

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

O TRATAMENTO DO DEFICIENTE MENTAL EM INSTITUIÇÕES
Uma análise crítica a partir da psicanálise lacaniana

Keila Pires Amaro

Belo Horizonte
2007

Keila Pires Amaro

**O TRATAMENTO DO DEFICIENTE MENTAL EM INSTITUIÇÕES:
Uma análise crítica a partir da psicanálise lacaniana**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Luis Flávio Silva Couto

Belo Horizonte

2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Amaro, Keila Pires

A485t O tratamento do deficiente mental em instituições: uma análise crítica a partir da psicanálise lacaniana / Keila Pires Amaro. – Belo Horizonte, 2007.

165f.: il.

Orientador: Prof. Luis Flavio Silva Couto.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Bibliografia.

1. Deficiência mental – Assistência em instituições – Aspectos psicológicos. 2. Psicanálise lacaniana. 3. Associação dos Pais e

Amigos dos Excepcionais. IV. Título. I. Couto, Elton Gonçalves.

II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

CDU: 616.899

Keila Pires Amaro

**O tratamento do deficiente mental em Instituições:
Uma análise crítica a partir da psicanálise lacaniana**

Dissertação apresentada à Pontifícia Católica de Minas Gerais, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia,
Belo Horizonte, 2007.

Luis Flávio Silva Couto (Orientador) – PUC Minas

Ana Lydia Bezerra Santiago – UFMG

Regina Helena de Freitas Campos – UFMG

*Aos deficientes mentais que encontrei pelos diferentes espaços de uma
instituição especializada, local de trabalho ao longo de 4 anos.
Esta pesquisa é fruto desses encontros.*

Agradecimentos

A Deus, por sua presença.

À minha família, pelo incentivo e por suportar os meus constantes momentos de isolamento para a produção da dissertação. Mãe, obrigada também por suportar o quarto desorganizado por meses!

Ao Luis Flávio, por ter escolhido o meu projeto para orientar e por ter feito uma aposta em minha pesquisa.

À Ana Lydia Santiago e Ilka Franco Ferrari, membros da banca do exame de qualificação, pelas valiosas contribuições ofertadas que tornaram a minha pesquisa bem mais interessante.

À minha querida tia Irene, por ter aberto a sua casa para me receber com imenso carinho em Belo Horizonte. Seria muito mais difícil sem esse apoio...

À querida Marília, pela docilidade, competência, paciência e incentivo que sempre recebi de sua parte.

Aos amigos que me ajudaram, mesmo sem nem dar conta do quanto! Aos meus amigos, que aguardam as minhas visitas prometidas e adiadas há tempos!

Aos meus alunos e colegas da UNIPAC Vale do Aço que compreenderam a minha ausência na faculdade, o celular desligado e a dificuldade em cumprir os prazos no período de finalização da dissertação.

A todas as pessoas que me incentivaram, principalmente nos momentos mais difíceis.

Por fim, ao Amâncio Borges de Medeiros Filho, por exercer muito bem o lugar de analista.

Resumo

Através desta dissertação realizou-se um estudo exploratório sobre os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais nas instituições especializadas. Seu objetivo foi fazer uma análise crítica desses tratamentos a partir das formulações da psicanálise lacaniana. Utilizou-se como metodologia o levantamento bibliográfico e um estudo de campo. O estudo de campo foi realizado em duas Associações de Pais dos Excepcionais (APAE), da região do Vale do Aço, através de entrevistas com 15 profissionais. O levantamento bibliográfico permitiu realizar um recorte histórico e conceitual sobre a concepção e o tratamento destinado ao deficiente mental, de forma geral e aquele que acontece nas instituições especializadas. Ele também permitiu discorrer sobre as definições, características e funções das instituições. A concepção de deficiência mental e alguns indicativos sobre o tratamento do deficiente mental foram encontrados na Psicometria, na abordagem behaviorista, em Vygotsky, na Teoria da Modificabilidade Cognitiva de Reuven Feuerstein, na Psicologia Cognitiva, nas neurociências e na Associação Americana de Retardo Mental. Apresentou-se também a noção de deficiência mental e algumas considerações sobre as instituições especializadas a partir da psicanálise lacaniana. Os resultados encontrados com o estudo de campo mostram que diagnóstico da deficiência mental é realizado partir da visão psicométrica. A deficiência mental é concebida como um déficit cognitivo por grande parte dos profissionais. O tratamento oferecido nas instituições pesquisadas constitui-se, principalmente, de treinamento e estimulação. Esse tipo de tratamento tem como finalidade a aquisição das habilidades necessárias para que o deficiente mental se torne mais independente e tenha uma melhor qualidade de vida. Os profissionais encontram algumas dificuldades na consecução do tratamento, tais como: quanto à técnica (qual utilizar?), quanto ao diagnóstico de deficiência mental emitido pela área médica, quanto à família do deficiente mental, quanto aos recursos materiais colocados como necessários ao atendimento e quanto à garantia dos direitos da pessoa com deficiência. Alguns profissionais relataram não acreditarem no processo de inclusão. Conclui-se com essa pesquisa que o tratamento nas instituições pesquisadas segue o modelo e os fundamentos da reabilitação. O déficit, tal como a deficiência mental foi colocada, é visto como algo a ser corrigido. O deficiente mental é colocado no lugar de objeto do outro institucional que, com o seu conjunto de saberes, julga aquilo que é necessário para o deficiente. Há sempre uma tentativa de preencher o vazio desse déficit com um significado, tirando a possibilidade do deficiente mental de encontrar uma maneira própria de lidar com aquilo que lhe causa problemas.

Palavras-chaves: Deficiência mental; Instituições; Tratamento; Psicanálise Lacaniana.

Abstract

Through this research an exploratory study about the treatment offered to the mental disabled at specialized institutions was carried out. Its aim was doing a critical analysis of these treatments from Lacanian Psychoanalysis formulations. A bibliographical survey and a field study were used as the methodology. The field study was carried out at two *Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)*, in the region of *Vale do Aço*, through the interviews with 15 professionals. The bibliographical survey allowed making an historical and conceptual cut about the conception and treatment to the mental disabled, in general way and in that one that happens at specialized institutions. It also permitted to talk about the definitions, characteristics and functions of the institutions. The conception of mental disable and some indicatives about the mental disabled treatment were found at the Psychometric, Behaviorist Approach, Vygotsky, Modifiability Cognitive Theory of Reuven Feuerstein, Cognitive Psychology, Neurosciences, and American Association on Mental Retardation. It also presents the notion of mental disable and some considerations about the specialized institutions from the Lacanian Psychoanalysis. The found results in the field study show that mental disable diagnosis is carried out from a Psychometric vision. Mental disable is conceived as a cognitive deficit by most of professionals. The offered treatment at the surveyed institutions constituted mainly, of training and stimulation. This kind of treatment has as the purpose the acquisition of necessary abilities to turn the mental disabled more independent and to give him/her a better life quality. The professionals find some difficulties to get the treatment, such as: as for the technique (what use?), as for the mental disabled diagnosis issued by medical area, as for the mental disable family, as for the material resources indicated as necessary to dealing with and as for the guarantee of mental disabled rights. Some professionals related that they did not believe in the process of inclusion. It has been concluded with this research that the treatment at the surveyed institutions follows the model and the fundamentals of the rehabilitation. The deficit, as the mental disabled is understood, is seen as something to be corrected. The mental disabled is placed as the object of the other institutional, as its knowing set, that judges what is necessary to the mental disabled. There is always an attempt to fill in the empty of this deficit with meaning, taking the possibility of the mental disabled finding his/her own way to lead with that causes him/her problems.

Key-words: Mental disable; Institutions; Treatment; Lacanian Psychoanalysis.

Sumário

INTRODUÇÃO	11
 CAPITULO 1 - UM RECORTE HISTÓRICO SOBRE A DEFICIÊNCIA MENTAL: ...	17
AS CONCEPÇÕES, O TRATAMENTO E AS INSTITUIÇÕES.....	17
1.1. As concepções da deficiência mental até o século XX.....	18
1.2. Os discursos científicos sobre a concepção de deficiência mental do início do século XX até a década de 70	21
1.2.1. <i>A deficiência mental a partir de Alfred Binet.....</i>	<i>22</i>
1.2.2. <i>A noção da deficiência mental enquanto incompetência social</i>	<i>22</i>
1.2.3. <i>A noção de viscosidade genética de Bärbel Inhelder.....</i>	<i>23</i>
1.2.4. <i>Deficiência nos diversos níveis da atividade intelectual.....</i>	<i>24</i>
1.2.5. <i>A noção de inércia oligofrênica</i>	<i>25</i>
1.2.6. <i>A noção de heterocronia do desenvolvimento</i>	<i>25</i>
1.2.7. <i>A deficiência como perturbação da relação com o Outro e com o mundo</i>	<i>26</i>
1.3. Os primeiros tratamentos do deficiente mental de cunho científico.....	26
1.3.1. <i>Édouard Séguin.....</i>	<i>26</i>
1.3.2. <i>Os estudos científicos sobre o tratamento do deficiente mental produzidos no Brasil de 1900 até 1970</i>	<i>28</i>
1.4. Pesquisas recentes sobre o tratamento do deficiente mental em instituições	36
 CAPITULO 2 - BASES EPISTEMOLÓGICAS DOS TRATAMENTOS OFERECIDOS AOS DEFICIENTES MENTAIS NA CONTEMPORANEIDADE.....	40
2.1. O tratamento do deficiente mental em diferentes campos epistemológicos da Psicologia	41
2.1.1. <i>A psicometria</i>	<i>42</i>

2.1.2. O behaviorismo	43
2.1.3. O enfoque sócio-histórico de Vygotsky sobre a deficiência mental.....	45
2.1.4. A teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural de Reuven Feuerstein .	47
2.1.5. A Psicologia cognitiva	51
2.2. O tratamento do deficiente mental a partir das neurociências	54
2.3. A American Association on Mental Retardation (AAMR) e o modelo funcional	56
 CAPITULO 3 - AS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS NO ATENDIMENTO DO DEFICIENTE MENTAL	 63
3.1. Algumas formulações teóricas sobre as instituições e suas funções	64
3.2. As instituições especializadas no tratamento do deficiente mental: retratos do Brasil	67
3.2.1. A história das instituições especializadas no tratamento do deficiente mental no Brasil	68
3.2.2. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE): uma instituição especializada no atendimento do deficiente mental.....	70
3.3. As funções das instituições especializadas na deficiência mental.....	74
 CAPITULO 4 - A DEFICIÊNCIA MENTAL E AS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS SOB O PONTO DE VISTA DA PSICANÁLISE LACANIANA	 78
4.1. A debilidade mental a partir da psicanálise lacaniana.....	79
4.1.1. Primeiras formulações de Lacan sobre a debilidade mental.....	79
4.1.2. Novas formulações: a debilidade do mental.....	85
4.2. Algumas considerações sobre as instituições especializadas a partir da psicanálise lacaniana.....	88
 CAPITULO 5 - UM ESTUDO DE CAMPO SOBRE O TRATAMENTO DO DEFICIENTE MENTAL EM INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS.....	 94
5.1. Metodologia da pesquisa.....	95
5.1.1. Universo da pesquisa.....	95
5.1.2. Tipo de pesquisa e o seu delineamento.....	95
5.2. Os resultados encontrados	98

5.2.1. Sobre as instituições e os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais	98
5.2.2. Concepção de deficiência mental.....	99
5.2.3. Abordagens teóricas que embasam as intervenções e tratamentos	100
5.2.4. O diagnóstico	101
5.2.5. Os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais.....	102
5.2.6. A finalidade dos tratamentos oferecidos aos deficientes mentais	104
5.2.7. As dificuldades encontradas ao tratar o deficiente mental	104
5.2.8. A inclusão social.....	106
5.3. O tratamento dos deficientes mentais em instituições especializadas: discussão dos resultados	107
5.3.1. A concepção de pessoa com deficiência no Estatuto da APAE.....	108
5.3.2. Concepção de deficiência mental.....	111
5.3.3. Abordagens teóricas que embasam as intervenções e tratamentos	113
5.3.4. O diagnóstico	114
5.3.5. Os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais: suas finalidades e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais.....	118
5.3.6. A inclusão social.....	124
CONCLUSÕES	126
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES	144
ANEXOS	151

Introdução

“Rebecca já não era nenhuma criança quando foi enviada à nossa clínica. Estava com dezenove anos, mas, como dizia a avó, era “igualzinha a uma criança em alguns aspectos”. Ela não era capaz de se localizar andando pelo quarteirão, não conseguia abrir confiantemente uma porta com a chave (nunca “via” como a chave se encaixava, e nunca parecia aprender). Fazia confusão entre esquerda e direita, às vestia-se errado – punha as roupas do avesso, a parte da frente nas costas, sem parecer notar ou, se notasse, sem ter capacidade para colocá-las do jeito correto. Podia passar horas tentando enfiar a mão ou o pé na luva ou no sapato errado – parecia, nas palavras de sua avó, “não ter senso do espaço”. Ela era desajeitada e todos os movimentos eram descoordenados – uma “estonteada”, dizia um relatório, com “estupidez motora”, dizia outro (embora ao dançar toda a sua falta de jeito desaparecesse)”.

Oliver Sacks, 1997, p.198.

Esta pesquisa não é sobre Rebecca, ou as Rebeccas encontradas por aí... Esta pesquisa é sobre os lugares e sobre os fazeres nesses lugares em que as Rebeccas estão – de passagem ou ‘para sempre’.

Essa pesquisa é resultado das inquietações deixadas na pesquisadora após quatro anos de trabalho como psicóloga em uma instituição especializada no atendimento aos deficientes mentais. Questionamos, por diversas vezes nesse período, aquilo que era de ‘praxe’ nas situações que aconteciam nas atividades destinadas aos deficientes mentais, as quais a psicologia estava incluída ou convocada a atuar. Por exemplo:

- Por que aplicar determinado teste de maturidade mental¹ em um adulto se este teste era destinado às crianças de até 9 anos e onze meses? Ainda, por que usar tal teste como parâmetro para dizer sobre a maturidade emocional (e não cognitiva, como prevê o teste) desse adulto para avaliar a sua participação, ou não, em um campeonato de atletismo ou de futebol?
- Por que o caminho era sempre o do atendimento psicoterápico para o deficiente mental que se apresentava mais agitado, agressivo, ou apático?
- Por que montar grupos de orientação a pais, se muitas vezes o que esses pais implicitamente pediam era um espaço para falar sobre seus sofrimentos ou sobre o insuportável de ter um filho deficiente mental?

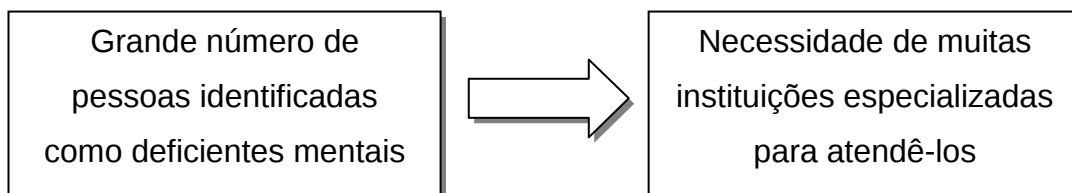
Esses questionamentos levaram-nos à busca pela compreensão dos fundamentos que sustentam essas práticas; fundamentos que valem ser analisados em relação ao que a instituição propõe ao deficiente mental.

Uma outra situação que nos intrigava era quanto à atuação dos profissionais quanto ao tratamento. Observamos e vivenciamos algumas condutas ou atuações como resultados de orientações sugeridas, ou até mesmo determinadas, em documentos da instituição. Por exemplo, intervenção com grupos, seja ele de pais ou de usuários. Muitas vezes o profissional deveria conduzir o tratamento de acordo com as orientações que vinham determinadas hierarquicamente. Quando era possível, ele conseguia entrelaçar o tipo de tratamento demandado com as suas idéias de terapêutica e seus fundamentos teóricos.

¹ Estamos nos referindo aqui à Escala de Maturidade Mental Colúmbia, utilizado na avaliação da capacidade intelectual de crianças com idade entre 3 anos e 6 meses e 9 anos e 11 meses.

Aliada ao nosso desejo pessoal de responder às inquietações que essa experiência profissional nos deixou, há uma realidade existente hoje, no Brasil, que também torna a nossa pesquisa pertinente ao campo do tratamento do deficiente mental.

Localizamos no campo da deficiência mental a seguinte situação:



Em tempos do discurso da inclusão social, esta é uma situação para ser analisada e refletida mais de perto. Vamos mostrá-la em números.

O censo de 2000 identificou um total de 2.844.937 de pessoas com deficiência mental no Brasil. Esses dados levaram-nos a compreender, em certa medida, a criação, ao longo do século XX, de várias instituições especializadas na deficiência mental. Acreditamos que fatores como certas noções de deficiência mental existentes ao longo deste período, as mudanças na sociedade, as políticas sociais e educacionais, também podem ter contribuído para o aumento da criação de novas instituições especializadas.

Quanto às instituições, considerando apenas as de maior representatividade, temos hoje no Brasil mais de 2000 instituições especializadas. Segundo a Federação Nacional das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (FENAPAES), existem hoje 1967² Apaes filiadas a esta federação funcionando no Brasil. Outra associação de considerável abrangência é a Sociedade Pestalozzi, criada há 80 anos e que já apresenta hoje em torno de 174 instituições funcionando em diferentes cidades do Brasil.

Apesar deste número expressivo de instituições, é pequeno o número de obras e de pesquisas relacionadas ao tema da deficiência mental nas instituições. Esse fato demonstra que pouco se tem buscado saber e compreender sobre o que acontece dentro das instituições denominadas como especializadas em relação ao atendimento oferecido ao deficiente mental.

² Número informado por e-mail pela senhora Leidiana Pereira da Assessoria de Relacionamento com o Usuário - Sala de Soluções, da Federação Nacional das APAEs (FENAPAES). A FENAPAES está localizada no Edifício Venâncio IV, Cobertura. Brasília/DF.

Tornou-se então necessário refletir e analisar o que acontece nessas instituições, principalmente sobre os tratamentos que aí são oferecidos aos deficientes mentais. Acreditamos que um determinado tratamento seja capaz de mostrar o lugar dado deficiente mental nos laços sociais aos quais ele está inserido. Por detrás de um tratamento há algumas variáveis importantes a serem analisadas para a compreensão do lugar que o deficiente mental vem ocupando dentro e, até mesmo, fora das instituições especializadas.

Como são os tratamentos oferecidos nas instituições especializadas? Quais as suas finalidades? Quais os fundamentos epistemológicos que estão nas bases desses tratamentos? Que noção de deficiência mental embasa esses tratamentos? Ou, qual noção de deficiência mental podemos encontrar de forma implícita nos tratamentos e na instituição como um todo? Que relações estão sendo estabelecidas entre o tratamento oferecido ao deficiente mental e a inclusão, discurso este presente na contemporaneidade? O que se espera do e para o deficiente mental? Qual o lugar do deficiente mental nos laços sociais que se estabelecem nestas instituições? Essas são as perguntas que nortearam a realização desta pesquisa.

Diante desses questionamentos, a nossa pesquisa tem como objetivo geral fazer uma análise crítica dos tratamentos oferecidos aos deficientes mentais nas instituições especializadas, a partir das formulações da psicanálise lacaniana. Para alcançar tal objetivo, traçamos alguns objetivos específicos:

- Discorrer sobre as formas de tratamento oferecidas ao deficiente mental desde que a ciência moderna se interessou pela deficiência mental;
- Apresentar a concepção de deficiência mental e de tratamento encontrados nos campos epistemológicos de maior destaque na contemporaneidade;
- Apresentar as especificidades das instituições especializadas, contextualizando as formas de tratamento oferecidas por estas instituições aos deficientes mentais;
- Investigar as especificidades do tratamento oferecido aos deficientes mentais na contemporaneidade através de uma pesquisa de campo em instituições especializadas localizadas na região do Vale do Aço, Minas Gerais;

- Analisar de forma crítica os tratamentos oferecidos nas instituições especializadas ao deficiente mental a partir dos resultados da pesquisa de campo, tomando a psicanálise lacaniana como fundamentação teórica para a análise.

Estes objetivos nortearam a divisão dos 5 capítulos dessa pesquisa.

No primeiro capítulo, mostraremos a diversidade de concepções que foram construídas desde que a deficiência mental se tornou um enigma para religiosos e filósofos e, mais tarde, para os cientistas. Apresentaremos, ainda nesse capítulo, os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais, principalmente após o interesse da ciência moderna. Por último, apresentaremos algumas pesquisas recentes que discorrem e discutem sobre o tratamento do deficiente mental em instituições, sob diferentes aspectos.

No segundo capítulo, discorreremos sobre alguns campos epistemológicos que são utilizados como fundamentação teórica para o tratamento do deficiente mental nos últimos anos. Entre as abordagens teóricas da psicologia que serão apresentadas, destacaremos as formulações da Psicometria, do Behaviorismo, de Vygotsky, de Reuven Feuerstein e da Psicologia Cognitiva. Apresentaremos em um tópico separado as formulações das Neurociências por sua influência na Psicologia. Por fim, apresentaremos as formulações da Associação Americana de Retardo Mental, pelo reconhecimento social que ela tem no mundo e pela influência que exercem atualmente no planejamento dos tratamentos e intervenções de algumas instituições especializadas na deficiência mental do Brasil.

No terceiro capítulo, falaremos sobre a definição e as funções das instituições de um modo geral. Discorreremos sobre a história das instituições especializadas na deficiência mental no Brasil, o modo como elas estão organizadas hoje, os tratamentos que comumente oferecem aos deficientes mentais e também sobre suas funções.

No quarto capítulo, apresentaremos a deficiência mental tal como os psicanalistas lacanianos a compreendem, começando pelas referências do próprio Jacques Lacan, encontradas em seus Seminários. Apresentaremos algumas considerações sobre as instituições especializadas a partir das formulações teóricas propostas pela psicanálise lacaniana. Posteriormente, essas considerações servirão como referências para a análise e a discussão dos resultados encontrados com a

pesquisa de campo. Empregaremos, em especial nesse capítulo, o termo debilidade mental para manter a mesma referência utilizada pela psicanálise lacaniana.

No quinto e último capítulo de nossa pesquisa, apresentaremos uma pesquisa de campo realizada em duas instituições especializadas localizadas na região leste do Estado de Minas Gerais. A partir dessa pesquisa, analisaremos os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais por essas instituições, tendo como suporte as formulações teóricas apresentadas nos capítulos anteriores.

Capítulo 1

Um recorte histórico sobre a deficiência mental: as concepções, o tratamento e as instituições

“Quando a encontrei pela primeira vez – desajeitada, desengonçada, atrapalhadíssima – eu a vi meramente, ou inteiramente, como uma perda, uma criatura arruinada cujos problemas neurológicos eu podia detectar e dissecar com precisão: uma infinidade de apraxias e agnosias, um amontoado de danos e esgotamentos sensório-motores, limitações dos esquemas e conceitos intelectuais, semelhantes (pelos critérios de Piaget) às de uma criança de oito anos. Uma infeliz, pensei comigo, talvez com uma habilidade única, uma aberração, um inesperado dom, o da fala; um simples mosaico de funções corticais superiores, esquemas piagetianos – a maioria deles prejudicada”.

Oliver Sacks, 1997, p.200.

1.1. As concepções da deficiência mental até o século XX

As concepções sobre as deficiências, de um modo geral, estiveram ligadas ao misticismo e ao ocultismo até o século XVII. As deficiências, física, sensorial e mental, foram concebidas ao longo da Idade Média como um fenômeno metafísico e espiritual – concepção fortemente influenciada pela Igreja.

O filósofo Santo Tomás de Aquino (1227-1274) dizia que as crianças idiotas vinham ao mundo para expiar as faltas daqueles que as precederam. Ele diferenciava o imbecil do idiota tomando a razão como referência e dizia que *“a imbecilidade é uma perda de fineza do espírito e uma fraqueza da inteligência. O idiota perdeu a possibilidade de julgar; o imbecil a conservou, nele ela está simplesmente embotada”* (SANTO TOMÁS DE AQUINO, apud MISÈS, 1977, p.15).

Havia na Idade Média atitudes ambivalentes em relação aos deficientes mentais; ora eles representavam a presença do demônio e se desejava sua morte, ora eram vistos como obra da presença de Deus e se tinha piedade deles. Na Inquisição, por exemplo, foi atribuído à feitiçaria o poder de fazer nascer crianças idiotas.

Os chamados deficientes mentais também serviram para a diversão dos nobres, encarnando a função de “bobos da corte”, sendo comumente encontrados nos palácios e nos castelos e, até mesmo, nas feiras medievais.

O período do Renascimento se consolida com a prevalência da racionalidade, da dignidade do ser humano, com a busca pelo rigor científico e com o ideal humanista. É nesse clima que a condição de deficiente mental passa a ser vista de outro modo; a dimensão humana lhe é então reconhecida e Montaigne (1533-1592) dá-lhes o direito à cidadania.

Contudo, ainda nessa época, é possível encontrar posicionamentos radicais típicos da Idade Média, como o de Martinho Lutero (1483-1546), que considerava o deficiente mental uma massa de carne sem alma, da qual o demônio se apoderava:

Há oito anos vivia em Dessau um ser que eu, Martinho Lutero, vi e contra o qual lutei. Há doze anos, possuía vista e todos os outros sentidos, de forma que se podia tomar por uma criança normal. Mas ele não fazia outra coisa senão comer, tanto como quatro camponeses na ceifa. Comia e defecava, babava-se, e quando se lhe tocava, gritava. Quando as coisas não corriam como queria, chorava. Então, eu disse ao príncipe de Anhalt: se eu fosse o

príncipe, levaria essa criança ao Moldau que corre perto de Dessau e a afogaria. Mas o príncipe de Anhalt e o príncipe de Saxe, que se achava presente, recusaram seguir o meu conselho. Então eu disse: pois bem, os cristãos farão orações divinas na igreja, a fim de que Nosso Senhor expulse o demônio. Isso se fez diariamente em Dessau, e o ser sobrenatural morreu nesse mesmo ano (LUTERO *apud* PESSOTTI, 1984, p.12).

O Renascimento abriu o caminho para a investigação científica da deficiência mental que faltava até então. Stanislau Krynsky (1969) referiu-se à obra *Opera Omnia*, do médico e alquimista Paracelso (1492-1541), como a primeira descrição da deficiência mental que pode ser considerada como científica. Já no fim da Idade Moderna é publicado o livro “*Traité du goître et du crétinisme*”, do francês François-Emmanuel Fodéré (1764-1835), considerado como o primeiro livro importante sobre a questão. Porém, foi só a partir do século XIX que, verdadeiramente, efetivou-se o estudo científico da deficiência mental.

O estudo da deficiência mental teve um importante papel no desenvolvimento da medicina e dos procedimentos de investigação. Surgiram na educação os métodos pedagógicos voltados à educação dos deficientes mentais, contribuições vindas dos estudos dos médicos franceses Jean-Marc Gaspard Itard (1774-1838) e Édouard Séguin (1812-1880).

Até a metade do século XIX, a deficiência mental ainda era confundida com a loucura ou como uma forma de alienação mental. Phillipe Pinel (1745-1826) no “*Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*”, de 1801, isola a categoria idiotismo como sendo a última e mais comprometida das quatro formas mórbidas de “alienação mental”. Pinel a compreendia como sendo a “*abolição total das funções da compreensão*”, considerando-a uma patologia inata ou adquirida. Ana Lydia Santiago (2005) aponta que essa definição de idiotismo é o ponto de partida para a construção da noção de deficiência mental.

Já no início da Idade Contemporânea, em 1818, o discípulo de Pinel Jean-Étienne Esquirol (1772-1840) substitui o termo Idiotismo por Idiotia. Esquirol definiu como idiota aquele que apresenta um déficit cognitivo de origem orgânica e incurável. Nunes Filho (1996) afirma que também veio de Esquirol a distinção entre demência e deficiência mental.

Segundo Clóvis de Faria Alvim (1958), Séguin e Félix Voisin (1794-1872), entre os anos de 1843 e 1846, classificaram duas modalidades de idiotia: as superficiais e as profundas. As idiotias superficiais tinham como causa uma lesão ou

uma deficiência no sistema nervoso periférico e seriam passíveis de cura ou de melhoria com a educação sensorial. Já as idiotias profundas eram causadas por lesão ou deficiências no sistema nervoso central e eram incuráveis.

Séguin foi acusado de negligenciar o déficit instrumental, pois ele só via as insuficiências educativas.

Ao longo do século XIX, os conhecimentos de fisiologia e de patologia infantis evoluem, mas o estudo da etiologia da deficiência mental ainda se confundia muito com o da psiquiatria geral. A deficiência mental foi considerada por alguns como uma variedade de loucura. Segundo René Zazzo (1969), entre os autores dessa época persistiu por muito tempo a confusão “*entre o atraso mental e certos estados de obtusão, de embrutecimento e até mesmo de catatonia de natureza puramente psiquiátricas*” (ZAZZO, 1969, p.10-11).

Bénédict Augustin Morel (1809-1873) foi o primeiro a apresentar uma concepção de deficiência mental diferente daquela de atraso profundo. Morel formulou a teoria da degenerescência ao estudar as conseqüências do trabalho em minas e fábricas inglesas do século XIX. Degenerescência significa um estado de debilidade física, moral e intelectual encontrado em algumas crianças trabalhadoras dessas minas e fábricas, ou filhas de operários. Ele acreditava que o estado de insuficiência mental podia ter duas causas: pais doentes ou alcoólatras ou condições de trabalho precoces e precárias, ou ainda o baixo nível de vida.

Em 1869, Desiré Magloire Bournville (1840-1909), neurologista francês, tenta realizar o estudo anatômico da deficiência mental, seguindo os estudos iniciados por Séguin. Através desses estudos, e juntamente com o dermatologista inglês John James Pringle (1855-1922), descobre uma nova patologia a qual chamou de esclerose tuberosa. Um dos sintomas dessa patologia é a deficiência mental.

De 1880 a 1895, Valentin Magnan (1835-1916) descreve o grupo das “*loucuras dos hereditários degenerados*”, grupo no qual se encontra a classe dos “*débeis mentais*”. Ele dá a essa classe a característica de “Desequilíbrio mental”; Santiago (2005) dá o sentido deste desequilíbrio dizendo que “*o débil recebe o estigma de um ser desprovido de atributos morais – retardo intelectual, retardo afetivo e inadaptação social –, ou físicos – atrofia, hipertrofia ou distrofia*” (SANTIAGO, 2005, p.52).

O psiquiatra alemão Émil Kraepelin (1856-1926), em 1899, inclui a deficiência mental no grupo das psicoses degenerativas e a concebe como uma classe caracterizada por uma “parada do desenvolvimento psíquico”. Segundo Santiago (2005), para Kraepelin a deficiência mental é uma anomalia congênita, que determina a interrupção das atividades mentais e intelectuais.

No final do século XIX, a abordagem psiquiátrica promove uma reorientação das doenças mentais. Se Magnan e Kraepelin apresentam uma visão deficitária e irreversível da deficiência mental, os psiquiatras Séguin e Voisin, ao contrário, adotaram uma posição mais positiva da “idiotia adquirida” ao acreditar na possibilidade de sua cura. Também foi nessa época, 1899, que surgiram na França os primeiros ensaios de medida do desenvolvimento da inteligência de Alfred Binet (1857-1911).

1.2. Os discursos científicos sobre a concepção de deficiência mental do início do século XX até a década de 70

As primeiras décadas do século XX são marcadas pela continuidade das investigações sobre a etiologia da deficiência mental. O estudo da etiologia, realizado pelos autores do começo desse século, varia entre a forma hereditária ou adquirida até a influência do ambiente ou da relação com o outro (perspectiva psicanalítica). Contudo, continua não existindo um consenso conceitual em torno da deficiência mental.

Apresentaremos a seguir algumas concepções de deficiência mental encontradas do início do século XX até a década de 70, tomando como referência a investigação sobre o assunto apresentada por Louis Not no primeiro capítulo de seu livro “Educação de deficientes mentais”, publicado em 1973. Not é professor de psicopedagogia no Centro de Formação de Professores do Ensino Especial de Toulouse.

