando dois pontos da RBC, primeiramente, a filosofia da reabilitação simplificada é “proporcionar atendimento às necessidades de pessoa com deficiência e de seus familiares, segundo os padrões e recursos do próprio meio”, nas seguintes etapas:

- Pesquisa de recursos comunitários.
- Pesquisa de atividades econômicas locais.
- Reuniões com autoridades e líderes da comunidade.
- Seleção e treinamento do supervisor local, na falta de um coordenador do projeto.
- Identificação do número de pessoas com deficiência.
- Avaliação das necessidades de pessoas com deficiência.
- Escolha do local específico para a implantação de projeto.
- Recrutamento, seleção e treinamento de monitores de reabilitação.
- Treinamento de profissionais de outros níveis de atendimento para que eles se sintonizem com os objetivos do projeto.
- Atendimento às pessoas com deficiência, no domicílio ou encaminhamento para níveis de atendimento.
- Conscientização e sensibilização do público em geral.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Identificação das matérias-primas, locais e produção de aparelhos e equipamentos de reabilitação com tecnologia simplificada.
- Avaliação contínua do atendimento do projeto e redirecionamento constante para o objetivo do projeto.

Aqueles modelos tradicionais de centros de reabilitação, com altos custos na construção e manutenção, podem ser substituídos em sua maior parte pela RBC por todo o Brasil. Números comprovam que hoje apenas 10% (1,5 milhão) das pessoas com deficiência realmente precisam passar por serviços especializados em centros de reabilitação, principalmente no campo da medicina, intervenções cirúrgicas, por exemplo. Dessas pessoas, 20% precisa de serviços avulsos de fisioterapia, terapia ocupacional e outras formas de tratamento, podendo ser oferecidos em hospitais gerais, clínicas, consultórios, centros de saúde, além de escolarização e profissionalização em escolas comuns por meio de políticas de Inclusão Social e Escolar. E a grande maioria, 70% delas, pode ser reabilitada e integrada na comunidade por meio de recursos baratos, simples, utilizando a tecnologia simplificada de reabilitação em nível comunitário ou, ainda, a RBC.

Para concluir esta rápida exposição sobre **Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC)**, recorremos ao consultor internacional de Inclusão Romeu Kazumi. Em sua obra “**Inclusão** – Construindo uma sociedade para todos” (Rio de Janeiro: WVA, 1997), após uma explicação referente ao número de pessoas com deficiência existente no Brasil, as que estão ou não estão recebendo atendimentos e as dificuldades financeiras de se construir ou manter-se os tradicionais centros de reabilitação, Sassaki escreve:

“A reabilitação baseada na comunidade é mais barata do que a reabilitação clássica, de abordagem institucional; ela é mais simples e de imediata aplicação. Não é paternalista, assistencialista ou

Emílio Figueira

autoritária. É um processo em que a própria pessoa com deficiência, sua família e respectiva comunidade são os agentes principais da sua capacitação social. A forma de atendimento satisfaz à multiplicidade de necessidades da pessoa com deficiência e a de família, permite-lhes acesso e uso de serviços destinados à população geral e ‘integra essa pessoa concomitantemente com a fase de sua reabilitação. Observe-se que, no processo da reabilitação de abordagem institucional, a integração é vista como uma fase posterior ao tratamento e, mesmo assim, muitas vezes acaba não ocorrendo.’”

Só para termos uma ideia mais ampla de como a RBC vem ganhando cada vez mais espaço no mundo, além do Brasil, os demais países engajados em projetos não institucionais de reabilitação simplificada são: Indonésia, Filipinas, México, Arábia Saudita, Argentina, Botsuan, Colômbia, Gana, Granada Guiana, Haiti, Índia, Jamaica Nepal, Nicarágua, Nigéria, Paquistão, Peru, Síria, Santa Lúcia, Somália, Srilanka, Zâmbia e a Zimbábue.

Aspectos Psicológicos, Intervenções Clínicas, Dificuldades e Possibilidades Profissionais

Embora minha intenção seja abordar neste capítulo pontos, comportamentos e aspectos psicológicos de quem nasce ou adquire algum tipo de deficiência ao longo da vida, é preciso acentuar, logo de início, o grande erro em pensar na existência de técnicas especiais para atendimento psicológico de pessoas com deficiência. O que podemos dizer é que, dependendo da deficiência, poderá haver peculiaridades relacionadas à sua condição orgânica e, sendo congênita, física ou intelectual, ter implicações no desenvolvimento ou ajustamento da criança que, segundo Amiralian (1997, p. 35), “já ao nascer, apresenta uma condição orgânica diferente e que, portanto, vai constituir-se como pessoa a partir de uma estrutura orgânica peculiar. Enquanto psicólogos dispostos a atuar nesta área, é fundamental o conhecimento das implicações geradas pela perda orgânica para a dinâmica de personalidade e ajustamento pessoal e social daqueles que, por diferentes razões, vieram adquirir uma deficiência. Esses conhecimentos pressupõem a compreensão das limitações fundamentais impostas pelas deficiências e a compreensão das limitações das condições afetivo-emocionais que as acompanham”.

Nunca é demais lembrar que estamos falando de pessoas. E pessoas não são todas iguais. Assim como as que têm algum tipo de limitação não são todas iguais, não formam um grupo homogêneo. Do mesmo modo, a Psicologia não é uma ciência exata. Portanto, toda afirmativa pode ser perigosa, correndo o risco das generalizações, ou seja, cada caso é um caso!

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A minha amiga professora Lígia Assumpção Amaral acentuava que muitos profissionais têm dificuldades em trabalhar com pessoas com deficiência. Isto porque, independente de sua formação profissional, são pessoas. E, como a maioria da população, trazem no inconsciente coletivo mitos, “pré-conceitos” e mecanismo de defesa com relação às pessoas com deficiência. Nem todos que se formam em Psicologia estão prontos ou desejam construir uma relação profissional-cliente com pessoas com deficiência.

Ter uma deficiência interfere tanto na pessoa que a possui (no desenvolvimento, aprendizagem, personalidade, relações familiares e sociais, aspectos estruturais ou funcionais), quanto no profissional que a atende. Na pessoa com deficiência essa intervenção está ligada a inúmeros fatores, tais como: tipo de deficiência, intensidade, extensão, época de sua incidência. Olhando o seu histórico, leva-se em consideração as oportunidades de desenvolvimento e ajustamento que foram oferecidas ou negadas ao paciente.

Com relação aos profissionais que têm dificuldades de atender e se relacionar com essa classe de pessoas, essa convivência pode levar-lhes a aflorar suas próprias limitações ou suas “deficiências” – num desabar de falsas sensações de onipotência. Por isto, a negação torna-se um mecanismo de defesa para o não atendimento. Amiralian (1997, p. 34), citando Fedidá, acentua que para muitos – e os profissionais de psicologia não estão isento disto -, “a deficiência é intolerável, não só por fazer ressurgir insuportáveis angústias de castração, destruição e desmoronamento, mas também por lembrar que o deficiente é sempre um sobrevivente que escapou de um cataclismo, de uma catástrofe que já ocorreu, o que poderá acontecer a qualquer um. (...) Como um espelho perturbador, pode fazer reviver angústias primitivas”.

Por outro lado, segundo Amaral, (1991, p. 19), “no exercício de suas funções dois “mundos diferentes” se encontram. (...) Alertados, conscientizados e, ao mesmo tempo, respaldados por esse saber recém-construído, muitos

Emílio Figueira

profissionais têm podido re-ver, re-pensar e re-fazer sua prática, tanto do ponto de vista técnico como das relações interpessoais”.

Por meio de experiências pessoais de suas significações de deficiências, o psicólogo estará apto a rever suas emoções, afetos, aprender com suas negações, sendo capaz de “conquistar a percepção da deficiência como um objeto compartilhado e de proporcionar ao nosso cliente um ambiente acolhedor e condições facilitadoras para sua aceitação dessa condição, favorecendo e possibilitando seu próprio desenvolvimento” (Amiralian 1997, p. 34).

Após toda a avaliação psicológica e fechamento do diagnóstico, é necessário avaliarmos realisticamente os nossos limites enquanto psicoterapeutas. Já nos chegaram notícias de colegas que atenderam casos além de seus níveis de habilidades e conhecimentos sobre questões que envolvem pessoas com deficiência. E o prejuízo foi ainda mais para o paciente.

Aspectos iniciais das deficiências adquiridas

Tanto os acidentes automobilísticos ou em ambientes de trabalho, mas principalmente as armas de fogo como outros motivos, têm sido as principais causas de aquisição de deficiência permanente no Brasil. Essas vítimas poderão passar por vários estágios iniciais assim estabelecidos:

CHOQUE: Quando elas realmente não captam o que está acontecendo, ou seja, que agora ela tem uma deficiência e, com isto, ainda não há sinais de ansiedade.

LUTO: Perda da motivação de conviver com essa realidade.

NEGAÇÃO: Fruto de uma carga de cobrança. É quando a pessoa que adquiriu uma deficiência sente o status de desvalorização da sociedade.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Uma sensação de impotência pessoal e profissional que geram estados de autodesvalorização, sentimentos de segregação ou opressão. À medida que a pessoa seja capaz de rompê-los, liberta-se da falsa “proteção” gerada pelo mecanismo de defesa da negação.

RAIVA: Um estado importante de ser manifestado durante a percepção da dimensão de sua perda, permitindo ao sujeito uma “válvula de escape”. Às vezes, essa raiva é projetada no médico, na equipe de enfermeiras, nos familiares, podendo comprometer ou não o processo de reabilitação.

DEPRESSÃO: Pode resultar na diminuição de motivação, refletindo nos tratamentos e atividades.

DEFESA: Gera hostilidade, sendo que algumas pessoas podem permanecer nesse estágio indefinidamente, enquanto outras, numa defesa considerada saudável, somam esforços para enfrentar e buscar sua normalização tão normal quanto possível, reconhecendo as barreiras e buscando alternativas para contorná-las.

EXPECTATIVA DE RECUPERAÇÃO: Ao notar agora que uma nova realidade a cerca, surge a preocupação com a melhora de sua deficiência.

AJUSTAMENTO: Quando a pessoa deixa de considerar suas deficiências como algo que tenha que lutar, não mais como uma barreira intransponível, procurando formas de satisfazer suas necessidades e ser uma pessoa incluída na sociedade.

Segundo Vash (1988, p. 14), há três níveis de reconhecimentos em quem adquire uma deficiência:

Nível 1: Reconhecimento dos Fatos - A pessoa entende a natureza e a extensão das limitações, a probabilidade de permanência e as realidades da estigmatização social, mas detesta cada parcela disso. A deficiência é vista como tragédia e tem valência negativa.

Nível 2: Aceitação das Implicações - A pessoa tem conhecimento das realidades de suas condições sem um sentido de perda e demonstra aceitação do que é sem recriminação. Os fatos e as implicações da deficiência estão interados num estilo de vida escolhido. A deficiência é vista como um inconveniente que pode ser controlado e tem valência neutra.

Nível 3: Acolhida da Experiência - A pessoa reconhece que sem a deficiência seria diferente do que é e não tem vontade de ser diferente. Existe a valorização do fato de que a deficiência foi, é, e continuará sendo um catalisador do crescimento, desde que lhe seja permitido sê-lo. A deficiência, como todas as outras experiências de vida, é vista como uma oportunidade ou dom, e tendo valência positiva.

Esses conhecimentos básicos são fundamentais para o início de nossa atividade de intervenção. Para não correremos certos riscos, não podemos considerar algumas dificuldades ou problemas, manifestados pela pessoa com deficiência, como decorrentes da deficiência em si, e sim encará-las como decorrentes de condições ambientais insatisfatórias ou de perturbações em interações precoces. Nossa intervenção enquanto psicólogos deverá ser em amenizar as consequências das deficiências secundárias, não considerando as dificuldades pessoais como um impedimento para a pessoa ter comportamentos mais independentes ou produtivos devido ao seu problema orgânico. Separe as

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

dificuldades apresentadas pelo paciente e as limitações realmente impostas pela deficiência, observando se são decorrentes de outros fatores dificultantes de sua atuação. “A deficiência não deve ser considerada como a causa de manifestação de perturbações psíquicas, mas como uma condição dificultadora para as interações com o ambiente”, segundo Amiralian (1997, p. 35).

Hoje, com tantos avanços sociais, legislativos, tecnológicos na engenharia da reabilitação e na medicina, há exemplo de terapias com células-troncos, em que muitas pessoas com deficiência adquiridas ou não, estão cada vez conquistando autonomia, superando suas próprias expectativas, transcendendo-se. Caberá a nós, enquanto psicólogos, estimular essa transcendência, conduzindo a pessoa admitir, em primeiro lugar, sua deficiência no reconhecimento dos fatos, aceitação das implicações e acolhida da experiência.

As Intervenções Clínicas do Psicólogo

Ao se trabalhar clinicamente com uma pessoa com deficiência, a construção da relação psicoterapeuta e pessoa deverá ser o alcance para os resultados satisfatórios apoiados em duas condições básicas fundamentais: a compreensão das vicissitudes causadas pela deficiência no desenvolvimento, ajustamento da pessoa e a atitude do profissional de psicologia. Para que o paciente atinja a chamada **aceitação efetiva**, muitas vezes, enquanto psicólogos, precisaremos “chegar” aos seus conteúdos inconscientes que geram sofrimentos oriundos de sua deficiência, causando empecilhos para aceitação e acolhimento de seu real estado. E, para se dar tal acolhimento, precisará haver no paciente disponibilidade interna para equacionar limites e possibilidades, perdas e virtualidades.

Nesse universo, a **transcendência** deve significar a superação dos próprios limites impostos pela deficiência, ou seja, enquanto profissionais, devemos atuar na estimulação e amenização das deficiências secundárias da pessoa, suas dificuldades, expectativas sociais e implicações emocionais. Quanto mais a pessoa se aproximar de sua própria realidade, eliminando mecanismo de defesa ou negação, mais seu plano de consciência lhe permitirá ser um cidadão equilibrado e “pronto” para continuar vivendo no meio que a cerca. Por meio dessa normalização, ela terá oportunidades e direitos iguais, riscos iguais, responsabilidades iguais, alegrias, angústias e inquietações como qualquer outra pessoa.

Há três tópicos no aconselhamento da pessoa com deficiência:

Problemas Comuns – Apoio emocional já no começo do processo de reabilitação, visando o enfrentamento do choque, do medo, da raiva, dentre

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

outros. Segundo Vash (1988, p. 204), três áreas de grande importância desafiam as pessoas ao longo de toda a extensão da deficiência:

- a perda dos mecanismos de descarga emocional.
- a perda das fontes de recompensa e prazer.
- perda da independência física e econômica.

Caberão à Psicologia os apoios necessários para neutralizá-los, orientando a pessoa na descoberta de formas de lutas mais efetivas e menos debilitantes, tendo como alvo a conquista do equilíbrio emocional.