Após discorrermos sobre essas concepções, passaremos para a história dos primeiros tratamentos de cunho científicos relativos aos deficientes mentais.

1.2.1. A deficiência mental a partir de Alfred Binet

A deficiência mental foi definida em termos psicométricos a partir do trabalho de Alfred Binet, logo no começo do século XX, através da criação de uma escala métrica de inteligência.

Há uma aproximação entre a noção de Quociente Intelectual (QI) e a noção de Idade Mental (IM), que interpreta a inteligência do deficiente mental comparado-a a de uma criança normal mais jovem. Binet chegou a criticar essa correlação, dizendo que a noção de IM não autoriza nenhuma assimilação entre o sujeito deficiente mental e a criança mais nova de mesmo nível.

Para a pedagogia, segundo Zazzo, a noção de QI exprime um ritmo de desenvolvimento e, nesse sentido, ela seria preditiva do desenvolvimento. Not (1973) dá o sentido da idéia de Zazzo:

Um Q.I. de 50 significa que esse ritmo não passa da metade do ritmo normal, quer dizer, que não apenas o sujeito levou duas vezes mais tempo que o sujeito normal para atingir seu nível atual (o que é mostrado pela comparação Idade Mental/Idade Real), mas principalmente que levará, segundo todas as probabilidades, duas vezes mais tempo que o outro para passar de seu nível atual a um nível superior que se possa visar [...] (NOT, 1973, p. 21).

Os estudos de psicometria até a metade do século XX previam que o desenvolvimento intelectual se concluiria por volta dos dezesseis anos. A partir daí não haveria mais nenhuma reorganização das estruturas mentais. No caso dos deficientes mentais, seria fundamental organizar um método que se adaptasse ao seu nível e ritmo de desenvolvimento.

1.2.2. A noção da deficiência mental enquanto incompetência social

A deficiência mental caracterizada como incompetência social foi introduzida pelos psicólogos franceses Stanley D. Porteus e Edgar A. Doll, após a Segunda Guerra Mundial.

Porteus, segundo Not (1973), definiu o deficiente mental como um *“indivíduo que, devido a uma insuficiência mental ou a uma perturbação sensorial, não pode chegar a vencer certas dificuldades e a prover sua existência na medida em que a vida social comporta”* (PORTEUS, apud NOT, 1973, p. 23).

Zazzo discordou dessa definição dizendo que o poder de adaptação varia de acordo com o meio social em que o indivíduo vive, de sua personalidade e de suas possibilidades intelectuais. Essa noção vai ao encontro à vertente pedagógica cujo alvo da educação do deficiente mental seria atingir ao máximo a sua autonomia.

1.2.3. A noção de viscosidade genética de Bärbel Inhelder

A psicóloga suíça Bärbel Inhelder começou a estudar os processos de raciocínio das crianças deficientes mentais em sua cidade natal Saint Gall, após o término do Doutorado na Universidade de Genebra. Seu trabalho é fortemente influenciado pelas idéias de Jean Piaget, com quem pesquisou e escreveu nove livros.

Segundo Not, a deficiência mental foi definida por Inhelder como sendo *“um nível intermediário, caracterizado por uma construção operatória inacabada, já que limitada às operações concretas”* (NOT, 1973, p.26). Essa noção foi trabalhada por ela a partir dos estudos sobre a inteligência de Jean Piaget.

Segundo Hermel (2006), Inhelder se preocupava muito mais com o diagnóstico da deficiência mental que com sua etiologia; ela considera que o nível das operações concretas está acessível ao deficiente, porém sem chegar a atingir o nível das operações formais. O diagnóstico de deficiência mental era dado às crianças que apresentavam o desenvolvimento tardio das teorias de conservação. Já as crianças que foram socialmente privadas, essas eram identificadas com uma pseudodeficiência.

Inhelder usa o conceito de viscosidade genética para explicar a deficiência mental. Há uma lentificação no desenvolvimento do deficiente mental e essa lentificação tem como consequência uma viscosidade em seu raciocínio.

[...] as conclusões empírico-teóricas de Inhelder apontaram, primeiro, para o progresso intelectual mais lento dos sujeitos com deficiência mental, e, segundo, para a restrição evolutiva dos mesmos, ou seja, adquiririam no máximo uma capacidade cognitiva operatória concreta. Conceitos básicos para tal interpretação eram os conceitos de oclusão operatória (interrupção do crescimento intelectual) e viscosidade cognitiva (enrijecimento gradual da capacidade cognitiva). (BEYER, 2006)

Os estudos de B. Inhelder mostram que o deficiente é capaz de atuar logicamente e mesmo raciocinar, porém chega mais tarde a ele.

1.2.4. Deficiência nos diversos níveis da atividade intelectual

Em 1965, Adolf Busemann apresentou a inteligência humana constituída como uma estrutura composta por três camadas:

- a) Uma camada fundamental, que corresponderia às aptidões subumanas análogas às da inteligência animal;
- b) Uma camada dos conteúdos sensoriais (afetividade e sensibilibidades) e a dos objetos, dos signos da linguagem e das pessoas e,
- c) Uma camada mais recente, que corresponderia à cultura.

Uma superabundância ou deficiência na atividade das camadas inferiores perturbaria a atividade das camadas superiores, em contrapartida, uma insuficiência de atividades das camadas superiores facilita a das camadas inferiores, em vez de reduzi-las.

É a partir dessa teoria da inteligência que ele explica a debilidade mental. Há na debilidade mental a predominância da camada fundamental e sua conseqüência prática é a ocupação privilegiada do adestramento na educação do deficiente mental.

1.2.5. A noção de inércia oligofrênica

A noção de inércia oligofrênica foi desenvolvida pelo psicólogo soviético A. R. Luria. Para Luria, as crianças com deficiência mental apresentam reações mais lentas, mais inertes e mais viscosas.

A causa dessa lentidão viria da alteração da atividade cerebral, sob a forma de inibição patológica (e que poderia ser evidenciada no EEG). Luria estudou os fatores fisiológicos presentes na lentidão das ações nos deficientes.

1.2.6. A noção de heterocronia do desenvolvimento

Esta noção é baseada nas idéias do psicólogo francês René Zazzo, discípulo de Henri Wallon. Zazzo apresenta a heterocronia como uma estrutura e não apenas como uma variação de velocidade.

A heterocronia do desenvolvimento se realizaria no deficiente mental a diferentes velocidades, de acordo com os setores da vida comum considerados. Para Zazzo há uma diferença no ritmo entre o desenvolvimento mental e o desenvolvimento físico no deficiente mental. Ele ainda coloca que *“todas as heterocronias constatadas (...) explicam-se pela heterocronia fundamental entre o crescimento físico e o crescimento mental, entre o desenvolvimento somático e o desenvolvimento mental”* (ZAZZO, apud NOT, 1973 p.32).

Nessa noção, a idéia de idade mental é considerada: quanto maior for a diferença entre a idade cronológica e a idade mental, mais profunda será a deficiência mental. A atuação pedagógica teria como objetivo reduzir a deficiência atacando os déficits do deficiente mental com atividades voltadas diretamente a ele.

1.2.7. A deficiência como perturbação da relação com o Outro e com o mundo

Alguns psicólogos correlacionaram certos aspectos da relação da criança com os pais, principalmente com a mãe, com a instalação de quadros de deficiência mental ou de dificuldades escolares. Entre esses psicólogos, podemos citar os trabalhos: de René Spitz que, em 1945, relacionou a diminuição do QI em crianças separadas precocemente das mães; os de Aubry e Roudinesco, que estudaram as perturbações principalmente no plano intelectual que aparecem em crianças privadas de cuidados maternos; os de Bowlby, que também mostrou a relação entre problemas de carácter e conduta em indivíduos privados, mesmo que parcial, do afeto materno e, finalmente, os de Maud Mannoni (1964) que, a partir dos conceitos psicanalíticos lacanianos, mostrou a dependência da criança retardada em relação à mãe e vive-versa.

Ainda no campo da estruturação psíquica da subjetividade, o psiquiatra e psicanalista francês Roger Misès apontou a existência de uma organização psicótica do Ego nos sujeitos débeis e a psicanalista Françoise Dolto a idéia de uma pseudodebilidade (EY, 1985).

1.3. Os primeiros tratamentos do deficiente mental de cunho científico

1.3.1. Édouard Séguin

A obra mais antiga sobre o tratamento do deficiente mental que conseguimos localizar foi o livro *“Traitement moral, hygiène et education des idiots”*, publicado em 1846 pelo psiquiatra francês Édouard Séguin (1812-1880).

Séguin, estudioso das idéias de Jean Etienne Esquirol e do médico francês Jean-Marc-Gaspard Itard (1774-1838), direcionou boa parte de suas pesquisas e atuação médica para a educação dos idiotas – termo utilizado no começo do século XIX para nomear os deficientes mentais. Seus estudos e atuação aconteceram em

um momento da história da medicina em que iniciava-se a diferenciação entre a alienação e a idiotia, ao mesmo tempo em que consolidava-se um novo campo de atuação da psiquiatria, a pedopsiquiatria – ou psiquiatria da criança e do adolescente.

O livro *Traitement moral* é uma referência para o tratamento dos deficientes mentais. Trata-se de uma obra grande e bem complexa em que o autor aponta a educação como solução para o problema da idiotia. Séguin o dividiu em cinco partes: uma parte sobre a idiotia, uma sobre a higiene, duas sobre a educação (que foi dividida em método e prática de intervenção educacional) e uma sobre o tratamento moral dos idiotas. A partir desta organização, ele trabalhou com quatro perspectivas: 1) reflexões sobre a idiotia, 2) observações sobre a idiotia provenientes da sua prática, 3) o tratamento considerado mais eficaz para os idiotas (o tratamento moral, higiênico e educacional) e, enfim, 4) os fundamentos teóricos que possam ser abstraídos de suas observações.

Neste trabalho, Séguin (1846) sistematizou um método educativo e moral para tratar os deficientes mentais (ainda tinha como base a idéia de tratamento moral proposta por Phillipe Pinel). Ele acreditava que a idiotia só poderia ser tratada se fossem vistas em conjunto a higiene, a fisiologia, a educação e a moral.

Quanto aos tratamentos médicos de sua época destinados ao deficiente mental, Seguin não acreditava em sua eficácia. Dizia que um remédio poderia tratar, mas não curar a idiotia. Não via razão para a aplicação de métodos dolorosos como os que eram utilizados, tal como a aplicação de sanguessugas para limpeza do sangue. Apenas em certos casos, ele concordava com o recurso médico:

[...] o único momento em que a intervenção médica possa ser útil, é quando a idiotia manifesta-se com sintomas agudos pouco depois do nascimento e no início da imbecilidade. Então, se há realmente uma doença, um estado patológico agudo, uma medicação vigorosa e hábil pode opor um potente derivado. (SEGUIN, 1846, p.639, tradução nossa).

Frente ao tratamento médico, Séguin (1846) só via a possibilidade de resultados positivos junto aos deficientes mentais com a aplicação do tratamento moral. Nas palavras do autor, o tratamento moral

(...) consiste no emprego de certos recursos para desenvolver e regularizar a atividade, a inteligência e as paixões do idiota. É que, com efeito, desde o primeiro dia até o último, desde o exercício mais simples até o mais

complicado e o mais abstrato, desde a medida higiênica mais fácil de se observar até a prescrição que mais submete ou a mais penosa; a todo o momento, todos os atos do professor, todas as palavras, todos os gestos, todas as manifestações ativas do seu ser e de sua vontade moral devem tender a corroborar com o método de que se trata de fazer prevalecer às possibilidades lógicas sobre as tendências instintivas e negativas do assunto. Sem o tratamento moral, a higiene é supérflua; tirem o tratamento moral, a educação é non-sens, e qualquer progresso se torna, no momento, impossível. (SÉGUIN, 1846, p.642, tradução nossa).

Aliado ao tratamento moral, Séguin propôs um conjunto de técnicas educativas baseadas na fisiologia. Mais precisamente, isso significava que ele entendia que o sistema nervoso dos deficientes mentais *“podia ser reeducado pelo treinamento motor e sensorial”* (DUNN, 1971 apud, MAZZOLLA, 2005, p.21). Talvez o que diferenciava o seu método do tratamento moral proposto por Pinel era essa compreensão fisiológica para a proposição de um tratamento.

Èdouard Séguin fundou o primeiro internato público da França para as pessoas com deficiência mental grave (DUNN, 1971, p.107-8, apud MAZZOLLA, 2005, p. 21). Suas idéias também inspiraram a abertura de escolas para os deficientes mentais nos Estados Unidos.

Os estudos empreendidos por Séguin e os métodos que a partir deles foram sistematizados, tornaram o trabalho deste médico francês um marco importante no tratamento dos deficientes mentais, influenciando particularmente os estudos e a atuação da médica italiana Maria Montessori.

1.3.2. Os estudos científicos sobre o tratamento do deficiente mental produzidos no Brasil de 1900 até 1970

Antes de apresentar os primeiros estudos científicos sobre o tratamento do deficiente mental no Brasil, vamos discorrer sobre algumas idéias de Maria Montessori, para marcar a passagem dos trabalhos de Èdouard Séguin aos trabalhos brasileiros.

Maria Montessori, ao observar crianças com deficiências e influenciada pelos estudos desenvolvidos por Séguin, sistematizou o seu método educativo: a educação sensorial. *“Eu tive a intuição de que a questão dos deficientes era mais de natureza pedagógica do que médica”* (MONTESSORI, s/d apud PEREGRINO, 2007,

p.7), disse a educadora italiana. Além da observação, Montessori utilizava como metodologia de investigação a experimentação.

Segundo Peregrino (2007), Montessori partia do princípio de que a criança aprendia a partir do que seus sentidos captavam dos estímulos disponíveis no ambiente e nas relações com as pessoas. Tinha como propósito construir “*uma pedagogia centrada no estudo da individualidade*” do aluno, ao mesmo tempo em que ela estava preocupada com a formação da personalidade da criança e do adolescente, sem perder de vista as relações destes com as pessoas.

Podemos apresentar agora o que encontramos sobre o tratamento do deficiente mental no Brasil, pois entendemos que tanto as idéias de Édouard Séguin como as de Maria Montessori influenciaram os primeiros estudos científicos brasileiros sobre o tema abordado em nossa pesquisa.

Os primeiros estudos sobre a deficiência mental realizados no Brasil surgiram no começo do século XX. Alguns autores (ALVIM, 1958; KRYNSKI, 1969) identificaram a monografia “*Da educação e tratamento médico pedagógico dos idiotas*” de 1900, do médico Carlos Eiras, como o primeiro trabalho científico sobre a deficiência mental no Brasil. Esta monografia foi apresentada no 4º Congresso de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro. Deste trabalho, destacamos a idéia do autor sobre os idiotas:

[...] seres degradados, possuidores de maus instintos, e que por impulsão ou sugestão de terceiros cometem diariamente diversos delitos ou mesmo nefandos crimes. (EIRAS, 1901, p.209, apud MÜLLER, 2005, p. 5).

[...] Por suas tendências malévolas, por falta de corretivo da moral que não possuem, são o terror das famílias a que pertencem e de todos que deles se aproximam. Abandonados, pois esses desgraçados, sofre a sociedade as conseqüências de sua criminosa inércia, com o aumento da miséria, dos vícios e das despesas (EIRAS, 1901, p.210, apud MÜLLER, 2005, p. 4).

O tratamento visava o controle dos idiotas através da educação, pois, segundo o autor, eles representavam um perigo para a sociedade e uma possível despesa do Estado com polícia, justiça e prisão – já que o que se poderia esperar de um idiota não-tratado era a criminalidade.

Poucos anos depois, em 1913, foi publicada a obra “*Tratamento e educação das crianças anormais de inteligência*”³, de Basílio de Magalhães.

³ Este trabalho não foi encontrado.

Em 1929, a educadora e psicóloga russa Helena Antipoff (1892-1974) chegou ao Brasil para trabalhar na recém-criada Escola de Aperfeiçoamento⁴ de Belo Horizonte, a convite do Governo do Estado de Minas Gerais. Sua atuação marcou consideravelmente o campo do tratamento, da educação e da institucionalização das pessoas com deficiência mental no Brasil.

O uso dos testes de inteligência em crianças das escolas primárias foi introduzido por Helena Antipoff e suas alunas, amparado pelas pesquisas que elas realizavam sobre o desenvolvimento mental das crianças mineiras. Os resultados dessas pesquisas levaram-na a propor a organização homogênea das classes; os alunos passariam a ser agrupados de acordo com o nível de inteligência encontrado nos testes.

É nessa época que Helena Antipoff introduz o termo “excepcional” no lugar do termo “retardado”, introduzido por Alfred Binet, para designar as crianças que apresentavam o nível de inteligência abaixo da média encontrado em um teste de inteligência.

É importante ressaltar que a escolha desse termo pela psicóloga russa é resultado de suas pesquisas que correlacionavam o meio socioeconômico e o desenvolvimento mental – pesquisas baseadas na experiência vivida com as crianças abandonadas na Rússia. Compreendemos que essas pesquisas levaram Helena Antipoff a acreditar que em algumas crianças o desenvolvimento mental poderia apresentar-se prejudicado pelo fato delas estarem expostas a uma situação socioeconômica desfavorecida.

Para minimizar tal situação, Helena Antipoff sugeria a adoção de um programa de “ortopedia mental”, aplicado às crianças excepcionais, encaminhadas para as salas especiais da escola regular (salas à parte das demais justamente por receber os alunos com dificuldades de aprendizagem). Estes programas tinham como objetivo oferecer às crianças excepcionais as mesmas oportunidades que favoreciam o desenvolvimento mental das crianças sem deficiência. Ela acreditava que a aplicação de medidas psicopedagógicas adequadas poderia reverter a dificuldade de ordem cognitiva apresentada pela criança. Nas palavras de Helena, citadas por Campos (2002):

⁴ De acordo com Campos (2002), a Escola de Aperfeiçoamento, talvez a primeira instituição de ensino superior na área da educação do Brasil, tinha como objetivo “*contribuir para a implantação da Reforma de Ensino iniciada por Francisco Campos em 1927*” (CAMPOS, 2002, p. 21). Helena Antipoff trouxe a contribuição da psicologia experimental para a formação dos educadores.

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 é capaz de assimilar com grande rapidez e eficácia os produtos da cultura intelectual (ANTIPOFF, H.; CUNHA, 1932, p. 16-17, apud CAMPOS, 2002, p.22).

Essas crianças foram classificadas por Helena Antipoff como excepcionais sociais, pois acreditava que as condições sociais as quais elas estavam expostas levavam-nas a uma dificuldade mental. Ela ainda identificou os excepcionais orgânicos, ou seja, as crianças cuja dificuldade mental era de origem orgânica e/ou hereditária.

Pelos trabalhos realizados nas escolas públicas de Belo Horizonte e pelas dificuldades encontradas na implantação dos programas sugeridos por ela nestas escolas, Helena Antipoff viu a necessidade da criação de uma instituição que atendesse especificamente as crianças excepcionais. Ela cria então em 1932 a Sociedade Pestalozzi de Belo Horizonte, “*com o objetivo de promover o cuidado das crianças excepcionais e assessorar as professoras de classes especiais dos grupos escolares*” (CAMPOS, 2002, p. 24). Mais tarde, na década de 50, ela organiza outras formas de atendimento dos deficientes mentais na Fazenda do Rosário, localizada na cidade de Ibirité, próxima a Belo Horizonte.

De acordo com o seu texto “*A função social da assistência às crianças excepcionais*”, de 1946, Helena Antipoff acreditava ser necessário o atendimento dos casos mais graves de excepcionalidade ou desajustamento em instituições de sistema de internato, pois, além desses casos se tornarem um peso para seus familiares, poderiam também vir a prejudicar o desenvolvimento das crianças normais. Deixaremos para discorrer um pouco mais no capítulo 3 as idéias de Helena Antipoff sobre o tratamento do deficiente mental em instituições.

Após a metade do século XX, surgem dois trabalhos científicos produzidos por psiquiatras que irão se tornar referências nesta época. O primeiro é a tese “*Introdução ao estudo da deficiência mental (oligofrenias)*”, de Clóvis de Faria Alvim, publicada em 1958 em Minas Gerais. O outro é o livro “*Deficiência Mental*”, publicado por Stanislaw Krynski, juntamente com colaboradores de diferentes campos de conhecimento, em 1969.

Alvim (1958) fez um estudo abrangente sobre a deficiência mental. O autor define a deficiência mental como *“um grupo heterogêneo de perturbações no desenvolvimento da personalidade, que conduzem em última análise à deficiência mental e à incapacidade de adaptação social”* (ALVIM, 1958, p. 13), classificando-a em três graus: idiotia, imbecilidade e debilidade mental.

O autor reservou um capítulo para falar da organização assistencial oferecida aos deficientes mentais no Brasil na década de 50. Destacamos em especial a assistência dada através das instituições. Alvim (1958) apresentou três tipos de instituições recomendadas pelos trabalhos desenvolvidos no 1º Seminário Sobre Crianças Excepcionais, realizado em 1951 no Rio de Janeiro: as classes anexas aos grupos escolares, as escolas especiais e os institutos especializados. Apresentaremos apenas este último, por fazer parte do nosso interesse.

De acordo com as formulações propostas no evento citado acima, os institutos especializados poderiam receber as crianças excepcionais de todos os graus de dificuldade em sistema de internato, semi-internato ou externato. A melhor localização seria na zona rural e lá seriam desenvolvidos tanto as atividades escolares quanto trabalhos domésticos, agrícolas e artesanais. Este era o modelo de tratamento proposto por Helena Antipoff na Fazenda do Rosário.

Alvim (1958) também apresenta um outro modelo de instituição para atender os deficientes mentais. São as instituições criadas muito parecidas com um lar, em que são mantidas as condições da vida familiar. Nelas as crianças excepcionais – que não podem estar com seus pais verdadeiros – passam a conviver com “pais e irmãos simbólicos”, realizam as atividades domésticas e freqüentam as classes de ensino ou as oficinas. Estas instituições são o que hoje é chamado de Casas-lares.

A obra do psiquiatra Stanislaw Kryncki (1969) também é extensa e aborda vários aspectos da deficiência mental. O objetivo dele neste livro é apresentar as elaborações sobre a deficiência mental à comunidade científica e à sociedade geral, pois segundo o autor o Brasil desta época não dispunha de muitos materiais científicos sobre o tema.

Encontramos nesta obra uma noção clínica da deficiência mental, colocada pelo autor nos seguintes termos: *“Não se tratando de uma moléstia única, mas sim de um complexo conjunto de síndromes das mais variadas etiologias e quadros clínicos diferentes cujo único denominador comum é a insuficiência intelectual [...]”* (KRYNSKI, 1969, p. 1). Em função de a deficiência mental ser o resultado de

variadas etiologias, Krynski (1969) ainda acrescenta que “*o problema da deficiência mental envolve uma gama enorme de aspectos os mais diversos, desde o seu pólo biológico médico, até problemas sociais, de legislação, trabalho, previdência social, etc (...)*” (KRYNSKI, 1969, p. 1).

Coerente com sua noção de deficiência mental, Krynski (1969) apresentou um esquema com as intervenções direcionadas aos deficientes mentais desta época, o qual ele nomeou de “Assistência contínua”. A assistência contínua consistia no planejamento geral da vida do deficiente e também, em certos casos, de sua família a partir da intervenção de vários especialistas da área médica, social, psicológica e educacional.

O autor apresenta neste livro um quadro com a organização da Assistência Contínua e nos dá a idéia da extensão destas intervenções na vida dos deficientes mentais. Observamos nele que as intervenções, advindas de diferentes campos do conhecimento, acontecem desde o nascimento até a velhice do deficiente mental. Optamos por apresentar esse quadro conforme o encontramos na obra de Krynsky (1969):

	Lactente		Pré-escolar		Escolar	Adolescente	Adulto e velho
1. Saúde física e mental.	Trat. médico especializado – Orientação – Regras alimentares.		Enfermagem doméstica – Correção defeitos físicos – Fisioterapia.		Assist. psiquiátrica – Assist. médica e odontológica.	Psicoterapia	Assistência p/desajustes psicossociais Cuidados geriátricos.
2. Abrigo, nutrição, proteção.	Creche residencial	Serviços de ass. à infância.	Lares adotivos	Enfermagem especializada	Visitas da assist. social – Semi-internatos	Internatos Lares p/ férias.	Casas para egressos Custódias Cuidados residenciais permanentes
3. Desenvolvimento intelectual.	Estímulos sensoriais.	Ass. Domiciliar	Jardim – Escola		Classes especiais para educáveis, treináveis e limitados.	Programas de ensino e trabalho. Treinamento ocupacional. Treinamento de linguagem.	Escolas noturnas Orientação e treinamento vocacional Orientação matrimonial
4. Relacionamento social.			Estímulos sensoriais.		Educação religiosa – Parques infantis – Escotismo.	Colônia de férias Acampamentos Escotismo, natação. Oficinas pedagógicas Pensões seguro-saúde	Recreação noturna Empregos seletivos Oficinas protegidas Custódia Fundos de pensões Pensões de velhice
5. Recreação.							
6. Trabalho.							
7. Assistência econômica.							

Quadro 1: Esquema da "assistência contínua" ao deficiente mental.

Fonte: KRYNSKI, 1969, p. 3.

Entre uma intervenção e outra, podemos observar que Krynski também inclui na vida dos deficientes mentais a possibilidade de sua assistência, ou tratamento, em instituições. Assim como Alvim (1958), Krynski (1969) reservou um capítulo para tratar sobre o assunto, descrevendo a evolução no número das instituições existente até então, bem como as dificuldades dessas instituições e a participação do Estado.

O número de instituições que prestavam assistência ao deficiente mental até o ano de 1969, foi apresentado pelo autor da seguinte forma:

- 28% correspondem a instituições governamentais, que vão desde os Pavilhões de Psiquiatria Infantil em Hospitais Psiquiátricos até as classes especiais, anexas a grupos escolares;
- 72% correspondem a instituições particulares, sendo que desse total, 16% eram mantida pelas APAEs e 4% pelas Pestalozzi

Em 1960 o Governo Federal criou, no Ministério de Educação e Cultura, a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais (CADEME). Tratava-se de um órgão específico, com orçamento próprio, para o atendimento do deficiente mental. Entre suas atividades, estavam a preparação de professores e a elaboração do Plano Nacional de Combate ao Retardamento Mental. Nesta época não havia um auxílio financeiro instituído pelo Sistema Previdenciário como direito aos deficientes mentais impossibilitados de trabalhar, alguns recebiam outros não. Este era o panorama da assistência aos deficientes mentais em instituições até a década de 60 do século XX⁵.

Stanislau Krynski foi um dos fundadores da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e teve forte influência sobre o trabalho desenvolvido nas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

⁵ A CADEME foi extinta alguns anos depois e hoje temos a Secretaria de Educação Especial (SEESP), órgão ligado ao MEC. As pessoas com deficiência que as impossibilitam de trabalhar e de ter uma vida independente recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), no valor de um salário mínimo, concedido pelo Ministério da Previdência Social, através do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

1.4. Pesquisas recentes sobre o tratamento do deficiente mental em instituições

Quase 15 anos após o livro de Stanislaw Kryncki, a Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor de Minas Gerais, a FEBEM publica em 1985 o livro *“A criança deficiente mental: uma experiência de trabalho na FEBEM”*. Amira Zaidam Amaral, então diretora da extinta Escola FEBEM “Paulo Campos Guimarães”, de Belo Horizonte, relata a experiência desta instituição no tratamento de pessoas com deficiência mental. Segundo Amaral (1985) este livro é, na verdade, um manual destinado a servir como um roteiro para os educadores dessa escola.

A noção de deficiência mental encontrada no livro é a da Organização Mundial da Saúde de 1979, que se baseia na noção divulgada pela Associação Americana de Deficiência Mental:

A deficiência mental envolve dois componentes essenciais: 1º) Funcionamento intelectual, que é significativamente abaixo da média; 2º) A deficiência acentuada na capacidade de se adaptar às demandas da sociedade (OMS, 1979 apud AMARAL, 1985, p.16).

A Escola FEBEM “Paulo Campos Guimarães” funcionou no regime de internato. Fora o regime de internato, o sistema de tratamentos oferecidos por esta instituição é bem parecido com o sistema das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais. Havia nesta escola a oferta de atendimentos médico, odontológico, fisioterápico, psicológico, fonoaudiológico, terapêutico ocupacional, social e educacional.

As intervenções realizadas nesta instituição tinham como objetivo formar no deficiente mental os hábitos básicos e a aquisição de atitudes e valores. Segundo Amaral (1985), *“a ação pedagógica da E.F.P.C.G. se caracteriza pelos aspectos: educativos e terapêuticos – distintos e complementares”* (AMARAL, 1985, p.29).

Especificamente, nesta instituição o tratamento tinha como finalidade restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física ou mental dos deficientes mentais. As idéias de habilitar e reabilitar estavam presentes.

A Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor de Minas Gerais foi extinta em 1995, 10 anos após a publicação deste livro, sendo substituída pelo Programa Pró-

Vida, desenvolvido pela Secretaria de Estado do Trabalho, da Assistência Social, da Criança e do Adolescente (SETASCAD). Este programa buscou desde então inserir os deficientes mentais abandonados em Casas-lares, lar substituto, tendo como responsável uma mulher ou mãe-social⁶, como é denominada.

Alguns trabalhos científicos (dissertações e teses) marcam as pesquisas mais recentes sobre o tratamento do deficiente mental em instituições. Vamos apresentá-los em ordem cronológica, visando à compreensão de cada pesquisa no período histórico ao qual ela foi construída.

Em 1996, Maria Eloísa Fama D'Antino apresenta a dissertação *"Instituições de atendimento especializado ao aluno com deficiência mental: relação entre pais e técnicos"*, para obter o título de Mestre em Educação pela Universidade de São Paulo, USP, sob orientação de Marcos José da Silveira Mazzotta. Dois anos após a sua defesa, ela publica o livro desta dissertação com o nome *"A máscara e o rosto da instituição especializada"*, pela editora Memnon.

D'Antino (1998) toma como partida para a sua pesquisa a sua experiência como educadora em instituições educacionais de caráter assistencial-filantrópico voltadas para o atendimento dos deficientes mentais. Ela busca neste trabalho científico compreender as relações entre pais e técnicos.

Em 2001 é publicado o livro *"Se essa casa fosse nossa...: instituições e processos de imaginação na educação especial"*, pesquisa de doutorado defendida pela terapeuta ocupacional Marysia Mara Rodrigues do Prado de Carlo na Universidade de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa empírica realizada em uma instituição de São Paulo, com regime de internato, que atende principalmente adultos deficientes mentais.

Nesta pesquisa, Carlo (2001) tem como foco as condições da instituição que propiciam o surgimento dos processos imaginários nos deficientes mentais:

Ao examinar os aspectos institucionais e ao interpretar as ocorrências específicas das sessões de atividades grupais, preoquei-me com a inter-relação entre o contexto social e a constituição dos processos psíquicos (CARLO, 2001, p.13)

O objetivo desta pesquisa foi analisar as possibilidades e limites dos deficientes mentais vivenciados nas atividades realizadas no dia-a-dia da instituição.

⁶ Ver Lei Nº 7.644, de 18 de dezembro de 1987. Esta Lei dispõe sobre a Regulamentação da Atividade de Mãe Social.

O discurso do corpo administrativo e técnico sobre os deficientes mentais foi um ponto importante para tal análise e, por isso, eles foram incluídos nas entrevistas e nas observações, assim como também foi relevante para a autora os documentos institucionais.

Carlo (2001) fundamentou sua pesquisa na abordagem histórico-cultural de Lev S. Vygotsky, indo muito além do aporte teórico da terapia ocupacional.

A psicóloga Lígia Nascimento Conceição também buscou na teoria histórico-cultural de Vygotsky as referências necessárias para discutir as práticas pedagógicas comuns em algumas instituições especializadas.

Em 2004, Conceição defende na Universidade Federal da Bahia, a dissertação de mestrado "*Crianças e jovens portadores de necessidades educacionais especiais institucionalizados: Um estudo sobre as interpretações em relação às práticas sócioeducativas para a reinserção social*". Esta pesquisa foi desenvolvida em uma instituição instalada na Bahia que abriga pessoas com diferentes tipos de deficiências. Segundo a autora, a maior parte dos internos é de deficientes mentais.

O seu objetivo foi compreender as interpretações feitas por estes deficientes das práticas sócioeducativas realizadas pela instituição visando a sua reinserção social. Já metodologia de pesquisa utilizada foi etnografia⁷, tendo como método de coleta de dados a técnica das entrevistas semi-estruturadas. A base fundamental desta pesquisa foram os elementos encontrados nas narrativas dos deficientes.

Conceição (2004) buscou no sociólogo canadense Erving Goffman (1922-1982) o conceito de *Instituição Total*⁸ para compreender o processo de institucionalização pelo qual apresentava os internos desta instituição.

As conclusões da pesquisa de Conceição (2004) mostraram que há diferenças entre as finalidades para com os internos, preconizadas no documento da instituição, e o que de fato acontece a partir de sua organização. Também é fato que a organização da instituição escolhida pela pesquisadora, mantém-se semelhante aos moldes de uma instituição total, onde os internos levam uma vida fechada e administrada, em todos os seus aspectos. Os efeitos disso são percebidos através dos relatos colhidos através das entrevistas com os internos.

⁷ Etnografia é um tipo de metodologia utilizado na pesquisa qualitativa, que busca compreender a realidade humana a partir de uma perspectiva cultural.

⁸ O conceito de instituição total será trabalhado no capítulo 3.

Entre uma fala e outra, à maneira possível de cada um, as pessoas abrigadas nesta instituição marcam a relutância ao processo de institucionalização. A autora traz em suas conclusões a idéia da desinstitucionalização; ela busca a proposta vinda do campo da saúde mental em relação aos manicômios psiquiátricos e sugere a sua aplicação também nas instituições especializadas no atendimento dos deficientes.

Capítulo 2

Bases epistemológicas dos tratamentos oferecidos aos deficientes mentais na contemporaneidade

“Na vez seguinte em que a vi, tudo foi muito diferente. Não era uma situação de teste, de “avaliação” na clínica. Saí para dar uma volta – era um lindo dia de primavera –, dispondo de alguns minutos antes de começar o expediente na clínica, e então encontrei Rebecca, sentada em um banco, fitando serenamente a vegetação primaveril, com óbvio deleite. Sua postura nada tinha da falta de jeito que tanto me impressionara antes. Ali sentada, com um vestido leve, o rosto sereno e um tênue sorriso, ela subitamente me lembrou uma das moças de Tchekhov: Irene, Anya, Sonya, Nina – vista contra o pano de fundo do jardim de cerejeiras tchekhoviano. Ela poderia ser qualquer moça apreciando um belo dia de primavera. Essa foi minha visão humana, que contrastava com a neurologia”.

Oliver Sacks, 1997, p.200.

2.1. O tratamento do deficiente mental em diferentes campos epistemológicos da Psicologia

A ciência Psicologia teve uma importante participação na construção científica da definição da deficiência mental e, principalmente, na identificação e classificação do deficiente mental. Tamanha é essa importância, que Márcia Imaculada de Souza (2005) resolveu pesquisá-la e defendeu, em 2002, a dissertação de título “*Deficiência mental - o impacto da psicologia na construção de um conceito*”⁹. Quanto à psicologia, ela diz:

Desde a sua criação, a psicologia vem construindo modos de classificar, propostas de intervenção e teorias explicativas que têm como ponto de partida a diferença individual e como destino a adaptação dos indivíduos à sociedade (na relação com a educação; nas organizações, nas clínicas). A herança de sua filiação liberal não se restringe ao momento de seu nascimento. Tradicionalmente, em distintos espaços de atuação e diferentes momentos históricos, a ciência psicológica serviu à seleção dos indivíduos a partir das idéias de adequação/inadequação; normalidade/anormalidade (SOUZA, 2002).

Segundo Alfredo Fierro (2004), há atualmente na psicologia dois enfoques teóricos básicos relativos à debilidade mental:

- Um *conceito funcional* que busca compreender o funcionamento adaptativo do deficiente mental nas atividades comuns do dia-a-dia (concepção difundida pela AARM), e
- A partir da *psicologia cognitiva*, que vê a deficiência mental como um déficit no processamento da informação.

Além da Neuropsicologia e da abordagem Sócio-histórica de Vygotsky, encontramos na Psicologia outras fundamentações teóricas que serviram de base para a compreensão da deficiência mental e para a intervenção dos psicólogos junto ao deficiente mental. Temos como objetivo apresentá-las para enriquecer a discussão que faremos no último capítulo de nossa pesquisa.

⁹ Dissertação apresentada ao Mestrado em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba, UNIMEP, sob orientação de Júlio Romero Ferreira.

2.1.1. A psicometria

Desde o começo do século XX, com Alfred Binet (1857-1911), os psicólogos tomaram a inteligência como um campo próprio de pesquisa e intervenção, formalizado através da construção e aplicação dos testes de medida da inteligência. Estas medidas da inteligência foram utilizadas inicialmente para identificar os alunos com dificuldades de aprendizagem. Porém, não demorou muito para que estas dificuldades fossem associadas à deficiência mental e esta a ser tomada como um déficit cognitivo.

Os trabalhos de Alfred Binet abriram para a constituição de um novo campo de atuação dentro da psicologia: a psicometria.

A psicometria é definida então como o estudo da medida da inteligência e apresenta dois conceitos básicos: a idade mental e o quociente intelectual, ambos referidos à inteligência.

A idade mental é, segundo Fierro (2004), um conceito que se refere ao *“nível de capacidade geral que um indivíduo atingiu, em correspondência ao nível médio próprio de uma determinada idade (cronológica) para a maioria dos indivíduos”* (FIERRO, 2004, p.194). Já o quociente intelectual é o resultado de uma operação matemática, onde se divide a idade mental pela idade cronológica e se multiplica por 100.

O enfoque psicométrico utiliza como tecnologia de medida os testes padronizados, instrumento construído sob um sistema preciso e rigoroso de investigação científica. É a partir desses testes que se investiga e se mede a inteligência – ou as funções cognitivas, como preferem alguns autores. Além da precisão e da rigorosidade na aplicação destes instrumentos científicos da psicologia, a psicometria tem também caráter estatístico.

Atualmente, o enfoque psicométrico ainda serve de base para alguns psicólogos realizarem a avaliação psicológica daqueles que apresentam alguma dificuldade de aprendizagem e/ou emocional. Em alguns casos, esta avaliação identifica e legitima a deficiência mental apoiada em uma bateria de testes padronizados de medida da inteligência ou de outras funções cognitivas. É também a partir desse procedimento que muitos alunos são encaminhados para as classes ou escolas especiais, justificando a impossibilidade de sua permanência no sistema

regular de ensino. Anache (2002) chama a atenção para a semelhança de alguns psicólogos com a postura médica

“que olha o "doente" e, em alguns minutos, emite um diagnóstico e um remédio. No caso específico deste trabalho, pode-se observar que muitos psicólogos fazem diagnósticos e enviam os alunos para o ensino especial sem que tenham tido convívio com o ambiente acadêmico” (ANACHE, 2002,p.X).

Para a psicometria, um indivíduo é considerado deficiente mental quando o valor do seu quociente intelectual é menor do que 70 pontos (ver quadro 2), média geral de uma população. Quanto mais abaixo da média for o desvio, maior o grau de gravidade da deficiência mental. Essa é a classificação adotada pelo DSM-IV e pela Organização Mundial da Saúde.

Níveis de Retardo Mental	Classificação do Q.I.
Leve	QI 50-55 a aproximadamente 70
Moderado	QI 35-40 a 50-55
Severo	QI 20-25 a 35-40
Profundo	QI abaixo de 20 ou 25

Quadro 2: Classificação da deficiência mental de acordo com o DSM IV.
Fonte: DSM IV, (2002).

Quanto aos possíveis tratamentos da deficiência mental, sejam eles clínico ou educacional, os autores Anache (2002) e Alfredo Fierro (2004) criticam o enfoque psicométrico por considerá-lo limitado, já que ele não oferece indicações sobre como intervir, educar e reabilitar aqueles diagnosticados como deficientes mentais, permanecendo seu foco na identificação do problema.

2.1.2. O behaviorismo

A abordagem behaviorista, ou psicologia comportamental, também construiu algumas formulações no campo teórico e psicoterápico quanto à deficiência mental. Suas contribuições são percebidas nos estudos desenvolvidos pela Associação

Americana de Retardo Mental (AAMR) marcando, desta forma, o enfoque funcional e adaptativo presente na definição e na classificação dada à deficiência mental por essa associação.

Para o psicólogo americano Sydney W. Bijou (1966, apud Fierro, 2004), a deficiência mental é uma consequência de histórias de reforços inadequados e de discriminação; o behaviorismo se refere à deficiência mental como uma conduta atrasada.

Além disso, o enfoque dado à deficiência mental difundido pelo behaviorismo não aceita a visão inatistas e também rejeita os conceitos psicométricos. Pelo contrário, os seguidores do behaviorismo acreditam na possibilidade de complementar e enriquecer os repertórios pobres típicos nos deficientes mentais.

Para Rosana Glat (1999), que pesquisa sobre o tema da deficiência mental há alguns anos, o psicólogo deve buscar estratégias que promovam o crescimento interno, a autonomia e a independência pessoal dos deficientes mentais. Para ela, o psicólogo deve oferecer uma verdadeira “*capacitação existencial*”, em que serão desenvolvidas condutas e habilidades que facilitem a adequação dos deficientes mentais às normas sociais, aumentando as suas chances de sucesso nas interações sociais e profissionais.

Glat (1999) acredita que o psicólogo deve ensinar diretamente aos deficientes mentais os comportamentos adaptativos. Ela também esclarece que esses comportamentos podem ser aprendidos de forma indireta, pois o psicólogo pode atuar como modelo para identificação e padrão de relacionamento. Por fim, ela reforça que as técnicas de terapia comportamental são muito eficazes nos casos de deficiência mental.

As idéias de Rosana Glat encontram ressonância com o texto “Terapia comportamental e a sua aplicação em reabilitação”, de 2002, da psicóloga Maria Helena Barroqueiro. Nele, a autora apresenta os passos a seguir no processo de reabilitação, a partir do behaviorismo:

1. Definição de metas comportamentais concretas e aptidões a aperfeiçoar de forma a que possam ser atingidas,
2. A análise das situações sob as quais os comportamentos indesejados ocorrem, e as consequências positivas e negativas da alteração desses comportamentos,
3. Reforço de comportamentos que levem ao comportamento final desejado,
4. Reforço dos comportamentos desejados e não reforço de todos os comportamentos não compatíveis com a meta desejada,

5. Ajuste do plano de intervenção através da constante avaliação da performance do sujeito,
6. Aprendizagem pelo sujeito de técnicas de auto-regulação comportamental e auto-reforço (BARROQUEIRO, 2002, p. 496).

Barroqueiro (2002) conclui esse texto evidenciando que a vantagem da técnica comportamental no processo de reabilitação está em focar a modificação do comportamento, ao invés do foco na modificação dos sentimentos. O foco no comportamento permite que essa técnica possa ser aplicada às *“populações de diversas etnias, culturas, e estilos de vida, uma vez que esta terapia não é invasiva do passado e cultura do sujeito”* (BARROQUEIRO, 2002, p. 501).

Semelhante à idéia de Glat (1999), Barroqueiro (2002) também conclui que o técnico da terapia serve de mentor ao ensinar aos deficientes os comportamentos esperados, objetivando a sua autonomia e independência.

2.1.3. O enfoque sócio-histórico de Vygotsky sobre a deficiência mental

Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934) desenvolveu uma teoria sobre o funcionamento humano bem distinta das abordagens psicológicas em voga na sua época (o Pragmatismo, o Behaviorismo e a Gestalt). Vygotsky teve como cenário as questões sociais e políticas da Revolução Russa e suas formulações teóricas foram influenciadas pelas idéias de Karl Marx (materialismo histórico) e Friedrich Engels.

Para Vygotsky o homem é um ser social, constituído através da relação dialética entre o indivíduo, a sociedade e a natureza – relação essa mediada por sistemas simbólicos que envolvem os instrumentos e os signos. Ele compreende as funções psíquicas superiores¹⁰ do homem através da sua história e das suas relações sociais, colocando-se contrário às concepções positivistas e inatistas.

A teoria de Vygotsky apresenta também uma visão crítica, pois ele acreditava que o aprendizado acontece a partir da fala, da argumentação e de um posicionamento do homem frente ao objeto de conhecimento, num contexto de mediação (interação social).

¹⁰ Memória associativa, flexibilidade cognitiva, estratégia e planejamento, atenção, organização e integração de informações complexas.

Sinteticamente, essas são as bases epistemológicas que sustentaram a abordagem teórica de Vygotsky e que formalizou uma nova psicologia.

O estudo das crianças com deficiência também fez parte das pesquisas desse autor, tanto que ele escreveu os *“Fundamentos de defectología”*, em 1925. Ao compreender os processos psíquicos que ocorriam nas crianças com deficiências, Vygotsky buscou estabelecer formas de tratamento e de reabilitação para estas crianças.

De acordo com os excertos da obra *“Fundamentos de defectología”* feitos pela Professora Dóris Anita Freire Costa, Vygotsky acreditava que *“o caráter negativo de um defeito (termo utilizado por ele) age como um estímulo para o aumento do desenvolvimento e da atividade”* (COSTA, 2003, p.1).

Segundo alguns de seus leitores (FERNANDES, 1999; SILVEIRA, 2002; PINTO e GOES, 2006), Vygotsky considerava uma pessoa com deficiência apenas como diferente, e não como deficiente. Ele se recusava a olhar para o que faltava a essa pessoa, ou para aquilo que ela nunca viria a ter. Dentro destas perspectivas, Vygotsky tinha como pressuposto que *“as leis de desenvolvimento eram as mesmas para “todas” as crianças”* (Conceição, 2004, p. 40) e considerava que uma deficiência era agravada por interações insuficientes da criança com as pessoas ao seu redor e vice-versa.

Suas idéias sobre as deficiências fizeram frente ao imperativo organicista que reinava na definição da deficiência mental nas primeiras décadas do século XX, imperativo este que dava poucas chances ao deficiente frente ao determinismo de uma realidade orgânica. Vygotsky acreditava que as restrições impostas pela a sociedade causavam muito mais limitações à criança do que o déficit/defeito que ela apresentava: *“É a **realização sócio-psicológica das possibilidades** da criança que decide o destino da personalidade, **não o defeito em si**”* (COSTA, 2003, p. 2) (grifo da autora).

Sobre a deficiência mental, ele argumenta:

“Não à deficiência por si mesma, não à insuficiência por ela mesma... A criança com deficiência mental está formada não só por seus defeitos, seu organismo se reconhece como um todo. A personalidade como um todo se equilibra e se compensa com os processos de desenvolvimento da criança... É importante saber não somente que enfermidade tem uma pessoa, mas também que pessoa tem a enfermidade...” (VYGOTSKY, 1997, p. 62, apud FERNANDES, 1999).

Por acreditar na plasticidade/compensação em relação aos ‘defeitos’, para Vygotsky os processos compensatórios no caso da deficiência mental podem ser ativados através do desenvolvimento de habilidades manuais. Nesse sentido, deve-se incentivar a prática de trabalhos manuais, através de diferentes instrumentos que sejam mediados pela linguagem: falar sobre o que se faz, como se faz, para que se faz.

Contudo, Vygotsky mostrou que os estudos que afirmaram a incapacidade das crianças com deficiência mental de pensar de forma abstrata geraram um erro importante de estratégia ao escolherem usar os métodos concretos do tipo “observar-e-fazer”. Ele apontou os problemas que ocorrem na escolha dos métodos que privilegiam as atividades concretas utilizados nos tratamentos e/ou atendimentos educacionais, comumente encontrados nas escolas especiais:

[um] sistema de ensino baseado somente no concreto – um sistema que elimina do ensino tudo aquilo que está associado ao pensamento abstrato – falha em ajudar as crianças retardadas a superarem as suas deficiências inatas, além de reforçar essas deficiências, acostumando as crianças exclusivamente ao pensamento concreto e suprimindo, assim, os rudimentos de qualquer pensamento abstrato que essas crianças ainda possam ter (VYGOTSKY, 1991, p. 100).

As formulações teóricas de Vygotsky são muito utilizadas na Psicologia e, em especial, na Educação Especial. Sua experiência com as pessoas com deficiência vem do tempo que passou no Instituto de Estudo das Deficiências, localizado em Moscou – sendo um de seus fundadores – e quando dirigiu um departamento de educação de crianças deficientes físicas e retardadas mentais, localizado em Narcompros. As idéias de Vygotsky também são encontradas nas formulações teóricas da neuropsicologia e da psicologia cognitiva.

2.1.4. A teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural de Reuven Feuerstein

O psicólogo Reuven Feuerstein nasceu na Romênia em 1921 e desde 1944 vive em Israel. Suas teorias tornaram-se importantes referências no campo da educação, em especial no processo de aprendizagem.

Feuerstein estudou na Universidade de Genebra e teve Jean Piaget como orientador. Contudo, suas teorias sobre o desenvolvimento humano foram se diferenciando das de Piaget à medida que suas pesquisas avançavam. Ele também foi influenciado pelo contexto sócio-histórico vivido em Israel nas décadas de 40 e 50 do século XX (os prenúncios da Segunda Guerra, a própria guerra e o pós-guerra com todas as suas consequências, principalmente as sociais).

Feuerstein trabalhou e dirigiu por muitos anos o Serviço de Psicologia do Departamento de Youth Aliya's, uma instituição que tinha como objetivo integrar e abrigar as crianças órfãs que haviam sobrevivido ao holocausto. Nela, ele iniciou as suas pesquisas e verificou que os testes padronizados utilizados nas avaliações psicológicas não contemplavam a questão cultural, ou a privação cultural, que a maioria das crianças e adolescentes vivenciou por consequência da guerra. Os resultados encontrados a partir dessas avaliações eram fatalmente abaixo da média ou indicavam algum sinal de organicidade. Constatada essa situação, Feuerstein via a necessidade de se repensar os conceitos de avaliação e também a criação de novos programas pedagógicos. Ele fez isso e ainda investigou mais a fundo a questão das deficiências.

A Modificabilidade Cognitiva Estrutural (MCE), ou potencial de aprendizagem, é a base teórica que fundamenta as idéias e propostas de Feuerstein. Essa teoria se refere à capacidade que todas as pessoas possuem de mudança estrutural do funcionamento cognitivo, mesmo quando elas apresentam um problema ou uma deficiência, como a mental, por exemplo. De acordo com o professor português Vitor da Fonseca (1997) a modificabilidade se estende também às múltiplas condições do comportamento, não se limitando apenas à cognição.

Todavia, para que tal modificabilidade aconteça, é necessário oferecer às pessoas a oportunidade de vivenciarem a aprendizagem de forma mediatizada, ou seja, a interação indivíduo-meio é essencial para que aconteça a modificabilidade cognitiva estrutural. A mediação segundo Fonseca (1997)

é uma estratégia de intervenção que subentende uma interferência humana, uma transformação, uma adaptação, uma filtragem dos estímulos do mundo exterior para o organismo do indivíduo mediatizado. O indivíduo mediatizado, como sistema auto-plástico, isto é, com sistema emocional e cognitivo (uma vez que é impossível separar o fator cognitivo do seu componente energético-afetivo), é modificado estruturalmente pelo efeito de certas condições de atenção, de percepção, de focagem e de seleção, que são decorrentes da interação do mediador (FONSECA, 1997, 90).

Neste ponto, a idéia de aprendizagem mediatizada de Feuerstein se aproxima da idéia de mediação implicada na noção de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) teorizada por Vygotsky. E é no que se refere à mediação que a sua teoria se diferencia das idéias de Piaget.

Para Feuerstein o esquema estímulo-organismo-resposta não era suficiente para a aprendizagem efetiva; pela crença na mediação, ele acrescentou mais um elemento ao esquema anterior: o humano. O esquema de aprendizagem proposto por Feuerstein ficou definido então como: estímulo-humano-organismo-humano-resposta, mostrando a importância da mediação nesse processo.

Dada a importância da mediação para o desenvolvimento e para a aprendizagem, Feuerstein desenvolveu dois importantes instrumentos focados na mediação. O primeiro foi o Learning Potential Assessement Device (LPAD), traduzido no Brasil como Estratégias de Avaliação do Potencial de Aprendizagem e que não segue a leitura de padronização do indivíduo. Posteriormente, e coerente com o LPAD, ele cria o Programa de Enriquecimento Instrumental (PEI) – um programa pedagógico cujo objetivo é potencializar a modificabilidade cognitiva estrutural.

Esses dois instrumentos fazem parte do processo da Modificabilidade Cognitiva Instrumental. O primeiro é o da avaliação, composto pela utilização do LPAD. O segundo é o da intervenção, em que se utiliza o PEI. E, por último, o terceiro processo, o de alteração, em que *“as disfunções cognitivas devem ser compensadas quando se produzem também estratégias e alterações de enriquecimento envolventes”* (GOMES, 2002, p. 48).

A teoria de Feuerstein pode ser compreendida através do seguinte esquema:

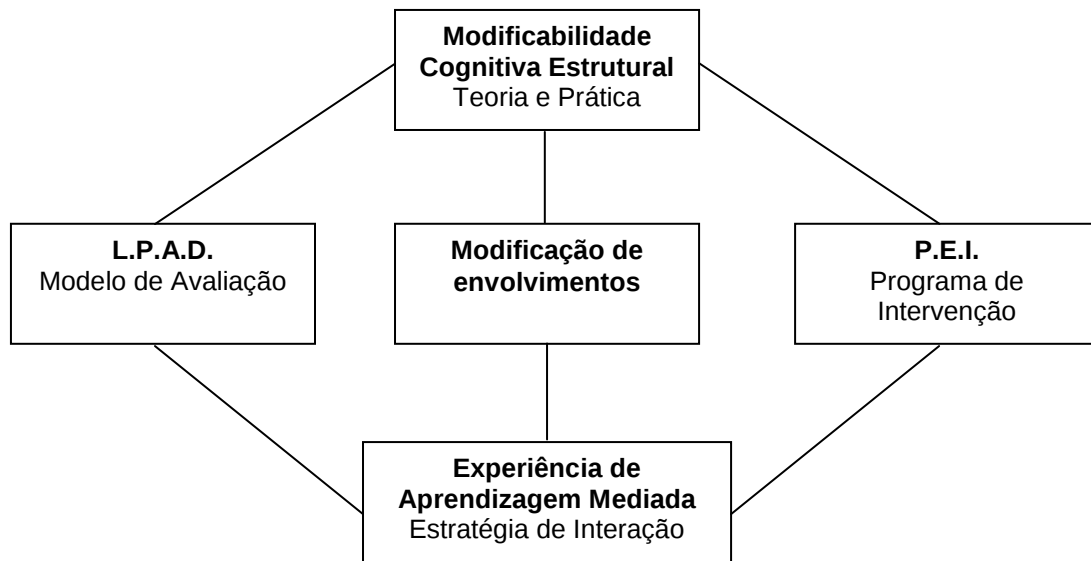


Figura 1: Modificabilidade Cognitiva e Sistemas de Aplicação.

Fonte: Gomes, 2002.

É a partir desse quadro conceitual, apresentado de forma sintética, que Feuerstein e seus leitores vão pensar e atuar sobre a deficiência mental.

A 9ª edição da Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) caracteriza a deficiência mental:

[...] por um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, existente ao mesmo tempo com limitações relacionadas em duas ou mais áreas das seguintes áreas de habilidade adaptativas aplicáveis: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. [...] manifesta-se antes dos 18 anos (AAMR, 2002, p. 32-33).

Segundo Silvia Zanatta da Ros (2002), Feuerstein desconsidera as definições de deficiência mental como essa apresentada pela AAMR, pois nela a inteligência é vista como estática e imutável. Frente à visão da inteligência como imutável, o psicólogo romeno propõe uma pedagogia baseada na sua teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural; ele acredita que, mesmo diante de um diagnóstico de deficiência mental, o indivíduo é capaz de se modificar e transcender a si mesmo, transformando também o que está à sua volta.

Segundo Zanatta da Ros (2002), a crença na inteligência como estática e imutável reflete na organização e oferta de atividades que proporcionam diferentes materiais para as discriminações (auditivas, táteis...), nas que visam a motricidade,

nas que contemplam os rituais comemorativos das datas festivas e naquelas que visam o condicionamento em algumas práticas de higiene ou na automatização de algumas respostas encontradas nos currículos voltados para os “Hábitos de Vida Diária”. Essas atividades também refletem a crença de que é inviável oferecer aos deficientes mentais atividades intelectuais complexas, como categorizar ou pensar por analogia.

As propostas de intervenção baseadas na teoria da Modificabilidade Cognitiva Estrutural de Feuerstein acreditam no potencial de modificabilidade do deficiente mental. Segundo Fonseca (1997), faz-se necessária àqueles que atuam junto aos deficientes mentais uma abordagem ativa, otimista, que aposta na transformação, na modificabilidade e na normalização.

As intervenções terapêuticas puramente farmacológicas, as atividades consideradas inúteis e de ocupação inconseqüente do tempo não servem para a MCE. Ao apostar no potencial de modificabilidade, é necessário, além de

[...] proporcionar uma atmosfera relacional envolvente [...], ser mais perseverante na busca de objetivos, na exploração de currículos, na estruturação de tarefas, na seqüencialização de processos de informação e de interação, na implementação minuciosa de sistemas de reforço e de socialização [...] (FONSECA, 1997, p. 79).

As idéias de Feuerstein apontam para a necessidade de se criar programas que privilegiem o potencial cognitivo dos deficientes mentais.

2.1.5. A Psicologia cognitiva

A psicologia cognitiva fundada oficialmente em 11 de setembro de 1956, por George Miller. Opunha-se ao behaviorismo dessa época nos EUA e enfatizava, em especial, a teoria do processamento de informação. Ela ganhou força após a publicação do livro “Cognitive Psychology”, em 1967, do professor Ulric Neisser, da Universidade de Emory, EUA.

A psicologia cognitiva focaliza suas pesquisas e sua atuação no modo como o cérebro processa a informação; mais precisamente, ela tem como objeto de estudo o modo como as pessoas irão processar a informação a partir de algumas estruturas

cognitivas, como a percepção, a aprendizagem, a memória e o raciocínio (STERNBERG, 2000).

A abordagem do processamento de informação foi a base teórica utilizada inicialmente pelos psicólogos cognitivos para lidar com seu objeto de estudo. A partir dessa abordagem, são criados construtos teóricos para explicar os fenômenos psicológicos, porém sem correlacioná-los a uma estrutura neuroanatômica. Hoje há uma nova tendência na psicologia cognitiva em utilizar a abordagem nomeada conexismo e a estudar os processos sub-simbólicos.

Stedile e Friendlander (2003) apresentam o conceito de cognição, importante para compreender a discussão proposta pela psicologia cognitiva em relação à deficiência mental:

Grande parte dos pesquisadores aceita a idéia de que o conceito de cognição inclui processos mentais superiores: conhecimento, inteligência, pensamento, imagem, criatividade, planejamento, geração de estratégias, raciocínio, classificação, inferência, conceituação, simbolização, linguagem, entre outros, os quais precisam ser muitas vezes associados para responder às exigências de um ambiente complexo (Stedile e Friendlander, 2003, p. 795)

Como a deficiência mental é explicada pela psicologia cognitiva?

No caso dos deficientes mentais, suas dificuldades se encontram na aquisição de conhecimentos e a psicologia cognitiva supõe que essas dificuldades estejam relacionadas a todos os processos cognitivos e aos parâmetros de inteligência. O déficit básico na deficiência mental está relacionado às estratégias de aprendizagem e ele se apresenta na sua incapacidade de transferir e aplicar o que já aprendeu em situações diferentes.

No artigo *“Como as pessoas com deficiência mental processam a informação?”*, Carmen Elvira Flores-Mendoza (2002-2003) revisa a literatura científica existente sobre o assunto e conclui que há um consenso entre esses estudos de que nas pessoas com deficiência mental *“os processos básicos são falhos e prejudicam a atividade de processos complexos, como a memória de trabalho¹¹”* (FLORES-MENDOZA, 2002-2003, p. 68). Esse déficit é notado no desempenho do deficiente mental em diferentes atividades, desde aquelas ligadas à vida prática até a resolução de problemas mais complexos.

¹¹ Memória de trabalho é considerada dentro da psicologia cognitiva como uma instância psicológica que determina as diferenças de habilidades intelectuais como raciocínio.

Ao pesquisar sobre os microdesenvolvimentos cognitivos dos deficientes mentais, Maria Teresa Ègler Mantoan (1997) afirma que a ausência da consciência metacognitiva é o elemento central das limitações dos deficientes mentais em sua adaptação e autonomia. Essa constatação leva Mantoan (1997) à algumas formulações sobre a finalidade das intervenções dos profissionais junto aos deficientes mentais:

Todas as intervenções sugeridas por esses médicos e técnicas de funcionamento cognitivo representam diferentes meios, cujo objetivo comum é levar as pessoas com deficiência intelectual a desenvolver e a utilizar espontaneamente suas estratégias cognitivas, fazendo-as chegar a um nível de consciência cada vez mais avançado de suas habilidades mentais. Um outro aspecto dessas intervenções recai sobre a auto-regulação dos processos de criação e aplicação das estratégias e o auto-controle da impulsividade, no sentido de se evitar a planificação e o emprego desordenado de soluções, despedem esforço, energia e não atingem, no geral, os fins esperados (MANTOAN, 1997).

Para Fierro (2004), a ênfase de atuação do psicólogo cognitivista na deficiência mental *“recairá na instauração de estratégias mais funcionais de processar e aprender”* (FIERRO, 2004).

Sobre a avaliação psicológica, Flores-Mendoza (2002-2003) diz que em geral os laudos emitidos pelos psicólogos pouco ou nada informam sobre os processos cognitivos. Esse fato implicaria diretamente no trabalho da equipe multidisciplinar envolvida do processo de reabilitação ou no atendimento educacional de um deficiente mental. Segundo a autora citada, os laudos em geral dizem apenas sobre o QI e torna-se necessário conhecer a qualidade do processamento cognitivo para se planejar as intervenções e o tratamento destinados ao deficiente mental. Nas palavras de Flores-Mendoza: *“tais informações poderiam auxiliar sobremaneira na escolha dos métodos de ensino e de treinamento ocupacional mais adequados à pessoa com deficiência mental”* (FLORES-MENDOZA, 2002-2003, p. 56).

São inúmeras as pesquisas sobre o processamento cognitivo na deficiência mental e suas implicações para a educação e a reabilitação dos deficientes mentais, como bem apresenta o artigo de Flores-Mendoza (2002-2003) – mesmo que haja certas divergências entre essas pesquisas. Grande parte desses estudos utiliza o método experimental para investigar o funcionamento cognitivo dos deficientes mentais.

2.2. O tratamento do deficiente mental a partir das neurociências

Nos últimos 25 anos, a ciência passou por grandes avanços nas pesquisas sobre o funcionamento cerebral. De um modo geral, saber como o cérebro humano funciona suscita uma grande expectativa de que se possa compreender a causa de certos problemas psíquicos como a esquizofrenia, o autismo e, também, a deficiência mental. Um dos campos de saberes responsável pelas pesquisas nessa direção é a neurociência, que produz conhecimentos através de tecnologias não invasivas de análise da estrutura e da função cerebral.

Há nas neurociências a preocupação com a correlação neuroanatômica e os modelos teóricos de diversas áreas como a informática, a psicologia, a medicina, a lingüística, a antropologia, a biologia, entre outros. Surgem, então, áreas de conhecimento e atuações particulares como a neuropsicologia, neuropsiquiatria, neurobiologia, etc.