Necessidades de treinamento de habilidades – Como dito, durante o processo de reabilitação poderão surgir aspectos particulares do caso em andamento, precisando ocorrer a identificação de atendimento ou treinamento formal em habilidades específicas pessoais e interpessoais. “A deficiência cria exigências incomuns em relação à assertividade, à tomada de decisões e ao estabelecimento de objetivos bem como em relação à coordenação da vida e da família.” (Vash, 1988, p. 206)

Aplicabilidade de abordagens individuais ou aconselhamento em grupo – Caberá ao psicólogo avaliar se o caso pode ter maiores resultados numa psicoterapia individual ou em aconselhamento em grupo. Recomenda-se que, sempre que possível, opte-se por esse último por razões de estimulação inter-relacionais, de convivência social, dentre outras. Mas se o caso for mesmo a primeira opção, nas palavras de Vash (1988, pgs. 207-208), “uma das principais razões para escolher trabalhar com alguém em particular na psicoterapia é que sua capacidade de confiança nos seres humanos está, não raramente, tão debilitada que é mais viável começar a reconstruí-la com uma outra (profissionalmente habilitada a desenvolver a confiança), do que com um grupo de várias pessoas (algumas das quais podem ter tendências agressivas)”.

Emílio Figueira

Após uma avaliação correta sobre o funcionamento psicossocial e profissional da pessoa que pretendemos atender, podemos traçar a nossa meta de intervenção psicoterapêutica individual ou coletiva em seu processo de reabilitação. Porém, nunca é demais lembrar que não existe uma Psicologia específica para a pessoa com deficiência. A princípio, ao atendê-las, vamos praticar as mesmas técnicas que utilizamos com qualquer outro paciente. O único diferencial que pode ocorrer será a identificação dos aspectos específicos dos estágios já descritos, o quais trabalharemos para amenizá-los.

A pessoa que adquiriu uma deficiência em seu processo de enfrentamento da nova realidade precisará dispor de recursos físicos, psicológicos, cognitivos e sociais para preservar a integridade somática e psíquica, visando alcançar a adaptação à organização psíquica, à capacidade de procurar ajuda, ao planejamento para o futuro, manter a angústia em limites toleráveis, incrementar relações pessoais significativas e recuperar as funções físicas.

Segundo Kovács (1997, pg. 107), as etapas relacionadas com o modo de enfrentamento da pessoa são as seguintes: Contato e manejo do problema, eliminando certas condições, promovendo modificações; Alteração do significado de experiência, objetivando neutralizar ou diminuir o seu caráter problemático e regulação da intensa angústia gerada pelo problema.

Frequentemente, envolvem-se aspectos relacionados à Doença/deficiência (natureza, sintomas, local afetado, estágio, tipo de tratamento, opção de reabilitação); Aspectos pessoais (estágio de desenvolvimento, valores – incluindo doenças anteriores, costumes e crenças) e Aspectos socioculturais (apoio, social, ajuda da comunidade, recursos disponíveis). (Kovács, 1997, pg. 107)

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Aqui, a memória em outras situações já experienciadas com doença e/ou deficiências anteriores, próprias e de pessoas próximas, podem tanto colaborar no processo de reabilitação como também prejudicar, caso essas recordações forem de morte e sofrimento. As crenças religiosas do paciente podem tanto estimulá-lo, quanto prejudicá-lo, sendo usado como um mecanismo de defesa do tipo “à espera de um milagre”. Kovács (1997, pg. 108) acentua que “os modelos de enfrentamento mais eficazes têm um elevado grau de flexibilidade: o que pode ser altamente adaptativo num período pode não o ser em outro. Um exemplo bem ilustrativo é o da negação que, nos primeiros estágios, pode facilitar e afetar negativamente, no sentido de evitar que a pessoa busque exames e tratamento eficazes para si”.

Deficiência real e imaginária

A deficiência pode ser classificada como real, com limites bem definidos com os quais a pessoa terá que conviver, ou ser uma deficiência imaginária, na qual os limites são mais frutos de fantasias mórbidas que uma realidade crua e dura do indivíduo. Essa última origina-se mais do medo de fracassos do que da deficiência propriamente dita. Há grande diferença entre ser e se sentir com uma deficiência. Uma pessoa que está muito mais preocupada com a aparência, por exemplo, de usar uma órtese ou prótese, do que a funcionalidade e facilidade que tais aparelhos poderão lhe proporcionar, evitam até o aparecimento em público, uma vida social, transformando o que deveria ser apenas uma deficiência numa sequela de peso muito maior do que verdadeiramente tem, dificultando ainda mais o tratamento.

Tanto a negação, quanto a dramatização excessiva de uma pessoa com deficiência geram distorções de percepção, dificuldades de convivência, administração de problemas comuns, alimentados pelas deficiências imaginárias. Esse comportamento de sentimentos comprometidos pode não advir necessariamente da pessoa, mas de condicionantes sociais, tais como

Emílio Figueira

preconceitos, estereótipos, estigmas. Uma das fantasias clássicas são pessoas que esperam curas milagrosas, divinas – o que também pode ser interpretado como um mecanismo de defesa para a pessoa fugir de sua realidade, ou não querer encarar os novos desafios pela frente: aceitação da nova realidade, o processo de reabilitação e reinserção social, dentre outras.

A intervenção psicológica nesses casos deverá acontecer, quando possível, de imediato à ocorrência do fato gerador das deficiências imaginárias. Trazer o sujeito sempre para seu mundo verdadeiro, proporcionando conhecimento de sua real situação tanto das dificuldades que terá que enfrentar, mas também dos recursos material e humano que ele poderá contar nessa nova empreitada e, principalmente, todas as possibilidades de fracasso e sucesso que terá na vida como qualquer outra pessoa. Estaremos oferecendo-lhe dados para um processo de racionalização, a busca de respostas lógicas, partindo das falsas premissas em direção de uma construção com alicerces sólidos. Nessa fase, o relato de outros casos idênticos e bem-sucedidos poderá ser uma ferramenta de motivação.

Deficiência e qualidade de vida

O foco principal de um psicólogo como sempre deve ser orientar seu paciente na busca de uma qualidade de vida, visando a saúde mental e a possibilidade de conseguir a adaptação sua nova realidade. E para Kovács (1997, p. 109), citando Hawthorn, quando esse paciente tem uma deficiência, é fundamental verificar:

- a) as preocupações físicas;
- b) as habilidades funcionais;
- c) o bem-estar dentro da família;
- d) as redes de apoio social;
- e) a orientação para o futuro (planos, expectativas, esperanças);

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- f) a intimidade e as relações sexuais;
- g) a ocupação, a espiritualidade e a satisfação com o tratamento.

Tendo como base o respeito à pessoa, devemos orientá-la quanto uma possibilidade de autonomia e controle sobre a própria vida. Esse processo passa por uma conversa sempre aberta com os nossos pacientes, tendo sempre um compromisso ético do “que e como contar ao paciente sobre a sua doença, as deficiências resultantes, assim como o estágio em que se encontra, devendo sempre ser estas as preocupações do profissional de saúde” (Kovács, 1997, pg. 110). Diz essa autora:

Por se tratar de um conceito altamente subjetivo, cada pessoa considera aspectos diferentes como essenciais para sua vida. Perguntar ao paciente como pretende gerir sua vida, o que gostaria que fosse feito, quais são as suas necessidades, são essenciais para o profissional de saúde, que busca facilitar e promover a qualidade de vida dos seus pacientes. Uma boa avaliação da qualidade de vida tem como objetivo orientar a escolha de tratamentos e cuidados a pessoas gravemente enfermas e/ou com sequelas incapacitantes. Um dos aspectos que consideramos importante quando se discute qualidade de vida, é o direito da pessoa de ter informação sobre o seu problema e sobre as possibilidades e intercorrências dos tratamentos. Existe um temor generalizado de que se o sujeito souber a respeito de sua situação poderá deprimir-se ou, numa hipótese mais catastrófica, tentar o suicídio. Entretanto, nossa experiência tem demonstrado que a incerteza, o silêncio e as palavras da situação provocam, por exemplo, mais dor e isolamento. O segredo faz com que o paciente seja alienado de sua própria vida, que se sinta infantilizado, dependente, e não mais como sujeito de si, já que não pode participar de sua própria vida e tomar suas decisões.

Emílio Figueira

É bom lembrar que ninguém é tão ingênuo a ponto de não perceber o que passa a sua volta; o paciente sempre nota que os familiares e profissionais estão diferentes, e que algo de muito grave está ocorrendo. Negar informações corretas ao paciente, além de antiético, é como isolá-lo, aliená-lo de sua própria realidade, o que também pode prejudicar o seu processo de reabilitação.

A família no processo terapêutico

No processo de diagnóstico e plano de reabilitação precisamos considerar a família; ela será a unidade de cuidado da pessoa que adquiriu uma deficiência. E como a pessoa, sua família passará por estágios de choque, realização de perda, integração, luto crônico. O ocorrido gerará uma revolução e mudanças específicas, considerando o lugar que a pessoa ocupa – pai, mãe, filhos. Entrará em cena o psicólogo, visando orientar essa família a lidar com o medo, o sofrimento, a incerteza. Podem ocorrer perturbações de ordens diversas – tais como a hospitalização e afastamento do paciente de todas as atividades cotidianas. Uma nova organização varia entre desorganização e rompimento com algumas coisas ou reorganização, reunião e fortalecimento.

Segundo Kovács (1997, pg. 106), a forma de lidar com o aparecimento de um membro com deficiência dependerá de características da dinâmica familiar, podendo ter problemas como:

- a) Família desunida, sem tolerância, num sistema rígido e sem flexibilidade;
- b) Dificuldades de comunicação, segredos, bloqueios e situações tabus;
- c) Dificuldades econômicas, poucas relações e com pequena rede social;
- d) Dificuldades para substituir as funções do paciente;
- e) Situação de conflito e briga por ocasião da instalação da doença/deficiência; Sistema de crenças da família e formas de lidar com a culpa.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Outros pontos importantes no processo psicoterapêutico

Será importante oferecer apoio emocional não só ao paciente, mas também a toda equipe envolvida no processo e no ambiente de reabilitação. Seria interessante que o psicólogo participasse já do processo de seleção dos profissionais que irão integrar a equipe multidisciplinar. Do mesmo modo, os meios reabilitacionais precisam utilizar-se de uma linguagem também indicada para uma educação pública destinada à redução dos estereótipos da deficiência. Nos anos 1980, a Doutora Carolyn L. Vash já defendia a adoção de uma linguagem “limpa” que achamos muito oportuna reproduzir suas cinco cláusulas aqui:

1 - Evitar os termos laquigráficos, como “o incapacitado” e “o deficiente”. Esses termos têm a vantagem da brevidade, mas carregam o ônus oculto de reduzir a pessoa descrita ao nada, sendo mais uma das muitas características que se tornam negativas nas mentes da maioria das pessoas. Elas podem, também, ser republicanas, democratas, advogadas, católicas, budistas, lindas, caseiras ou representar quaisquer outros papéis e possuir quaisquer outros traços. Tudo isso está esquecido ou perdido quando elas são “atomizadas” na única categoria de “incapacitada/deficiente”.

2 - Evitar a descrição imprecisa de uma pessoa como “incapacitada”, quando se pretende dizer que ela é “deficiente”. (...) Não faz sentido falar de uma pessoa “incapacitada” porque virtualmente ninguém fica incapacitado por uma deficiência em todas as atividades. As referências à incapacidade devem sempre especificar em que ocupação o indivíduo está incapacitado.

3 - Sempre que possível, evitar o uso do verbo “ser” e suas conjugações ao discutir a respeito de pessoas com condições incapacitantes e deficiências. Por exemplo, em vez de dizer “Sally é artrítica” é preferível dizer “Sally tem artrite”, atentando-se que as sutilezas da linguagem induzem a um estereótipo.

A primeira afirmação, da mesma forma como o “incapacitado”, reduz Sally a nada mais do que sua artrite; a última implica que ela é mais que Sally, entre outras coisas, tem artrite. A índole nominal do verbo “ser” se torna muito evidente ao falar de pessoas com deficiências que provocam desaprovação social. (...)

4 - Sempre que possível, colocar a pessoa antes da deficiência na construção da sentença. “Pessoa com deficiência” é preferível a “deficiente”. A primeira coisa a ser enfatizada é a característica de pessoa do sujeito ou objeto da sentença. Uma vez estabelecida a imagem mental básica, a adjetivação, o qualificativo “com uma deficiência” terá menor probabilidade de dominar o conceito transmitido.

5 - Recusar as construções passivas tais como “pessoa em ou confinadas a uma cadeira de rodas”, em favor de construções ativas tais como “pessoa que usa cadeira de rodas”. A primeira fornece uma imagem de passividade e vitimização. A última sugere uma pessoa que estar ativamente usando uma cadeira de rodas como um instrumento para viver a vida. A diferença é a que existe entre o “inválido impotente” de cinquenta anos atrás e o “ativista consumidor” de hoje. (Vash, 1988, p. 211)

Há algumas palavras e expressões que, embora pareçam ter a mesma expressão, elas contam com significados diferentes. Motivo pelo qual, achamos necessário explicá-las para que elas tenham o seu emprego de forma correta nos textos e abordagem em conversas profissionais ou informais. Duas palavras que podem oferecer dúvidas são **habilitar** e **reabilitar**. Mas a diferença é simples. A primeira deverá ser usada quando alguém nasce ou adquire uma deficiência nos primeiros momentos da vida: ele receberá um tratamento ou treinamento, às vezes com algumas adaptações, para mesmo com sua limitação ele poder fazer as coisas comuns que todos fazem e ter uma educação adequada com sua capacidade. Já a reabilitação ocorre quando uma pessoa adquire a deficiência ao

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

decorrer de sua vida, como em acidentes automobilísticos. Essa pessoa terá um tratamento, treinamento e adaptações para poder voltar a fazer, de acordo com a sua nova realidade, as coisas que faziam antes. Por isso, a reabilitação implica, dentre outros aspectos, trabalhar tanto a parte física, como psicológica e social da pessoa.

As Crianças com Deficiência e Aconselhamentos Junto às Famílias no Processo de Educação e Reabilitação

Quando um casal se une pelo matrimônio, é desejo de ambos a constituição de uma família. A cada gravidez, há uma nova expectativa: o sexo do bebê, a cor dos olhos, se vai ter a covinha como a do papai, se o cabelo vai ser parecido com o da mamãe... Enfim, são feitos projetos com relação ao filho que ainda vai nascer. Entretanto, muitas vezes há problemas que começam na própria maternidade, logo após o nascimento. Obstetra, anestesista, pediatra, enfermeiros e outros especialistas que acompanham o parto, ao perceberem alguma anormalidade na criança, acabam, às vezes, dando a notícia de um modo muito frio, sem se preocuparem, a priori, com o trauma que podem provocar.

Um abalo assim provocado causa reações de choro, silêncio absoluto, tristeza, grito... Os pais acusam os médicos ou o hospital de serem culpados pelo fato. Ao se verem numa situação como esta, muitos se sentem angustiados, sozinhos e sem saber o que fazer. Têm sensação de culpa e sentimentos de infelicidade surgem inevitavelmente. Estas reações negativas e pessimistas frente ao fato dificultam, ainda mais, o momento, podendo gerar consequências maiores do que as reais.

Por outro lado, alguns pais, talvez mais estruturados, buscam informações exatas, evitando, assim, sofrimentos desnecessários.