Em pesquisas realizadas na área de neurobiologia, Greengard, Carlsson e Kandel¹² mostraram que a atividade bioquímica do cérebro tem estreitas ligações com os processos cognitivos. Para as neurociências, por exemplo, a inteligência é uma propriedade de um sistema onde a solução de problemas complexos depende de conexões formadas entre os neurônios; memória e aprendizagem também dependem do mesmo processo cerebral. Nesse sentido,

“o aprender de uma resposta motora a uma informação verbal depende de aumentar a eficácia da transmissão sináptica entre neurônios encarregados da análise do som verbal e aqueles encarregados de controlar a resposta motora” (ROCHA, 2001).

Uma parte da psiquiatria e da psicologia teria encontrado na neurociência a base biológica dos problemas psíquicos. Como efeito do organismo, o psíquico é transformado pelo biológico em psicopatológico, em uma doença e, por isso, a intervenção deve ser feita no corpo com o objetivo para que o equilíbrio neurológico seja retomado.

¹² Os cientistas Paul Greengard, Arvid Carlsson e Eric Kandel ganharam o Prêmio Nobel de Medicina em 2000 por esse trabalho.

A neurociência define a deficiência mental como a “*redução generalizada da capacidade intelectual, que compromete o desenvolvimento cognitivo global do indivíduo*” (Estudos em Inteligência Natural e Artificial).¹³ Outra definição descreve a deficiência mental como consequência de aberrações que acontecem no desenvolvimento do cérebro e que resultariam em déficits nas funções cognitivas. A capacidade de uma pessoa em se adaptar ao ambiente estaria afetada nessa redução (BEAR, 2002).

Em uma entrevista, perguntaram a Armando Freitas da Rocha (2001)¹⁴, pesquisador brasileiro na área da neurobiologia, se a deficiência mental poderia ser detectada, diagnosticada e tratada por meios científicos e se isso possibilitaria um melhor desenvolvimento das potencialidades do deficiente. Como resposta, ele relatou uma pesquisa onde foi realizado um estudo eletroencefalográfico e de ressonância magnética em um grupo de 150 crianças com QI menor que 70 pontos¹⁵. Essa pesquisa mostrou que

Cerca de 50% dessas crianças apresentaram diversos tipos de lesões cerebrais na ressonância, mas os outros 50% tinham uma estrutura macroscópica cerebral preservada. O estudo eletroencefalográfico evidenciou, em muitas dessas crianças, uma disfunção funcional caracterizada, principalmente, pela pouca ativação de algumas áreas cerebrais ou por associações mal caracterizadas de neurônios. Entretanto, mostrou também que os erros cometidos, e o tempo utilizado na solução de um conjunto de tarefas definidas, diminuíram com o aumento da escolaridade dessas crianças. Esse aumento no desempenho foi acompanhado por uma mudança adequada da atividade cerebral. Tais resultados são muito semelhantes aos observados em crianças normais, por outros pesquisadores.

Os resultados encontrados mostram que a deficiência mental é algo muito complexo, apesar dos avanços que os exames por imagem trouxeram para o diagnóstico. Segundo esses estudos, podem existir diferentes variáveis ligadas às causas desta deficiência, não só as estruturais, mas os distúrbios funcionais de sinapses e neurônios. Também chegam a admitir o fator da herança familiar, quer cultural quer biológica, como causa (ROCHA, 2001).

¹³ Estudos em Inteligência Natural e Artificial – EINA, Empresa paulista que realiza pesquisas em neurociências, aprendizagem e informática.

¹⁴ Entrevista com o Professor Armando Freitas da Rocha feita em 2001 pela Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação, da Fundação Uni/Unesp.

¹⁵ O resultado de um QI menor de 70 pontos é encontrado a partir da mensuração da inteligência, essa é a média psicométrica que define um ser como débil mental.

Na Universidade de Nova Iorque, na década de 70, Padilla e Purpura (apud BEAR, 2002) descobriram que nos casos em que a deficiência mental só é detectada por manifestações de comportamento há uma diminuição dos espinhos dendríticos. Os pesquisadores ainda descobriram que além de serem poucos, eles eram longos e finos. A maturação dos espinhos dendríticos dependeria de uma estimulação favorável do ambiente.

Finalizando, há algum tempo Rocha (2001) vêm aplicando os conhecimentos das neurociências em geral, e os da neurobiologia mais especificamente, em trabalhos desenvolvidos na APAE de Jundiaí, São Paulo. Na conclusão da entrevista citada anteriormente é sugerida a necessidade de se repensar a prática educacional a partir desses conhecimentos. Em outro artigo, ele também diz que as práticas educacionais que respeitam o funcionamento do cérebro são fundamentais para o desenvolvimento cognitivo da criança:

“A substituição do método tradicional silábico que era utilizado na APAE-Jundiaí, por um método de alfabetização que dá ênfase a uma leitura e escrita semânticas (e.g., Pinheiro, 1994; Harley, 1995), parece estar facilitando o processo de aquisição da leitura e escrita” (ROCHA, 2001).

2.3. A American Association on Mental Retardation (AAMR) ¹⁶ e o modelo funcional

A Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) é uma organização de âmbito internacional e interdisciplinar que tem como missão promover políticas, pesquisas e intervenções eficazes voltadas para o deficiente mental, bem como a defesa de seus direitos. Ela foi fundada nos Estados Unidos, em 1876, por pais de deficientes mentais e tem como objetivo tornar clara as condições e necessidades das pessoas com deficiência mental.

Em 1921 a AAMR publicou sua primeira edição sobre a definição e a classificação da deficiência mental. Prevalecia nesse manual o enfoque psicométrico, retratando uma época em que as investigações sobre a inteligência

¹⁶ De acordo com o site da Associação (www.aamr.org), a sua nova designação é American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Preferimos manter o nome anterior, pois o novo ainda não é bem conhecido no Brasil.

predominavam nos EUA. A associação apresentou outras nove edições à sociedade e à comunidade científica. A última edição publicada no século XX foi em 1992.

Após alguns fóruns de discussão, a AAMR publica em 2002 a décima e mais recente edição sobre a deficiência mental e apresenta o Sistema 2002 que tem como objetivo criar um sistema contemporâneo para diagnosticar, classificar e planejar os apoios para as pessoas com deficiência mental. O manual utiliza o termo *retardo mental*, mas manteremos o termo deficiência mental no decorrer da apresentação sobre o Sistema 2002.

O Sistema 2002 define a deficiência mental como

uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo, e está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Esta incapacidade tem início antes dos 18 anos (AAMR, 2006, p.xi).

Essa definição é sustentada por uma abordagem multidimensional da deficiência mental; esse é o modelo teórico que a AAMR apresenta em sua última edição para definir e classificar a deficiência mental, assim como para direcionar o planejamento das intervenções. Apresentamos graficamente esse modelo:

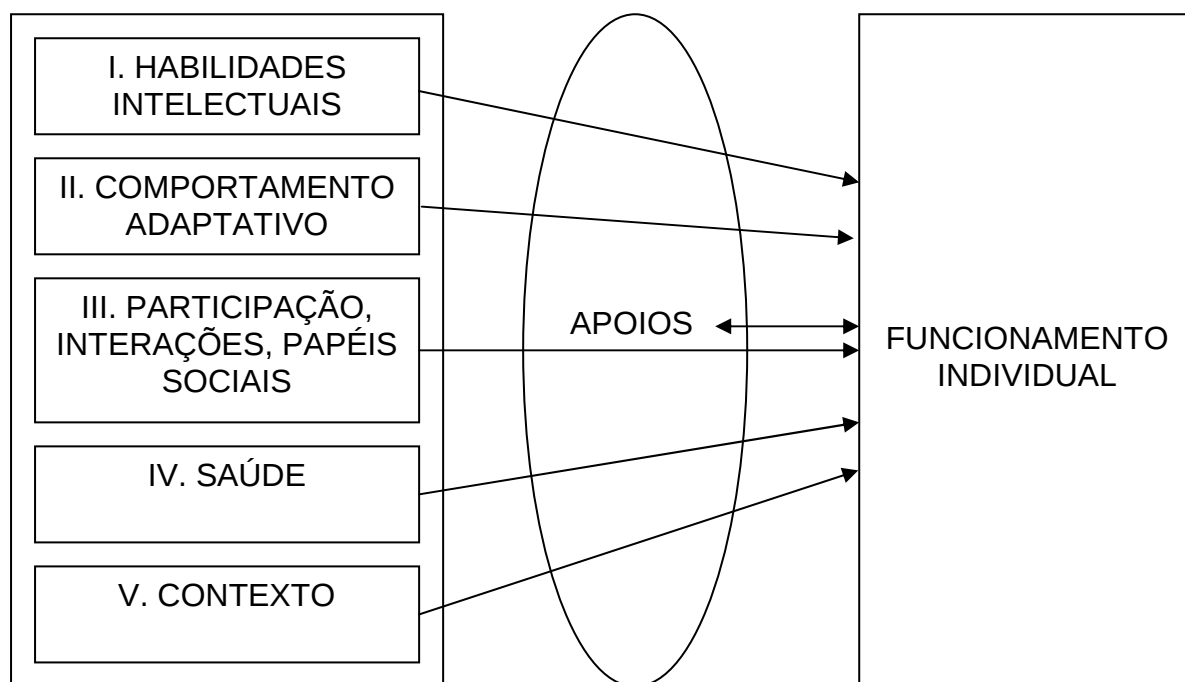


Figura 2: Modelo teórico do retardo mental
Fonte: AAMR, 2006, p.22.

Nessa abordagem, o funcionamento do deficiente mental é visto sob cinco dimensões: habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, participação, interações e papéis sociais, saúde e contexto. Apresentaremos cada uma dessas dimensões, tendo em vista a importância dada a elas pelo Sistema 2002.

A inteligência¹⁷ é o foco da Dimensão I, a das habilidades intelectuais. Segundo a AAMR (2006), para o diagnóstico da deficiência mental é necessária a avaliação do funcionamento intelectual, realizada através de testes padronizados de medida do quociente intelectual (QI).

Já a Dimensão II, refere-se ao comportamento adaptativo, idéia cara na definição de deficiência mental. A AAMR (2006) define o comportamento adaptativo como “a reunião de habilidades conceituais, sociais e práticas que foram aprendidas pelas pessoas para funcionarem em suas vidas diárias” (AAMR, 2006, p. 50). As habilidades conceituais, sociais e práticas desdobram-se de acordo com o quadro abaixo:

Conceituais	Sociais	Práticas
Linguagem (receptiva e expressiva) Leitura e escrita Conceitos de dinheiro Autodirecionamento	Interpessoal Responsabilidade Auto-estima Credibilidade (probabilidade de ser enganado ou manipulado) Ingenuidade Seguir regras Obedecer às leis Evitar a vitimização	- Atividades da vida diária: - Comer - Transferência/mobilidade - Usar o banheiro - Vestir-se - Atividades instrumentais da vida diária - Preparar refeições - Cuidar da casa - Transportar-se - Tomar remédios - Lidar com o dinheiro - Usar o telefone - Hábitos ocupacionais - Manter os ambientes seguros

Quadro 3: Exemplos de Habilidade Adaptativas Conceituais, Sociais e Práticas.
Fonte: AAMR, 2006, p. 51.

¹⁷ A AAMR (2006) define a inteligência como uma competência mental geral, que inclui “raciocínio, pensar abstratamente, compreender idéias complexas, aprender rapidamente e aprender pela experiência” (AAMR, 2006, p.49).

Segundo a AAMR (2006), a Dimensão II deve ser medida através de escalas padronizadas que possuam propriedades psicométricas adequadas e dados normativos sobre a população em geral. Citamos algumas das escalas apresentadas pela associação: Escala de comportamento Adaptativo da AAMR – Escola e Comunidade, Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland, Escala de Comportamento Independente – Revisadas e o Teste Abrangente do Comportamento Adaptativo – Revisado. A aplicação de uma dessas escalas auxilia no diagnóstico da deficiência mental, que é conferido quando o resultado for de:

[...] pelo menos dois desvios-padrão abaixo da média de (a) um dos três tipos seguintes de comportamento adaptativo: conceitual, social ou prático, ou (b) uma produção geral em uma medida padronizada de habilidades conceituais, sociais e práticas (AAMR, 2006, p. 81).

A visão a partir destas formulações é a do déficit, ou seja, um deficiente mental é diagnosticado como tal quando apresentar um ou mais déficits no conjunto dos comportamentos adaptativos comuns na sociedade em que ele está inserido.

A Dimensão III abarca os aspectos e os fatores sociais do funcionamento do deficiente mental: a participação, as interações sociais e os papéis sociais. A AAMR (2006) considera fundamental essa dimensão na vida de uma pessoa com deficiência mental:

O movimento pelos direitos civis e pela deficiência em todo mundo tem pleiteado mais oportunidades para as pessoas com deficiência mental terem uma maior participação na vida geral e maiores níveis de inclusão em papéis sociais valorizados e em relações e interações sociais normalizadas (AAMR, 2006, p. 52).

A AAMR (2006) acredita que é em um ambiente positivo – aquele que favorece o desenvolvimento, o crescimento e o bem estar de um indivíduo – que o deficiente mental pode vivenciar os laços sociais e, a partir desses laços, assumir um ou mais papéis sociais valorizados pela sua cultura.

A saúde física, a saúde mental e os fatores etiológicos fazem parte da Dimensão IV. A AAMR trabalha com a definição de saúde como um estado de bem-estar completo – físico, mental e social – proposta pela Organização Mundial da Saúde, de 1980.

O funcionamento do deficiente mental será afetado, em maior ou menor intensidade, dependendo de sua saúde. Um funcionamento afetado é visto principalmente em casos como em certos tipos de epilepsia ou paralisia cerebral, já que algumas partes do corpo estão prejudicadas por lesões ocorridas no cérebro.

Quanto à etiologia, a AAMR trabalha com a abordagem multifatorial em substituição às abordagens que dividiam a etiologia da deficiência mental em orgânica e desvantagens sociais.

O manual da 10ª edição reforça a importância de se observar as condições de saúde física e mental das pessoas com deficiência mental, pois essas condições podem afetar a avaliação da inteligência, dos comportamentos adaptativos e dos apoios. O uso de medicação também pode prejudicar os resultados nessas avaliações e na avaliação das habilidades motoras.

Por último, a Dimensão V, que trata sobre o contexto, entendendo este como ambiente e cultura. Para essa dimensão, a AAMR (2006) se fundamentou na abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner¹⁸, de 1979.

A partir dessa abordagem, o deficiente mental deve ser compreendido sob três níveis diferentes de sistemas (AAMR, 2006, p. 55):

- Microssistema: entendido como “*o ambiente social imediato, incluindo o deficiente, a sua família e ou protetores*”;
- Mesossistema: entendido como “*a vizinhança, a comunidade ou as organizações que proporcionam os serviços de educação, habilitação ou os apoios*” que o deficiente necessita para funcionar; e
- Macrossistema: entendido como “*os padrões abrangentes da cultura, da sociedade, das populações mais amplas, do país, ou das influências sociopolíticas*”.

Não há escalas padronizadas para medir o contexto em relação à deficiência mental. A avaliação do contexto tornou-se necessária para o julgamento clínico e para a compreensão do funcionamento do deficiente mental; é a partir dessa

¹⁸ Urie Bronfenbrenner nasceu em 1917 na cidade de Moscou, mas foi criado nos EUA. Formou-se em psicologia e música pela Universidade de Cornell e foi influenciado pelas idéias de Kurt Lewin, Ted Newcomb e David Levy. Em 1979, ele publicou o livro *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Bronfenbrenner define o desenvolvimento humano com “*o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida*” (Bronfenbrenner, 1989, p.191, apud Alves, 1997). Os aspectos saudáveis do desenvolvimento são privilegiados nessa abordagem.

avaliação que se podem proporcionar oportunidades ao deficiente que visem melhorar o seu funcionamento e o seu bem-estar.

As cinco dimensões apresentadas nos parágrafos anteriores nos dão uma noção de como a deficiência mental é vista pela AAMR (2006). Coerente com esta visão, o manual orienta de forma teórica e prática¹⁹ a Estrutura para Avaliação da Deficiência Mental a partir de três funções: a do diagnóstico, a da classificação e a do planeamento dos apoios.

A função diagnóstica tem como objetivo determinar a elegibilidade, ou seja, trata-se de um caso de deficiência mental? A eleição do caso é realizada a partir da avaliação da inteligência, da avaliação do comportamento adaptativo e da constatação do início das dificuldades antes dos 18 anos.

Já a função de classificação busca identificar as potencialidades e as fragilidades do deficiente mental nas cinco dimensões e também a necessidade de apoios.

A última função, a do planeamento dos apoios, tem como objetivo identificar os apoios necessários para melhorar o funcionamento da pessoa com deficiência mental. Forma-se, a partir dessa função, o *Perfil das Necessidades de Apoio*, em que são identificados os tipos e a intensidade de apoios necessários em relação a nove áreas da vida humana: desenvolvimento humano, ensino e educação, vida doméstica, vida em comunidade, emprego, saúde e segurança, comportamental, social e proteção e defesa. A AAMR trabalha com o seguinte modelo de apoios para as pessoas com deficiência mental:

¹⁹ O manual da 10ª edição da AAMR oferece os formulários utilizados para o levantamento do diagnóstico, para a realização da classificação e para o planeamento dos apoios.

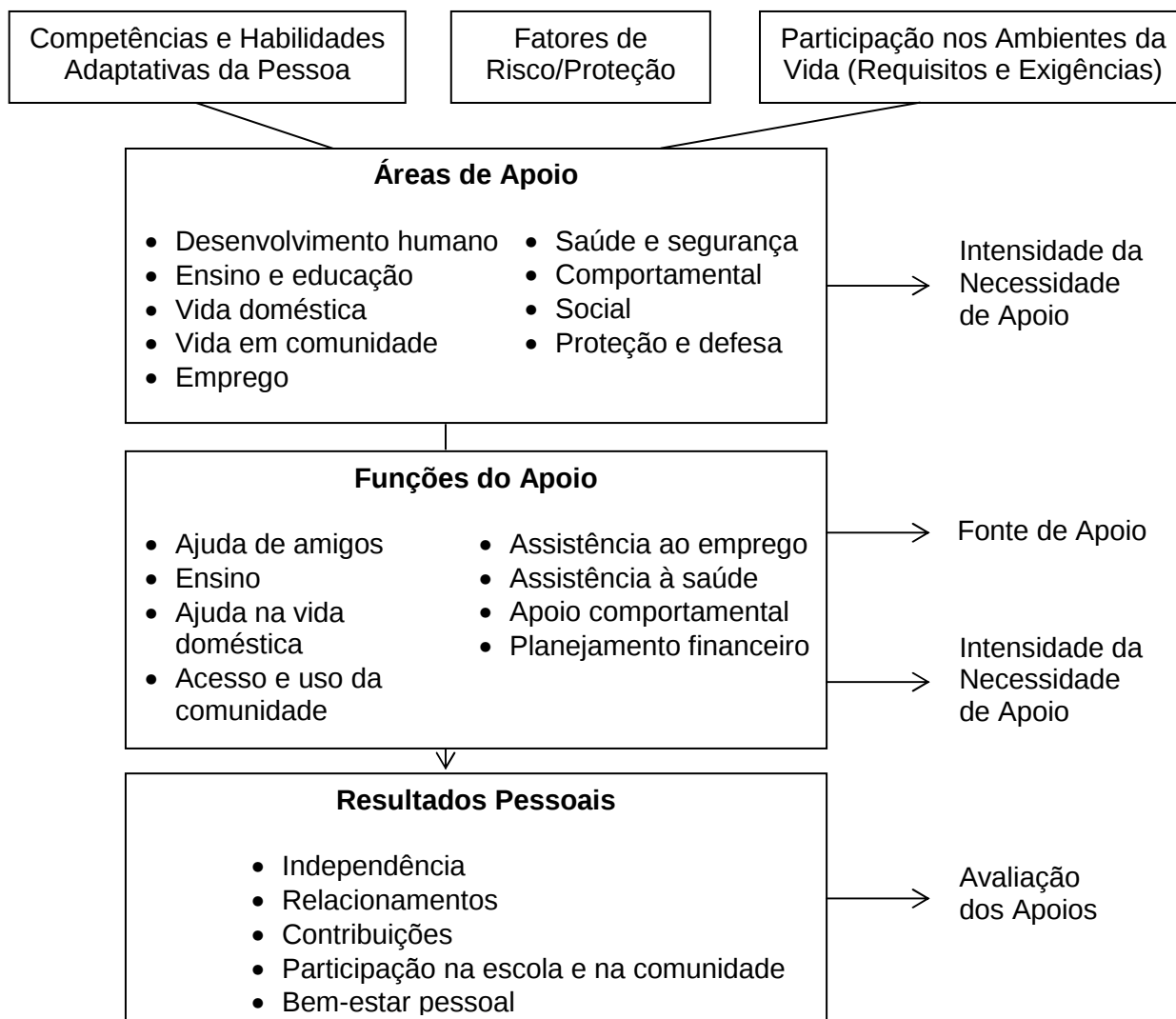


Figura 3: Modelo de apoios para as pessoas com deficiência mental
 Fonte: AAMR, 2006, p. 143.

Acabamos de apresentar o Sistema 2002 da AAMR para a definição, classificação e sistema de apoio para a deficiência mental. Esse sistema já é muito utilizado aqui no Brasil por algumas instituições especializadas na criação de programas de intervenções clínica, educacional e profissional.

Capítulo 3

As instituições especializadas no atendimento do deficiente mental

“Nos meses decorridos entre a primeira vez em que a vi, em abril, e a morte de sua avó, em novembro, Rebecca – como todos os nossos “clientes” (um termo detestável que na época estava entrando em voga, por ser supostamente menos degradante do que “paciente”) – foi pressurosamente mandada para uma série de workshops e aulas, como parte do nosso Incentivo ao Desenvolvimento Cognitivo (também estes eram termos da moda na época).

Não funcionou com Rebecca, não funcionou com a maioria deles. Acabei percebendo que não era aquilo que se devia fazer, pois nós os estávamos lançando diretamente contra suas limitações, como já fora feito, em vão, e muitas vezes ao ponto de crueldade, durante toda a vida daquelas pessoas.

Oliver Sacks, 1997, p. 203.

3.1. Algumas formulações teóricas sobre as instituições e suas funções

Apresentaremos neste capítulo algumas formulações teóricas sobre as instituições. Nosso objetivo é identificar os aspectos implicados neste espaço social e compreender a sua dimensão em relação ao tratamento do deficiente mental. As formulações da Sociologia e da Análise Institucional estarão presentes no discorrer sobre o tema e, especificamente, apresentaremos as idéias de autores como Irving Gofman, José Augusto Guilhon de Albuquerque, Eugène Enriquez, René Lourau, José Bleger, René Kaës e Marlene Guirado. Alguns desses autores (GUIRADO, 1986; BLEGER, 1991; ENRIQUEZ, 1991; KAËS, 1991) debatem sobre as instituições a partir da psicanálise freudiana e lacaniana.

Há duas noções bem específicas quanto ao termo instituição que podem ser encontradas na sociedade. A primeira refere-se à instituição enquanto um mecanismo social, sem base física como, por exemplo, a instituição família ou a instituição casamento.

Já a segunda, refere-se à instituição enquanto uma organização jurídica, fisicamente localizada, e criada para prestar algum tipo de atendimento ou serviço à sociedade. A esse tipo de instituição se dá, legalmente, o nome de *Associação* e é sobre ela que focaremos a discussão nesse capítulo.

No sentido etimológico, a palavra instituição vem do latim *Instituere*, e significa estabelecer, conseguir, preparar, dispor, ensinar, instruir, educar, seguir normas e formar (MINICUCCI, 2002, p. 268). Todos esses significados cabem às duas noções de instituição apresentadas no parágrafo anterior.

Galina Schneider (1974) recorre à sociologia e define uma instituição como um

complexo de formas sociais que se cristalizam ou se tornaram mais estáveis ou tradicionais e que, tendo função social específica (doméstica, religiosa, econômica, política, etc.), se destinam a assegurar a unidade e a continuidade do grupo (SCHEIDER, 1974: p.101).

Agostinho Minicucci (2002) nomeia a instituição de social e a apresenta como um sistema de normas.

Partindo do referencial sociológico e político, as instituições são vistas pela Análise Institucional Francesa *“como formas gerais das relações sociais que se instrumentalizam nos estabelecimentos [...] a instituição não é uma natureza, mas se refere à produção de práticas”* (HENRIQUES, 2004, p.41). Nessa Mesma perspectiva está a concepção de instituição proposta por José Augusto Guilhaon de Albuquerque que, segundo Arpin (2003), compreende as instituições como *“um conjunto de práticas sociais, ou relações sociais concretas, configuradas a apropriação de um determinado objeto, que se reproduzem e se legitimam num exercício incessante do poder”* (ARPINI, 2003, p.71).

Já na Psicologia Institucional, cujos fundamentos são baseados na psicanálise, a instituição é concebida pelo psicanalista argentino José Bleger como o *“conjunto de normas e padrões e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais”* (BLEGER, 1987, apud D'ANTINO, 1998, p.27). D'Antino (1998) diz que para Bleger a instituição tem a função de 'organizadora subjetiva da personalidade', *“uma vez que toda instituição é não só um instrumento de regulação, organização e controle social, mas também um instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade”* (D'ANTINO, 1998, p.27).

Eugène Enriquez (1991) identifica dois aspectos em relação às instituições: elas são reguladores sociais e se apresentam como divinas. Quanto a esse último aspecto, ele o esclarece dizendo que *“toda instituição se erige como instituição divina enquanto se apresenta como a única que promete a salvação e a redenção àqueles que a freqüentam”* (ENRIQUEZ, 1991, p.77). A psicanálise freudiana, particularmente o conceito de pulsão de morte, é a base teórica desse psicossociólogo francês para analisar as instituições.

Já a partir da visão da psicanálise lacaniana, a instituição pode ser compreendida como um dispositivo que se constitui e é regido pela lógica do universal, entendendo que as normas, assim como as regras, constituem o campo do universal (MARON, 2003).

Apresentadas algumas concepções de instituições, cabe-nos falar sobre sua função.

É fato que as instituições têm uma função e algumas vezes ela assume o caráter social quando acolhe, protege ou abriga as pessoas que apresentam certos problemas ou que vêm de uma situação problemática. Todavia, a instituição também pode ter funções de caráter subjetivo quando institui padrões de comportamentos ou

quando os regulam, dizendo o que pode ou não ocorrer dentro e fora das instituições.

Ao analisar a obra “O ateneu” de Raul de Pompéia, Silvio José Benelli (1990) verificou e discutiu em um artigo os efeitos da institucionalização na subjetividade que podem ocorrer em uma escola internato, ou em qualquer instituição do tipo internado ou reclusão. Ele apoiou a sua análise na teoria das instituições totais de Erving Goffman. Segundo Goffman

As instituições totais se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral. A instituição funciona como local de residência, trabalho e espaço de alguma atividade específica, que pode ser terapêutica, correlacional, educativa, etc. Normalmente há uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição (Goffman, 1987 apud BENELLI, 1990, p.134).

O artigo de Benelli (1990) nos permite visualizar como uma instituição total, organizada de tal maneira, apresenta de forma tão nítida as funções de caráter tanto sociais quanto subjetivos. Algumas dessas instituições têm as funções de custódia e reclusão. O autor ainda identifica a lógica de tais instituições, dizendo que é uma lógica que *“despoja o indivíduo de sua autonomia, responsabilidade, capacidade de reflexão crítica, procurando transformá-lo em massa dócil, maleável, obediente e submissa”* (BENELLI, 1990, p.165). Para Vilhena e Amaral (2002) a instituição total apresentada por Goffman pode ser vista como o lugar do desejo excluído.

Ao se referir à instituição psiquiátrica, o psicanalista Alfredo Zenoni (2003) diz que a primeira função de uma instituição é social, ou seja, sua função é de acolhida e assistência, como uma resposta a certas demandas sociais. Nesse sentido, ela se torna uma “necessidade social”. Para ele,

O que motiva a criação de uma instituição é a necessidade de uma resposta aos fenômenos clínicos tais como certos estados da psicose, algumas passagens ao ato, algumas debilidade física que podem conduzir o sujeito à exclusão social absoluta ou até à morte (ZANONI, 2003, P.68).

Dessa forma, é possível pensar com Zenoni (2003) que a instituição acolhe o estranho, aquele que fatalmente seria excluído do laço social. A instituição passa a ser, em certos casos, uma possibilidade de construção de um laço social do sujeito, talvez o único em alguns casos.

Após as formulações teóricas expostas nos parágrafos anteriores, podemos dizer que a função de uma instituição está atrelada à sua própria definição. Por exemplo, se a instituição é um sistema de normas, como coloca a Análise Institucional Francesa, sua função será a de regular através de certas normas a vida daqueles que dela necessitam. Nesse sentido, acreditamos que pensar e determinar a função da instituição, ou de uma instituição específica, passa a ser uma forma de fazer o seu contorno, ou de defini-la e vice-versa.

3.2. As instituições especializadas no tratamento do deficiente mental: retratos do Brasil

Os dados históricos localizam o surgimento dos hospícios no século XVII, instituições destinadas nessa época às pessoas consideradas desajustadas, como os loucos, os criminosos e os deficientes. Essas instituições tinham como função livrar a sociedade dessas pessoas. De acordo com Mazzota (2005), a primeira instituição especializada surgiu em Paris no ano de 1770, fundada pelo abade Charles M. Eppée para o atendimento educacional das pessoas surdas. Algumas datas são importantes na trajetória do atendimento institucional das pessoas com deficiência:

- 1784: Instituto Nacional dos Jovens Cegos, por Valentin Haüy, em Paris;
- 1832: Fundação de uma instituição para educação dos deficientes físicos, em Munique, Alemanha;
- Começo do século XIX: início do atendimento educacional dos deficientes mentais a partir dos trabalhos de Jean Itard.

Eduard Séguin fundou o primeiro internato público para o atendimento educacional dos deficientes mentais (MAZZOTA, 2005, p.21). As instituições apresentadas acima também funcionavam em sistema de internato.

Uma instituição especializada pode ser compreendida como aquela que escolheu atender um público específico que apresenta um determinado sintoma, ou 'patologia' ou, ainda, 'transtorno' – para utilizar a nomenclatura comum dos manuais de doenças e de psiquiatria. Elas são organizadas de forma a atender as necessidades

específicas do seu público-alvo e podem funcionar em regime de internato ou de externato – sistema mais comum nos dias de hoje.

Esse tipo de instituição não é recente no Brasil, como veremos, mas desde a década de 90 do século XX é cada vez maior a quantidade de instituições especializadas. Este é um fenômeno que reflete o status que a ciência dá aos problemas humanos nessas últimas décadas (é possível saber tudo sobre tal problema e por isso há uma determinada maneira de tratá-lo) e que a sociedade vem legitimando com a abertura de uma instituição para cada tipo de problema.

3.2.1. A história das instituições especializadas no tratamento do deficiente mental no Brasil

A história das instituições especializadas no tratamento do deficiente mental no Brasil começou no fim do século XIX, mais precisamente em 1874, como a criação de uma unidade de ensino junto ao Hospital Estadual de Salvador – anos depois ele passou a ser chamado de Hospital Juliano Moreira (JANUZZI, 1985; MAZZOTTA, 2005). Segundo Mazzota (2005), não há informações precisas sobre o tipo de assistência prestada nessa instituição, ele acredita que as crianças recebiam apenas o tratamento médico.

Em 1921, foi construído no Hospital de Juqueri, em São Paulo, um pavilhão para o atendimento de crianças retardadas, iniciativa tomada pelo médico Franco da Rocha. Sobre a institucionalização das crianças deficientes mentais nos pavilhões anexos aos hospitais psiquiátricos, Januzzi (1985) comenta:

Percebo esses pavilhões anexos aos hospitais psiquiátricos, nascidos sob a preocupação médico-pedagógica, como mantendo a segregação desses deficientes, continuando, pois, a patentear, a institucionalizar a segregação social, mas não só fazendo isso. Há algo de 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 drásticos. Já era a percepção da importância da educação; era já o desafio trazido ao campo pedagógico, em sistematizar conhecimentos que fizessem dessas crianças participantes de alguma forma na vida do grupo social de então. Daí as viabilizações possíveis, desde a formação de hábitos de higiene, de alimentação, de tentar se vestir, etc., necessários ao convívio social. Elas colocam de forma dramática o que vai se estabelecendo na educação do “deficiente”: segregação versus integração na prática social mais ampla (JANUZZI, 1985, p.35).