Quanto ao choque e reações iniciais, temos o depoimento pessoal de Iva Folino Proença que, em seu livro “Posso ajudar você?”, narra a sua experiência. Segundo ela, depois de algum tempo do nascimento de seu filho,

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

José Manoel, percebeu que algo anormal se passava com ele. Resolveu levá-lo a um médico que, após examiná-lo, disse simplesmente: “Esta criança é mongoloide”. Foi um grande choque, como ela mesma explica: “Vesti a criança e saí de lá como quem foge do inferno. Quando me vi na rua, mil coisas passaram pela minha cabeça, inclusive deixar aquele embrulhinho encostado num canto qualquer e ir embora; ou oferecê-lo a alguma pessoa daquelas centenas que passavam apressadas. Eu queria livrar-me daquele fardo – era pesado demais para mim. Atordoada, sem saber a quem recorrer para dividir minha aflição, lembrei-me da figura de meu sogro, muito paternal e amiga. Por que será?” (...)

Iva declara não ter aceitado de início o problema de seu filho, tentando, muitas vezes, ocultar a realidade. Isto, porém, começou a mudar a partir de uma sacudida de sua amiga, que lhe disse: “Sabe o que mais, Iva? Pare de dizer que o José Manoel não anda porque é gordo. Crie coragem e enfrente a realidade. Ele não anda porque é uma criança diferente das outras. Quando perguntarem por que ele não anda, diga a verdade. Diga que ele nasceu com um problema e que vai demorar mais do que os outros para andar, para falar, para se desenvolver, enfim. Pare de mentir! Isto não faz bem para você, nem para ele, nem para ninguém”.

O problema das reações dos pais ao receberem a notícia de ter um filho com algum tipo de deficiência é que todas as famílias não estão preparadas para receber um membro fora dos padrões estabelecidos, principalmente porque recebem toda carga ideológica que reina no interior de nossa cultura. Surgem reações variadas: rejeição, simulação, segregação, superproteção, paternalismo exagerado, ou mesmo piedade, sentimentos naturais de medo, dor, desapontamento, culpa, vergonha, frustrações e uma sensação geral de incapacidade e impotência. Ter uma deficiência em nossa sociedade adquire uma conotação negativa, gerando pensamentos do tipo “será aquele membro

que dará sempre muito trabalho, que viverá encostado à custa da família, dentre outras”.

A PARTICIPAÇÃO DOS PAIS NA REABILITAÇÃO

Talvez por problemas do dia a dia, sejam socioculturais ou mesmo uma falta maior de conhecimentos, os pais deixam de participar do desenvolvimento de seus filhos. Alguns, ao entregarem a criança a uma instituição, acham que alguém tem que fazer algo pelo seu filho e se acomoda. Neste sentido, cabe também aos próprios técnicos que trabalham pela criança lutar contra este tipo de pensamento e postura, mostrando que não cabe toda a responsabilidade pela criança à instituição ou à escola, que cada um tem que assumir e desempenhar o seu papel.

O contato social começa dentro do lar. É importante que uma criança com deficiência se sinta bem ao lado de sua família que, por sua vez, deve levá-la a passeios e atividades fora do lar, de modo que, desde cedo, inicie-se um processo de sociabilização.

No livro “Realidade”, a autora Dirce Bertachini e Silva, mãe de um rapaz com síndrome de Down, relata como enfrentou este problema: “O que sempre contou e conta em nossas vidas é a união. Sempre saíamos os quatro para os passeios, até mesmo nos campos de futebol, quando o Júnior fazia parar o jogo com suas corridas no meio do campo, ou na igreja, dando mil voltas pelos bancos, nós não deixávamos de levá-lo. Ele sempre foi parte integrante da família”.

Um número muito restrito de amizades deixa a criança insegura e com problemas futuros de relacionamento. Não se deve criar qualquer tipo de preconceito ou discriminação dentro do próprio lar. Sendo ocultada, a criança,

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

quando adulta, será uma desconhecida na sociedade em que vive com sua família, tendo, assim, menos chances de inclusão.

Como qualquer outra criança, também a que tem deficiência, sente-se insegura e cheia de dúvidas, procurando sempre a proteção dos pais, que nunca deverão negar esta segurança, mas sim encorajar a criança a crescer confiante em si mesma. Conseqüentemente, ela vencerá as suas próprias limitações. Ainda no livro de Dirce, ela relata como colaborou no processo de socialização de seu filho Evandro: “Costumávamos passear nas praças, visitar lojas; ele sempre foi muito curioso e olhava tudo com muita atenção. Era só ter paciência e explicar aos vendedores que ele estava só conhecendo os artigos. Quando ele emburrava que queria algum brinquedo, eu dizia: - Não, hoje estamos só olhando. Demorava um pouco, mas eu ia explicado e a birra passava. Não era fácil, mas era compensador. Passeávamos, ele conhecia as pessoas, as pessoas ficavam conhecendo-o”.

Sempre que possível, é importante a participação dos pais no acompanhamento do tratamento de seu filho. A integração entre pais e profissionais é fundamental porque ninguém, além deles, conhece melhor o seu filho. São os pais que convivem 24 horas por dia e aglomeram informações valiosas para o aperfeiçoamento no tratamento. Esta colaboração traduz-se num incentivo muito grande aos profissionais, estimulando-os a lidar com estas crianças. Este entrosamento é primordial para que ambas as partes (pais e profissionais) encontrem a melhor maneira de tratamento para a criança. Esta, por sua vez, observando a união entre eles, se sentirá melhor e terá maior confiança naqueles profissionais que a assistem.

COMPORTAMENTOS NEGATIVOS

Se de um lado o tratamento dentro do lar é fundamental para o desenvolvimento da criança com deficiência, entretanto, há casos de

Emílio Figueira

superproteção por parte de alguns pais, o que prejudica na formação dela. A educação recebida pela criança reflete no seu futuro. No livro “Vida de quem não vê”, o autor, J. Espínola Veiga (com deficiência visual total) faz uma bela descrição sobre isto: “O filho vai dos três para os quatro anos, e nada lhe ensinam. Coitadinho, deixa!... Mexem-lhe o café, picam-lhe o pão, põem-lhe a comida na boca, descascam-lhe a banana, deixam-lhe que meta a mão no prato. Coitadinho! Já basta o que ele sofre!... E a criança não sofre nada com a falta da vista (...). Sofrerá, sim, mais tarde, a consequência dessa educação mal-dirigida”.

Nota-se que esse tipo de comportamento é maior nas mães, não permitindo que o filho sofra o mínimo de frustração que é importante para o seu desenvolvimento. Poderá deixar de lado sua vida para dirigir toda a sua atenção a esse filho. Como se não fosse mais digna de ter um momento para si, não consegue uma descarga adequada para as suas tensões e seu conflito aumenta. Isso se reflete com dificuldades no seu relacionamento conjugal e com os outros filhos.

A criança superprotegida pela mãe pode desenvolver tipos de comportamento, como possessividade e egocentrismo, baixa tolerância à frustração, revolta ou apatia.

A interferência do psicólogo nessa relação mãe-filho deve ser cuidadosa, pois nem sempre ela se dará de forma tranquila por haver uma vinculação muito forte entre ambos. A mãe precisará ser conscientizada que nesse trabalho estaremos avaliando o seu filho para poder ajudar a direcionar o processo de aprendizagem; orientar a família e os profissionais que estiverem atendendo a criança, visando facilitar para que esse processo se torne menos sofrido para todos os envolvidos.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Há casos em que os pais permitem que a criança faça tudo o que quiser. Muitas vezes, não a encaminha aos tratamentos necessários, simplesmente porque a criança diz “pai, não quero ir!”. Dão tudo o que a criança pede, criando-a nesta superproteção. Ela não vive entre outras crianças, oportunidade essa em que poderia estar desenvolvendo o psicomotor, as suas possibilidades, além da imaginação e faculdade intelectual. Assim, a criança crescerá com uma visão totalmente distorcida do mundo. Só conhecerá um mundo em que tudo é fácil, em que se tem tudo o que se quer. Os pais estão, assim, contribuindo para a sua regressão, não permitindo que suas potencialidades aflorem naturalmente.

Muitas crianças com deficiências são discriminadas pelos próprios pais que, ao saberem que seu filho nasceu com alguma deficiência, separam-se, não aceitando o fato de ter um filho assim. Há casos de pais que ocultam a existência desse filho; alguns, economicamente mais privilegiados, mandam construir casas em cidades vizinhas, enviando os seus filhos para lá para ficarem aos cuidados de pessoas estranhas. Eles esquecem que aquela criança, seja qual for sua deficiência, também possui inteligência e talentos concedidos por Deus e precisa do apoio de seus pais para se desenvolver. A conscientização de que aquele é o seu filho, apesar da sua deficiência, e de que ele precisará do apoio parental para vencer é de suma importância.

OS IRMÃOS

Algumas reações, dúvidas, perguntas e problemas podem surgir por parte dos irmãos. Sentimentos como ciúmes, inveja, raiva, superproteção, orgulho, culpa, preocupação, solidão e negação.

O modo como são criados os irmãos (com e sem deficiência) é fundamental: se ambos forem tratados naturalmente iguais, o sem deficiência verá, a certa altura, que seu irmão tem algo diferente, por exemplo, no seu

Emílio Figueira

corpo, mas tratá-lo-á sem qualquer indiferença. Aceitá-lo-á em suas brincadeiras, orgulhando-se do irmão. Agora, se o tratamento for diferente, esse poderá vir a se sentir meio que marginalizado pelos pais, que superprotegem o filho com deficiência. Ele poderá até vir a discriminar o irmão superprotegido.

Alguns irmãos enfrentam dificuldades em relação aos amigos. É comum que estes amigos caçoem de outras pessoas com deficiência em sua frente. Ao cometerem algum erro, podem dizer que ele tem problemas como o irmão. Na presença deles, o irmão com deficiência pode fazer algo que envergonhe o seu irmão. Muitas crianças e jovens não fazem isso por maldade, mas sim por falta de informação sobre o que é uma criança com necessidades especiais.

Para finalizar, quero recordar uma frase de Hideco Watabe, professora que tive numa escola especial no final dos anos 70: “Lutar pelos deficientes físicos é um sonho. Acredito que o melhor caminho será a educação do nosso povo quanto à saúde; o esclarecimento aos futuros pais da necessidade de maiores conhecimentos quanto à concepção, nascimento e criação do novo ser, obrigando-os a se prepararem conscientemente para a nova função: a de PAIS!”

Pessoas Com Deficiência e Suas Necessidades Vitais: Orientações Sentimentais, Amor e Sexo

Até os 13 ou 14 anos, a criança com deficiência certamente terá uma vida normalizada, com brincadeiras e tudo que sua infância poderá lhe oferecer. Mesmo porque, ela não ligará se algum amigo lhe fizer uma piada, chamar-lhe de nomes pejorativos (aleijadinho, ceguinho, etc.) e brincará, mesmo se for do seu jeito. Ela tem quem pense, cuide e se responsabilize por si. Nunca é demais lembrar um pouco da Psicologia do Desenvolvimento. Na adolescência ocorrem as modificações fisiológicas, o amadurecimento sexual, transformações corporais, tanto no moço, quanto na moça. As funções afetivas voltam a preponderar mais ativamente numa construção de identidade que passa a ocupar o primeiro plano. Surgem as ambivalências de atitudes nas experiências e necessidades novas, embora ainda confusas; desejos de posse, atração pelo sexo oposto, procurando um ideal para completar a sua pessoa. Conhece novas formas de amar e desejar alguém além dos laços familiares. Necessidades de conquistas, aventuras, independência, ultrapassar a vida cotidiana, surpreender-se, unir-se a outros jovens com os mesmos ideais. Ter amigos para suas confidências, enquanto cartas de amor em seu caderno misturam-se com as lições escolares.

Fase marcada por rupturas, inquietudes, ambivalências de atitudes e sentimentos, o jovem passa a se opor aos hábitos da vida e costumes traduzidos na busca da consciência de si, na integração do novo esquema corporal e na apropriação de sua identidade adulta. Desperta-se sua consciência social e política. Um descontentamento e o desejo de transformação, o famoso “Querer mudar o mundo!”. Emite altas críticas ao modelo hipócrita dos valores ditos

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

burgueses. Ao mesmo tempo, o jovem passa a ter dúvidas metafísicas e científicas, traçando muitos questionamentos.

Para quem não tem algum tipo de deficiência, ao entrar na idade da puberdade poderão surgir problemas e começam a se formar “grilos” de transa com seu corpo. Para quem tem uma deficiência, a adolescência pode ser um pouco mais crítica.

Problemas surgirão porque a sociedade, em geral, impõe certos valores socioculturais, nos quais os homens têm que ser musculosos e viris e as mulheres têm que possuir curvas mais acentuadas em seus corpos. Para a sociedade, os corpos das pessoas têm de estar em perfeitas condições (física e intelectual) para responder a essas solicitações socioculturais. Na adolescência, a pessoa passará a ser “gente grande”, respondendo às responsabilidades de sua idade. Se seu corpo apresentar algo que se desvie do normal, encontrará problemas para se integrar na sociedade e exprimir os seus desejos sexuais. Sendo assim, é levado a segundo ou até a terceiro plano.

Hoje, o mundo está todo voltado aos seres perfeitos. Ao ligarmos a televisão, homens e mulheres exibem seus belos corpos e, nas revistas masculinas (que hoje são muitas no mercado), mulheres (verdadeiras gatas) expõem sua nudez provocante, excitando a sexualidade de todos. Os meios de comunicação ditam os modelos a seguir, o perfeito, o ideal, o que devemos fazer para sermos aceitos no grupo, no clube, pelos colegas, pelas mulheres, pelo namorado. É verdade que ninguém consegue ser totalmente livre de pressões e influências culturais. A ideia de perfeição mostrada pelos meios de comunicação e pela publicidade é falsa. Trocando em miúdos, todo esse “sex-shop” dos meios de comunicação despertam o extinto sexual do jovem com deficiência e, muitas vezes, colabora para que se angustie em face de seu problema.

Emílio Figueira

Pode acontecer que uma pessoa sem deficiência se interesse por outra que possui alguma deficiência, seja ela física, mental, auditiva, visual ou múltipla. Via de regra, enfrentará problemas em sua família e com alguns de seus amigos. Só que a pessoa com deficiência também sofrerá problemas familiares, uma vez que seus pais podem não aceitar, de início, que alguém que sempre esteve aos seus cuidados esteja apaixonado(a) por seu(sua) filho(a) podendo, num futuro, naturalmente distanciar-se do convívio familiar diário, visando levar uma vida de casal de namorados, sair, passear, divertir-se. Muitos relacionamentos não deram certo por esses motivos.

Do mesmo modo, pode haver uma resistência de aceitação muito grande por parte da família da pessoa sem deficiência, ocorrendo boicotes ao relacionamento de forma sutil ou até mesmo evidente. Segundo li num artigo do psicólogo Fabiano Puhlmann (e tomo a liberdade de aqui reproduzir livremente), “imagine aquela mulher com deficiência física severa, com certo grau de dependência geral dos pais, os quais não se colocam diretamente contra o namoro, mas inventam regras impossíveis de ser cumpridas, como proibição do namoro em casa, falta de colaboração no transporte, chegando até a chantagens financeiras. (...). Algumas vezes acontece o oposto, a mulher que se envolve com um portador de deficiência física e percebe com espanto que, ao contrário de seus outros namorados, este é tratado com total e irrestrita aceitação, chegando até ao exagero, a família adota o novo membro sem restrição, tornando-o, com o tempo, um pseudofilho... Nestes casos, a relação também fica comprometida, o casal vai se tornando meio-irmão”.

Os que conseguem romper essas dificuldades iniciais provam à família e aos amigos que são capazes de amar e de serem amados e, aos familiares, provam que o relacionamento está fazendo bem aos filhos que eles tanto amam.

Um relacionamento amoroso pode acontecer entre pessoas com deficiência: casais de cegos muito felizes, casais de surdos. Atualmente, estão

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

realizando casamentos entre pessoas com deficiência intelectual, com síndrome de Down, as quais passam a morar sozinhas, contando com o acompanhamento próximo de familiares.

AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS MENTAIS

Houve época que a sexualidade era assunto proibido para pessoas com deficiência, tanto por parte dos pais, como dos profissionais que lidavam com elas e que quase nunca estavam preparados para tratar do assunto. Um fato ignorado ou pelo menos não aceito por esses pais, é que seus filhos possuem sexualidade. Para muitos, a criança com uma seqüela e limitações não terá tais manifestações. E é aí que muitos se enganam. Reprimir essa sexualidade não faz com que ela desapareça, mas tal repressão pode colaborar para aumentar sua angústia ou agressividade, alterando o equilíbrio emocional desses jovens, diminuindo suas possibilidades de um desenvolvimento melhor. Já há pesquisas comprovando que essas pessoas anseiam por uma relação afetiva, sendo capazes de aprender a lidar com sua própria sexualidade, um fator importante para o desenvolvimento da personalidade. Dependendo do grau de sua deficiência, compreendem e adquirem parâmetros para discernir o que é adequado ou não, o que é privado ou público, o que se tem permissão de tocar em partes íntimas e, ainda, entender as consequências do ato sexual.

Os desejos e manifestações sexuais nascem naturalmente com as pessoas, quer tenham deficiências ou não. Tais satisfações são naturais como comer quando se tem fome, beber quando se tem sede ou ir ao banheiro quando se tem vontade. Por meio da sexualidade há a expressão de sua afetividade, capacidade de estar em contato consigo e com os outros na construção de sua autoestima e autoconfiança.

Emílio Figueira

A masturbação dessas pessoas é algo inevitável. Não há uma idade certa para o início. A masturbação talvez seja a única forma de aliviar suas tensões sexuais. E, se punido por isso, poderá complicar a situação emocional para essas pessoas.

Certamente, a criança/jovem com deficiência intelectual de maiores graus não terá relações sexuais com outros parceiros. É possível que a masturbação ocorra mais vezes que os demais. Isso porque se tem bem menos atividades e tenta ocupar o tempo com algo que lhes satisfaçam. Se sua rotina for aumentada com outras atividades (TV, jogos, passeios), seu interesse sexual certamente diminuirá.

NAMORO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

Entre as pessoas com deficiência intelectual é comum elas confundirem amizades com namoro, mas quando ele realmente ocorre, o desejo sexual nem sempre pode estar presente na relação. Mesmo assim, via de regra, haverá dificuldades de aceitação dos familiares, bem como os riscos que terão de assumir. A gravidez é uma dessas preocupações, esbarrando no nível de independência dessas pessoas. Se essa gravidez ocorrer, dependerá da vontade e condição da família em assumir a supervisão das atividades do casal e da criança, provavelmente para sempre.

Alguns profissionais e/ou instituições especializadas que lidam com clientela com deficiência intelectual também cometem o erro ao considerá-los assexuados, sem nenhum autocontrole ou capacidade mínima de entendimento ético e social. Culturalmente, ainda pessoas com esse tipo de deficiência são vistas como eternas crianças, merecedoras de piedade, que devem ser tratadas com benevolência e de forma paternalista. Nas instituições, os profissionais reclamam pela falta de normas claras sobre quais atividades sexuais podem e devem ser permitidas. A orientação sexual, quando existe, não vai ao encontro

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

das necessidades reais dessa clientela. Esses preconceitos e tabus dificultam um pouco a inclusão de atividades para a educação sexual nas instituições e/ou entre os familiares.

Meninos precisam ser informados por ocasião da adolescência sobre a ejaculação, assim como meninas necessitam de orientação sobre como lidar com a menstruação, ambos precisam ser informados sobre as mudanças pelas quais estão passando. Mesmo tendo um nível diferenciado na capacidade de aprendizado, na independência, estabilidade emocional e habilidade social, podemos e devemos incluir a orientação sexual na educação geral das pessoas com deficiências mentais, integradas à estimulação sensorio-motora, intelectual e das capacidades adaptativas ao meio social, de modo natural. As últimas décadas mostram-nos uma melhoria contínua dos cuidados à saúde e à inclusão social que essa clientela vem alcançando, uma vez que são capazes de viver integrados na comunidade e, portanto, expostos a riscos, liberdades e responsabilidades.

É comum surgir ambiguidades de conduta e de orientação entre os pais e profissionais, com conflitos, atitudes incoerentes, frustração, angústia. Caberá em nossas intervenções enquanto psicólogos, orientar pais e os profissionais que assistem pessoas com deficiência mental que a vivência sexual deles, quando bem-conduzida, melhora o desenvolvimento e equilíbrio afetivo, incrementa a capacidade de estabelecer contatos interpessoais, fortalece a autoestima e contribui para a inclusão social.

OUTROS ASPECTOS

Uma coisa é certa: Para as pessoas “ditas normais” existem dificuldades em relação ao sexo, tais como timidez, medo da concepção, tabus herdados, dependências diversas. Certamente, todas essas dificuldades para uma pessoa (aqui o caso é o jovem) com deficiência aumentam ainda mais. Porém,

Emílio Figueira

apesar dos preconceitos impostos, são rapazes e moças que amam, namoram e casam. E, na maioria dos casos, podem gerar filhos, criá-los e educá-los. Há riscos e dificuldades inesperadas, mas são barreiras que eles têm condições de discutir e resolver.

As soluções para os problemas dessa natureza surgirão com uma boa inclusão social. Quanto mais amigos e participação nas atividades jovens, mais chances haverá em relação ao amor ou até mesmo ao sexo. Isto porque se eles(as) participam de um grupo e de suas atividades, serão sempre vistos pelas suas qualidades de pessoa normal e nunca com os preconceitos iniciais de quem os veem pela primeira vez.

É válido, aqui, abrir espaço para uma séria denúncia: o mau uso da sexualidade!

Há, atualmente, muitos casos de pessoas com deficiência que, por falta de orientação e acompanhamento (ou até mesmo rejeição), tornam-se homossexuais, prostitutas e viciados em drogas. Porém, esse problema não é bem deles: é consequência da nossa incapacidade social e das ideologias socioculturais.

Outro problema é em relação ao comportamento negativo dos pais. Antes da existência dos motéis, os pais, num gesto de machismo, ao ver o filho “normal” entrar na puberdade, encaminhava-o às prostitutas. O mesmo está acontecendo hoje em dia com pais de jovens com deficiências intelectuais, embora exista a resistência das mães. Em São Paulo, já existem algumas casas de massagem com moças “preparadas” para manter relações com esses jovens. Há consequências terríveis: esses rapazes não estão preparados para esta experiência, concentra-se no prazer e querem repeti-lo todos os dias.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Uma vez num Congresso em São Paulo, um pai de um rapaz com paralisia cerebral contou-nos que contratava moças e servia de motorista para levá-los a um motel. Isto, ao meu modo de ver, tem dois lados: o positivo em que ele reconhece que o filho também é um homem e tem suas necessidades e desejos – e talvez não se satisfaça mais com uma simples masturbação – e, pelo lado negativo, ele estava facilitando a vida do filho sem dar-lhe direito a ir à luta por si mesmo.

Mas como ir à luta? Ele deveria incluir mais o filho entre as meninas de sua idade. Por exemplo, pegando amigos(as) do garoto, levá-los ao cinema, lanchonetes, convidando-os para frequentar sua casa e deixando-os sempre à vontade num papo descontraído. As moças iriam passar a vê-lo como outro rapaz qualquer, podendo depois até ter algo mais sério, o que ocorreria naturalmente e seria até mais gostoso. Ela (no caso já como parceira dele) naturalmente iria ajudá-lo a descobrir o melhor modo de se relacionar, buscando melhor prazer para ambos.

As Pessoas Com Deficiência E Os Relacionamentos Virtuais Rumo Aos Amores Reais

Falar sobre questões que envolvem pessoas com deficiência sempre foi um desafio, esbarrando em áreas científicas, educacionais, éticas e culturais. Quando o assunto é amor então, entraremos também no campo da estética e das vaidades humanas. Fato é que desde 1981 (Ano Internacional da Pessoa Deficiente, quando se iniciou um movimento político, gerando inúmeras conquistas positivas), já conseguimos espaço em setores como educação, mercado de trabalho, eliminação de barreiras arquitetônicas, dentre outras. Mas com relação a relacionamento, amor e namoro parece existir uma barreira invisível e intransponível. Ainda mais numa cultura imposta pela mídia, propagando um único modelo de beleza, um culto ao corpo perfeito.

Segundo dados do IBGE, observa-se que entre as pessoas com percepção de incapacidade há uma alta incidência entre os que nunca formalizaram uma união (3,1%), enquanto que entre os que casaram no civil e no religioso essa taxa é de 2,7%. São resultados que acabam refletindo a maior dificuldade dessas pessoas de estabelecerem laços matrimoniais e de constituírem família quando comparados às pessoas com deficiência em geral.

Felizmente, nós seres humanos temos uma imensa capacidade de encontrar soluções para os mais diversos problemas com saídas estratégicas, buscando em nossas angústias e anseios forças até mesmo desconhecidas que nos impulsionam para frente, rumo aos nossos objetivos!

Atualmente e com o advento da internet, tem sido grande o número de pessoas com deficiências que está encontrando seus amores e parceiros nos sites

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

de namoro e relacionamentos. Isto porque os primeiros contatos virtuais por e-mails e outras formas de bate-papo via computador eliminam o impacto inicial, o estigma, os preconceitos herdados culturalmente de quem vê uma pessoa com deficiência pela primeira vez. Esse tipo de contato permite que ambas as partes se conheçam internamente, apresentem-se, conte um pouco de suas histórias pessoais, seus planos, intenções e a revelação parcial de suas personalidades. E o primeiro encontro no mundo real ocorrerá depois de um tempo, quando haverá uma opinião e uma visão já formada do outro. E hoje temos até site de namoro só para pessoas com deficiência – embora pessoalmente acho que seja uma maneira de formar guetos!

Consequência disso pode ser o início de namoros. Encontro entre duas pessoas que se atraem de diversas formas, não só fisicamente, mas também pelo jeito de falar, de olhar, que gostam das mesmas coisas, ou não, o que faz com que se aprenda um com o outro. Um tempo para se conhecer, um treino para ter uma vida a dois mais prolongada, casar, ter filhos, uma família. Vale lembrar que passamos em média as duas primeiras décadas de nossa vida em companhia da família; mas quando escolhemos alguém para casar, além de completar nossas necessidades afetivas e existenciais, também estamos escolhendo o companheirismo de uma pessoa para cuidar e sermos cuidados por resto da vida!

Um relacionamento saudável é aprender a conviver com o que a outra pessoa tem de potencial e de dificuldade, mesmo que ela não tenha uma deficiência evidente. Confiar um no outro, poder dizer o que sente, falar das suas inseguranças, do medo de não ser amado, do ciúme (que é normal)... E insegurança não é algo exclusivo de quem possui uma deficiência, pois ela é parte do ser humano, todo mundo tem medo de ser rejeitado. Aliás, esse é o jogo do amor; as pessoas querem e têm o direito de se conhecer, mas não com a obrigatoriedade de ficar, namorar necessariamente com a outra, que talvez não correspondeu às suas expectativas, não despertou-lhe o chamado “algo a mais!”.

Emílio Figueira

Namorar pode trazer alguns “problemas” inesperados para quem tem uma deficiência, principalmente no campo familiar. Muitos pais temendo que os filhos sejam magoados e/ou rejeitados por pessoas sem deficiência dificultam essa fase na vida dos filhos, criam obstáculos para isto ou simplesmente nem permitem diálogos sobre o assunto em casa, imaginam que, com isso, vão proteger o(a) filho(a). Chegam a cometer o erro de desejar que o(a) filho(a) encontre alguém que tenha questões parecidas para ser mais bem compreendido(a). Não aceitam que todos têm direito de conhecer, conviver e escolher com quem deseja dividir a sua vida. E existindo afeto e sinceridade numa relação, as outras coisas vão se arrumando. Cabe à família de uma pessoa com deficiência favorecer este desenvolvimento sem superproteção, porém viabilizar o encontro, a convivência, o namoro, a construção do novo núcleo de expansão familiar.

Uma pessoa sem deficiência que se propõe a entrar num relacionamento dessa natureza, poderá também sofrer algumas consequências iniciais. Um boicote, oposição de sua família; afastamento de alguns de seus amigos; ser motivo de algumas chacotas. Mas se esse relacionamento e sentimento forem verdadeiros, o tempo se encarregará de derrubar barreiras, preconceitos e gerará aceitação. À pessoa com deficiência e quem com ela estiver cabe ter maturidade afetiva, equilíbrio mental e bom senso para encarar o desafio de viver um relacionamento sério na vivência do amor.

Mas tudo isso são passos posteriores. O legal é que hoje temos a internet como aliada dos passos iniciais de encontro. Só é preciso ter certa malícia e tomar um cuidado: A rede mundial também é um campo minado com gente de boas e más intenções, só que, como escreveu Fernando Pessoa, “tudo vale a pena se a alma não é pequena!”.

Aspectos e Mecanismos Sociais que Envolvem as Pessoas com Deficiência

Nas antigas civilizações era comum a prática de eliminação pura e simples de seus membros que nasciam ou adquiriam deficiências por meio de doenças, acidentes rurais ou de caça. Usavam como argumento para o sacrifício, a ideia que o indivíduo iria sofrer ao longo de sua vida às condições precárias de época, além da eliminação da vítima em função da coletividade. Naqueles tempos já existia o conceito da "inferioridade", ou seja, um sujeito com algum tipo de deficiência, na visão pré-concebida de sua tribo, nunca seria um bom caçador, não poderia ir ao campo de batalha, não era digno de uma esposa, nem de gerar novos e bons guerreiros.

Já existia a **segregação**, apoiando-se no tripé: **preconceito, estereótipo e estigma**. Surgia o seguinte mecanismo num círculo vicioso: o preconceito gera um estereótipo que cristaliza o preconceito, fortalecendo o estereótipo que atualiza o preconceito. E, nesse círculo vicioso levado ao infinito, surge o estigma (marca, sinal) colaborando com essa perpetuação. Todos esses elementos nasceram do desconhecimento, matéria-prima da segregação. Com o tempo, o conhecimento e avanço científico foram dando à sociedade subsídios para quebrar tais conceitos – embora permaneçam até hoje no inconsciente coletivo de muitos na era da **Política de Inclusão**.

Todavia, para se chegar à inclusão teremos também de conhecer esses fatores e questões que envolvem a imagem da pessoa com deficiência.

a) Preconceito: Dentre os mais marcantes e desafiadores, acreditamos ser o preconceito! De modo geral, o preconceito é um comportamento adquirido e aprendido, tendo como alicerce a desinformação e muitas ramificações que

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

afetam não somente às pessoas com deficiência, mas também suas famílias, seus grupos de referência, sua vida escolar, seu trabalho, além da própria comunidade. Por meio de atitude preconceituosa, busca-se estabelecer alguma espécie de distanciamento superior entre aquele que age preconceituosamente e o objeto do preconceito. Ou seja, quando apontamos os defeitos e erros de outra pessoa, estamos automática e/ou inconscientemente dizendo que somos melhor do que ela; com isso colocamo-nos numa escala superior. E, como consequência, os preconceitos pretendem marginalizar aqueles a quem atribuem certas características menos "nobres". O preconceito também pode funcionar como exercício de poder.