As considerações apontadas pela autora retratam um momento significativo em que ao tratamento oferecido ao deficiente mental no Brasil era introduzida a educação e o começo da modalidade de ensino chamada de *educação especial*. Contudo, no Brasil ainda era nítida a segregação dos deficientes mentais ao manter seu atendimento em instituições com sistema de internato, diferente do que já acontecia em outros países nessa época.

Segundo Mazzotta (2005), até 1950 havia 40 estabelecimentos de ensino que atuavam na perspectiva apontada por Januzzi (1985), o que instigou a criação das duas maiores instituições especializadas que existem hoje no Brasil: a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a Associação Pestalozzi²⁰. A idéia de integração social que começou a evidenciar-se nas primeiras décadas do século XX estará presente até hoje entre os objetivos dessas instituições.

Em 1926 surgiu em Porto Alegre o movimento Pestalozziano, cujo objetivo era oferecer educação especial e atendimento clínico à comunidade. Desse movimento, Helena Antipoff fundou em 1932 a Sociedade Pestalozzi em Belo Horizonte e, posteriormente, em 1948, no Rio de Janeiro. Segundo dados levantados por Oliveira (2006), existem hoje cerca de 73 unidades da Associação Pestalozzi no Brasil, que estão sob a coordenação da Federação Nacional das Associações Pestalozzi, com sede em Niterói, estado do Rio de Janeiro.

Helena Antipoff também fundou um complexo de instituições que chamou de Fazenda do Rosário, na década de 40, em que eram atendidas crianças abandonadas e as que apresentavam deficiência mental. De acordo com Campos (2003), as intervenções na Fazenda do Rosário eram baseadas nos métodos da Escola Ativa.

A primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) foi criada no Rio de Janeiro em 1954, a partir das reuniões promovidas pela americana Beatrice Bemis, mãe de uma filha com Síndrome de Down. Assim como a Pestalozzi, a APAE também surgiu com o objetivo de atender educacionalmente as pessoas diagnosticadas como deficientes mentais.

²⁰ Vale considerar que existem outras instituições deste tipo, mas que pelo tamanho, organização administrativa e tipos de atendimentos, não possuem a mesma representatividade social que estas.

3.2.2. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE): uma instituição especializada no atendimento do deficiente mental

A Federação Nacional das APAEs (FENAPAE) define a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) como *“uma entidade civil, filantrópica, de caráter cultural e educacional, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, que tem foro e sede no município onde estiver situada”* (PROJETO AGUIA, 2007). Seu público-alvo são, preferencialmente, as pessoas com deficiência mental, porém as Apaes também atendem alguns outros tipos de deficiência, principalmente se há uma suspeita ou uma possibilidade da deficiência mental estar presente. O atual modelo²¹ de estatuto das Apaes define como pessoa com deficiência:

Considera-se “Excepcional”, “Pessoa Portadora de Deficiência” ou “Pessoa com Deficiência” aquela que apresenta perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade e/ou necessidades que impliquem em atendimento especial, tendo como referência sua inclusão social (ESTATUTO DAS APAES, 2006, Parágrafo Único do Art. 4º).

Além das diretrizes contidas no Estatuto, documento imprescindível para a abertura de uma Apae, sua estrutura organizacional é montada de acordo com as orientações sobre as atribuições e o funcionamento contidas no manual do Projeto Águia, da Federação Nacional das Apaes, com sede em Brasília. As pessoas da sociedade civil que desejam abrir uma Apae em sua cidade devem filiar-se à Federação e seguir, dentro de suas condições sócio-econômicas, as orientações contidas nesse projeto. O objetivo da Federação é que as Apaes estejam sintonizadas com as diretrizes e os princípios do Movimento Apaeano.

O Movimento Apaeano fornece às Apaes as diretrizes para o atendimento da pessoa com deficiência no Brasil, através de uma macroestrutura organizativa:

²¹ Há um modelo de Estatuto para todas as Apaes. O Estatuto é um documento de poder jurídico, necessário para a abertura e a legalização de uma entidade junto ao Cadastro Nacional de Assistência Social (CNAS).

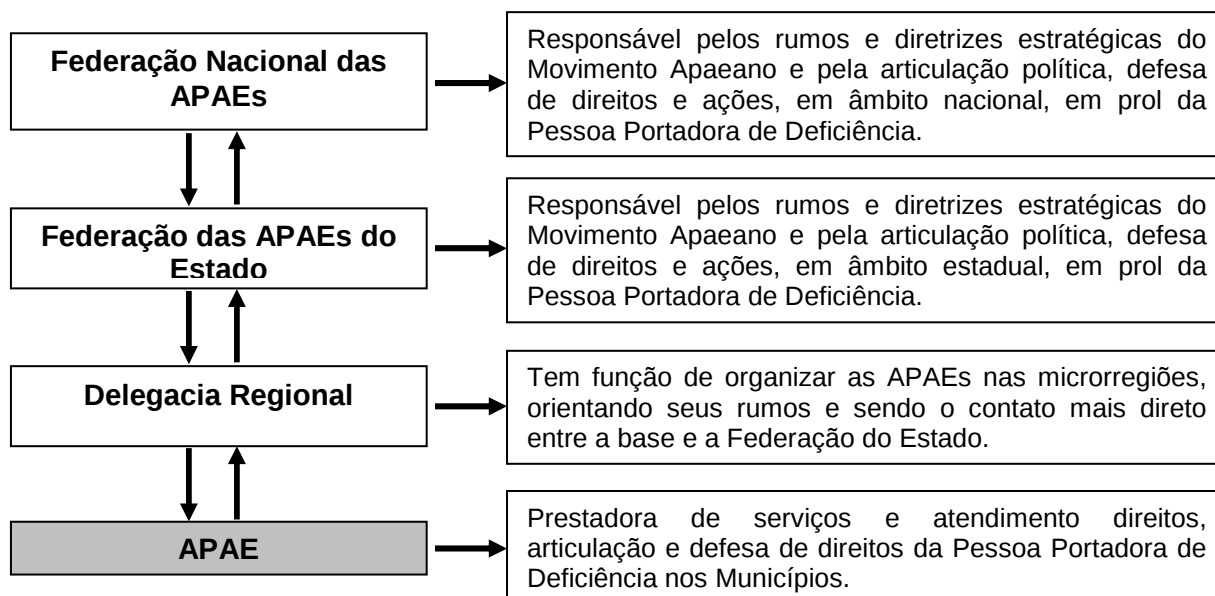


Figura 4 – Níveis Hierárquicos do Movimento Apaeano.

Fonte: Apostila Apae Educadora.

De acordo com o Projeto Águia, a estrutura organizacional de uma Apae é composta por:

- Diagnóstico e encaminhamento
- Educação
 - a) Educação infantil: estimulação precoce e pré-escola
 - b) Ensino fundamental
 - c) Educação profissional e colocação no trabalho
- Atendimentos especializados complementares
- Promoção de saúde
- Ações de assistência social
- Inclusão na vida social
- Desenvolvimento de recursos humanos
- Interação com a família e a sociedade
- Serviços básicos de suporte administrativo

O manual do Projeto deixa claro que essa estrutura é desenvolvida de acordo com as condições financeiras e operacionais de cada Apae. Essa estrutura pode ser dividida em três áreas de atuação: técnica-pedagógica, promoção da inclusão social e suporte administrativo e financeiro. A estrutura ficaria então desenhada da seguinte forma:

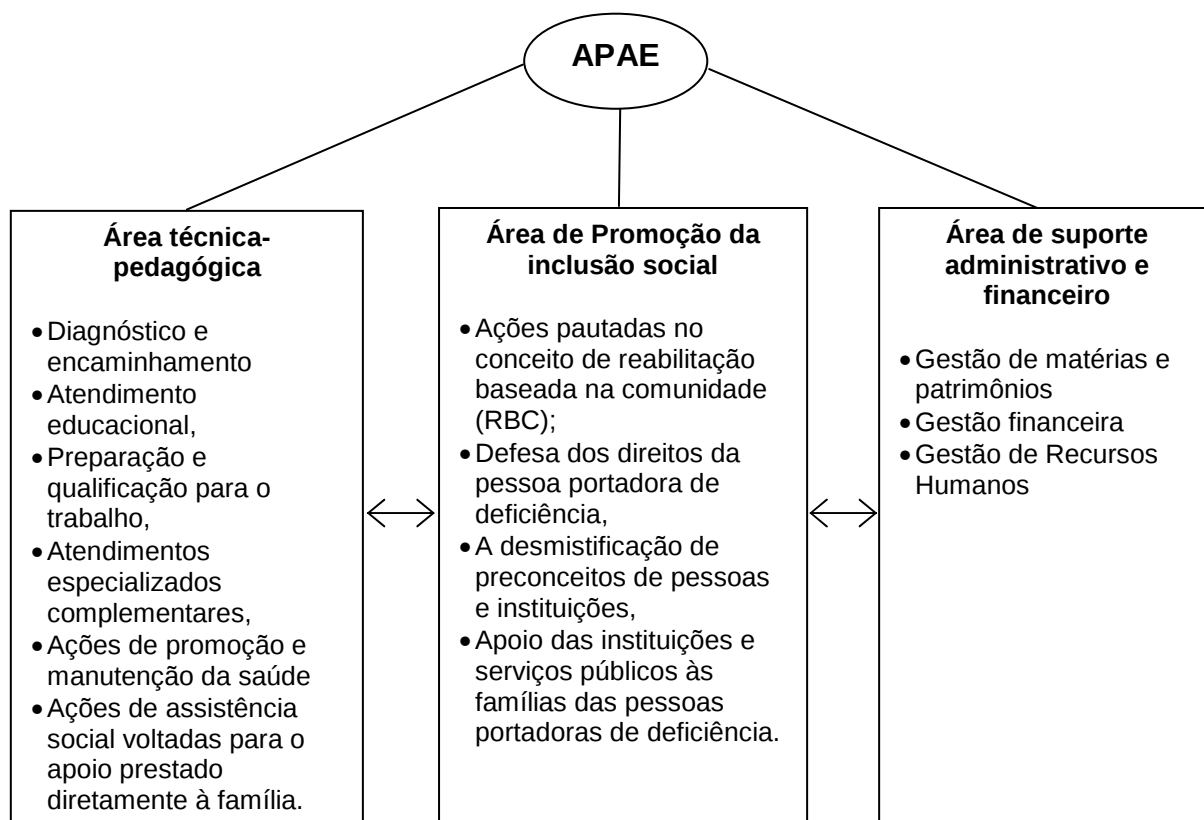


Figura 5: Estrutura das Apaes

Vale clarear alguns itens dessas áreas, naquilo que interessa à nossa pesquisa.

Entendemos que os tratamentos e as intervenções oferecidos diretamente aos deficientes mentais estão concentrados na área técnico-pedagógica e na área de promoção da inclusão social. A área de suporte administrativo e financeiro seria o setor da instituição necessário para viabilizar as outras áreas.

O manual apresenta uma estrutura para o diagnóstico da pessoa com deficiência mental. Ele é compreendido como um processo realizado por uma equipe técnica através de entrevistas, identificação das potencialidades, avaliação (que supomos ser as específicas de cada área), reunião para análise de dados, repasse de resultados aos responsáveis e à pessoa com deficiência e, por último, o encaminhamento aos atendimentos necessários.

Por atendimentos especializados complementares, compreendem-se:

- Apoio à Pessoa Portadora de Deficiência incluída no Ensino Regular;

- Atendimento de Psicologia, através da psicopedagogia, do apoio educacional aos demais programas, da psicoterapia e da psicomotricidade relacional;
- Atendimentos de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, através do atendimento individual ou em grupo e do apoio educacional aos demais programas;
- Educação Física e Desporto, desenvolvida a partir da proposta curricular, do apoio aos demais programas educacionais e das escolas de esportes;
- Arte, desenvolvida a partir da proposta curricular, da arte-educação e da arte-produção.

Foi disponibilizado recentemente às Apaes o convênio com o Sistema Único de Saúde, o SUS, possibilitando financeiramente a oferta dos atendimentos clínicos citados acima e de outros mais. De um modo geral, as intervenções empreendidas pelo fonoaudiólogo, pelo fisioterapeuta e pelo terapeuta ocupacional são compreendidas como pertencentes à reabilitação.

As idéias de reabilitação e de integração social permeiam, fundamentam e direcionam os atendimentos nas Apaes. Elas encontram-se, inclusive, no modelo de Estatuto das Apaes, de 2004, no Parágrafo Único do Artigo 4º que fala sobre a concepção de deficiente para essa instituição, apresentado no começo desse texto.

Segundo Rosana Glat (1995) a integração social visa tornar possível aos deficientes mentais meios para a sua participação mais ativa na vida em sociedade. Podemos entender como meios os recursos que vão desde os físicos e os subjetivos até as habilidades sociais e aquelas específicas para o trabalho. A noção de integração convive com o movimento de inclusão social dentro das Apaes. Dizemos movimento porque entendemos que ele se dá através de ações, pautadas em um discurso de inclusão muito presente na contemporaneidade.

Já no modelo de Estatuto de 2006, a idéia de integração é substituída pela idéia de integração social, reflexo das discussões contemporâneas sobre a forma da sociedade em lidar com as pessoas com deficiência.

As Apaes atendem em torno de um total de 230.000 pessoas com deficiência mental em suas 1967 unidades. Apenas com o número de Pestalozzi e de Apaes, o Brasil conta hoje com mais de 2000 instituições que atendem pessoas com

deficiência mental. Para finalizar, de acordo com o Censo de 2004, há quase três milhões de deficientes mentais no Brasil (JANUZZI, 2004, apud OLIVEIRA, 2006). A partir desse levantamento, torna-se possível compreender o grande número de instituições que existem hoje para atender esse público.

3.3. As funções das instituições especializadas na deficiência mental

Após fazermos o recorte mais detalhado da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), levantamos algumas questões quanto à sua função: qual seria a função destas instituições frente à deficiência mental? qual a sua função no atendimento de deficientes mentais? como essa função é representada em suas ações?

Paralelo às elaborações sobre as instituições realizadas pelos autores citados anteriormente, observamos que a função de uma instituição especializada na deficiência mental também pode ser identificada a partir de sua organização. Os indícios dessa função podem ser encontrados em certos documentos como no estatuto, nas atas de reuniões, nas rotinas de atendimento ou nos comunicados e nos materiais de divulgação, assim como nas teorias que embasam os atendimentos clínico e educacional.

Tomemos, por exemplo, o Estatuto das Apaes (2006) para investigar a sua função (ver Anexo 1). Encontramos neste documento quatorze objetivos que podem ser lidos como funções dessas instituições em relação aos deficientes mentais. Entre eles, destacamos alguns os quais entendemos estarem ligados diretamente às pessoas com deficiência mental:

Promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, preferencialmente mental, em seus ciclos de vida, crianças, adolescentes, adultos e idosos, buscando assegurar-lhes o pleno exercício da cidadania;
 (...)
 Articular junto aos poderes públicos municipais e entidades privadas, políticas que assegurem o pleno exercício dos direitos da pessoa com deficiência e com outras entidades no município, que defendam a causa da pessoa com deficiência em qualquer de seus aspectos;
 (...)
 Promover e/ou estimular o desenvolvimento de programas de prevenção da deficiência, de promoção, de proteção, de inclusão, de defesa de direitos da

pessoa com deficiência e de apoio e orientação à sua família e à comunidade;

(...)

Desenvolver e estimular política de autodefensores garantindo a participação efetiva em todos os eventos e níveis do movimento apaeano;
Promover e articular serviços e programas de prevenção, educação, saúde, assistência social, esporte, lazer, visando à inclusão social da pessoa com deficiência. (ESTATUTO DAS APAES)

A partir desses objetivos, podemos dizer que a função de uma Apae é, essencialmente, a de defesa dos direitos dos deficientes mentais e a de efetivar ações que os levem a se integrarem à sociedade (a idéia de inclusão social). Os atendimentos realizados dentro das instituições (clínico, educacional e oficina de preparação para o trabalho) têm como objetivo final possibilitar ao deficiente mental condições física, subjetiva e social de viver com a sua família e em sua comunidade. Dentro do campo epistemológico no qual as instituições especializadas baseiam-se (o da integração/inclusão social), sua função é criar meios para que essas condições aconteçam.

Charles W. Telford e James M. Sawrey (1976)²² fizeram algumas considerações sobre as funções da instituição especializada. Para os autores, a função de uma instituição pode ser o aspecto que venha distinguir uma instituição da outra. Partindo desta perspectiva, eles identificaram dois tipos de instituições: as *residenciais* (permanência de longo prazo) e as *não-residenciais* (permanência de curto prazo). Dentro desta classificação, os autores ainda apresentaram quatro tipos de instituições destinadas ao atendimento dos deficientes mentais²³:

- *Escolas de assistência e custódia permanentes aos indivíduos totalmente dependentes*: Instituições acolhiam os casos de débeis mentais considerados mais graves e que permaneciam por muito tempo longe de suas famílias (às vezes para sempre). Todas as funções de cuidado e responsabilidade legal da família eram repassadas à instituição.
- *Instituições para educação e adestramento para casos de indivíduos moderadamente incapacitados*: Instituições cujo foco era o treinamento de habilidades de vida prática e social mínimas para certa autonomia dos débeis.

²² Professores da Universidade Estadual de San José, Califórnia, EUA.

²³ O contexto de análise desses autores é os EUA da década de 70.

- *Instituições de reabilitação*: Nelas eram oferecidos diferentes atendimentos clínicos e educacionais que visavam à habilitação ou à reabilitação das pessoas com debilidade mental para o convívio em sociedade.
- *Escolas de assistência a curto prazo*: Instituições que acolhiam em tratamento e assistência as pessoas com deficiências que eram indicadas a permanecerem em uma instituição de longo prazo. Também eram aquelas pessoas que após um longo prazo de permanência em uma instituição, necessitariam de passar por uma assistência que visaria a sua readaptação na sociedade.

Telford e Sawrey (1976) levantaram algumas críticas quanto às instituições residenciais, que se assemelham muito à instituição total estudada por Erving Goffman. No Brasil, D'Antino (1998) também apresentou algumas questões em sua pesquisa sobre as Apaes. As críticas destes autores referem-se diretamente às funções das instituições especializadas.

Segundo os autores americanos, nas instituições residenciais

[...] muitos procedimentos institucionais despersonalizam e desumanizam o internado e despojam-no de muito de sua individualidade. A rotina institucional trata o paciente mais como uma coisa do que como um ser humano (TELFORD e SAWREY, 1976, p.84).

Os autores já apontavam na década de 70 uma grande preocupação das instituições em manter o seu funcionamento em detrimento da realização das funções que beneficiariam os seus clientes. D'Antino (1998) também chama a atenção para o desvio das funções das instituições:

A função social destas instituições percorre caminhos que parecem mais próximos de tornar distante o deficiente da comunidade em que vive (pela forma segregadora de funcionamento institucional) do que efetivamente o de inseri-lo no espaço social (D'ANTINO, 1998, p.50).

A partir dessas críticas podemos concluir com mais duas questões sobre as funções de uma instituição especializada. A primeira é que algo escapa ao trabalho institucional em relação às suas funções antes formalizadas em documentos: a quais interesses as instituições vêm respondendo com seu posicionamento ético e político e na oferta de atendimentos? Aos da diretoria e funcionários ou daqueles para a qual ela foi criada?

Uma outra questão é quanto à defesa dos direitos dos deficientes mentais. Na busca pela defesa dos direitos, os desejos particulares de cada deficiente nem sempre são escutados. Quase sempre o particular não cabe na instituição, que acaba estabelecendo-se como lugar do universal. Na busca de igualdade para todos, e entre todos, o deficiente mental deve estar.

Encerramos essa parte com um apontamento feito por Susana Brignomi e Graciela Esebbag (2002). Ao falar das instituições que acolhem as crianças maltratadas, as autoras sugerem aos psicanalistas considerar que um de seus objetivos nas instituições é o de *“tentar produzir uma modificação sobre a estrutura de uma instituição dirigida aos ‘usuários’, para convertê-la em um lugar que favoreça o surgimento da ‘demanda de um sujeito’”* (BRIGNOMI e ESEBBAG, 2002, p.80-81).

Capítulo 4

A Deficiência mental e as instituições especializadas sob o ponto de vista da psicanálise lacaniana

“Surpreendi-me pensando em seu gosto por histórias, pela composição e coerência narrativa. Será possível, pensei, que este ser diante de mim – simultaneamente uma moça encantadora e uma débil mental, um acidente cognitivo – pode usar um estilo narrativo (ou dramático) para compor e integrar um mundo coerente, no lugar do estilo esquemático que, nela, é tão deficientes e não funciona? E, assim pensando, lembrei-me dela dançando, de como isso conseguia organizar seus movimentos que, em outras ocasiões, eram tão desconexos e desajeitados.

Nossos testes, nossas técnicas, pensei, enquanto a observava sentada no banco – apreciando uma visão da natureza não apenas simples, mas sagrada –, nossas técnicas, nossas “avaliações” são ridiculamente inadequados. Só nos mostram déficits, não capacidades; mostram apenas problemas para resolver e esquemas, quando precisamos ver música, narrativa, brincadeira, um ser conduzindo-se espontaneamente em seu próprio modo natural.

Rebecca, tive a impressão, era completa e intacta como um ser “narrativo”, em condições que lhe permitiam organizar-se de um modo narrativo; e saber disso era muito importante, pois permitia que a víssemos, e a seu potencial, de uma maneira muito diferente da imposta pelo método esquemático. Talvez tenha sido bom eu ter visto casualmente Rebecca em suas facetas tão diversas – tão danificada e incorrigível em uma, tão cheia de promessas e potencial na outra – e também que ela tenha sido uma das primeiras pacientes que atendi em nossa clínica. Pois o que vi nela, o que ela me mostrou, passei a ver em todos eles”.

Oliver Sacks, 1997, 201-202.

4.1. A debilidade mental a partir da psicanálise lacaniana

A concepção de debilidade mental compreendida a partir da obra do psicanalista francês Jacques Lacan (1901-1981) diferencia-se de todas as concepções apresentadas nos capítulos 2 e 3. Lacan a retira do campo biológico e da adaptação social e passa a pensá-la como uma relação singular do sujeito com o saber e com a verdade que revela-se no discurso.

Lacan já mostrava-se contrário à concepção de deficiência mental enquanto déficit cognitivo da psicometria e da psiquiatria desde as suas primeiras referências sobre o tema. Demarcada essa posição, ele vai atrelando a concepção de debilidade mental aos conceitos de saber inconsciente e de Real, à medida em que ele a evoca em seus Seminários. A debilidade mental é colocada então como algo concernente à estruturação subjetiva.

Veremos a partir de suas referências que Lacan apresenta duas concepções de debilidade mental, separadas em dois momentos. No primeiro, até o Seminário 19, percebemos Lacan discutindo as idéias de Maud Mannoni (1964) referindo-se ao sujeito diagnosticado pelos testes psicométricos como débil mental, ou deficiente mental.

A partir do Seminário 24, o conceito de debilidade amplia-se, podendo ser lida como equivalente ao inconsciente (idéia trabalhada por Jésus Santiago no texto “O aparelho do inconsciente e sua debilidade”), estendendo a todos os seres falantes o qualitativo de débeis quando eles não sabem “fazer com” o saber (L’insu..., 1977).

4.1.1. Primeiras formulações de Lacan sobre a debilidade mental

Na tese de doutorado “Da psicose paranóica e suas relações com a personalidade”, defendida por Lacan em 1932, ele apresenta a idéia do psiquiatra francês Genil-Perrin encontrada em seu livro “Les paranoïaques” de 1926, que parecia indicar a presença de uma forma especial de debilidade mental no desenvolvimento de alguns tipos de personalidade atípica (hipocondríacos e erotomanos, por exemplo). Lacan apontou que nesse caso não se trataria da

debilidade mental encontrada nos testes psicométricos, mas de algo da ordem social no sujeito.

Em outro ponto de sua tese, Lacan discordou de outros autores em relação a algumas de suas colocações sobre os casos em que os delírios paranóicos apresentam-se em pares, como entre mãe e filho. Para esses autores, um dos indivíduos dessa dupla de delirantes, por ser débil mental, seria induzido pelo outro ao delírio. Sua posição frente a essa colocação é clara:

Este estudo das estruturas conceituais deve, ademais, dar novos pontos de vista sobre o problema, falsamente resolvido a nosso entender, do contágio mental. Deixamos constância, efetivamente, de que, para a maior parte dos casos de delírio em dupla, nós recusamos toda 'indução' fundada na pretendida debilidade mental de um dos dois; e poderemos contribuir fatos de indução de delirante a delirante, cuja raridade mesma impõe uma explicação de índole muito diferente (LACAN, 1932, tradução nossa).

Lacan estava, nesse momento, tentando compreender o mecanismo de constituição da psicose paranóica e apenas comenta a aproximação feita pelos autores da época entre a debilidade mental e os casos de delírio da psicose.

Alguns anos depois, no Seminário 11 (1964), ele volta a aproximar a psicose da debilidade mental quando fala sobre a holófrase. Nesse momento, Lacan ainda utiliza o conceito de debilidade no sentido psiquiátrico do termo, ou seja, enquanto um déficit.

Na lição 18 desse seminário, Lacan discutiu o fato de não estar destinado ao sujeito colocar em questão o desejo do experimentador em experiências como as que Pavlov realizou com o cão. Partindo dessa questão, ele retoma a idéia de holófrase e vê a possibilidade de pensar o efeito psicossomático a partir dela.

E o que é a holófrase? Holófrase é um termo tomado da lingüística e se refere a uma frase condensada em uma só palavra. É uma palavra-frase como identifica a lingüística, e tem como resultado um sentido único, ou seja, uma única palavra que, em si mesma, implica a estrutura de uma frase. Por exemplo, é comum ouvirmos algumas holófrases da criança quando ela está começando a falar. *Dói-dói* é uma delas, que pode ter várias interpretações. Para autores como o psicólogo soviético Alexander R. Luria, a emissão de holófrases pelas crianças faz parte de uma fase do desenvolvimento da linguagem.

Do ponto de vista da teoria lacaniana, a holófrase nos remete a algo da ordem de um impasse no momento da constituição do sujeito; segundo Conceição Beltrão

Fleig (2005), “*trata-se de um mecanismo que se produz na arrancada do processo de subjetivação*” (FLEIG, 2005). A presença da holófrase na fala marca a ausência do sujeito. Importante ressaltar que estamos tratando de um momento fundamental e estruturante da subjetivação, da escolha entre a neurose ou a psicose.

Sabemos que o sujeito barrado (\$) advém da marca da falta no Outro materno, através de um significante aleatório. Há um momento no enxame de significantes S_1 ²⁴, no qual a criança se encontra a princípio, que um significante emitido pelo Outro marca a falta nessa criança, provocando um buraco nesse enxame e permitindo a articulação da cadeia significativa, o S_2 ²⁵. Inaugura-se dessa forma e neste momento a entrada do sujeito na cadeia discursiva, permitindo a existência do laço social (ou seja, que existam as relações sociais).

O fenômeno da holófrase mostra um impasse nesse movimento, representando em si a existência de uma solidificação do par significante primordial S_1 - S_2 . Essa solidificação impede que haja o intervalo necessário entre S_1 e S_2 para que o significante represente o sujeito para outro significante (operação de alienação), para dele se separar (operação da separação) e fazer surgir daí o sujeito barrado. O desejo do Outro não é colocado em questão com a solidificação dos pares significantes S_1 e S_2 , não permitindo então que surja o objeto *a* – algo que cai e que marca a falta para o ser, apontando a sua cisão fundante (\$, sujeito barrado).

O fragmento de um caso atendido em análise por Conceição Beltrão Fleig (2005) nos permite exemplificar a holófrase (*oquéquêutêaí*) na fala de um menino de 10 anos, que se apresentou na primeira entrevista colado ao corpo de sua mãe. Eis o fragmento:

Era costumeiro que Lúcio, como um furacão, entrasse na clínica abrindo as portas das salas e literalmente, as invadisse. Levava para a mãe aquilo que conseguisse pegar e quando esta via o filho lhe perguntava: O que é que tu tens aí! Quando o menino deixou os grunhidos e começou a dizer as primeiras palavras pudemos ouvir *oquéquêutêaí*, que era repetido a cada vez que se precipitava para pegar um objeto ou quando dirigiu sua mão para o meio das pernas de um dos membros da equipe buscando pegar seus genitais (grifo nosso).

A existência da holófrase no discurso indica a “*suspensão da função significante como tal*” e a ausência da dimensão metafórica, diz Vorcaro (1999). A

²⁴ Significantes fora do corpo, ou significantes mestres.

²⁵ Significantes do corpo, ou significantes do saber.

holófrase indica a presença de um sujeito não-dividido pelo significante. Segundo essa psicanalista, o sujeito na holófrase, com seu grito, “... *não se conta porque está identificado e solidificado no significante holofrásico. Ele constitui, com esse significante, um monólito: o sujeito se reduz a um emissor...*” (VORCARO, 1999, p.32).

A presença da holófrase no discurso de uma criança psicótica, como no fragmento citado anteriormente, marca que não houve aí a constituição do sujeito. Não aconteceu nenhuma das operações de causação do sujeito, a saber, a alienação e a separação.

A discussão sobre a holófrase no Seminário 11 serviu para Lacan pensar sobre a estrutura desse fenômeno em uma série de casos como a psicossomática, a psicose e a debilidade mental, considerando, contudo, que o sujeito não ocupa o mesmo lugar em todos os casos. Vorcaro (1999) situa da seguinte forma os lugares do sujeito nessa série:

- a) Na psicose: “*a criança seria um efeito purificado da linguagem, e, portanto, não encontraria, no intervalo entre os significantes, o ponto de corte em que pode alojar sua perda no desejo do Outro*” (VORCARO, 1999, p.36);
- b) Na psicossomática: “*A função do desejo do Outro se interessa pelo ser da necessidade, engatando a função biológica unificante do ser nos significantes do Outro. O que há entre o ser e o Outro é a necessidade*” (VORCARO, 1999, p.40);
- c) Na debilidade mental: não haveria a interrogação sobre o desejo do Outro. “*[...] a criança não encarna a falta do Outro, porque a ele [ao Outro] nada faltaria*” (VORCARO, 1999, p.38).

Pensar a debilidade mental a partir da holófrase é algo inédito na obra de Lacan, como aponta Santiago (2005) e é isso que permite discutir a estruturação psíquica do sujeito débil mental, até então reduzido à sua função cognitiva deficitária.

É também às voltas dessa constatação relativa à holófrase que Lacan apresenta ao seu público as idéias de Maud Mannoni sobre a debilidade mental, presentes em seu livro “A criança retardada e sua mãe”. Foi a partir dos estudos e trabalhos desenvolvido por ela que o debate sobre a debilidade mental conquistou espaço e importância na obra lacaniana.

Para Mannoni, segundo apontou Lacan, a mãe reduz o seu filho débil a ser o suporte de seu desejo, um desejo obscuro que acabaria trazendo à sua educação uma dimensão psicótica. Quanto a isso, Santiago (2005) esclarece que nessa obra Mannoni conceitualiza a debilidade mental como resultante da ‘fusão de corpos’ entre mãe e criança. Eis o que Mannoni (1999) disse:

[...] a criança retardada e sua mãe parecem formar, em certos momentos, um só corpo, o desejo de um se confundindo tanto com o desejo do Outro, que os dois parecem viver uma única e mesma história. Esta história tem como suporte, no plano fantasmático, um corpo que atingido, por assim dizer, por ferimentos idênticos que adquiriram uma marca significativa. O que na mãe não pôde ser resolvido ao nível da experiência de castração, vai ser vivido, como eco, pelo filho que, nos seus sintomas, muitas vezes não fará mais do que fazer “falar” a angústia materna. (MANNONI, 1999, p.49)

Segundo Cunãt (1996), Lacan faz duas objeções à colocação de Mannoni. Na primeira ele diz que o débil mental coloca um só significante em jogo, ou seja, a holófrase do par primordial, como já foi dito. E a segunda objeção, ele aponta para a relação da criança com a mãe determinada pelo gozo.