Atitudes preconceituosas sobre as pessoas com deficiência podem gerar problemas maiores que os reais. Ao ser discriminada dentro de seu grupo social, a pessoa – notando tais atitudes – passa a se sentir "um estranho no mundo", podendo gerar um conflito psíquico, trazendo um problema ainda maior além dos que já carrega devido sua limitação. Podem vivenciar desagradáveis situações consequentes a atitudes de preconceito, aprendem a desconfiar dos outros e até mesmo de si próprias, tornando-se, via de regra, introvertidas e muitas vezes mal-adaptadas às situações normais da vida. Lígia Assumpção Amaral, no livro “Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules)” (Robe, 1995), considerando os preconceitos como mitos, descreveu quatro de formas básicas:

- **Generalização indevida** – a transformação da totalidade de pessoa com deficiência na própria condição de deficiência na ineficácia global.
- **Correlação linear** – se a atividade é boa para essa pessoa com deficiência, então é boa para todas as pessoas nessa condição.

Emílio Figueira

- **Contágio osmótico** – medo de contaminação pelo convívio com pessoas com deficiência.

- **Culpabilização da vítima** – a pessoa com deficiência é vista como culpada da própria deficiência.

Como já dito, o preconceito nasce da desinformação e do desconhecimento. Seu mecanismo funciona assim: nossas opiniões e visões dos valores culturais ainda são os mesmos de muitas décadas passadas. As expectativas estabelecidas de certos comportamentos ou de certos grupos coletivos (no caso aqui as pessoas com deficiência) ainda são as mesmas, além de os generalizarmos de forma discriminatória. E, graças a uma educação oficial que não nos ensina a pensar e ter os nossos próprios conceitos, continuamos com pensamentos fixos e pré-concebidos das pessoas e dos aspectos de nossos semelhantes. Com isso, muitas pessoas mantêm os "pré-conceitos" de "inferioridade e incapacidade" das pessoas com deficiência, tendo como base todos os conceitos errôneos que nos foram repassados culturalmente sobre elas. O preconceito nada mais é do que uma atitude favorável ou desfavorável, positiva ou negativa, anterior a qualquer conhecimento.

b) Estereótipo: Essa falta de informação prévia dá origem ao estereótipo, que é a concretização, um julgamento qualitativo que têm como base o preconceito – podendo ser igualmente anterior à experiência pessoal. Estereotipar essas pessoas é o mesmo que as colocar na condição de vítimas, de sofredoras, de prisioneiras, de incapacitadas e tantos outros conceitos e imagens herdadas historicamente. Essas pessoas variam basicamente entre três conjuntos de estereótipos: vítima, herói e vilão. Raramente lhes é dado o lugar de pessoa, mas oscilando sempre na chamada "gangorra do bem e do mal". Exemplos clássicos são os estereótipos sobre pessoas cegas, remetendo-as muito mais ao herói que ao vilão: oráculo, sábio, dócil, músico, dentre outros.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Estando ao lado das categorias de construções falsas baseadas nos fatos, os estereótipos com seus critérios socialmente falsificados e com características não comprovadas e não demonstradas atribuem às pessoas coisas e situações sociais, principalmente referindo-se à classe, etnia e religião. E, muitas vezes, mesmo salientando qualidades e não defeitos também não deixam de ser um estereótipo. E, variando entre positivo ou negativo, desenvolvem-se de duas maneiras:

- **Generalização** – processo mental com tendência de associar a uma categoria de pessoas certas características que uma ou poucas pessoas conhecidas possuem.

- **Especificação** – processo inverso e mais comum, consistindo na atribuição à pessoa de qualidades ou defeitos considerados pertencentes a todas as pessoas da mesma categoria.

c) Estigma: Quando rotulamos alguém, não olhamos para o que essa pessoa realmente é ou sente. Por meio de termos pejorativos, os estigmas são usados como rótulos e trazem mais sofrimento para essas pessoas. O uso de rótulos negativos marca e desqualifica uma pessoa, é o que chamamos de estigma. As pessoas estigmatizadas passam a ser reconhecidas pelos aspectos “negativos” associados às marcas ou rótulos gerados também pela desinformação e pelo preconceito, criando um círculo vicioso de discriminação e exclusão social. As consequências para as pessoas que sofrem o estigma são muito sérias.

O estigma e a discriminação tornam mais difícil para as pessoas com algum tipo de deficiência, que podem frequentemente ser tratadas com

Emílio Figueira

desrespeito, desconfiança ou medo e impedir-lhes de trabalhar, estudar e de relacionar-se com os outros. A rejeição, a incompreensão e a negligência exercem um efeito negativo na pessoa, acarretando ou aumentando o autoestigma, imagem negativa, podendo destruir sua autoestima, causando depressão e ansiedade e acentuando o isolamento e exclusão social.

Estigmatização é um processo de determinação, por parte de outros, de atributos impostos a um indivíduo obrigado a se conformar à imagem estereotipada em que foi inscrito. Quando o estigmatizado assume a discriminação desvalorizante, deixa de existir uma identidade pessoal e ele torna-se um arquétipo, o protótipo dos indivíduos desprezados, rejeitados, vilipendiados. A estigmatização também pode ser um modo de expressão do ressentimento, mas é antes um mecanismo de projeção e de transferência da agressividade e dos desejos interditos.

Mitos sobre as pessoas com deficiência

Muitos de nossos preconceitos são sustentados por mitos que acreditamos sem, muitas vezes, perceber o quanto eles são absurdos. São transmitidos na sociedade sem serem percebidos e tratados como se fossem naturais. Para isso, a única cura é a informação e o convívio com pessoas diversas. Alguns desses mitos com relação às pessoas com deficiência já são até clássicos:

MITOS	REALIDADES
<p data-bbox="339 1153 350 1169">?</p> <p data-bbox="154 1225 539 1281">Deficiência é sempre fruto de herança familiar</p>	<p data-bbox="557 1153 965 1383">As grandes causas de deficiência não têm origens genéticas ou hereditárias. São resultados da falta de saneamento básico que ocasiona infecções, falta de assistência pré-natal e ao parto e, principalmente, os acidentes de carro e a violência por arma de fogo.</p>

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com deficiência são todas amigas ou familiares uns dos outros	As pessoas quando encontram alguém com deficiência costumam perguntar se ela conhece uma outra pessoa como se todas as pessoas com deficiência do mundo se conhecessem e fossem amigas. Porém, como qualquer ser humano, estas pessoas não vivem num mundo à parte em que só existam outras pessoas assim, sendo que o fato de terem a mesma deficiência, por exemplo, não faz com que automaticamente concordem sobre tudo. São pessoas diferentes com diferentes visões de mundo, assim como qualquer outra.
Existem remédios milagrosos que curam as deficiências	Apesar dos esforços e conquistas das pesquisas e do conhecimento de biologia molecular, os diferentes tipos de deficiência ainda não têm cura. Em alguns casos existem medicamentos que podem auxiliar em um ou outro sintoma, mas o mais importante é a estimulação da pessoa e a minimização da desvantagem, ou seja, tornar o ambiente mais acessível física e atitudinalmente para que todos possam usufruí-lo.
Deficiência é doença	Deficiência não é doença e nem é contagiosa. Uma deficiência pode ser seqüela de uma doença, mas não é a própria doença.
Pessoas com deficiência física não têm vida sexual	Pessoas com deficiência física não têm vida sexual.
Todo surdo é mudo	A pessoa com surdez na maior parte dos casos apresenta os órgãos fonoarticulatórios íntegros e tem todo o potencial para desenvolvimento da fala. Não é porque é surdo que se torna automaticamente mudo. A mudez autêntica é

Emílio Figueira

	extremamente rara e decorrente de lesões cerebrais.
A pessoa com deficiência mental gosta de trabalhos repetitivos	Algumas pessoas podem se sentir mais confortáveis com atividades repetitivas, isso faz parte da diversidade humana de aptidões e personalidades, mas não é característica de um determinado grupo de pessoas. Algumas pessoas com deficiência mental gostam de ambientes e atividades mais estruturadas, outras gostam das expressivas e artísticas, ou seja, como qualquer outra pessoa elas têm gostos e preferências.
Só há duas categorias de pessoas: os cegos e os que veem "normalmente"	Existem pessoas com baixa visão, que podem distinguir formas ou cores. Algumas pessoas com baixa visão podem ler com o auxílio de uma lupa. Também existem as pessoas que não enxergam.
Todo cego tem tendência à música	A pessoa cega tem uma atenção diferenciada aos estímulos auditivos, afinal, a audição a auxilia na locomoção e localização, ajudando na noção de distância. Daí para esta atenção tornar-se um talento sobrenatural para a música há uma grande diferença.

Considerações sociais sobre um corpo com deficiência

Biologicamente, pertencemos a um grupo em que cada um diferencia-se um do outro, apesar de fazer parte da mesma raça. Cada ser humano tem o seu tamanho, peso, cor dos olhos, cabelos, rosto diferenciado, modo de se comportar, forma de pensar. Mas nenhuma dessas características é tão marcante como uma deficiência física, sensorial ou mental. Sua imagem causa impactos iniciais às associações de ideias ou, às vezes, até incomoda socialmente, aliciando reações, em sua maioria negativas, despertando sentimentos inconscientes que incomodam e amedrontam.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A presença de um corpo com deficiência pode ser algo marcante e o centro das atenções nos meios sociais. Às vezes, é algo constrangedor para a própria pessoa com deficiência. Edgar Goffman, no livro “Estigma – notas sobre a manipulação das identidades deterioradas” (Zahar, 1988), explica que “quando o defeito da pessoa estigmatizada pode ser percebido só ao se lhe dirigir a atenção (geralmente visual) – quando, em resumo, é uma pessoa desacreditada e não desacreditável – é provável que ela sinta que estar presente entre normais a expõe cruamente a invasões de privacidade, mais agudamente experimentadas, talvez, quando crianças a observam fixamente”.

Existem, ainda, pessoas menos discretas que vão diretamente perguntando: “Como foi isso?”, “Foi acidente de carro?”, “Faz tempo que você ficou deficiente?”. Outras já vão direto às lamentações: “Tadinho, ele é doente...!”. Gera algo desagradável na pessoa com deficiência em se expor, sentindo-se estranha diante daqueles que expressam uma curiosidade mórbida sobre a sua condição ou, ainda, quando eles oferecem uma ajuda que não é necessária ou não desejada.

Poderíamos pegar inúmeros lugares e ambientes sociais como exemplos de rejeição às pessoas com algum tipo de deficiência visível, mas acreditamos que nenhum foi tão marcante e discriminatório quanto o que ocorre nos meios educacionais do país antes de iniciar a Política de Inclusão Escolar. Quando se matriculava uma criança com alguma limitação física, por exemplo, certamente as curiosidades naturais e perguntas infantis, sem maldade, surgiam. Mas a partir do momento que aquela criança começava a participar das atividades de seu grupo era, via de regra, aceita normalmente. Porém, na sala de aula a coisa poderia ser um pouco diferente. Muitos professores do ensino regular diziam (e ainda dizem) não estarem preparados para ter alunos com deficiência (mas, ora, não precisa ter preparo para tal: a sua deficiência sendo apenas física não atrapalha a parte intelectual e sua capacidade de acompanhar o currículo escolar!). Assim, a partir do momento em que um professor rejeita

Emílio Figueira

aquele aluno na sala de aula por ter uma deficiência visível, as demais crianças notarão que algo diferente há com o coleguinha e algo como um complexo de inferioridade surgirá... E, desta forma, o preconceito começará a ser gerado nos bancos escolares.

Com isso, a criança que acaba de sair da proteção (ou superproteção) do lar nos primeiros anos de sua vida para viver em sociedade encontrará na escola a primeira "barreira social" para sua inclusão ao grupo. "É interessante notar que quanto maiores as "desvantagens" da criança, mais provável é que ela seja enviada para uma escola de pessoas de sua espécie e que conheça mais rapidamente a opinião que o público em geral tem dela. Vão dizer a ela que junto a "seus iguais" se sentirá melhor e, assim, aprenderá que aquilo que considerava como o universo de seus iguais estava realmente errado e que o mundo que realmente é o que é bem menor" (Goffman, 1988)".

Psicologicamente, muitas são as emoções desencadeadas pelo contato com a deficiência, gerando movimentos de afastamento com medo e repulsa e movimentos de aproximação como pena e fascínio – só para nomear algumas. Confunde-se o significado do que é normal com o que é comum, não possibilitando às pessoas perceber a diferença imprescindível a ser estabelecida entre o comum e normal, posto que nem sempre o que é comum numa determinada região do país, o é, por exemplo, em outra. Como exemplo no Brasil, a região Sudeste é formada por grandes cidades, diferentes universidades, enormes bibliotecas públicas, baixo índice de analfabetismo, altos índices de população e criminalidade... Já nas regiões Norte e Nordeste, temos pequenas cidades, poucas universidades, altos índices de analfabetismo, baixos índices de poluição etc. Certamente, o conceito de deficiência se difere nessas três regiões. No senso comum, os conceitos de normalidade e anormalidade são frequentemente utilizados, mas no entanto, poucas pessoas conseguem indicar claramente os limites do que é normal ou anormal, quer numa mesma cultura ou em culturas diferentes.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Podemos dizer que o reforço do conceito de "inferioridade" sobre pessoas com deficiência pode ser vista a partir da Revolução Industrial (1760-1860), a qual transformou radicalmente o corpo humano, substituindo o servo e o homem pelo "operador" ou "braço". Resumindo essa linha de pensamento, nas sociedades atuais todos os que estejam impedidos de se tornarem homens produtivos encontrarão sérias restrições para se tornarem homens sociais. Um corpo com deficiência é algo que sempre se torna o centro das atenções não só nos ambientes sociais, como também nos locais de trabalho.

A imagem e conceitos de corpos com algum tipo de deficiência geram questões socioculturais. O homem é valorizado por sua força de produção, colaborando para a sociedade alcançar o progresso tão desejado. E se alguém por possuir algum tipo de deficiência não poder exercer uma força produtiva desejada acaba por ser excluído ou visto como um "peso" social. Ao longo de muitas décadas, praticamente todas as deficiências são estigmatizadas e estereotipadas pela sociedade, graças aos conceitos errôneos e os falsos valores culturais repassados de geração em geração. Pegamos como exemplo as pessoas com deficiências visuais. Há mais ou menos 50 anos, era praticamente impossível fazer a população acreditar na força de trabalho das pessoas sem visão. Hoje os cegos estão cada vez mais integrados nas frentes de produção: são agricultores, trabalhadores em fábricas e escritórios, profissionais liberais, profissões de nível superior, incluídos entre os milhares de brasileiros que diariamente ocupam-se de trabalho útil. Entretanto, ainda hoje a cegueira tem sido associada com o desamparo, pois ainda existem pessoas que acham inacreditável que um cego possa fazer tantos serviços tão bem quanto uma pessoa que enxerga e possa levar uma vida normal e produtiva.

Ainda há ideias erradas sobre pessoas com deficiências visuais, tais como: "os cegos têm sexto sentido"; "os cegos têm uma audição apurada" e "os cegos têm boa memória". Tirando os mitos, podemos dizer com segurança que a cegueira não desenvolve mais os outros sentidos (tato, audição, olfato). O que

Emílio Figueira

realmente ocorre é que com a perda da visão, a pessoa aprende a utilizar e confiar mais nesses sentidos. Por exemplo, com a audição mais apurada, isso lhes dá pistas sobre as pessoas e os locais. São capazes das mesmas reações emocionais e de assumir ideologicamente uma postura perante a vida e potencialmente capazes de produzir econômica e culturalmente, desde que sejam dadas as mesmas condições de educação e trabalho.

Olhando para os costumes e valores culturais primitivos, nossa civilização não tem mais o caráter tribal e local de há alguns séculos. Muitas conquistas, embora localizadas na sua origem, adquiriram caráter universal. Direitos humanos foram incorporados pelas diferentes culturas de forma diversa, mas fazem parte do patrimônio da humanidade, sendo que o direito básico de cada um é o direito à vida.

A ansiedade no processo de inclusão escolar: primeiro desafio a ser vencido

Hoje falamos muito de Inclusão Social ou Escolar, esse novo modelo social que retirou todo aquele caráter médico que envolviam questões referentes às pessoas com deficiência. Enquanto psicólogo, tenho notado nos discursos de várias pessoas que falar em Inclusão Escolar também se esbarra em questões culturais e/ou até mesmo um comodismo. São muito comuns professores de o ensino regular dizer que não estão preparados para receberem alunos com deficiência. Não há uma maldade nisto, mas sim certo estado de ansiedade e em muitos, mesmo que seja de forma inconsciente, um mecanismo de defesa contra algo desconhecido.

Nossas ansiedades são uma característica biológica do ser humano, que antecede momentos de perigo real ou imaginário, marcada por sensações corporais desagradáveis, tais como uma sensação de vazio no estômago, coração batendo rápido, medo intenso, aperto no tórax, transpiração. Tanto a ansiedade quanto o medo, não surgem na vida da pessoa por uma escolha, mas de vivências interpessoais e problemas na primeira infância possam ser importantes causas desses sintomas.

Para o a maioria dos professores, assim como para grande parte da população, ainda há aqueles velhos conceitos e culturais referentes às pessoas com deficiência, tais como associadas ao estado de doença, que não se desenvolveram ou aprendem como as demais – mas ora, o desenvolvimento e a aprendizagem humana é individual e ninguém tem um modelo a seguir, conforme falarei mais abaixo.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De fato, nenhum professor estar preparado para trabalhar com a Inclusão Escolar até momento que chegue à sua turma um aluno a ser incluído. Ninguém em nenhuma situação estar preparado para resolver algo que nunca vivenciou – o que muitas vezes exige conhecimento de experiências anteriores. Será neste momento que veremos realmente quem é o educador de verdade. O acomodado alegará não estar preparado – pois rejeitar um aluno com essa alegação será muito mais fácil e rápido se livrar da questão.

Mas o verdadeiro professor, consciente de seu compromisso e desafio ético de educar a todos que pertencerem ao seu alunado, primeiro o receberá; depois irá se informar, buscar o maior número possível de informações e recursos para promover o desenvolvimento global daquele aluno. Aqui também poderá surgir outro tipo de ansiedade. A direção na expectativa de mostrar resultados, o professor querendo rapidamente encontrar soluções de como trabalhar com aquele aluno. A dica que dou, é que primeiro receba o aluno e nos primeiros dias vão se conhecendo mutuamente, pegando confiança e o jeito um do outro. Ao mesmo tempo em que for buscando o maior número possível de informações sobre o aluno e formas de trabalhar com ele, o professor descobrirá naturalmente no dia-a-dia suas próprias técnicas e adaptações de atuação em cada caso. Afinal, sendo a Educação um processo feito por etapas, por que diante da Inclusão Escolar muitos procuram respostas rápidas? O reflexo da vida moderna que nos cobram resultados e gerando nossas ansiedades não podem entrar na sala de aula inclusiva. A ansiedade não fez matrícula no início do ano, portanto, ela não está na lista de chamada!!!

Quando digo desenvolvimento global é porque entendo a Inclusão Escolar não só como o processo de transferir o conteúdo ao aluno, mas também promover de forma natural a interação social entre todos, um sistema de cooperação e convivência entre eles, noções de respeito entre as diferenças e, dentre outros aspectos, o desenvolvimento psicomotor dessas crianças. Isso porque quando elas vêm seus colegas sem deficiência realizando certas tarefas,

Emílio Figueira

serão estimuladas a imitarem e se auto-estimularão, se superarão em suas próprias deficiências. Estímulos que não teriam se ficassem em instituições especializadas entre alunos com deficiências semelhantes. Falando disso, estou me referido a Lev Semionovitch Vygotsky (1896-1934), psicólogo bielo-russo, descoberto nos meios acadêmicos ocidentais depois da sua morte, causada por tuberculose aos 37 anos. Pensador importante, foi pioneiro na noção de que o desenvolvimento intelectual das crianças ocorre em função das interações sociais e condições de vida. Em “Obras Completas – Elementos da Defectologia”, Vygotsky abordou de forma pioneira e sistemática assuntos relacionados à criança ou pessoa com deficiência com grande significado, gerando idéias e um novo modo de ver tais questões, descrevendo que essas pessoas têm dos tipos de deficiências:

- **Deficiência primária** - trata-se da deficiência propriamente dita – impedimento, dono ou anormalidade de estrutura ou função do corpo, restrição/perda de atividade, seqüelas ns partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes, incluindo a parte mental e psicológica com um desvio significativo ou perda.
- **Deficiência secundária** - são as conseqüências, dificuldades e desvantagens geradas pela primária. Ou seja, tudo aquilo que uma pessoa com deficiência não consegue realizar em função de sua limitação. Uma situação de desvantagem às demais pessoas sem deficiência, podendo o indivíduo encontrar limitações na execução de atividades, restrições de participação ao se envolver em situações de vida em ambiente físico, social e em atitude no qual as pessoas vivem e conduzam sua vida.

A partir dessa divisão, Vygotsky passou a defender que profissionais de saúde e educadores precisam focar suas atividades em ajudar a pessoa a superar suas deficiências secundárias e não ficar focando nas deficiências primárias. Concentrando atenção e estimulando as habilidades das pessoas com

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

deficiência, podemos formar a base para o desenvolvimento de suas capacidades integrais. Partindo dos pressupostos gerais que orientavam a sua concepção do desenvolvimento de pessoas consideradas normais, Vygotsky focalizou o desenvolvimento de criança com deficiência, destacando-lhes os aspectos qualitativamente diversos, não apenas de suas diferenças orgânicas, mas principalmente de suas relações sociais. Por meio da análise de uma compreensão dialética do desenvolvimento, na qual os aspectos tidos como normais e especiais se interpenetram constituindo os sujeitos, afirmava que essas pessoas não são menos desenvolvidas em determinados aspectos que as sem deficiência e sim, desenvolvem-se de outra maneira. Suas forças eram muito mais importantes do que suas faltas.

Vygotsky rejeitava as descrições simplesmente quantitativas, em termos de traços psicológicos refletidos nos testes psicológicos, destacando que estes instrumentos apenas indicavam uma visão incompleta ou unidimensional sobre a criança. Preferia, então, confiar nas descrições qualitativas da organização de seus comportamentos.

Ao nascer ou adquirir uma deficiência, a criança passa a ocupar certa posição social especial, levando-a ter relações com o mundo de maneira diferente das que envolvem as crianças ditas normais. Junto com suas características biológicas (núcleo primário da deficiência), a criança começa a constituir-se um núcleo secundário, formado pelas relações sociais, onde as interações serão responsáveis pelo desenvolvimento das funções especificamente humanas, surgindo as transformações das funções elementares (biológicas). A criança, ao interagir com um mundo mediado por signos, transformará tais relações interpsicológicas em intrapsicológicas. Portanto, a consciência e as funções superiores se originaram na relação com os objetos e com as pessoas, nas condições objetivas com a vida.

Emílio Figueira

Vygotsky afirmava que uma deficiência física era, para o indivíduo, uma constante estimulação para o desenvolvimento mental. Se um órgão, devido a uma deficiência funcional ou morfológica, não é capaz de enfrentar uma tarefa, o sistema nervoso central e o aparato mental compensam a deficiência pela criação de uma superestrutura psicológica que permite superar o problema. Os conflitos surgem a partir do contato da deficiência com o meio exterior e podem criar estímulos para sua superação. Assim, as deficiências poderiam causar limitações e obstáculos para o desenvolvimento da criança, mas também estimularia processos cognitivos compensatórios. São o que ele intitulou de efeitos positivos da deficiência, caminhos isotrópicos, no curso do desenvolvimento que permitem atingir determinados objetivos ou funções, é que marcam a singularidade do desenvolvimento da pessoa com deficiência. Embora o desenvolvimento apresente algum desvio fora da normalidade, seguindo caminhos especiais, para Vygotsky, as leis que regem o desenvolvimento cognitivo e psicológico dessa criança são as mesmas que guiam o desenvolvimento das crianças ditas normais.

O grau de normalidade depende de sua adaptação social. Destacava em todo o seu estudo a deficiência, não como obstáculo, mas como um desafio e processo criativo é a luta do homem com tudo que o limita.

Talvez, conhecendo essa visão que Vygotsky descrevia sobre as crianças com deficiência, os professores poderão diminuir suas ansiedades que nada mais são que a falta de um conhecimento prévio. No geral, pensar em Inclusão Escolar, é levar em conta as palavras da pedagoga Maria Teresa Eglér Mantoan: “É a nossa capacidade de entender e reconhecer o outro e, assim, ter o privilégio de conviver e compartilhar com pessoas diferentes de nós. O grande ganho, para todos, é viver a experiência da diferença. Se os estudantes que não passam por isso na infância, mais tarde terão muita dificuldade de vencer os preconceitos”.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As Deficiências Representadas na Mídia e o Papel da Psicologia Social

Neste momento em que se discute no Brasil as pessoas com deficiência em vários ângulos, acredito ser de importância abriremos aqui um parêntese para abordarmos também o problema dentro dos órgãos de comunicação. Vale acentuar que será uma breve abordagem dentro de um breve estudo por meio de exemplos documentais. Pretendemos com esta exposição apresentar uma proposta para que ela mesma se enquadre e passe a integrar nossos projetos de pesquisas, visando sempre colocar as pessoas com deficiência na sociedade de maneira natural por meio dos trabalhos reabilitacionais exercidos pelas entidades brasileiras.

A questão de como a imagem de pessoas com deficiência é veiculada pelos meios de comunicação de massa ao grande público vem ganhando atenção no Brasil, um tema muito interessante a ser desenvolvido pela Psicologia Social. Sobre essa temática já foram realizados congressos, sendo que uma das conclusões a que se chegou foi que não adianta reabilitar o indivíduo física, intelectual e profissionalmente se a sua imagem não for recuperada perante a sociedade, de maneira que esta o aceite naturalmente. Dessa forma, os meios de comunicação de massa (jornal, rádio, televisão, Internet e vídeo educativo) surgem como as principais alternativas para esse fim.

Uma vez em que o processo mundial torna-se cada vez mais veloz, rompendo barreiras a cada dia, a imprensa nos bombardeia com milhares de informações, cabendo a tarefa de interpretá-la numa rápida assimilação, pois a edição de um jornal não sobrevive mais do que 24 horas. Nem sempre a quantidade corresponde à qualidade! A falta de tempo, muitas vezes, leva-nos a formar prematuramente conceitos errados sobre pessoas e situações. É quando

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

nos deparamos com os “pré-conceitos” oriundos da desinformação, que muitas vezes levam a sociedade a subestimar as potencialidades e capacidades das pessoas, gerando discriminação, estigmas e preconceitos. O “Manual Mídia & Deficiência” (1994, p. 04) também afirma: “A abordagem e a terminologia utilizadas pelos Meios de Comunicação de Massa (M.C.M.) ao mesmo tempo refletem e influem na interpretação da sociedade sobre os principais temas de interesse coletivo. Se a informação não é cuidada, acaba reforçando estigmas e posturas preconceituosas transmitidos culturalmente, que podem significar, no mínimo, um empecilho à evolução e ao desenvolvimento social”.

É quando encontraremos o conceito de Scheaker (1989, p. 03), que “não existe uma imagem neutra de uma pessoa deficiente mental. Se ela não for deliberadamente construída de uma maneira positiva, as pessoas continuarão a ver os deficientes mentais de acordo com suas pré-concepções negativas, não importando se isto é intencional ou não”.

Dos mitos à realidade

Potencialmente dotadas e criativas, as crianças — seja qual for a sua deficiência —, sempre tem algo a oferecer à sociedade, que os "mitos" muitas vezes acabam por reprimir ou neutralizar. A desinformação colabora para que as pessoas tenham uma ou mais dessas visões a respeito daquelas com deficiências intelectuais:

- Tristes, patéticas e destinadas a conduzir uma vida trágica e trazer tristezas a todos que as conhecem.
- Eternas crianças, incapazes de crescerem e desenvolverem-se além da compreensão e dependência infantis.
- “Doentes” e precisando de supervisão médica.
- “Loucas”, destituídas de razão ou incapazes de perceber seu ambiente.

Emílio Figueira

- Anormalmente fortes, física ou sexualmente perigosas.
- Escolhidas de Deus — o que pode ser uma outra maneira de dizer que elas “não são iguais a nós”.

São tipos de mitos que ainda hoje existem em torno das pessoas com deficiências intelectuais, como a Síndrome de Down. Elas foram durante décadas isoladas da sociedade, sendo criadas trancadas em quartos escuros. Após começarem a ser estudadas e estimuladas, romperam inúmeras barreiras e mitos desenvolvendo coisas e habilidades consideradas até impossíveis para sua condição, como aprender inglês. Hoje, nem mesmo a ciência moderna se arrisca a pôr limites em suas potencialidades. Dessa maneira, as entidades e associações que lidam com essas pessoas devem trabalhar para apresentar uma imagem positiva a respeito delas, substituindo esses temores e preconceitos, permitindo que outras pessoas as vejam como:

- Pessoas que sejam parecidas com quaisquer outras nas suas necessidades e sentidos normais, nunca diferentes.
- Pessoas que podem aproveitar a vida e trazer felicidade àqueles que as conhecem.
- Pessoas que, com a ajuda necessária, podem crescer em habilidades e fazer suas próprias contribuições à família e à comunidade.
- Pessoas que merecem o mesmo respeito que qualquer outra pessoa humana.

Scheaker (1989, p. 10-11) oferece um bom exemplo retirado da imprensa. Trata-se de um texto que diz:

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

PEDRO TERÁ OITO ANOS PELO RESTO DA VIDA

Pedro tem oito anos. Mas ele não pode caminhar nem falar adequadamente. Como centenas de outras crianças, Pedro é deficiente mental profundo. Como eles, Pedro precisará de assistência carinhosa de uma equipe de profissionais treinados, pelo resto de sua vida. Ajude-nos a continuar a prestar esta assistência, enviando sua doação para:...

Esse tipo de anúncio é negativo, pois transmite que: Pedro é uma eterna criança; ele nunca se desenvolverá; ele não manterá relacionamentos com outras pessoas e ele sempre será inútil e dependente. O anúncio correto seria:

PEDRO TEM OITO ANOS E ESTÁ CRESCENDO RAPIDAMENTE

No ano passado, Pedro deu seu primeiro passo independente. Ele está se tornando cada vez mais livre, à medida que explora sua comunidade e faz novos amigos. Pedro gosta de aprender a comunicar-se com eles. Como outras crianças com deficiência mental severa, Pedro está aprendendo mais do que julgávamos ser possível alguns anos atrás. Ajude-nos a auxiliá-lo a encontrar a assistência especializada que ele precisa para continuar crescendo – e, amigos, tornem válido seu esforço.