Ao introduzir a noção de holófrase no Seminário 11, Lacan propôs uma explicação retificadora à idéia de Mannoni da debilidade mental enquanto consequência da fusão de corpos entre mãe e filho. Para ele, a criança estaria identificada a um significante, que no caso nomeia o objeto da fantasia materna. Contudo, Lacan não deixa de fazer referência à importância do trabalho iniciado por Mannoni, pois ele abriu ao sujeito débil mental a possibilidade de ser atendido em análise.

Voltando à holófrase, ao dizer que os sujeitos psicótico e débil se encontram em lugares diferentes, Lacan aponta para pensarmos a clínica diferencial entre debilidade mental e psicose. Porém, só será possível diferenciar a debilidade mental da psicose a partir da definição de debilidade mental encontrada no Seminário 19.

No Seminário 15 (1968) encontramos Lacan afirmando que as crianças “caem” na debilidade mental por obra dos adultos. Diante disso, ele alerta para um cuidado a ser tomado em relação à terapêutica, na qual há a possibilidade de o psicanalista precipitar o sujeito em uma debilidade mental, através do ato psicanalítico. Aqui também, podemos pensar se isso não se encaixaria nos tratamentos a que os débeis mentais são submetidos pela vida afora, como os programas de adaptação e de integração social.

A partir de 1969, no seminário 16, “De um outro ao outro”, Lacan passa a ver a debilidade enquanto um mal-estar fundamental do sujeito quanto ao saber. Nesse seminário, ele levanta a seguinte questão: *“E se o débil for um pequeno astuto?”* (LACAN, 1969, tradução nossa). Lacan aponta que essa idéia já havia sido levantada por autores como Mannoni, e comenta sobre o personagem “O idiota”, do escritor russo Dostoievski. Esse personagem se conduzia muito bem em qualquer campo social que atravessasse e em qualquer situação de embaraço em que se intrometesse.

Lacan vem falar nessa lição sobre a verdade e o saber e evoca, partindo de sua experiência clínica no atendimento de débeis mentais, a posição adotada por eles frente ao Outro. O débil mental estaria tão preocupado em negar a castração, em ocultá-la, que mente, pois, como diz Lacan, *“não é porque o sujeito se coloca no lugar da verdade que ele diz a verdade. Ao se colocar a serviço da verdade como única, o que o débil produz são as pérolas da mentira”* (LACAN, 1969, apud BRUNO).

Uma importante referência à debilidade mental pode ser encontrada no Seminário 19, na lição do dia 15 de março de 1972. Nela, Lacan fala do lugar do sujeito débil mental no discurso e dá um novo conceito à debilidade mental:

Chamo debilidade mental, ao fato de que um ser, um ser falante, não esteja solidamente instalado num discurso, É o que faz o preço (valioso) do débil. Não há nenhuma outra definição que se possa lhe dar senão de ser o que se chama estar um pouco “por fora” dos trilhos. Isto é que entre dois discursos, ele flutua (Lacan, 1972, tradução nossa).

Na continuação, ele diz que para um ser estar solidamente instalado como sujeito é necessário ater-se a um discurso, retornando assim à questão da constituição do sujeito do inconsciente e de seu lugar na cadeia discursiva. Ao conceituar a debilidade mental como uma flutuação entre dois discursos, Lacan mostra claramente a diferença de posição do débil para a do psicótico. O psicótico está fora do discurso enquanto o débil vacila entre dois.

Essa definição será melhor compreendida a partir da teoria dos discursos proposta por Lacan no Seminário 17 (1969/70). A debilidade mental definida dessa forma traz a tona questão do gozo e de como pensá-lo nessa flutuação entre dois discursos.

Neste momento da obra de Lacan, a debilidade mental está tanto relacionada ao saber inconsciente quanto à produção de uma verdade que esse saber aponta, e ambos estão ligados ao gozo. Podemos constatar essa ligação no seminário 17, quando Lacan toma o saber como meio de gozo em uma lição e, em outra lição, a verdade como irmã do gozo.

No Seminário 22, na lição de 10 de dezembro de 1974, Lacan diz que:

[...] Há algo que faz com que o ser falante se demonstre consagrado à debilidade mental, e isso resulta da única noção de Imaginário, visto que o ponto de partida deste é a referência ao corpo e ao fato de que sua representação – quero dizer tudo o que para ele se representa – não é senão o reflexo de seu organismo (Lacan, 1974, tradução nossa).

É nessa lição que ele apresenta a idéia de *intelligere*, verbo latino que ele traduziu como ler nas entrelinhas. Elizabeth Rocha Miranda (2002) esclarece que “*para ler nas entrelinhas é preciso suportar a castração, poder abrir mão da suposição do universo como reflexo do próprio corpo*”. É dessa suposição que o débil não consegue se desvencilhar, já que lhe é muito caro suportar a castração.

Os leitores da obra lacaniana que também se interessaram pelo tema da debilidade mental, levantaram hipóteses sobre o lugar da debilidade mental nas estruturas clínicas. Sônia Alberti (2002) propõe a debilidade mental como “*efeito de uma posição do sujeito determinado conforme sua escolha estrutural*” e não como uma estrutura a mais no grupo das entidades clínicas (neurose, psicose e perversão), como foi teorizado por Lacan. Já Miranda (2002), considera que a debilidade mental consistiria em um recobrimento da estrutura.

4.1.2. Novas formulações: a debilidade do mental

No Seminário 24 (1977), Lacan apresenta uma nova definição de debilidade mental, ou, como podemos ler com Jacques Alan-Miller (2003), debilidade *do* mental, em que essa passa a ser algo concernente à estrutura de todos os sujeitos falantes. Miller (2003) e Jésus Santiago (s/d) colocam que essa mudança na definição da debilidade mental reflete os caminhos tomados pelas últimas

teorizações de Lacan. Miller nomeou essas últimas teorizações de o *último ensino de Lacan*, localizado mais precisamente após o Seminário 20, *Mais, ainda*.

Santiago (s/d) discute a hipótese levantada por Miller no curso “O lugar e o laço” (2000-2001), de que o conceito de debilidade mental conquistou um lugar importante, até mesmo fundamental, no último ensino de Lacan. Miller trabalhou nesse curso a formação do psicanalista, mais precisamente das causas, dos lugares e dos eleitos dessa formação. Na discussão feita por Santiago (s/d), ele fala sobre o passe e faz a seguinte consideração:

A verificação desta hipótese supõe, então, avaliar em que medida o psicanalista que se “hystoriza de si mesmo”, se confronta com o real sem lei e sem sentido, podendo, então, desvencilhar-se da verdade mentirosa do inconsciente (SANTIAGO, s/d).

Desvencilhar dessa verdade mentirosa do inconsciente significa uma separação entre o sujeito e seus significantes mestres (ligados à cifração do gozo). Ele ainda chama nossa atenção dizendo que isso não significa que não haja gozo no final da análise, há gozo. Ao emergir o saber-fazer com esse gozo, “*ele se cifra de um outro modo como letra*” (Santiago, s/d).

Quanto ao saber-fazer, em seu contraponto, Lacan chama de débil mental todo o homem, inclusive ele mesmo, quando não sabem ‘fazer com’ o saber: “*É sua debilidade mental, da qual eu não me excluo - porque eu pertenço ao mesmo material que todo mundo, a esse material que nos habita*” (Lacan, 11/01/77, tradução nossa).

Essa idéia também é retomada na carta de dissolução, de 1980, encerrando as referências de Lacan à debilidade mental. Mais uma vez, ele a coloca como algo concernente à estrutura do sujeito, ao dizer:

Eu falo sem a menor esperança de fazer-me ouvir particularmente.
Eu sei que o faço – agregando-o o que isso comporta de inconsciente.
Essa é a minha vantagem sobre o homem que pensa e não se dar conta que, antes, ele fala, vantagem que não devo senão à minha experiência.
Porque no intervalo entre a palavra que ele desconhece e o que ele crer fazer pensamento, o homem se embaraça, o que não o encoraja.
De maneira que o homem pensa débil, tanto mais débil que se irrita...
justamente por se embaraçar (Lacan, 1980).

No último ensino, o Real é definido pela exclusão do sentido. Há uma depreciação do pensamento – posição contrária ao do primeiro ensino, que se

apoiava justamente naquilo que é da ordem do simbólico. No último ensino, “o pensamento não é senão imaginário, um imaginário sobre o simbólico”, diz Miller (2003), que também mostra que Lacan passou a definir *mental* como sendo uma relação difícil entre o corpo e o simbólico.

No Seminário 24, L’insu, Lacan fez algumas considerações sobre o que é o mental:

Há que aceitar as condições do mental, em cuja primeira casta está a debilidade o que quer dizer a impossibilidade de sustentar um discurso contra o qual não há objeção, mental precisamente. O mental é o discurso (Lacan, 19/04/77, tradução nossa).

(...) O inconsciente foi identificado por Freud, não se sabe por que, ao mental. É pelo menos o que resulta do fato de que o mental é tecido de palavras, entre as quais – é, parece-me, a definição que Freud dá disso - há enganos (bévues) sempre possíveis. De onde meu enunciado de que de real, não há mais do que o impossível. E é precisamente aí que eu tropeço. O real é impossível de pensar, se não cessa de escrever-se? Há aí um matiz – eu não enuncio que não cessa de não se dizer – ainda que não fosse porque o real, eu o nomeio como tal – senão de não se escrever. Tudo o que é mental, ao fim das contas, é o que eu escrevo com o nome de sinthome, isto é signo (Lacan, 10/05/77, tradução nossa).

O mental é o discurso, ou o tecido de palavras, e é também o sinthome, aquilo que implica um limite quanto ao saber. A debilidade mental já pode ser lida, a partir desse Seminário, como debilidade do mental, algo ligado à estrutura de todo sujeito. Segundo Miller (2003), a debilidade mental quer dizer que o *fallasser* é marcado pela desarmonia, por uma ausência de acordo, entre as dimensões simbólica, real e imaginária. Ele chama de desarmonia o conflito, a *spaltung*, a diferença entre demanda e desejo, a castração e a não-relação sexual. Miller (2003) conclui dizendo que a “*debilidade mental desse ser quer dizer que seu mental não o põe em relação com o real*”.

A debilidade mental, ou do mental, tal como foi definida no último ensino de Lacan, está ligada à chamada ‘clínica dos nós’, ou clínica borromeana. Não é nosso objetivo aprofundar sobre esse tema.

4.2. Algumas considerações sobre as instituições especializadas a partir da psicanálise lacaniana

No texto “Psicanálise aplicada ao campo da Saúde Mental: uma contribuição ao tema da prática lacaniana nas instituições”, de 2003, o psiquiatra e psicanalista Francisco Paes Barreto parte de sua experiência nos serviços de saúde mental de Belo Horizonte para refletir sobre a ética dos tratamentos oferecidos nesse campo. Ele inicia sua reflexão falando da prevalência da norma social como uma referência para o tratamento na psiquiatria e no campo da saúde mental. Tal prevalência é tão significativa que ele nomeia de Tratamento de Normalização Psicossocial o conjunto de intervenções existentes nessas áreas. Barreto (2003) apresenta no quadro abaixo alguns aspectos desse tipo de tratamento, ao mesmo tempo em que coloca a posição da psicanálise diante de cada um deles:

Tratamento de Normalização Social (Psiquiatria, psicoterapia, reabilitação, saúde mental)	Psicanálise (psicanálise pura, psicanálise aplicada)
Ética = Moral	Ética ≠ Moral
Conformidade, adaptação social.	Autenticidade, singularidade do sujeito
Restituição da normalidade anterior	Mutação subjetiva
Norma	Paradigma
Validade estatística	Construção do caso clínico
Gozo socialmente modelado	Gozo próprio do sujeito
Reabilitação, no sentido ortopédico	Reabilitação, no sentido jurídico
Lógica do todo (o universal)	Lógica do não-todo (o um por um)

Quadro 4: Tratamento de Normalização Social
Fonte: Barreto, 2002.

O quadro construído por Barreto (2003) nos servirá como guia na formulação de alguns apontamentos sobre as instituições especializadas na deficiência mental, considerando-as como fazendo parte do campo da reabilitação.

Começaremos com a questão das normas e das regras. Instituir regras e segui-las é uma forma de organizar e uma tentativa de exercer o controle sobre um determinado fato. Nesse sentido, as normas se tornam leis e, como expusemos no recorte conceitual realizado no capítulo 3, elas também constituem e fazem parte das instituições.

A psicanálise nos mostra que a predominância das normas na instituição não é sem efeitos, principalmente sobre os que são atendidos por elas. Alguns psicanalistas, como Maria Cristina Machado Kupfer (2003), apontam que esse efeito recai diretamente sobre a singularidade do indivíduo atendido:

[...] não tem sido fácil [...], fazer cair o muro que tem separado de forma mecânica e definitiva, as práticas dirigidas ao singular do sujeito e aquelas realizadas no interior das instituições que, supostamente, se colocam em oposição a esse singular por estarem atreladas ao caráter normativo e geral dessas instituições. (KUPFER, 2003, p.11)

No texto “O toxicômano, a instituição e o psicanalista” de Maria Wilma S. de Faria, encontramos uma passagem que não só confirma a relação das regras com a singularidade, como dá indicativos sobre o lugar das regras na condução do tratamento dentro das instituições:

Uma instituição que se propõe à escuta de um a um, dentro de sua singularidade, deve ser o menos prescritiva possível e trabalhar com regras e normas que não sejam tão rígidas – regras e normas capazes de suportar, lidar com os momentos de crise (FARIA, 2003, p. 5).

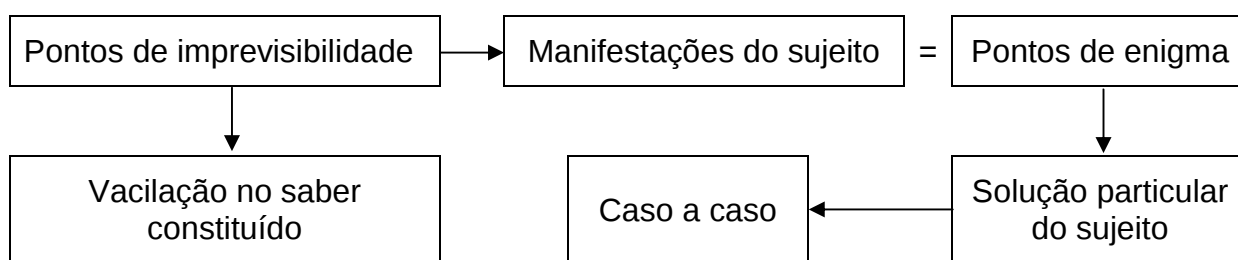
Jésus Santiago (2002) nos apresenta um outro fato a ser considerado quanto às regras e que também está ligado à questão da singularidade. No texto “O *standard lacaniano*”, o autor nos leva a refletir sobre o sentido da surpresa em um tratamento, principalmente o psicanalítico. Santiago (2002) expõe a sua crítica quanto à prática executada por uma psicanálise ortodoxa, que só funciona a partir da aplicação de regras: [...] *em nome dessas regras [...], apaga-se aquilo que é fonte de sua eficácia singular: a surpresa [...]* (SANTIAGO, 2002). Para ele, a regra afasta a possibilidade do surgimento de um acontecimento imprevisto (uma exteriorização do inconsciente) e para a psicanálise lacaniana a surpresa é um elemento desejável no tratamento analítico, pois ela é uma reação do indivíduo ao surgimento daquilo que lhe causa, ou seja, do sujeito do inconsciente.

Não cabem surpresas onde as regras organizam os espaços, controlam o seu funcionamento e as pessoas que aí estão. A ordem do imprevisto não é considerada, pois as regras permitem certa previsibilidade. Tal situação pode ser transposta para os tratamentos em que as técnicas (tomada quase como uma norma) também prevalecem. A técnica está atrelada à previsibilidade de um quadro sintomático.

Para a psicanálise, o elemento surpresa tem a ver com a manifestação da particularidade do indivíduo, mesmo frente a um determinismo biológico. Essa questão remete à ética da psicanálise e Tânia Ferreira (2004) a apresenta de forma muito clara:

Se considerarmos os pontos de imprevisibilidade [...] como manifestações clínicas do sujeito, suportando a vacilação que promovem no saber constituído e sustentando-o como pontos de enigmas do sujeito, fazendo valer em cada caso, a solução particular do sujeito no lugar de enquadrá-lo nas descrições dos transtornos, sustentamos a ética do bem-dizer (FERREIRA, 2004, p. 21).

Essa passagem no texto de Ferreira (2004) é indispensável para pensarmos a questão da singularidade no tratamento do deficiente mental nas instituições especializadas. Nela, a autora nos apresenta os seguintes elementos:



De acordo com as considerações expostas por Barreto (2003), a instituição tende a considerar um indivíduo com deficiência mental a partir de validações estatísticas (generalizações). É uma posição diferente de considerar o indivíduo a partir de sua história, da maneira como ele lida com o que afeta o seu organismo, ou seja, de considerá-lo a partir sua singularidade.

De um outro ângulo, a questão da previsibilidade leva à idéia de prevenção. Marilena Chauí (2000) nos lembra do ditame “*saber para prever, prever para prover*” das ciências positivas (lembramos de Augusto Comte). Não é sem razão a existência nas instituições especializadas no atendimento do deficiente mental de

ações voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção – seja da própria deficiência mental, seja de algum sintoma tomado como indesejado. Maria Inês Lamy expõe de forma clara a orientação trabalhada por essas instituições: *“Como se atendendo, hoje, a criança que sofresse de distúrbio de conduta e/ou dificuldade de aprendizagem, pudéssemos prevenir o adulto doente mental de amanhã”* (LAMY, 2003, p. 1).

É possível prevenir um modo de estar frente ao Outro? É possível prevenir o que é da ordem do desejo inconsciente? A psicanálise nos mostra que o desejo escapa, mesmo diante da informação ou do bom senso.

Avançamos com Eric Laurent (2002) apresentando mais um elemento que nos auxilia a refletir sobre as instituições especializadas. Segundo esse psicanalista, há certas comunidades que, além de serem definidas por regras e por um objeto preciso de atuação, também se identificam com um determinado sintoma. Laurent (2002) chama-as de comunidades monossintomáticas.

As instituições especializadas podem ser compreendidas como uma comunidade monossintomática, pois uma instituição é caracterizada como especializada justamente pelo fato de escolher um público-alvo específico e se especializar nos tratamentos e intervenções postos como necessários para esse público.

O psicanalista Sérgio de Mattos fala sobre a questão da especialização no texto *“Desespecializar”*, de 2002. Nesse texto, ele chama a atenção para a especialização de alguns profissionais em um dado ‘transtorno’, ‘patologia’, ou síndrome – como denominam alguns manuais de psiquiatria ou de doenças mentais. Para ele, o ato de se especializar leva a uma focalização exclusiva no ‘transtorno’ em detrimento, ou recusa, de se ater à singularidade do sujeito frente ao seu quadro sintomático. A recusa tem efeitos e um deles é o de manter o sujeito no lugar de doente, identificado ao transtorno, impedindo o deslocamento desse lugar para uma posição diferente frente àquilo que o acomete.

Encontramos no texto de Sérgio Campos (2003), *“Psicanálise aplicada à medicina: o avesso do gold standard”*, um elemento distintivo entre a especialização e a singularidade: o sentido. A especialização serve ao campo do sentido, da generalização, do saber sobre algo (de preferência, saber tudo sobre) – próprio da lógica que move a ciência. Ao contrário, a singularidade é do campo do fora-do-sentido, do contingente [surpresa], do real.

Campos (2002) coloca que na medida em que a medicina se especializa, deixa “*vago o espaço da subjetividade*” (CAMPOS, 2002, p. 2). Fundamentado na teoria dos discursos de Lacan, ele diz que a medicina opera a partir do discurso do mestre ou do universitário. Apoiado em Lacan, precisamente em Radiofonia, Campos (2002) diz que os efeitos dessas formas de laço social são o fechamento do inconsciente e a permanência do indivíduo no andar inferior do grafo do desejo.

Perguntamos: será diferente em relação às instituições especializadas? Levantamos a hipótese de que há um risco muito grande da lógica apresentada por Mattos (2002) e Campos (2002) também acontecer nesse tipo de instituição, pois ela se propõe ser a detentora do saber sobre o problema que atende. Tomemos a Apae como exemplo. Encontramos em um de seus documentos, que trata sobre o posicionamento estratégico dessa instituição, dois objetivos que contemplam a busca de saber sobre a deficiência:

1. Ampliar o conhecimento acerca da deficiência, das necessidades e potencialidade de seu portador;
2. Produzir conhecimento sobre a deficiência que possa dar elementos de avaliação e planejamento das atividades (FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES, 1998, p. 23-24)

Ao comentar sobre um caso acompanhado, Tânia M. V. Freire de Mello (2003) retrata bem uma instituição especializada e sua relação com o saber: “[...] *apresenta um discurso uniforme de oferta da solução para o transtorno, traduzido em protocolos de tratamento baseados em generalizações que não levam em conta a particularidade de cada caso*” (FREIRE DE MELLO, 2003, p. 3).

As comunidades monossintomáticas ou especializadas estão organizadas de tal forma que não levam em conta a particularidade de cada um que compõe o seu público-alvo. Laurent (2002) nos lembra de um outro tipo de instituição, com uma outra lógica de funcionamento e tratamento, chamada por Jacques-Alain Miller de “*pratique à plusieurs*”, termo traduzido por prática feita por vários. Sérgio Laia (2000) esclarece que:

[...] nessas instituições vários profissionais, de diferentes formações universitárias, compõem uma comunidade cuja prática leva em conta os efeitos gerados a partir da presença do Outro que não é mais figurado nem por regras utópicas, nem pela ausência de regras, na medida em que ele corporifica a partir desse laço amoroso que Freud chamou de ‘transferência’. (LAIA, 2002)

Um grupo de autores de fundamentação teórica psicanalítica, como Alexander Stevens, Antônio de Ciaccia e Maria Cristina Machado Kupfer, chegou a algumas considerações sobre a especificidade das instituições que atendem crianças autistas, psicóticas, deficientes mentais e neuróticas. Para eles, é necessário repensar a organização dos atendimentos dessas crianças em função da estrutura clínica que cada uma apresenta. Esse tipo de trabalho é realizado na Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, que atende crianças autistas e psicóticas, localizada no Instituto de Psicologia da USP. Ele é desenvolvido desde 1991, sob a coordenação de Maria Cristina Machado Kupfer.

Capítulo 5

Um estudo de campo sobre o tratamento do deficiente mental em instituições especializadas

“Dávamos demasiada atenção aos defeitos de nossos pacientes, como Rebecca foi a primeira a me mostrar, e pouquíssima atenção ao que estava intacto ou preservado. Usando aqui mais um termo do jargão, estávamos preocupados demais com a “defectologia” e muito pouco com a “narratologia”, negligenciada e necessária ciência do concreto”.

Oliver Sacks, 1997, p.203-204.

5.1. Metodologia da pesquisa

5.1.1. Universo da pesquisa

O universo desta pesquisa é composto por duas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) ²⁶, localizadas na região leste do Estado de Minas Gerais.

É importante salientar que não realizaremos uma pesquisa comparativa entre as instituições, pois interessa-nos fazer uma análise crítica mais abrangente sobre o tratamento oferecido aos deficientes mentais em instituições. Para alcançarmos tal objetivo, entrevistamos ao todo 15 funcionários dessas instituições:

- 01 neurologista
- 01 psicopedagogo,
- 01 pedagogo,
- 02 assistentes sociais,
- 02 terapeutas ocupacionais,
- 03 psicólogos,
- 03 fonoaudiólogos
- 02 diretores (representando o grupo de dirigentes das instituições).

5.1.2. Tipo de pesquisa e o seu delineamento

Escolhemos a pesquisa exploratória para o planejamento e a execução desta investigação tal como classifica Antônio Carlos Gil (2002). De acordo com este autor, as pesquisas do tipo exploratórias têm como objetivo tornar mais claro um determinado tema, “ou aprimorar as idéias”, ou ainda construir hipóteses a cerca do tema escolhido.

²⁶ A localização exata dessas instituições será mantida em sigilo.

Gil (2002) traça três etapas para a pesquisa exploratória: “(a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão” (GIL, 2002, p.41).

O delineamento de uma pesquisa apresenta então a forma como os dados foram colhidos e tratados em uma investigação. No caso de nossa pesquisa, utilizamos três técnicas para colher os dados: levantamento bibliográfico, levantamento documental e entrevistas estruturadas.

O levantamento bibliográfico foi essencial para a revisão da literatura e também para organizarmos os capítulos desta pesquisa. Realizamos também um levantamento documental que teve como objetivo conhecer os conteúdos referentes ao atendimento dos deficientes mentais presentes em documentos das instituições escolhidas, como o seu estatuto, por exemplo. Por fim, optamos pela técnica das entrevistas estruturadas para conhecermos a forma como os profissionais das instituições especializadas estão organizando os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais.

De forma esquemática, a execução da pesquisa foi organizada através de cinco etapas:

1ª Etapa: Levantamento bibliográfico para a revisão bibliográfica e fundamentação teórica.

2ª Etapa: Levantamento de informações colhidas a partir de documentos das duas instituições, tais como as atas de reuniões e assembléias, o estatuto, o organograma e as rotinas de funcionamento.

3ª Etapa: Pesquisa de campo:

Entrevistas estruturadas realizadas com os dirigentes e com os profissionais da área clínica, educacional e ocupacional das instituições. O roteiro organizado para essas entrevistas considerou as diferenças de especialidades dos entrevistados. O registro dessas entrevistas foi feito através da gravação em áudio e transcrito posteriormente.

Para a organização dos dados coletados, as instituições foram codificadas da seguinte maneira:

Instituição A

Instituição B

Usamos a seguinte codificação para as entrevistas com os profissionais:

AS: para o Assistente Social.

PSI: para o Psicólogo.

FONO: para o Fonoaudiólogo.

TO: para o Terapeuta ocupacional.

PED: para o Pedagogo.

PSICPED: para o Psicopedagogo.

NEU: para o neurologista.

Na frente de cada código do profissional, colocamos o código da instituição ao qual o profissional está vinculado. Por exemplo: A-PSI, para o psicólogo da instituição A. Quando houver mais de um profissional, ele será identificado com um número após o código do profissional, como A-PSI1 e A-PSI2.

4ª Etapa: Análise e interpretação dos dados coletados:

Realizamos a análise dos dados coletados a partir da técnica da Análise de Conteúdo. Observamos, tanto nos documentos quanto nas entrevistas, as proximidades, as diferenças e as convergências quanto ao tratamento oferecido ao deficiente mental nas duas instituições escolhidas.

Os dados coletados foram analisados a partir das seguintes categorias:

- Concepção de Deficiência mental
- Abordagem teórica que fundamenta os tratamentos
- Diagnóstico da deficiência mental
- Tratamentos e intervenções oferecidas ao deficiente mental
- Finalidade dos tratamentos
- Dificuldades encontradas no tratamento do deficiente mental
- Concepção de inclusão

A psicanálise lacaniana foi a fundamentação teórica escolhida para a discussão dos resultados.

5ª Etapa: Novo levantamento bibliográfico para aprofundamento das concepções identificadas no material coletado e outras questões pertinentes ao tema, surgidas a partir da análise e da interpretação dos dados.

5.2. Os resultados encontrados

5.2.1. Sobre as instituições e os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais

As Apaes pesquisadas atendem uma média de 230 pessoas. A população atendida é composta por deficientes mentais (sem causa orgânica identificada), pessoas com síndrome de down e outras desordens genéticas ou metabólicas em que um dos sintomas apresentados é a deficiência mental, deficientes físicos por seqüelas de paralisia cerebral e autistas. Os casos de autismo são atendidos nessas instituições por uma insuficiência de clínicas ou instituições voltadas para o seu atendimento na região.

Tanto a Instituição A quanto a B oferecem atendimento clínico, educacional e ocupacional. Mostraremos as especificidades em cada área dessas Instituições, através dos quadros abaixo:

INSTITUIÇÃO A		
Setor clínico	Setor educacional	Setor ocupacional
Estimulação essencial (ou precoce). Há atendimentos de neurologia, pediatria, psicologia, fonoaudiologia, serviço social, psicopedagogia, fisioterapia e terapia ocupacional. Essa instituição está cadastrada e conveniada com o Sistema Único de Saúde. Tipo de atendimentos oferecidos pelos especialistas: Atendimento individual; Grupo de mães e Palestras.	Há uma escola especializada que oferece: Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA) Os professores são cedidos pelo Estado de Minas Gerais e pela Prefeitura Municipal, através de uma subvenção.	Oficinas de tapeçaria, papel reciclado e artesanato em geral.

Quadro 4: Estrutura de atendimentos oferecidos pela Instituição A.

INSTITUIÇÃO B		
Setor clínico	Setor educacional	Setor ocupacional
Estimulação essencial (ou precoce). Há atendimentos de serviço social, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, neurologia, pediatria, psiquiatria e odontologia. Essa instituição está cadastrada e conveniada com o Sistema Único de Saúde. Tipo de atendimentos oferecidos pelos especialistas: Grupos terapêuticos; Oficinas terapêuticas; Atendimento individual; Grupo de mães e Palestras.	Há uma escola especializada que oferece: Ensino fundamental e Educação profissional. Aula de música e informática. Os professores são cedidos pelo Estado de Minas Gerais e pela Prefeitura Municipal, através de uma subvenção.	Fábrica de um acessório de limpeza.

Quadro 5: Estrutura de atendimentos oferecidos pela Instituição B.

5.2.2. Concepção de deficiência mental

Os conteúdos das entrevistas revelaram cinco concepções de deficiência mental nas duas instituições. Entre os profissionais entrevistados, a deficiência mental é vista como:

- Uma limitação ou uma dificuldade: A-AS e A-FONO1
- Um atraso mental ou um atraso no desenvolvimento cognitivo: A-TO, A-FONO2 e B-TO;
- Um déficit cognitivo: B-AS, B-TO; A-PSICOPED e A-PSIC1;
- Uma incapacidade que afeta a parte cognitiva e na realização de ações: A-PSIC2 e B-PED.

Um dos psicólogos concebe a deficiência mental a partir da definição proposta pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR):

[...] dentro da nossa perspectiva aqui da psicologia, Deficiência Mental a gente considera o indivíduo que tem um desenvolvimento intelectual abaixo

da média, então o QI abaixo de 70 considera-se abaixo da média e que tem um comprometimento... é... em, em algumas áreas da vida dele, então por exemplo comprometimento da área social, comprometimento na área da linguagem, comprometimento na área da aprendizagem [...]. (B-PSIC)

A concepção da deficiência enquanto um déficit cognitivo foi a mais citada entre os entrevistados. Ela foi dada por um psicopedagogo, por uma assistente social, por um terapeuta ocupacional e por um psicólogo.

5.2.3. Abordagens teóricas que embasam as intervenções e tratamentos

Jean Piaget foi o teórico mais citado pelos profissionais entrevistados. Os estudos de Piaget servem de embasamento teórico para as intervenções e os tratamentos oferecidos pelo psicopedagogo, por um pedagogo, por um fonoaudiólogo e por um do terapeuta ocupacional.

Lev L. Vygotsky e a abordagem sócio-interacionista foram citadas por um pedagogo e por um fonoaudiólogo.

A psicanálise é a escolha de dois dos três psicólogos entrevistados. Entre as linhas de psicanálise, identificamos a psicanálise lacaniana no discurso de um dos psicólogos. Um dos psicólogos utiliza as técnicas do behaviorismo e do humanismo no tratamento que oferece ao deficiente mental.