Emílio Figueira

Aqui sim o anúncio está transmitindo de forma correta, pois: Pedro tem deficiência mental severa e não é, claramente, tão capaz como outros de sua idade, mas ele está aprendendo a falar e a se comunicar; ele tem amigos; ele gosta de viver; ele pode continuar seu progresso se receber a ajuda que precisa, apresentando uma imagem realista, mas positiva sobre pessoas com deficiência intelectual.

São vários os meios utilizados para a divulgação de pessoas com deficiências intelectuais, tais como pôsteres de propagandas, técnicas publicitárias e/ou tentativas de se colocar histórias na rádio, TV, jornais, revistas, boletins ou trabalhos alternativos. Porém, a principal questão não é o meio utilizado para veicular essas mensagens, mas sim o modo pelos quais são produzidos, visando que não ocorra o repasse de preconceitos. Essa não é uma realidade somente para técnicos (jornalistas, publicitários, etc.), pois também há registros de "gafes" cometidas pelas próprias entidades.

Podemos aqui dar uma explicação rápida. Começando pelas imagens, elas podem dizer mais do que as palavras. Evite publicar fotos dessas pessoas tristes e patéticas, mal-vestidas ou descuidadas, isoladas do mundo ou deitadas, sem fazer nada, fazendo alguma coisa estranha ou com pouca dignidade.

As palavras (termos) utilizadas também nos parecem de grande preocupação. Seja ela falada ou escrita pode ser pejorativa, repassar ou reforçar preconceitos ou discriminação. Muitas são condenáveis, mas podemos citar duas como exemplos: os termos “excepcional” e “mongoloide”.

A ONU, por meio de alguns órgãos ligados a ela, fez uma revisão nos termos utilizados em todo o mundo e chegou à seguinte conclusão: Quando a gente diz que uma pessoa é “excepcional”, estamos dizendo ao mesmo tempo

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

que ela é uma exceção na sociedade, ou seja, que é alguém que deve ficar de fora, não podendo se integrar como as demais.

O termo mais correto é “pessoas com deficiência”, podendo ser ainda “pessoas com necessidades educacionais especiais” no âmbito escolar. E eles devem ser usados mesmo para aquelas com deficiências intelectuais.

O mesmo ocorre em relação as pessoas com Síndrome da Down. Quando foi descoberta em 1866, pelo inglês John Langdon Down, ele considerou a Síndrome como um regresso às raças inferiores, criando assim o termo “Mongolian Idiots” (idiotas Mongóis). Esta expressão chegou ao Brasil e outros países como “Mongoloides”. Assim, amigos e as próprias pessoas com Síndrome têm manifestado o desejo de se criar um termo que não os classifique como pessoas inferiores às outras e, ainda, que não seja usado nas ruas como sinônimo pejorativo de idiota total pelas pessoas consideradas normais. Assim ficou estabelecido que as expressões mais corretas são, por exemplo: “Maria tem Síndrome de Down” ou “Beatriz é uma menina com Síndrome de Down” ou, ainda, pode-se usar também a palavra Down como um termo mais simples: “Antônio é uma criança com Down”.

Às vezes, usamos termos que todo mundo usa, mas que sem sabermos reforçam preconceitos. As palavras são expressões verbais criadas a partir de uma imagem que nossa mente constrói.

Os meios de comunicação de massa surgem, no entanto, como uma das alternativas para se criar e transmitir uma imagem positiva das pessoas com necessidades especiais dentro da sociedade, como já frisado. Porém a coisa não é tão simples assim. Mesmo tendo poder, aqueles que produzem informações, capazes de conquistar mentes e corações, poderão muitas vezes, apresentar o material trabalhado de forma positiva por uma entidade para divulgação, de maneira distorcida para o "grande público", transmitindo a mensagem "errada".

Emílio Figueira

Isto porque jornais, revistas e TVs possuem suas próprias ideias do que são pessoas com deficiências mentais e, como qualquer membro da população passíveis de erros de interpretação com relação, por exemplo, assim também ocorre com os equívocos a respeito da deficiência mental.

Isto também pode ocorrer porque repórteres, fotógrafos e editores têm o seu orgulho profissional e querem, muitas vezes, colocar sua própria interpretação no material que lhes é oferecido. Segundo Scheaker (1989, p. 22), mas, mesmo assim, existem coisas que uma associação pode fazer para ajudar os meios de comunicação a apresentarem pessoas com deficiência intelectual de uma maneira positiva, recomendando: “Faça com que a imprensa saiba que a associação considera o que eles dizem sobre pessoas deficientes mentais é importante e o porquê. Se uma história nos meios de comunicação reafirma um dos mitos negativos sobre pessoas com deficiência intelectuais (que são “loucas” ou “perigosas”, por exemplo) ou refere-se a elas de maneira depreciativa (como chamar pessoa com Síndrome de Down de “mongoloide”), envia-se uma carta da associação, mostrando-lhes onde estão os erros: os meios de comunicação desejam ser populares com seus leitores, ouvintes e espectadores; assim, eles, provavelmente, notarão esta reação”.

PUBLICIDADE

E na publicidade, qual o espaço reservado há pessoas com deficiência? Nos Estados Unidos, por exemplo, as agências de publicidade desde a metade da década de 90 já despertaram para o potencial dessas pessoas. Há peças publicitárias, tanto americanas, como europeias, nas quais elas participam como atores de propagandas para TV de marcas famosas como Mc'Donalds, Sabonetes Savory, Tênis Nike, IBM, dentre outras, não falando de deficiências ou de quem as têm; falam dos produtos, sabonetes, sanduíches etc. E a aceitação

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

entre o público tem sido tão grande que a Associação Americana de Parálíticos desde 1993 tem concedido um “Oscar” para a melhor publicidade desse tipo.

Mas aqui no Brasil, pessoas com deficiência ainda são personagens apenas de propagandas institucionais. E, algumas vezes, de maneira negativa. Exemplo disto foi uma campanha realizada em 1995 pela Associação Brasileira de Reabilitação (ABBR), na qual um anúncio foi veiculado em TV, jornais, rádios e revistas; nele, uma criança parálitica era mostrada andando com a ajuda de muletas sob o título “tem gente ainda que acha difícil andar até o telefone”. O mesmo fez, certa vez, a Associação Brasileira de Distrofia Muscular (ABDM) num impresso de uma página inteira de revista em que o título em tipos grandes, maiúsculos, largos em negrito dizia: “Quem tem distrofia muscular não consegue levantar os braços. Quanto mais, dinheiro”; era seguido por um grande texto explicando a doença e o tratamento e logotipo mostrava um boneco caído. São dois de muitos exemplos de antigas campanhas publicitárias que acentuavam mais as limitações do que as potencialidades dessas pessoas (talvez, eram reflexos das campanhas de saúde públicas da década de 60 do século XX, nas quais havia coisas como caveiras, dedos decepados e crianças deformadas pela varíola em que a ideia era transmitir mensagens claras e objetivas, despertando nas pessoas uma boa dose de medo, abrigando-as a pensar sobre o assunto.)

Todavia, não podemos analisar essas campanhas publicitárias de forma plural, pois cada caso é um caso. Há casos em que a adequação está pertinente, mas também há casos em que acaba sendo ofensivo a quem tem uma deficiência pelo fato da mensagem está malfeita. E, sendo ofensiva a eles, acaba sendo ofensiva à comunidade que, mesmo não tendo deficiências, são pessoas sensíveis.

Já houve casos de propagandas dessa natureza utilizada como protesto. Em 1994, uma foi veiculada na mídia impressa, tendo a foto de um garoto

Emílio Figueira

assombriado, sentado numa cadeira de rodas; o fundo era preto e as letras brancas, em que o título maiúsculo estava grande e fortemente dizia: “Senhor Prefeito: Eu também sou tetra”. Assinado pela Fundação Selma, de São Paulo, o texto ao lado da foto, protestava:

O prefeito da cidade de São Paulo, Paulo Maluf, empenhou-se em uma grande causa: conseguir junto aos empresários verba para a compra de 22 automóveis Gol 1000 para presentear a seleção brasileira. Foi ótimo, mas a gente só gostaria de lembrar que existem outros brasileiros que também são tetra mesmo não tendo jogado na Copa do Mundo. São pessoas mantidas por várias instituições como a Fundação Selma, que atende dezenas desses campeões, todos eles tão importantes quanto a nossa seleção. Sr. Prefeito, será que também não dava para conseguir uma verbinha para ajudar esta seleção menos privilegiada, mas não menos brasileira?

A publicidade pode contribuir principalmente em campanhas de esclarecimentos na derrubada de preconceitos. Talvez, o primeiro exemplo disto ocorreu em 1980 – Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a Central de Outdoor, em São Paulo, lançou um concurso em que concorreram 485 cartazes. O vencedor foi um em que a palavra “deficiente” era escrita bem grande, sendo a letra “d” rasgada, ficando “eficiente” e abaixo dizia: “Rasgue o seu preconceito”.

Essas campanhas publicitárias progrediram muito nos últimos anos, principalmente, por parte governamental. Tem um bom exemplo de um cartaz da campanha de vacinação, no qual um rapaz sentado numa cadeira de rodas, tendo atrás sua esposa, à direita uma filha e um bebê em seu colo; estão todos sorrindo, passando a imagem de uma família feliz, ele na posição de marido e pai, o que derruba o velho estereótipo que até há pouco tempo dizia que pessoas com deficiência eram assexuadas e não podiam constituir famílias e coisas

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

dessa natureza. O título dizia: “Paulo Lima teve pólio. Os filhos dele não vão ter”. E o texto destacava uma vitória brasileira: “Desde 1980, o Brasil vem vacinando todas as crianças com menos de 5 anos. O resultado é que a paralisia infantil foi varrida do nosso mapa. Agora temos que a manter bem longe. (...) Faça como o Paulo: Dê a vacina para quem você deu a vida”.

Na publicidade brasileira também temos um exemplo positivo de normalidade. A psicóloga e publicitária Mara Gabrilli causou polêmica para uns e arrancou aplausos de outros quando, em 2000, foi a primeira tetraplégica, devido a um acidente de carro ocorrido em 1994, a posar nua no Brasil, sendo capa de setembro da revista *Trip*. Um ano depois, tornou-se a nova modelo da Duloren, a segunda maior fábrica de roupas íntimas do país. Maquiada e penteada durante duas horas, posou nas fotos da propaganda em sua cadeira de rodas, vestido calcinhas e sutiãs de rendas e a campanha foi lançada nacionalmente no dia 8 de março de 2001, justamente no Dia Internacional da Mulher. Mara destacou-se em todos os meios de comunicação por ter tido tais posturas de coragens, tornando-se para muitos, pessoas com deficiência ou não, um exemplo de bem-estar com o seu próprio corpo.

AS CADEIRAS DE RODAS

Outra questão que merece uma profunda reavaliação de conceito é com relação às pessoas que se utilizam de cadeiras de rodas para a sua locomoção e, como aparecem na mídia, reforçando um dos maiores erros de visão cometidos pela sociedade, devido à falta de atenção dos profissionais de comunicação, colaborando para uma visão errônea, quando reproduzem exaustivamente a imagem da pessoa em cadeira de rodas, usando um “cobertor xadrez” sobre as pernas.

Emílio Figueira

Essa imagem é transmitida historicamente, tendo como base as primeiras imagens vindas da fria Europa, na qual, no pós-guerra, alguns militares combatentes tornaram-se pessoas com deficiência e, conseqüentemente, passaram a utilizar-se de cadeiras de rodas para sua locomoção. Nos países europeus, o clima gelado é constante na maior parte do ano e, uma vez que a pessoa na cadeira de roda tem pouca circulação sanguínea nas pernas, tendo uma sensibilidade ao frio ainda maior, justifica-se o uso desses cobertores.

Mas no Brasil, um país tropical e praticamente quente durante todo o ano, nada justifica que continue a utilização do “cobertor xadrez” sobre as pernas dessas pessoas, o que também pode significar uma conotação negativa da intenção de esconder a parte paralisada do corpo. Essa imagem reproduzida sem qualquer critério ou avaliação é constante na mídia, nas telenovelas, em peças de teatros, cinemas e em campanhas de utilidade pública que ainda não desenvolveram uma percepção crítica em relação a este estereótipo que reforça, principalmente em países quentes como o Brasil, a ideia de vergonha do corpo, deformação, feiúra e depressão.

Outro erro que também é cometido é com relação às expressões que usam ao se referir a essas pessoas. Expressões como “condenados”, “confinados”, “presos” a uma cadeira de rodas. Elas refletem totalmente o contrário do verdadeiro significado de uma cadeira de rodas, sendo um instrumento para suprir a dificuldade de locomoção de seu usuário, tornando-se um instrumento para a sua independência, para sua libertação, para a vida! Por isso, além da necessidade de se acabar com a estereotipada imagem do “cobertor xadrez”, é necessário trocar essas ultrapassadas expressões para “pessoas que se utilizam de cadeiras de rodas para sua locomoção” ou simplesmente “usuários de cadeiras de rodas” e, agora, “cadeirantes”.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Trata-se de uma questão tão delicada, que levou RESENDE, SANTANA e SILVA (1999, p. 07) a fazerem tal reflexão em um artigo na imprensa:

Esta é uma discussão necessária para que se possa diferenciar a cadeira de rodas dos usuários, enxergando que eles não formam um. A cadeira de rodas é, apesar da relação de carinho que as pessoas têm com ela, apenas um instrumento facilitador das atividades de vida independente. Essa forma de associação do instrumento com a pessoa foi percebida na coluna “Autópsia da Insensatez”, publicada em 20/06/99, por Gilberto Dimenstein, no jornal Folha de São Paulo. Neste espaço da mídia, encontramos o que no nosso modo de enxergar é um equívoco: “...Ninguém vai encontrar alegria, muito menos liberdade, num velório ou cadeira de rodas”. Perder um ente querido não é a mesma coisa que ter alguém da família vivo e com liberdade de andar em cadeira de rodas. Entretanto, não é com ameaças desconectadas da realidade que se educa uma pessoa que não sabe a diferença entre um motorista e um piloto de corrida. (...) Certamente Gilberto Dimenstein desconhecia a realidade das pessoas portadoras de deficiência física, pois fundiu sofrimento, cadeira de rodas e a pessoa que a utiliza, distorcendo a realidade para exemplificar negativamente uma situação.

NA TELEVISÃO

Nas produções da televisão brasileira têm surgido algumas aberturas para a questão da pessoa com deficiência. Prova disto foi a telenovela “Uma história de amor”, escrita por Manoel Carlos, Rede Globo, 1996. Dando atenção especial ao personagem Assunção, deficiente físico usuário de cadeira de rodas interpretado pelo ator Nuno Leal Maia, o projeto recebeu boas críticas vindas de

Emílio Figueira

entidades de pessoas com deficiência, as quais enviavam centenas de cartas pedindo que o personagem não voltasse a andar no final para não fugir da sua realidade tão bem construída.