Um terapeuta ocupacional utiliza o Modelo de Ocupação Humana²⁷, própria da sua área.

Um dos assistentes sociais trabalha com os conceitos propostos pela Terapia de família. O outro assistente social diz não saber qual abordagem embasa a sua atuação.

Um fonoaudiólogo também disse não ter uma abordagem específica.

²⁷ O Modelo da Ocupação Humana foi proposto por Gary Kielhofner. De acordo com Solange Tedesco (2002), “os instrumentos desenvolvidos a partir desta teoria enfocam a motivação para a ocupação, a colocação do comportamento ocupacional dentro de rotinas e estilos de vida, a natureza da performance de habilidades e a influência do meio ambiente no comportamento ocupacional” (TEDESCO, 2002).

5.2.4. O diagnóstico

O diagnóstico da deficiência mental aparece de forma distinta nas instituições investigadas.

A Instituição A utiliza o processo de pré-triagem e triagem. A pré-triagem é realizada pelo psicólogo e é ele que vai dizer se a pessoa é deficiente mental ou não através de um psicodiagnóstico. Os psicólogos da Instituição A primeiro entrevistam a família ou a mãe, observam a pessoa a partir de uma atividade lúdica ou de alguma produção (pintura, desenho) e aplicam testes projetivos e de inteligência para o diagnóstico da deficiência mental, quando acham necessário. Um dos psicólogos diz buscar com o psicodiagnóstico identificar algum sinal de lesão cerebral e ele utiliza para esse fim o Bender, um teste que avalia o aspecto visomotor.

Os demais profissionais do setor clínico recebem o caso identificado como deficiente mental para que seja feita uma avaliação específica de cada especialidade (social, neurológica, fonoaudiológica, fisioterápica, funcional e psicopedagógica). Essas avaliações fazem parte da triagem, cujo objetivo é verificar como se encontra o deficiente mental quanto suas dificuldades e habilidades já presentes para então serem traçados, em equipe, os atendimentos de que ele necessita.

Todos os profissionais entrevistados da Instituição A disseram que cabe ao psicólogo dar o diagnóstico de deficiência mental ao usuário ingressante nessa instituição.

Em relação às avaliações específicas, cada especialidade tem o seu foco de avaliação quanto à deficiência mental. O assistente social vai trabalhar com a forma que a família lida com a deficiência mental do filho. O terapeuta ocupacional foca a sua avaliação em como a criança brinca (ela não fez menção aos adultos). O psicopedagogo avalia o nível de alfabetização em que o deficiente mental se encontra e alguns aspectos da psicomotricidade. O fonoaudiólogo avalia o desenvolvimento da linguagem.

Na Instituição B, o processo de triagem só foi citado pelo assistente social. Segundo o psicólogo dessa instituição, o assistente social recebe a pessoa com deficiência e encaminha-a para os demais profissionais.

O psicólogo, o fonoaudiólogo e o neurologista participam do diagnóstico da deficiência mental nessa instituição. O neurologista diz que procura as causas da deficiência mental; quando é necessário, ele utiliza os exames de imagem como tomografia computadorizada ou ressonância magnética para identificar alguma lesão no Sistema Nervoso Central e auxiliar no diagnóstico.

Já o profissional de fonoaudiologia diz participar do diagnóstico através da avaliação da linguagem. Segundo esse profissional, para que a linguagem se desenvolva é necessário ter um cognitivo “íntegro”: “[...] *a fala tá dentro da linguagem, se para a linguagem se desenvolver um dos pré-requisitos que a pessoa tem que ter e um cognitivo íntegro “né?”, desenvolvido corretamente [...]*” (B-FONO).

O diagnóstico da deficiência mental feito pelo psicólogo se dá a partir da realização do psicodiagnóstico, que envolve: anamnese, análise dos relatórios da escola e do laudo médico (quando há) e aplicação de testes. Ele utiliza o teste de inteligência não-verbal Raven Matriz Progressivas e a Escala de Maturidade Mental Columbia. O psicólogo encaminha o usuário interessado para o neurologista quando não há um laudo médico.

Da mesma forma que na Instituição A, os profissionais de terapia ocupacional e pedagogia dizem não participar do diagnóstico da deficiência mental, eles apenas recebem o laudo de deficiência mental – que ora vem da área médica, ora vem do psicólogo.

5.2.5. Os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais

A intervenção de um dos assistentes sociais está ligada ao processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Sua atuação se dá no levantamento da necessidade de um deficiente mental receber ou não o BPC, utilizando como critério de avaliação se esse deficiente terá ou não condições de se inserir no mercado de trabalho. O outro assistente social atua indiretamente com o deficiente mental, pois sua intervenção fica no âmbito familiar, através de encaminhamentos e orientações.

Os dois profissionais de terapia ocupacional foram unânimes quanto ao objetivo funcional de suas intervenções e tratamentos para com o deficiente mental.

É verificado através da avaliação funcional qual das áreas do deficiente mental apresenta algum “problema” ou está “afetada”. Com o diagnóstico realizado, inicia-se um treinamento cujo objetivo é tornar o deficiente mental o mais independente possível.

Quanto à fonoaudiologia, a área de intervenção e tratamento é a da linguagem. Segundo os fonoaudiólogos, a estimulação da linguagem é o tratamento oferecido ao deficiente mental dentro das instituições. Para um dos fonoaudiólogos entrevistado é necessário estimular a parte cognitiva do deficiente mental para que a comunicação seja mais eficiente. Antes de iniciar o tratamento, os fonoaudiólogos fazem uma avaliação da linguagem e da fala para investigar se há alguma alteração e, a partir daí, delinear o tratamento.

A parte pedagógica apresenta intervenções de diferentes enfoques. O pedagogo com especialização em psicopedagogia direciona suas intervenções para a área pedagógica, ora atuando em sala de aula a partir de uma indicação de dificuldade no processo de aprendizagem feita pelo professor, ora levando o aluno para o consultório e trabalhando essas dificuldades de forma individualizada. Já um outro pedagogo, que exerce as funções de pedagogo na instituição, diz que sua intervenção junto ao deficiente mental se dá através das orientações que passa para os professores. Trata-se de orientações ligadas ao aprendizado das atividades de vida diária, tais como os cuidados de higiene, alimentação, autocuidados, etc.

O deficiente mental recebe o tratamento da psicologia através da psicoterapia, da ludoterapia ou de atendimentos de estimulação. De acordo com um dos psicólogos, esses atendimentos são realizados através de jogos lúdicos e de atividades de expressão e projeção. A partir dessas atividades são trabalhadas: a auto-estima, a fala e a simbolização. A ludoterapia é utilizada por um dos psicólogos para modificar os comportamentos inapropriados e incentivar a auto-estima e a qualidade de vida.

Segundo o neurologista entrevistado, a neurologia trata, via medicação, alguns sintomas decorrentes ou causadores da deficiência mental, como a epilepsia, a hiperatividade ou as parasonias²⁸.

²⁸ Durante o sono algumas pessoas podem apresentar comportamentos considerados incomuns e eles recebem o nome de parasonia.

5.2.6. A finalidade dos tratamentos oferecidos aos deficientes mentais

Os terapeutas ocupacionais apresentaram a mesma posição quanto à finalidade do tratamento que oferecem ao deficiente mental. Eles esperam que a partir do tratamento os deficientes mentais adquiram as habilidades necessárias para serem cada vez mais independentes: *“a minha finalidade é tornar essa pessoa participativa em casa, participativa no brincar, participativa nessa família e nas suas funções no dia-a-dia”* (B-TO).

A posição de um fonoaudiólogo da Instituição A e do psicólogo da Instituição B também são semelhantes; eles buscam através do tratamento a qualidade de vida para o deficiente mental e a sua independência.

Há diferentes posições quanto à finalidade entre os outros profissionais:

“[...] mostrar para eles os direitos enquanto cidadão” (B-AS);

“[...] A demanda aqui é a família [...] Então, eu procuro intervir com a família [...]” (A-AS);

“[...] estimulando a linguagem e a comunicação” (A-FONO2);

“[...] desenvolver a aprendizagem das crianças [...] ver o desenvolvimento da linguagem oral” (B-FONO);

“[...] Pra ver que nível que ele tá [...]” (A-PSICOPED);

“[...] o crescimento dele mesmo” (B-PED);

“[...] é conduzir o sujeito a se ver como tal, a se ver como sujeito” (A-PSIC1);

“[...] A finalidade... tá propiciando uma melhor condução pra’s crianças e através delas, tá atingindo a família, por que se sabe que a família tem a deficiência como uma carga. Então a gente tenta amenizar isso daí” (A-PSIC2);

“[...] favorecer essa adequação do paciente nesse meio social que ele está” (B-NEURO).

5.2.7. As dificuldades encontradas ao tratar o deficiente mental

O conteúdo das entrevistas revelou diferentes dificuldades encontradas pelos profissionais das instituições investigadas. Contudo, há proximidades entre essas dificuldades e pudemos agrupá-las da seguinte forma:

- Dificuldades em relação à família do deficiente mental:

[...] metade das mães, vamos se dizer assim, dos pais, não querem que o filho vai pro mercado de trabalho por que vai perder o benefício, mesmo ganhando R\$350,00 que é o mesmo valor do benefício, então eu posso te dizer assim, que partindo da APAE o problema é com a família aceitar isso aí, essa aceitação aí [...] (A-AS);

[...] Eu sinto dificuldades com os pais, no sentido de que não procuram... Não diria levar a sério.... mas um compromisso maior com os filhos, fica a sensação de que vem aqui deixá-los algumas horas para poderem respirar aliviados. (A-PSIC1);

[...] Aqui dentro, por ser escola, a dificuldade é maior por que a gente atende os alunos no horário de aula, então, normalmente a mãe não está presente, pra dar continuidade ao trabalho, né [...] (A-FONO2);

[...] Há! São muitas, porque... acho que começa assim, de cara é o apoio da família que nem sempre a gente tem, muitas famílias abandonam a pessoa que tem alguma dificuldade e acham que é um caso só da escola [...] (B-FONO);

[...] e muitas vezes a própria família é uma família que tem dificuldades em lidar com o problema em vários aspectos: psicológicos, emocionais, financeiros, é... até uma questão natural mesmo, as vezes a família não sabe explicar pra gente a história [...] (B-NEURO).

- Dificuldades técnicas na atuação com o deficiente mental:

[...] Tô meio assim porque eu não sei muito sobre a deficiência mental, sabe? Eu tô buscando pra ver se eu posso ajudar mais. Porque tem hora que eu fico meio perdida, aí será que eu tenho que ficar repetindo, até quando? Será que eu vou ter que passar pra outra atividade? Será que ele vai dar conta mesmo de fazer isso? Aí eu tenho que buscar mesmo, estudar (A-TO);

[...] É o que eu falei, eu não estou preparada para trabalhar com eles, é muito pouco a teoria que eu vi. Então as dificuldades que eu vejo é como trabalhar com eles, o que trabalhar com eles [...] (A-PSICPED);

[...] muitas vezes a gente não tá preparada pra aquela deficiência, então, não conhece, nunca ouviu falar, ou chega aqui e tá esperando alguma coisa que não seja tão grave, uma coisa assim, será que eu vou dar conta? [...] (A-FONO1);

- Dificuldades quanto ao diagnóstico da deficiência mental vindo da área médica:

[...] A maior dificuldade que eu vejo é em relação ao diagnóstico médico, porque, por mais que a gente trabalhe com o diagnóstico, eu sempre procuro "tá" amparada por um médico, por um diagnóstico médico, porque quem vai diagnosticar clinicamente mesmo é o médico, então é... é eu, eu tenho muita dificuldade no sentido assim de não sei sabe? De questionar

alguns posicionamentos médicos, não sou da área médica, mas assim a gente tem muitos casos aqui que o diagnóstico é totalmente errado e qualquer pessoa, qualquer professor sabe a criança tem um déficit cognitivo ou dificuldade de aprendizagem e o médico escreve lá na fichinha dele que ele tem Síndrome de Down e você vê que o aspecto dele não é, porque toda síndrome a maioria das síndromes são... você vê na aparência “né?” aparência visual e ele não tem aí você chega com um diagnóstico de um médico dizendo que “fulano” tem isso aqui e aí você fica perdido porque você não sabe se você trabalha com... claro que você não vai trabalhar de acordo com aquilo que você não concorda mas fica uma lacuna muito grande sabe? [...] (B-PSIC).

- Dificuldades quanto aos recursos materiais, colocados como necessários ao atendimento:

[...] Você pode ver que isso daqui não é uma sala de atendimento, por exemplo, então, a gente tem essa carência de material... (A-PSIC2);

[...] Então eu acho que a dificuldade é às vezes é até em termos de material também, que às vezes não tá tão adequado [...] (A-FONO1).

- Dificuldades relativas aos direitos da pessoa com deficiência, direitos esses garantidos por Lei:

[...] Às dificuldades que eu vejo é aquelas de exclusão mesmo, de achar que o deficiente mental não dá conta, que não é treinado pra aquilo [...] (A-AS);

[...] a dificuldade que a gente percebe às vezes é de “tá” buscando esse atendimento que eles precisam “né?” [...] (B-AS).

5.2.8. A inclusão social

Localizamos três concepções de inclusão social:

- Descrença no processo de inclusão:

[...] Então eu vejo que a sociedade ainda não está preparada pro tipo de inclusão, pelo menos da parte regular, não “tá” preparada pra isso [...] Então de forma diretamente ela não “tá” acontecendo [...] (A-AS);

[...] por mais que o processo de inclusão esteja acontecendo ele ainda é muito difícil de acontecer, eu concordo com ele, mas a gente não tem uma estrutura de ensino regular que vá receber estes alunos na escola comum [...] (B-PED);

[...] Eu acho que da forma como tá posta é enganar todo mundo. Não existe. Não existe uma inclusão se não existir uma escola preparada [...] (A-PSIC2);

[...] Eu acho que a inclusão não existe, pelo menos na escola regular. Do jeito que tá é uma ilusão na verdade. Por que eu não acredito [...] (A-FONO2);

[...] eu acho a inclusão, ela só existe na teoria porque na prática [...] (B-FONO).

- Inclusão como direito da pessoa com deficiência de estar em todos os lugares:

[...] eu acho que a inclusão é uma tentativa, como o próprio nome já diz, de tá incluindo esta pessoa na sociedade como um todo [...] (B-AS);

[...] Acho que é o direito da criança ser igual a todos, eu acho. Freqüentar uma escola, é poder divertir igual se fosse uma criança normal, freqüentar todos os ambientes, ter todas as oportunidades que as outras crianças têm [...] (A-TO);

[...] É a participação “né?” participação da família, a participação social, poder participar efetivamente do que o cerca, da sociedade, da escola, da família [...] (B-TO);

[...] Inclusão é tentar colocar a pessoa num meio diferente do convívio dela [...] (A-PSICPED);

[...] A gente visa o processo da criança dentro da inclusão, nos parâmetros da inclusão no sentido que ela tem direitos como qualquer outra criança, no caso da educação na inclusão da criança com deficiência, é... na escola regular ela tem direito como qualquer outra criança de ter uma educação de qualidade seja numa escola regular, seja numa escola especializada [...] (B-PSIC).

- [...] A inclusão [...] não é preparar o sujeito pra tá lá, incluído na sociedade, é preparar a sociedade pra conviver com esse sujeito [...] (A-PSIC1).

5.3. O tratamento dos deficientes mentais em instituições especializadas: discussão dos resultados

Segundo a psicanalista Tânia Ferreira (2004) “a representação que se tem define o tratamento que se dá” (FERREIRA, 2004, p.13). Acrescentamos à idéia

proposta pela psicanalista um outro aspecto ligado ao tratamento: a sua finalidade. Substituímos representação por concepção e levamos a idéia de Ferreira (2004) para o campo da deficiência mental. Dessa forma, temos:

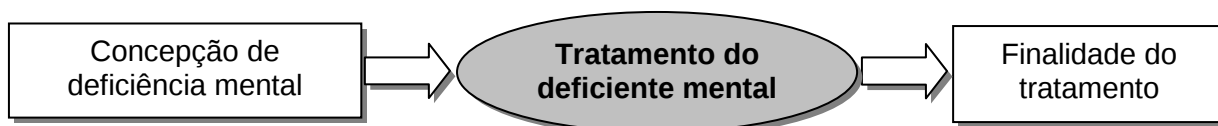


Figura 6: Relação entre concepção e tratamento na deficiência mental

No caso de nossa pesquisa, essa idéia será analisada a partir do contexto institucional.

Levantamos como direção para a discussão as seguintes perguntas: Como são os tratamentos destinados aos deficientes mentais nas Apaes pesquisadas? Quais os seus fundamentos e finalidades? Qual o lugar dado ao deficiente mental?

O objetivo, então, é apresentar as especificidades do tratamento oferecido aos deficientes mentais nas instituições especializadas investigadas, analisando-as a partir da psicanálise lacaniana. Quando necessário recorreremos aos documentos lançados pela Federação Nacional das Apaes.

5.3.1. A concepção de pessoa com deficiência no Estatuto da APAE

Antes de ir para o relato das entrevistas, vamos aos dois últimos modelos de Estatuto usado pelas Apaes, como forma de conhecer o discurso sobre a concepção de deficiência que circula nessas instituições a partir de um documento (campo da norma) e verificar que elementos de seu conteúdo aparecem no relato dos profissionais entrevistados.

No modelo de Estatuto de 2004, prevalece o enfoque psicométrico:

Considera-se “Excepcional” ou “Pessoa Portadora de Deficiência” aquela que se diferencia do nível médio dos indivíduos em relação a uma ou várias características físicas, mentais ou sensoriais, de forma a exigir atendimento especial com referência à sua educação, desenvolvimento e integração social (ESTATUTO DAS APAES, 2004, Parágrafo Único do Art. 4º) (grifo nosso).

O enfoque psicométrico é identificado na referência ao nível médio entre os indivíduos. Já no modelo de 2006, a concepção de pessoa com deficiência é dada a partir da idéia de déficit ou disfunção:

Considera-se “Excepcional”, “Pessoa Portadora de Deficiência” ou “Pessoa com Deficiência” aquela que apresenta perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade e/ou necessidades que impliquem em atendimento especial, tendo como referência sua inclusão social (ESTATUTO DAS APAES, 2006, Parágrafo Único do Art. 4º) (grifo nosso).

Há alguns pontos no Parágrafo único desses modelos que devem ser analisados. O primeiro é quanto aos termos “excepcional” e “portador”, usados nesse parágrafo. Esses termos não são mais indicados para serem utilizados nos dias de hoje, segundo Romeu Kazumi Sassaki (2003a; 2003b; 2005). Sassaki (2003a) coloca que esses termos surgiram em decorrência de um determinado contexto histórico de atenção às pessoas que apresentam uma deficiência e hoje não fazem mais parte da representação dada a essas pessoas.

Como foi exposto no capítulo 1, o termo excepcional foi dado por Helena Antipoff na década de 30 para designar as crianças com deficiência mental. Sob a influência do trabalho desenvolvido por ela, o termo foi escolhido para compor o nome da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

Já o termo portador de deficiência surgiu no final da década de 80 do século passado, substituindo o termo pessoa deficiente. Sassaki (2003b) argumenta que uma deficiência não é como uma coisa que ora se porta, ora não, como acontece com os óculos, por exemplo. De acordo com esse autor, o termo atual e vigente em uma era inclusiva, é pessoa com deficiência mental (SASSAKI, 2003a; 2003b). Nesse sentido, apesar de no novo modelo de Estatuto da Apae (2006) já aparecer o termo pessoa com deficiência, a Federação Nacional das Apaes ainda mantém os termos anteriores, considerados ultrapassados por Romeu K. Sassaki.

O segundo ponto a ser analisado no Parágrafo Único, é quanto ao fundamento que sustenta a concepção de pessoa com deficiência. A visão psicométrica ainda prevalece no Estatuto da Apae de 2004: “[...] *aquela que se diferencia do **nível médio** dos indivíduos em relação a uma ou várias características físicas, mentais ou sensoriais [...]*” (ESTATUTO DAS APAES, 2004, Parágrafo Único

do Art. 4º) (grifo nosso). Já no modelo de 2006, a referência à média desaparece, prevalecendo a visão deficitária.

Os dois modelos referem-se a uma concepção de pessoa com deficiência de um modo geral. Porém, é possível identificar de forma mais precisa a concepção dada à deficiência mental: “[...] *perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica* [...]” (ESTATUTO DAS APAES, 2006, Parágrafo Único do Art. 4º). Tal concepção deixa clara a noção de déficit cognitivo.

Há ainda um terceiro ponto a ser destacado na concepção presente no Estatuto das Apaes em relação aos dois modelos. No modelo de 2004, está presente a idéia de integração social e no de 2006, a de inclusão social. Trata-se de dois paradigmas, segundo Sassaki (2003c).

O movimento da integração social tem sua importância na medida em que ele surgiu como uma tentativa de acabar com as práticas segregadoras existentes na década de 50 do século passado. Sua idéia central *“consiste em adaptarmos as pessoas com deficiência aos sistemas sociais comuns e, em caso de incapacidade por parte de algumas dessas pessoas, criarmos sistemas especiais separados para elas”* (SASSAKI, 2003c, p. 1). A convivência com as demais pessoas depende de mudanças no deficiente. Essa visão também justifica a existência das instituições especializadas (sistemas especiais, podemos assim entendê-las) para os casos impossibilitados de adaptação social.

O paradigma da integração social é fundamentado pelo modelo médico da deficiência e ele foi substituído, na atualidade, pelo da inclusão social.

Já o paradigma da inclusão, fundamentado em um modelo social da deficiência²⁹, propõe que a mudança seja na sociedade, e não no deficiente. Nas palavras de Sassaki (2003c) *“o paradigma da inclusão social consiste em tornarmos a sociedade toda um lugar viável para a convivência entre pessoas de todos os tipos e condições na realização de seus direitos, necessidades e potencialidades”* (SASSAKI, 2003c, p. 2).

Podemos representar essas duas formas de relação deficiente x sociedade da seguinte forma:

²⁹ O modelo social da deficiência entende que os problemas da pessoa com deficiência estão tanto nela quanto na própria sociedade, de acordo com Ana Heloisa Senra (2004).

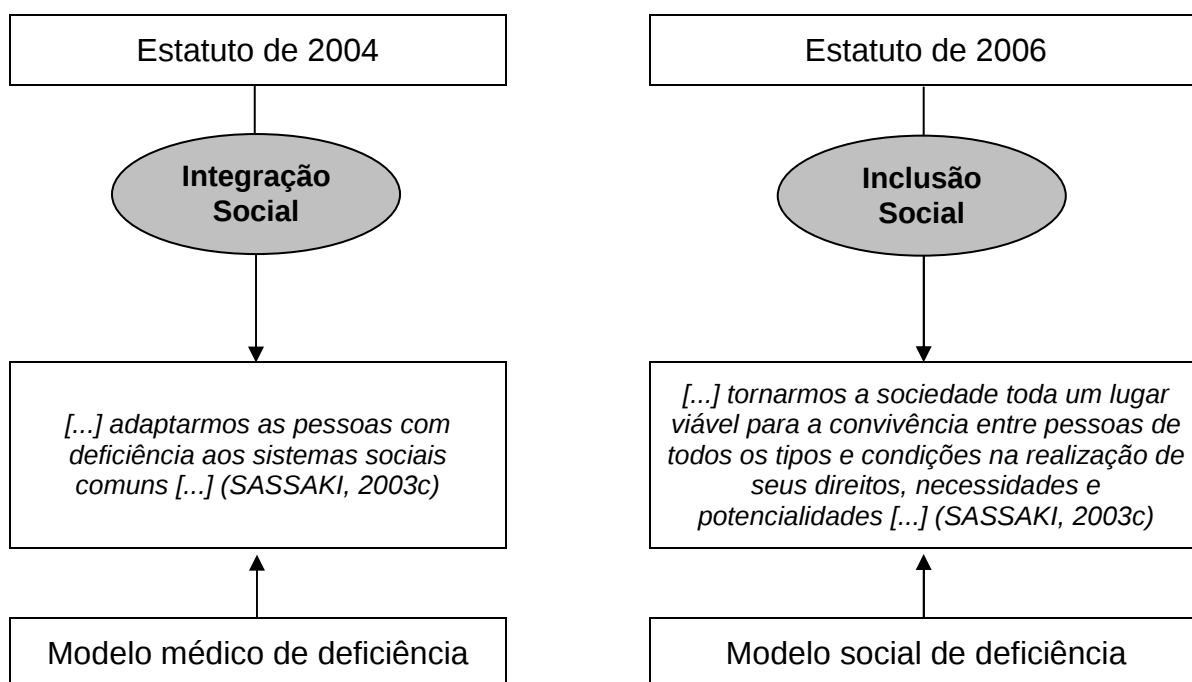


Figura 7: Diferenças entre a integração e inclusão social.

Os três pontos destacados nas concepções de pessoa com deficiência dos modelos de Estatuto da Apae (2004 e 2006) permitem iniciarmos a discussão dos resultados, pois entendemos que ele dá a direção dos tratamentos a serem oferecidos dentro das instituições pesquisadas.

5.3.2. Concepção de deficiência mental

As concepções que mais apareceram com o relato dos profissionais foram aquelas ligadas à cognição: deficiência mental enquanto um atraso mental, ou atraso no desenvolvimento cognitivo, ou deficiência mental enquanto um déficit cognitivo. Apesar de o enfoque ser em aspectos diferentes – atraso e déficit – há um denominador comum entre esses dois pontos de vista: *o cognitivo*.

Essas noções se aproximam da concepção de deficiente mental definida no modelo de Estatuto das Apaes (2006): “[...] **perda ou alteração** de uma estrutura ou função psicológica [...]” (ESTATUTO DAS APAES, 2006, Parágrafo Único do Art. 4º) (grifo nosso).

A concepção de deficiência apresentada pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), identificada no relato de um dos psicólogos, também não foge da referência à estrutura cognitiva, compreendida pela expressão ‘funcionamento intelectual’: *“uma incapacidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo”* (AAMR, 2002, p. xi) (grifo nosso). Em nossa pesquisa bibliográfica, encontramos a referência à concepção da AAMR de 1992 no material utilizado em um curso de capacitação dos professores das Apaes³⁰, no ano de 2003. Pelo menos no Estado de Minas Gerais, essa concepção foi disseminada através de uma capacitação.

Uma outra noção de deficiência mental, apresentada pelo neurologista, é a de uma incapacidade que afeta a estrutura cognitiva, ou seja, um problema primário afetaria a parte cognitiva como, por exemplo, a alteração genética na Síndrome de Down ou a anoxia/hipoxia³¹ no momento do parto. Nesses casos, a deficiência mental aparece como um sintoma no quadro nosológico do problema. De qualquer forma, o acento da concepção recai sobre a cognição.

A psicóloga Carla Laino Cândido (2004) coloca que para a psicanálise a *“cognição não é apenas intelectual, liga-se à experiência individual do corpo vivido”* (CANDIDO, 2004, p. 41). Para a psicanálise aquilo que representa o cognitivo (estrutura e processos) está ligado ao corpo pulsional (corpo que não se reduz ao biológico, mas que está ligado à busca de satisfação de um prazer). Trata-se da ordem do desejo e por isso do particular – trata-se da singularidade. E se a cognição está ligada ao desejo, consideramos que a sua expressão – seja como for, deficitária ou atrasada – é a expressão de um modo do sujeito lidar com aquilo que o causa.

É notória a identificação da referência às disfunções da estrutura cognitiva no relato dos profissionais, seja sob o enfoque do tratamento ou na própria concepção de deficiência mental. Em relação a essa questão, Ana Lydia Santiago (2005) diz que a abordagem cognitivista tende a *“uniformizar manifestações sintomáticas nessa área [cognição], transformando-as em uma disfunção relativa a um dos quatro processos psicológicos fundamentais: percepção, a memória, a linguagem e o pensamento”* (SANTIAGO, 2005, p. 23).

³⁰ ROCHA, Moira Sampaio (et al). Educação Especial Inclusiva. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2004. A referência à definição da deficiência mental proposta pela AAMR, encontra-se na página 23.

³¹ Hipoxia é a diminuição da concentração de oxigênio no sangue, já a anoxia é a ausência total de oxigênio.

Veremos mais a frente como essa referência influenciará nos tratamentos oferecidos aos deficientes mentais.

5.3.3. *Abordagens teóricas que embasam as intervenções e tratamentos*

Há diversos campos de conhecimentos que fundamentam o tratamento da pessoa com deficiência mental, assim como a concepção de deficiência mental – como foi trabalhado no capítulo 2. No caso de nossa pesquisa, foram relatados como fundamentação teórica os conceitos de Jean Piaget, de Lev L. Vygotsky, da Psicanálise, da Terapia de Família (Sistêmica), do Behaviorismo e da abordagem Humanista. Piaget e Vygotsky são utilizados pelos profissionais da educação, por um da fonoaudiologia e por um da terapia ocupacional. O Modelo da Ocupação Humana também foi citado por um dos terapeutas ocupacional.

Observamos algumas discordâncias entre a abordagem, concepção e tratamento no relato de alguns profissionais. Por exemplo, os psicólogos da Instituição A disseram embasar teoricamente na psicanálise, contudo, ao falar sobre o tratamento que realiza com o deficiente mental, um dos psicólogos diz:

Para o deficiente mental, o trabalho normalmente visa ser mais **estimulador**, né, tentar **conduzir** o sujeito a experimentar atividades diferentes, pra ele descobrir que ele pode fazer mais do que ele acredita, ou seja, levar o sujeito a sair um pouco do estigma, da marca do que limita ele, pra ele voltar o olhar pra suas capacidades [...] (A-PSICO1) (grifo nosso).

[...] eu incentivo ele a falar sobre o jogo, e ele ao falar sobre o jogo, ele tá exercitando a fala em si, a questão motora ligada a fala, mas na medida que ela vai dando conta, que ele vai conseguindo [...] eu acho que eu tô **contribuindo pra auto-estima** dele [...] (A-PSICO1) (grifo nosso).

[...] É basicamente isso, é estimulador, tentando valorizar a capacidade do sujeito pra ele desenvolver a auto-estima e tendo a auto-estima elevada, ele vai acreditar que pode buscar mais, enfim, uma coisa puxa a outra, por quê? Por que na verdade **o sujeito é um todo** (A-PSICO1) (grifo nosso).

Segundo esse psicólogo, o seu *“trabalho é sempre embasado na psicanálise, na ética psicanalítica”* (A-PSIC1). Não vemos aí a ética da psicanálise, cuja lógica que prevalece é a do não-todo, de acordo com Barreto (2003).

O outro psicólogo, que também disse embasar-se na psicanálise, sinaliza a possibilidade de utilizar outra abordagem de acordo com uma determinada situação:

[...] eu gosto de tá me baseando pela psicanálise, no caso aqui da clínica da APAE sim, agora veja só, nós temos outros casos aqui que são síndromes e talvez é mais uma questão comportamental, que não cabe aquela interpretação de sujeito, então a gente tem que trabalhar [...] basicamente a questão comportamental. (A-PSIC2)

Não notamos discordância entre teoria e prática no trabalho do terceiro psicólogo, que utiliza a ludoterapia com base comportamental:

Aqui no setor eu trabalho muito com a ludoterapia, “né?” que é um jeito de trabalhar dentro do brincar da criança, dentro da fantasia, do faz de conta a gente vai trabalhar o psicológico dela o que que acontece na vida dessa criança, e aí como é especificamente com deficiência as vezes tem que usar um pouquinho de comportamental, então a gente vai usar, vamos supor, a função, os pontos positivos e os pontos negativos “pra” distinguir alguns comportamentos, “pra” gente tentar evitar alguns comportamentos que “né?” segundo... no geral não são muito apropriados e incentivar aqueles... incentivar a auto-estima e melhorar a auto-estima geral, a qualidade de vida dessa criança, desse adolescente. (B-PSIC)

O conteúdo de seu relato aproxima-se das idéias de Solange Todesco (2002) sobre as técnicas comportamentais na reabilitação, apresentadas no capítulo 2, momento em que discorremos sobre a concepção de deficiência mental para o Behaviorismo.

5.3.4. O diagnóstico

Os relatos dos três psicólogos entrevistados revelam a prevalência do enfoque psicométrico para a realização do diagnóstico da deficiência mental. Esse enfoque está presente na concepção de pessoa com deficiência do modelo de Estatuto de 2004: “[...] aquela que se diferencia do nível médio dos indivíduos em relação a uma ou várias características físicas, mentais [...]” (ESTATUTO DAS APAES, 2004, Parágrafo Único do Art. 4º).

Todos disseram lançar mão dos testes de medida da inteligência para o diagnóstico de deficiência mental, alguns deles como uma parte do processo diagnóstico, outros quando julgam ser necessário.

Dois dos três psicólogos entrevistados disseram se embasarem na psicanálise. Porém, a opção desses profissionais pelo uso dos testes, mesmo como uma segunda opção, não reflete os referenciais psicanalíticos de diagnóstico.

[...] há um psicodiagnóstico feito no geral, às vezes faz com uma observação, às vezes tem que intervir como um déficit, outras vezes a história dele já nos diz se tem ou não tem, né, uma possibilidade de uma lesão cerebral e tal. Às vezes você tem que recorrer a manuais pra identificar, às vezes, uma síndrome, uma coisa assim, né, e é utilizado também a interlocução com outras áreas clínicas, tipo neurologia, psiquiatria, né? (A-PSIC1)

No texto “A questão da análise leiga”, Sigmund Freud coloca que o psicanalista não faz uso de nenhum tipo de instrumento para examinar ou analisar o seu paciente. Mesmo para o diagnóstico é necessário o uso da regra fundamental da psicanálise: a associação livre. Para isso, é necessário que o psicanalista ofereça ao paciente a oportunidade de falar e que ele se coloque a escutar o que é falado.

Segundo Léia Prizskulnik (2000) o diagnóstico para a psicanálise:

[...] não é realizado de maneira objetiva, ou seja, a pessoa tem tais sintomas, então, tem tal doença ou distúrbio. Ele não aponta simples e diretamente a interpretação analítica a ser feita, ou seja, o diagnóstico (tal doença) não dá, prontamente, sustentação para a atuação do profissional (tal medicamento, p.ex.). Ele não se vale de roteiros, previamente estabelecidos, a serem seguidos. Deve ser estabelecido, dentro do espaço analítico e na transferência, para determinar a direção do tratamento. O diagnóstico deve ser preliminar, pois é quase impossível defini-lo (fechá-lo) sem um certo tempo de análise (tratamento). Essa é uma peculiaridade da clínica psicanalítica, já que ela não se vale de coordenadas externas, de noções de valor geral e de previsões, itens que são exigidos pela pesquisa objetiva do método científico (PRISZKULNIK, 2000).

Não é essa a noção de investigação diagnóstica praticada pelos psicólogos, como é possível notar no relato de um deles:

Primeiro eu faço o levantamento da queixa, depois eu vou associar essa queixa com o histórico desse sujeito, e a relação da... principalmente da família que é que, no caso aqui específico da APAE, quem normalmente traz esse sujeito com a queixa, é a família, então vou fazer essa interlocução da queixa, do que é perceptível na relação do sujeito com a família, e a história dele, depois há uma observação desse sujeito, do que

ele mesmo apresenta, através de alguma produção, uma pintura, um desenho, algo lúdico e quando necessário, recorro ao teste [...] (A-PSIC1).

Qual o objetivo do teste de inteligência? Dizer qual o nível de inteligência ou qual o tipo de raciocínio utilizado. Pois bem, a simples escolha desse instrumento já diz o que se quer e vai escutar.

O diagnóstico sob o ponto de vista da psicanálise difere do diagnóstico feito pela psicologia ou pela medicina. A psicanálise busca realizar o diagnóstico diferencial entre neurose, psicose e perversão para a condução do tratamento.

Ainda ressoa a idéia de medida da inteligência para a confirmação da deficiência mental, mesmo após o lançamento de um novo modelo de Estatuto, com mudanças significativas em seu conteúdo que refletem as novas discussões no campo das deficiências.

O saber médico também aparece nos relatos, principalmente entre os profissionais da Instituição B. É explícita a referência – e observamos certa dependência – ao saber médico nessa instituição, particularmente no que se refere ao diagnóstico da deficiência mental.

Observamos que o mesmo não acontece na Instituição A e julgamos que tal situação se deve à forma como o processo de pré-triagem e triagem foi organizado nessa instituição. Nela, o psicólogo é o profissional responsável por diagnosticar a deficiência mental, já que é de sua exclusiva competência a utilização de instrumentos para a medição da inteligência (e aqui voltamos à questão do enfoque psicométrico). Após sua avaliação, o diagnóstico é comunicado e discutido na equipe, inclusive com os médicos.

O mesmo não acontece na Instituição B, conforme os relatos:

[...] Através da anamnese, a gente vai conversar com a família, vai colher dados e vai analisar o encaminhamento do médico “né?” e, e se é uma Deficiência Mental, se trata especificamente de uma Síndrome, **o quê que o médico traz pra gente** e quando não tem esse encaminhamento do médico a gente de qualquer maneira tem uma neurologista que a gente encaminha e eu aplico um teste “pra” “tá” tirando essa dúvida mesmo, se existe esse comprometimento, que tipo de comprometimento é? [...] (B-PSIC).

[...] Porque quando o paciente chega aqui, **às vezes ele já passou pelos médicos por um neurologista**, por exemplo, e mesmo assim esse diagnóstico não vem muito claro pra gente, então na verdade o papel do profissional aqui não é tanto definir o diagnóstico, é definir qual que é a necessidade de tratamento daquela pessoa com deficiência se ele necessita da TO, se é da “fono”, se é da fisioterapia, **o diagnóstico na verdade ele já**

deveria vir trazido do médico, “né”? Então a gente procura o tratamento para aquilo que já foi indicado. Correto? (B-AS)

[...] ***eu analiso primeiro o diagnóstico clínico: o neurologista***, o psicólogo, depois que passa pela área clínica eu vou pegar, mas eu não dou esse diagnóstico [...] (B-PED).

[...] ***quem faz o diagnóstico é o médico***, eu faço um diagnóstico funcional [...] (B-TO).

É dado à área médica todo o poder de dizer se uma pessoa tem deficiência mental ou não, inclusive da parte do psicólogo, que tira de sua competência uma área que foi historicamente conquistada (lembremos-nos de Alfred Binet), mesmo que existam questionamentos quanto ao enfoque psicométrico.

A maior dificuldade que eu vejo é em relação ao diagnóstico médico, porque por mais que a gente trabalhe com o diagnóstico eu sempre procuro “tá” amparada por um médico, por um diagnóstico médico, porque quem vai diagnosticar clinicamente mesmo é o médico [...] (B-PSIC).

É interessante a relação do psicólogo dessa instituição com o diagnóstico médico, pois ele se coloca na dependência de seu diagnóstico ao mesmo tempo em que, às vezes, duvida de sua validade.

[...] é eu, eu tenho muita dificuldade no sentido assim de não sei sabe? De questionar alguns posicionamentos médicos, não sou da área médica, mas assim a gente tem muitos casos aqui que o diagnóstico é totalmente errado e qualquer pessoa, qualquer professor sabe a criança tem um déficit cognitivo ou dificuldade de aprendizagem e o médico escreve lá na fichinha dele que ele tem Síndrome de Down e você vê que o aspecto dele não é, porque toda síndrome a maioria das síndromes são... você vê na aparência “né?” aparência visual e ele não tem aí você chega com um diagnóstico de um médico dizendo que “fulano” tem isso aqui e aí você fica perdido porque você não sabe se você trabalha com... claro que você não vai trabalhar de acordo com aquilo que você não concorda mas fica uma lacuna muito grande sabe? (B-PSIC)

Mesmo com vários questionamentos e mesmo diante da realidade que contradiz o diagnóstico dado por um médico, esse profissional permanece na posição de que é o médico que sabe sobre a deficiência mental. Considerando a idéia construída a partir de Ferreira (2004), de que a representação que se tem define o tratamento que se dá, levantamos a hipótese de que a posição desse profissional está ligada à sua concepção de deficiência mental:

É dentro da nossa perspectiva aqui da psicologia, Deficiência Mental a gente considera o indivíduo que tem um desenvolvimento intelectual abaixo da média, então o QI abaixo de 70 considera-se abaixo da média e que tem um comprometimento... é... em, em algumas áreas da vida dele, então por exemplo comprometimento da área social, comprometimento na área da linguagem, comprometimento na área da aprendizagem aí tem alguns comprometimentos que ele tem que... dentro da Deficiência Mental há esses comprometimentos nessas áreas. (B-PSIC)

Essa é a definição dada pela AAMR e com ela encontramos um ponto de incoerência quanto ao poder dado ao médico pelo profissional. Ele próprio colocou que a deficiência mental se define pelo nível de escore do Quociente Intelectual (Q.I.). Ora, são os testes psicológicos que medem o QI e apenas os psicólogos podem, por lei, utilizar esse instrumento... A visão médica da deficiência mental prevalece na Instituição B.

5.3.5. Os tratamentos oferecidos aos deficientes mentais: suas finalidades e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais

Os tratamentos oferecidos nas instituições especializadas pesquisadas constituem-se, principalmente, por treinamento e por estimulação – ambos visando à restituição ou aquisição dos processos cognitivos, diagnosticados como ausentes ou deficitários. Essa situação é identificada nas entrevistas:

Eu faço a avaliação, e dentro do que a avaliação mesmo me faz ver que tá com algum problema, se ele não veste roupa sozinho dependendo da idade, não veste roupa sozinho, não escova dente, eu trabalho isso. **Treino mesmo, treino...**, e no aspecto escolar eu também ajudo, que é **estimulação sensorial**, déficit sensorial que tem, desequilíbrio e através da avaliação o item que tiver com dificuldade, eu tenho que trabalhar dentro dele (A-TO) (grifo nosso).

Para o deficiente mental, **o trabalho** normalmente **visa ser mais estimulador**, [...] tentando valorizar a capacidade do sujeito pra ele desenvolver a auto-estima e tendo a auto-estima elevada, ele vai acreditar que pode buscar mais, enfim, uma coisa puxa a outra, por quê? Porque na verdade o sujeito é um todo (A-PSIC1) (grifo nosso).

Estímulo de linguagem (A-FONO2) (grifo nosso).

A partir de uma avaliação funcional eu vou detectar qual que é a área funcional que “tá” afetada, então dentro dessa área funcional que “tá” afetada **a gente vai trabalhar essa área pra tornar a criança o mais independente possível** naquela área, seja na escola, seja no dia-a-dia,

seja na relação social, seja na relação dele, a participação dele no seu autocuidado, no seu lazer (B-TO) (grifo nosso).

Qual o sentido em treinar e estimular? Para alguns dos profissionais entrevistados, treinar e estimular o deficiente mental tem a finalidade de:

[...] adquirir habilidade pra ele ser mais independente [...] (A-TO).

[...] tornar essa criança, esse adolescente que tem um déficit cognitivo o mais independente possível, a minha finalidade é tornar essa pessoa participativa em casa, participativa no brincar, participativa nessa família e nas suas funções no dia-a-dia. (B-TO).

“[...] favorecer essa adequação do paciente nesse meio social que ele está” (B-NEURO).

De acordo com esses profissionais, treina-se e estimula-se o deficiente mental para que ele adquira certas habilidades que o torne independente e adequado (ou adaptado) ao meio social.

Diante do exposto, perguntamos: que lugar é dado ao deficiente mental quando se desenvolve as atividades de treinamento ou de estimulação que visam à restituição da estrutura cognitiva afetada? Elizabeth dos Reis Sanada (2004) dá uma possível resposta:

[...] a idéia de um sujeito passivo, do sujeito estímulo-resposta e o que se apresenta atualmente como um reflexo do mundo moderno, ou seja, o sujeito como um sistema de processamento de informação – fruto do cognitivismo –, diríamos: um sujeito mais próximo da idéia de máquina.

O deficiente mental (enquanto sujeito de desejo) fica excluído, pois sua falta é tomada como algo que pode ser restituído e aí funcionar – como uma máquina.

Os tratamentos que visam o treinamento e a estimulação, bem como a sua finalidade, indicam o campo da reabilitação. Essa lógica de tratamento voltada para o deficiente mental se encontra sob o mesmo ponto de vista que constitui o paradigma da integração social, apresentado por Kassaki (2003c).

Segundo a médica fisiatra Livia Borgneth (2004), *“reabilitação é a prática de conceitos científicos voltada para o desenvolvimento da funcionalidade do indivíduo, visando sua inclusão social”* (Borgneth, 2004, p. 56). A definição de Borgneth (2004) é um reflexo da definição de reabilitação proposta pela Assembléia Geral das

Nações Unidas, na resolução 48/96³², de 20 de dezembro de 1993, que trata sobre as Regras Gerais sobre a igualdade de oportunidades para crianças, jovens e adultos com deficiências:

Entende-se por "reabilitação" o processo destinado a permitir que as pessoas com deficiências consigam alcançar e manter os seus melhores níveis funcionais, do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico e/ou social, por forma a dotá-las de meios que lhes permitam modificar a sua própria vida, adquirindo uma maior independência. A reabilitação pode abranger medidas destinadas a proporcionar e/ou a restabelecer funções ou a compensar a perda ou a falta de uma função ou determinada limitação funcional. O processo de reabilitação não envolve a prestação de cuidados médicos iniciais. Inclui uma ampla variedade de medidas e atividades, desde a reabilitação mais básica e geral até às atividades especificamente orientadas, tais como a reabilitação profissional (ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, Resolução 48/96 de 20 de dezembro de 1993, Parágrafo 23).

Essa concepção de reabilitação pode ser claramente identificada no relato dos profissionais de terapia ocupacional, como foi citado acima.

Francisco Paes Barreto (2003), via fundamentos psicanalíticos, faz algumas considerações sobre a reabilitação no campo da saúde mental e acreditamos que elas também são pertinentes ao processo de reabilitação na deficiência mental.

Para o autor, o que prevalece como referência na condução do tratamento na psiquiatria e no campo da saúde mental é a norma social. A partir dessa constatação, ele identifica uma aproximação dos tratamentos oferecidos pela psiquiatria, pela psicoterapia e pela reabilitação social quanto ao ponto de partida e a sua finalidade:

O ponto de partida é o sintoma, esse indicador de sofrimento e de disfunção pessoal, que não permite a cada um fazer o que está prescrito pelo discurso de seu tempo ou caminhar pelas vias comuns. O fim é a eliminação do sintoma e a adaptação social do indivíduo. (BARRETO, 2003)

A constatação de Barreto (2003) pode ser identificada no relatado dos profissionais das Apaes pesquisadas e também está em consonância com a definição de reabilitação da Assembléia Geral das Nações Unidas. Como foi dito no capítulo 4, Barreto (2003) chamou esse tipo de terapêutica de "Tratamento de

³² Segundo essa resolução, a oferta de reabilitação às pessoas com deficiência deve fazer parte das políticas públicas de atendimento do Estado. O Brasil publicou em 05 de junho de 2002 a Portaria nº1060/GM, que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. As Apaes se constituem como um dos prestadores de serviço às pessoas com deficiência.

Normalização Psicossocial”, cuja ética se iguala à moral e está a serviço da adaptação social.

Essa forma de tratamento busca oferecer um modelo de ajuste social. As considerações feitas por Barreto (2003) nos mostram que esse tipo de tratamento caminha em direção à conformidade social (o que a sociedade é, espera e dita enquanto normas), deixando fora “[...] o que há de mais singular no sujeito: a sua relação com seu desejo [...]” (BARRETO, 2003). O desejo é aquilo que não permite o homem ser reduzido ao seu biológico. E nesse sentido, a reabilitação, de certa forma, tende a reduzir a pessoa com deficiência mental a uma disfunção orgânica a ser reabilitada, ou mesmo, habilitada. O que não deixa de responder à norma social vigente: estar entre os outros, reabilitado ou habilitado.

Nádia Laguárdia de Lima (2003a) coloca que os profissionais que atuam de acordo com a lógica da reabilitação, apresentada por Barreto (2003), supõem aquilo que o deficiente mental deve aprender. Dessa forma, a autora alerta sobre o risco de se perder a possibilidade dele aprender por conta própria. De acordo com as idéias trabalhadas por Lima (2003a), a criança ou o adulto com deficiência mental é quem pode construir e mostrar seus interesses e suas possibilidades às pessoas que estão à sua volta, desde que eles sejam vistos enquanto sujeitos.

A construção de um saber pelo deficiente mental só se torna possível quando não há um saber total sobre ele. Quanto a essa questão, Lima (2003a) coloca que “o saber científico pode, muitas vezes, aprisionar a criança a sua enfermidade, impossibilitando-a de aceder enquanto sujeito” (LIMA, 2003a, p. 107).

Uma dificuldade apontada por alguns profissionais entrevistados foi justamente a demanda de saber mais sobre a deficiência mental. Os relatos mostram que o não-saber se tornou um ponto de enigma para eles:

[...] muitas vezes a gente não “tá” preparada pra aquela deficiência, então, não conhece, nunca ouviu falar, ou chega aqui e tá esperando alguma coisa que não seja tão grave, uma coisa assim, será que eu vou dar conta? [...] (A-FONO1);

Esses profissionais demandam conhecer mais sobre a deficiência mental para então saber como tratar um deficiente mental:

[...] É o que eu falei, eu não estou preparada para trabalhar com eles, é muito pouco a teoria que eu vi. Então as dificuldades que eu vejo é como trabalhar com eles, o que trabalhar com eles [...] (A-PSICPED);

Entendemos que eles demandam o conhecimento científico (teoria), principalmente as técnicas de intervenção (prática). Também entendemos que por trás dessa demanda podem existir outras questões ligadas ao sujeito profissional – e aí entramos no campo da singularidade. Não abordaremos esse aspecto.

Voltamos à demanda de conhecimento. Os profissionais buscam um conhecimento que esclareça tudo sobre a deficiência mental. Lembramos, com Marilena Chauí (2000), que a ciência consiste em um conjunto de conhecimentos racionais, abstratos e universais e são características da ciência moderna ser tecnológica e quantitativa. Chauí (2000) ainda nos lembra que a ciência moderna se organizou a partir da separação entre o subjetivo e o objetivo.

A demanda de conhecimento nos faz voltar nesse momento à idéia de Sérgio Mattos (2002) sobre a especialização/despecialização no tratamento de certos tipos de pacientes, que apresentamos no capítulo 4. Os profissionais desejam ter um conjunto de conhecimento sobre a deficiência mental que permita saber o que fazer no tratamento do deficiente mental:

[...] Tô meio assim porque eu não sei muito sobre a deficiência mental, sabe? Eu tô buscando pra ver se eu posso ajudar mais. Porque tem hora que eu fico meio perdida, aí será que eu tenho que ficar repetindo, até quando? Será que eu vou ter que passar pra outra atividade? Será que ele vai dar conta mesmo de fazer isso? Aí eu tenho que buscar mesmo, estudar (A-TO);

A especialização em um dado problema seria uma tentativa de fazer uma borda para conter o vazio posto pela ignorância sobre tal problema. Mattos (2002) coloca que a especialização tende a generalizações, característica própria do discurso científico. O especialista se recusa a conceber o sintoma (a dificuldade em aprender algo, por exemplo) *“como o que de mais particular afeta um corpo”* (MATTOS, 2002). O especialista acolhe o deficiente mental, mas nem sempre se dá conta do valor que tal sintoma tem para esse deficiente. Visto como um problema, o sintoma deve ser extirpado.

Uma outra dificuldade apresentada pelos profissionais entrevistados, em relação ao tratamento, é quanto à família e/ou pais do deficiente mental. Dois

profissionais colocam como dificuldade o fato da família passar a responsabilidade do filho com deficiência mental para a instituição:

[...] Eu sinto dificuldades com os pais, no sentido de que não procuram... Não diria levar a sério.... mas um compromisso maior com os filhos, fica a sensação de que vem aqui deixá-los algumas horas para poderem respirar aliviados. (A-PSIC1);

[...] Há! São muitas, porque... acho que começa assim, de cara é o apoio da família que nem sempre a gente tem, muitas famílias abandonam a pessoa que tem alguma dificuldade e acham que é um caso só da escola [...] (B-FONO);

O manual que orienta a organização das Apaes prevê a atuação com a família pela área técnico-pedagógica. As duas instituições investigadas realizam algum tipo de intervenção com a família. Os profissionais apontam para uma falta de responsabilização por parte da família. Mas, qual o lugar dado à família no tratamento do deficiente mental? Como a família e os pais são vistos pela instituição e pelos profissionais? Como a família e os pais tomam o filho com deficiência mental? São perguntas que acreditamos estarem relacionadas ao que os profissionais apontaram.

É necessário refletir sobre essa situação, pois de um lado há a instituição: sua organização, sua concepção de família de um ente com deficiência e as intervenções que oferecem para essa família. O relato do neurologista demonstra isso:

[...] e muitas vezes a própria família é uma família que tem dificuldades em lidar com o problema em vários aspectos: psicológicos, emocionais, financeiros, é... até uma questão natural mesmo, às vezes a família não sabe explicar pra gente a história [...] (B-NEURO).

Por outro lado, há o lugar dado ao filho com deficiência por cada família, ou seja, a particularidade de cada caso:

[...] metade das mães, vamos se dizer assim, dos pais, não querem que o filho vai pro mercado de trabalho por que vai perder o benefício, mesmo ganhando R\$350,00 que é o mesmo valor do benefício, então eu posso te dizer assim, que partindo da APAE o problema é com a família aceitar isso aí, essa aceitação aí [...] (A-AS).

Lina Galetti Martins de Oliveira (1999) coloca que é necessário implicar os pais no tratamento de seu filho. Ao falar de sua experiência em uma instituição que

atende crianças autistas e psicóticas, ela expõe os impasses de um trabalho orientativo com os pais:

Não nos propomos a orientá-los, nem mesmo ensiná-los a serem pais de crianças com problemas. Muito pelo contrário, sempre pensamos que o trabalho orientativo aos pais, se insere em uma vertente puramente educativa, normativa, e não corresponde aos objetivos de mudanças de posição ou deslocamento. Pensamos que um trabalho de orientação de pais mantém, estruturalmente, a completude e não instala o questionamento necessário à produção de mudanças. (OLIVEIRA, 1999, p. 155).

A questão apontada por Oliveira (1999) em relação aos pais não difere da lógica da reabilitação presente no tratamento oferecido ao deficiente mental nas instituições especializadas.

5.3.6. A inclusão social

Por fim, vamos encerrar essa discussão com a questão da inclusão social.

É possível encontrarmos nos relatos dos profissionais tanto os fundamentos da integração social quanto os da inclusão social. Lembramos que no paradigma da integração, o deficiente mental deve ter habilidades mínimas para se adaptar e estar integrado entre as pessoas. Já na inclusão, tanto ele quanto aqueles que estão à sua volta devem mudar (ou adaptar) o que for necessário para se tornar possível a convivência entre eles.

Há a possibilidade de exclusão da singularidade em ambos os paradigmas ao determinar um conjunto de habilidades necessárias ao deficiente mental para conviver com o outro.

Uma parte considerável dos profissionais entrevistados não acredita na inclusão social, mais precisamente, eles não acreditam na possibilidade de uma pessoa com deficiência ser incluída em uma escola regular. Tal posição contraria o que prevê o Estatuto das Apaes (2006):

Art. 4º - São os seguintes os fins desta APAE, na sua área de jurisdição:
[...]

i) promover e/ou estimular o desenvolvimento de programas de prevenção da deficiência, de promoção, de proteção, de inclusão, de defesa de direitos

da pessoa com deficiência e de apoio e orientação à sua família e à comunidade;

[...]

n) promover e articular serviços e programas de prevenção, educação, saúde, assistência social, esporte, lazer, visando à inclusão social da pessoa com deficiência.

Parágrafo único -. Considera-se “Excepcional”, “Pessoa Portadora de Deficiência” ou “Pessoa com Deficiência” aquela que apresenta perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade e/ou necessidades que impliquem em atendimento especial, tendo como referência sua inclusão social (ESTATUTO DAS APAEs, 2006) (grifo nosso).

Entendemos, pelo o que é colocado no Estatuto, que o tratamento deve conduzir a certos resultados que favoreçam a inclusão social do deficiente mental.

De que inclusão se fala? E, na sua vertente contrária, o que fica excluído?

Para Ana Heloisa Senra (2004) *“escapa ao movimento de inclusão algo essencial à dimensão subjetiva, que se determina a partir da história singular de cada um em seu modo específico de inserção na cultura”* (SENRA, 2004). Esse algo essencial à dimensão subjetiva é, para a autora, a possibilidade de ressignificação das marcas deixadas pela estigmatização e exclusão, vivenciadas pela pessoa com deficiência ao longo de sua vida.

Conclusões

“A capacidade de representar, de ser, parece ser um “dado” na vida humana, de um modo que não tem ligação alguma com diferenças intelectuais. Observamos isso em bebês, em pessoas senis e, mais comovedoramente, nas Rebeccas deste mundo”.

Oliver Sacks, 1997, p. 206.

Concluimos que o tratamento nas instituições segue o modelo e os fundamentos da reabilitação. E, nesse modelo, cabe o treinamento e a estimulação, conforme os resultados encontrados na pesquisa de campo realizada.

O treinamento está fundamentado nas teorias de aprendizagem, estabelecidas pela abordagem behaviorista. A estimulação responde à idéia de que se devem estimular certas funções (motora, sensoriais, etc.) para que elas sejam ativadas (estímulo-resposta). O problema não está em estimular tais funções, visto que esse é um processo que acontece no decorrer do desenvolvimento da criança a partir da relação com seus cuidadores (Outro materno). A questão está nos objetivos da estimulação, a que ela responde e o lugar em que ela coloca o deficiente mental, assim como o treinamento.

Um das palavras sinônimas de treinamento é adestramento. Adestrar significa ensinar algo e, nesse ensinar, o desejo não é levado em conta pelo adestrador. Ensina-se. Ensina-se um modo de estar frente ao Outro: adaptado aos padrões desse Outro.

Como foram expostos através dos relatos, os tratamentos oferecidos por alguns profissionais visam à adaptação do deficiente mental aos padrões da sociedade. Há um fundo de darwinismo na idéia da integração social, pois apenas aqueles deficientes que conseguem se adaptarem aos padrões vigentes do lugar em que vive poderão participar da sociedade.

Ao deficiente mental está relegado o lugar de objeto do Outro institucional. A instituição organiza um conjunto de regras para acolhê-lo em tratamento e diz quais intervenções vão atender as suas necessidades. Os profissionais entrevistados mostram responder às regras determinadas pela instituição, mesmo que para isso alguns sintomas (impotência frente às reações dos deficientes, não-saber quanto à deficiência, revolta quanto ao diagnóstico médico ou quanto ao processo de inclusão) apareçam e sinalizem a solução encontrada por alguns profissionais frente ao Outro institucional. Alguns profissionais se alienam no discurso da instituição.

O modelo perfeito do Outro absoluto sobre a deficiência mental é a Associação Americana de Retardo Mental, que tenta prever minuciosamente tudo sobre a deficiência mental. Basta conferir o manual da sua última edição (2002), que fornece ao profissional, inclusive, os formulários para classificar o deficiente mental e planejar os atendimentos necessários. Basta preencher esses formulários (ver anexo B) e se tem um deficiente mental. Preencher o vazio dos formulários...

Não há lugar para a falta no tratamento do deficiente mental nas instituições especializadas, pois logo há uma tentativa de preenchê-la com um significado. A demanda de conhecimento, que se revela entre as dificuldades de tratar o deficiente, é uma tentativa de saturar o vazio causado pelo não-saber sobre a deficiência mental. Buscam-se os conhecimentos científicos que saturem a falta no deficiente mental, ou ainda, que saturem a própria deficiência mental.

Pudemos constatar a presença marcante da leitura cognitivista na concepção de deficiência mental e uma tendência contemporânea de se buscar as respostas para o seu tratamento nas neurociências.

É interessante notar que, apesar de dois dos três psicólogos entrevistados dizerem que se fundamentam na psicanálise, nenhum deles apresentou a concepção de deficiência mental proposta pela psicanálise, muito menos uma direção de tratamento que realmente está fundamentada na ética da psicanálise. Lembramos que a ética da psicanálise é a do bem-dizer e não a do bem-estar (deficiente mental e sociedade adaptados um ao outro).

Concluimos, por fim, pelo não-tratamento do deficiente mental em instituições?

Não. Não levantamos essa bandeira, nem era nosso objetivo de pesquisa.

Nossa pesquisa desejava apontar alguns sinalizadores, como aqueles que brilham no escuro ao reflexo do farol do carro. As constatações que encontramos são esses dispositivos sinalizadores – que se tornaram pontos indicativos e demarcadores de lugares, permitido que assim fossem pela luz emanada da psicanálise lacaniana.

Ainda utilizando a linguagem metafórica, tomamos o tratamento oferecido aos deficientes mentais nas instituições como um lugar escuro. Os dispositivos estavam lá, à espera de um farol que os iluminasse. Ousamos passar o farol.

Referências

ALBERTI, Sônia; MIRANDA, Elizabeth da Rocha. A debilidade mental na estrutura. **Psychê Revista de Psicanálise**, UNIMARCO Editora, ano VI, n. 9, jun. de 2002.

ALONSO, Analúcia Faggion; ASPERTI, Beatriz. **Centro Pró-Vida “A Chave do Tamanho”**. Programa Gestão Pública e Cidadania. Disponível em: <<http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/20experiencias2000/7%20-%20a%20chave%20do%20tamanho.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2007.

ALVARENGA, Elisa. **Uma clínica possível da debilidade**. (Inédito)

ALVES, Paola Biasoli. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721997000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mai 2007.

ALVIM, Clovis de Faria. **Introdução ao estudo da deficiência mental (oligofrenias)**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1958.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDO. **Retardo Mental**: Definição, classificação e sistemas de apoio. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ANACHE, Alexandra Ayach. O diagnóstico na perspectiva dos direitos. In: **VIII Congresso Estadual das APAEs de Minas Gerais**. Caxambu, 15 a 18 de agosto de 2002. Painel 6. (Inédito).

ANACHE, Alexandra Ayach. Uma nova maneira de pensar a deficiência intelectual. In: **VIII Congresso Estadual das APAE's de Minas Gerais**. Caxambu, 15 a 18 de agosto de 2002. Curso 12. (Inédito).

ANTIPOFF, Daniel. Deficiência mental. In: *Excepcionais e Talentosos, os escolhidos*. Belo Horizonte: Lastro Editora, 1999. P. 9-61.

ARANHA, Maria Salete Fábio. **Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência**. Disponível em <<http://www.adiron.com.br/mznews/data/paradigmas.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2007.

ARPINI, Dorian Mônica. Repensando a perspectiva institucional e a intervenção em abrigos para crianças e adolescentes. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, n. 21 (3), p. 70-75, 2003.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 48/96, de 20 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://www.senai.br/psai/download/resolu%C3%A7%C3%A3o_48.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

BARCA, Isabel G. La debilidad mental. In: **Niños en psicoanálisis**. Argentina: Manantial, 1989. P.151-156.

BARROQUEIRO, Maria Helena. Terapia comportamental e a sua aplicação em reabilitação. **Análise Psicológica**, 3 (XX), p. 495-503, 2002.

BEAR, Mark F. Retardo mental e espinhos dendríticos. In: **Neurociências: desvendando o sistema nervoso**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. P.42-43.

BENELLI, Silvio José. O internato escolar “O Ateneu”: produção de subjetividade na instituição total. In: **Revista Psicologia USP**, São Paulo, USP-IP, v.1, n.1, p. 133-170, 1990.

BEYER, Hugo Otto. A educação inclusiva: ressignificando conceitos e práticas da educação especial. **Inclusão Revista da Educação Especial**, ano 2, nº 02, agosto/2006. Brasília, Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/txt/revistainclusao2.txt>>. Acesso em: 01 jun. 2007.

BLEGER, José. O grupo