Nuno, que até então não havia interpretado personagens dessa natureza, não decepcionou, demonstrando intimidade com a cadeira de rodas. Em sua preparação, o ator levou alguns “esperados” tombos, que até então em sua vida pessoal só havia tido contatos superficiais com pessoas com deficiência. Encenar para ele um personagem paraplégico foi para uma experiência nova, segundo declarou numa entrevista na época: “Eu passei a prestar mais atenção aos deficientes e nas dificuldades que eles enfrentam no seu dia a dia. Como se não bastasse, o texto de Manoel Carlos vai muito na ferida, dando margem ao ator se emocionar”.

Outro grande momento em que uma pessoa com deficiência marcou presença na telenovela brasileira foi em “Mapa da Mina”, escrita por Cassiano Gabus Mendes, levando para todo o Brasil, em 1993, a imagem de Luiz Felipe Badin, um ator com síndrome de Down no papel de um office-boy de uma empresa, dando uma cutucada em muitos profissionais de saúde, no sentido de alertá-lo sobre a singularidade de ser humano.

As telenovelas, assim como outras produções da teledramatúrgia, também podem se revelar como grandes aliadas contra o preconceito, se abrirem novos espaços para que se desenvolvam personagens devidamente construídos nas representações de bons atores. A televisão tem uma grande capacidade de construir e destruir mitos!!!

Todavia, pedimos um parêntese aqui em nossa exposição para traçarmos algumas considerações teóricas. O problema da figura de pessoa deficiência como personagem de cinema ou televisão esbarra-se na construção do roteiro. Segundo os manuais para roteiristas, uma personagem não tem que

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ser real, mas sim, verossímil. O Realismo, por exemplo, é uma linguagem estética centrada no real e construída a partir dos objetivos e seres que compõem o mundo concreto. O Realismo, portanto, não é a realidade concreta, mas sim uma invenção que nos dá a ilusão do real. É o que chamamos de verossímil, que nos parece verdadeiro.

O que podemos tirar desse conceito de real e verossímil é o seguinte: Os roteiristas e diretores, ou mesmos os atores, quando criam suas produções, preocupam-se com a verossimilitude - e algumas vezes com o sucesso e audiência - e quase nunca (pois há exceções) fazem uma pesquisa mais profunda do que realmente é uma pessoa (futuro personagem) com qualquer tipo de deficiência. Assim, utilizam-se de velhos conceitos que envolvem a imagem negativa dessas pessoas ou qualquer outro grupo marginalizado e estereotipado no contexto social, reforçando os preconceitos do grande público. A falta de maiores estudos e elaborações é o tipo de cuidado que sempre passam despercebidos nas culturas de massa.

Prova da capacidade televisiva, foi uma campanha do cantor Roberto Carlos, no Natal de 1991, na Rede Globo. A campanha teve como tema “A criança e o idoso brasileiro”. Durante toda a tarde entre outras atrações mostraram reportagens sobre os problemas e saídas para os mesmos. Mas o ponto-chave desse evento que nos interessa aqui no presente trabalho foi a divulgação do “Exame do pezinho”, o qual é realizado em recém-nascido entre 0 a 30 dias de vida para se detectar doença, evitando retardamento intelectual na criança.

Tendo como tônica “prevenir também é uma forma de amar”, a Rede Globo em convênio com as APAEs (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de todo o Brasil montou pontos de exames em todas as capitais do país. Nesses pontos, artistas, atletas e personalidades falavam ao vivo com Roberto Carlos que, do palco do Rio de Janeiro, comandava a campanha. E,

Emílio Figueira

mostrando reportagens e entrevistas com especialistas, inúmeras mães foram informadas naquela tarde sobre a existência do exame: como é feito, sua importância e os problemas que ele pode evitar. E assim o objetivo foi alcançado: Divulgar que, a partir de 1992, o exame do pezinho seria realizado em todos os hospitais e postos de saúde do Brasil e, se levado a sério, diminuirá a excepcionalidade no país.

Outro ponto interessante do Especial Roberto Carlos foi a reexibição de alguns comerciais da UNICEF. Eram vídeos mostrando a realidade, problemas e violência contra crianças no Brasil, mostrando estatísticas numa linguagem bem clara e direta, em que no final aparecia a seguinte indagação: “Que esperança podemos dar a essas crianças?”. Esses filmes eram bem-elaborados e adequados para nossa época. Infelizmente, eles ficaram pouco tempo no ar.

Mas a televisão também tem os seus exemplos negativos, reforçando mitos e preconceitos. Certa vez, por exemplo, o programa dominical da Rede Globo, Fantástico, mostrou a reportagem de uma moça tetraplégica pulando com o seu instrutor de pára-quedas. Durante a exibição das imagens do salto, sinônimo de liberdade, o repórter, em uma contradição, afirmava em cima da cena que ela era “uma prisioneira de sua cadeira de rodas”. No extinto programa Fanzine (TV-Cultura, 23/09/92), apresentado por Marcelo Rubens Paiva, foi debatido o uso da cadeira de rodas. Porém, o VHS exibido mostrou cenas negativas de um hospital, merecendo protesto dos convidados e do próprio apresentador do programa. No telejornal SP-JÁ (Rede Globo, 08/06/92), durante uma reportagem da visita da atriz Shirley Maklen ao Brasil, no final, o âncora comentou: “A atriz recebeu flores e um quadro pintado por uma deficiente física”, o que ao nosso ponto de vista colocou/destacou a deficiência acima da própria obra de arte. São todos detalhes negativos que precisam começar a ser percebidos e corrigidos pelos meios de comunicação de massa.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

COMO A PSICOLOGIA SOCIAL PODERÁ CONTRIBUIR

Por um lado, os meios de comunicações sociais podem trazer prejuízos psíquicos para as próprias pessoas com algum tipo de deficiência, quando a mídia veicula muito o estereótipo da mulher e do homem “modelo”, muitas pessoas se sentem desencaixadas deste estereótipo e acabam se fechando num mundinho muito particular com medo de expor-se e não se sentir aceitas. Mas a principal questão em pauta é como a imagem da própria pessoa com deficiência é repassada pela mídia ao grande público. E, para que isto se normalize, o “Mídia e Deficiência” (1994, p. 07) recomenda: “De uma forma geral, as alusões à pessoa com deficiência devem ser feitas evitando-se a valorização excessiva de deficiência. Superestimar ou subestimar o indivíduo, baseando-se apenas no que denota sua deficiência é um sério erro que sempre reforça estigmas e preconceitos. Cada indivíduo é único e deve ser respeitado como tal. As pessoas com deficiência desejam ser consideradas apenas como pessoas, com direitos e deveres iguais aos dos demais cidadãos”.

Não raras vezes, os profissionais de comunicação não têm consciência de seu papel. Muitas vezes, eles esquecem que trabalham com o discurso e, portanto, com os signos e símbolos que trazem imbutidos conceitos, imaginários e, por extensão, ideologias. Não entender estes mecanismos leva o profissional a reforçar preconceitos e estereótipos. Mas isto não pode ser tomado como regra para todos. Os comunicadores – salvo alguns – sempre são profissionais livres de preconceitos e, quando os cometem, é por falta de informação, pois, bem-informados, se proíbem de ter preconceitos. E a Psicologia Social pode colaborar em mão dupla, tanto na identificação de estereótipos e estigmas em mensagens veiculadas, quanto no treinamento desses profissionais para que aprimorem as suas consciências.

Os psicólogos sociais poderão colaborar com as entidades DE e/ou PARA pessoas com deficiências a organizar a educação da comunidade por

Emílio Figueira

meio de programas de comunicação de massa. Uma forma de intermediar isto será convidar os profissionais da imprensa para conhecer esse seguimento de pessoas, seus setores e atividades. Só que antes terão que preparar o terreno, cujas recomendações são de Scheakar (1989, p. 21-22):

- Conheça a pessoa-chave que será responsável pela matéria que você oferece. Ela pode ser o editor de um jornal ou rádio local ou, em cidades grandes, um repórter que tem como dever trabalhar em questões de “bem-estar social”.

- Se possível, marque um encontro com esta pessoa para descobrir que tipo de material a interessaria e como elas gostariam de apresentá-lo.

- Convide-as a visitarem o serviço ou programa de seu setor para conhecerem alguns membros e os pacientes envolvidos, numa ocasião social informal. Lembre-se que pessoas da imprensa são também membros do público e talvez precisem de alguma ajuda para seus próprios temores, ignorância e embaraço.

- Não espere que elas consigam lidar com isso sozinhas.

- Quando você tiver uma boa matéria para oferecer aos meios de comunicação, tente pensar antes como você gostaria de vê-la apresentada e se criará uma impressão positiva de seus pacientes.

- Lembre-se que há também outras mensagens positivas a serem transmitidas, como exemplos de cooperação com grupos da comunidade e atividade, as quais são apreciadas por todos.

- Lembre-se de enfatizar aspectos positivos da vida dos pacientes em ambientes diversos, pode dar uma visão mais equilibrada e otimista.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

- Quando um repórter e/ou fotógrafo vier visitar o seu setor, ou conhecer o seu projeto, pense que talvez eles não sejam pessoas que já passaram por algum trabalho educativo ou científico. Lembre-se que a educação e atenção devem acontecer a todo tempo, pois cada novo membro da imprensa, possivelmente, precisará de ajuda para entender a imagem e conceito que você está tentando transmitir.

- Lembre-se, também, que elas têm seu orgulho profissional e não gostam de que se lhes diga o que têm de fazer. Seja moderado, persuasivo e explique suas preocupações.

- Lembre-se que o “feedback” é importante. Uma carta de apreciação, quando a matéria saiu bem, ajudará a manter um clima positivo para a próxima, além de reforçar o bom relacionamento.

- Mas se a matéria saiu “ruim”, tente achar pelo menos uma coisa boa para dizer sobre ela, antes de reclamar. Os membros da imprensa são pessoas também com direito de erros e acertos.

Está aqui, portanto, um novo campo que poderá ser explorado para Psicologia Social: as pessoas com deficiências e a eliminação de seus estereótipos e estigmas repassados socialmente via mídia. Só para concluirmos, lembramos trecho de Guareschi (1991, p. 70), quando ele afirma que “na parte que nos compete como intelectuais que se colocam a serviço da descoberta duma verdade que liberta e no campo específico da Psicologia Social (...) temos consciência de que a universidade só tem sentido na medida em que se coloca a serviço de toda a sociedade, principalmente a mais segregada, discriminada e explorada”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, L.A. Intervenção “extramuros”: resgatar e prevenir. in. **Deficiência: alternativas de intervenção**. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1997.

AMARAL, L.A. **Conhecendo a deficiência (em companhia de Hércules)**. São Paulo, Robe, 1995.

AMARAL, L.A. **Pensar a diferença/deficiência**. Brasília, CORDE, 1994.

AMIRALIAN, M.L.T.M. O psicólogo e a pessoa com deficiência. in. **Deficiência: alternativas de intervenção**. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1997.

ANTIPOFF, H. O ensino nas classes especiais, Exame Alpha e ‘Match’ intelectual e escolgia. **Revista do Ensino**, n. 50/51/52, out./dez., 1930.

ANTIPOFF, H. “A homogenização das classes escolares”. **Revista do Ensino**, ano IV, n. 62/63/64, out.dez., 1931.

ANTIPOFF, H. O problema do bem-dotado no meio rural – 1971. In.: CAMPOS, R.H. de F. (org.) **Helena Antipoff: textos escolhidos**. São Paulo; Casa do Psicólogo; Brasília; Conselho Federal de Psicologia, 2002. (Coleção clássicos da psicologia brasileira)

ANTIPOFF, H. **A Fazenda do Rosário como experiência social e pedagógica no meio rural**". Em Centro de Documentação e Pesquisa Helena Antipoff. Educação rural. Belo Horizonte, Imprensa Oficial. (Coletânea das obras escritas de Helena Antipoff, vol. 4, 1992a, pp. 113-116).

ANTIPOFF, A. **Pensamentos de Helena Antipoff**. Em Centro de Documentação e Pesquisa Helena Antipoff. Fundamentos da educação. Belo Horizonte, Imprensa Oficial. (Coletânea das obras escritas de Helena Antipoff, vol. 2, 1992b, p. 401-403).

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

ANTUNES, M.A.M. **O processo de autonomização da psicologia no Brasil 1890 /1930** – Uma contribuição aos estudos em história da psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1991. [Tese de Doutorado]

CAMPOS, R.H. de F. Helena Antipoff: razão e sensibilidade na psicologia e na educação. **Estudos Avançados**, av. vol.17 no.49 São Paulo Sept./Dec. 2003

CAMPOS, R.H. de F. (org.) **Helena Antipoff**: textos escolhidos. São Paulo; Casa do Psicólogo; Brasília; Conselho Federal de Psicologia, 2002. (Coleção clássicos da psicologia brasileira)

DINIZ, M. F. A. Anita Paes Barreto. In: ROSAS, P. (Org.) **Memória da Psicologia em Pernambuco**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, Conselho Regional de Psicologia, 2001.

FIGUEIRA, E. **O portador de fissura lábio-palatal e/ou de outras deficiências como personagens de ficção: dos mitos a realidade social**. Bauru; HRAC/USP, 1998. [Monografia]

GUARESCHI, P.A. et al. **Comunicação & controle social**. Petrópolis; Vozes, 1991.

JUNNUZZI, G.S. de M. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas; Autores Associados, 2004.

KOVÁCS, M.J. Deficiência adquirida e qualidade de vida – possibilidades de intervenção psicológica. in. **Deficiência: alternativas de intervenção**. São Paulo; Casa do Psicólogo, 1997.

MEDEIROS, J.A. de. **Ulisses Pernambucano**. Rio de Janeiro; Imago; CFP, 2001.

MÍDIA E DEFICIÊNCIA – MANUAL DE ESTILO. 2 ed. Brasília; CORDE-CVI/RJ, 1994.

PESSOTTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo; T.A. Queiroz; USP, 1984.

Emílio Figueira

PINTO, K.P.; JACÓ-VILELA, A.M. **Educação para a liberdade**: um projeto de Helena Antipoff. Documento eletrônico. Disponível em: <http://www.w3.org/TR/REC-html40>. Acessado em: 20/11/2005.

RESENDE, A.P.C. de; SANTANA, C.M.M. de. & SILVA, I.A.da. A imagem da liberdade. Rio de Janeiro; **SuperAção**, julho/agosto de 1999.

ROSAS, P. (Org.) **Memória da Psicologia em Pernambuco**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, Conselho Regional de Psicologia, 2001.

SCHEAKER, A. Manual sobre como apresentar as pessoas com deficiência mental. Brasília; Federação Nacional das APAEs, 1989.

VASH, C.L. **Enfrentando a deficiência** – a manifestação – a psicologia – a reabilitação. São Paulo; Pioneira/EDUSP, 1988.

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Emílio Figueira

SOBRE O AUTOR



Comecei a vida escrevendo, virei jornalista nos anos 80 e 90, psicólogo em 2006, quatro pós-graduações e especializações pela USP. Publiquei 87 artigos científicos e 49 livros individuais no Brasil e exterior. Doutorei-me em Psicanálise em 2009. E fiz extensão universitária em Docência do Ensino a Distancia. Em 2012 bacharelei-me em Teologia. Depois de tudo isto, voltei à minha raiz:
A de continuar ESCREVENDO!!!

Contatos com o autor:

www.emiliofigueira.com.br

emiliofigueira@hotmail.com

INTRODUÇÃO À PSICOLOGIA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA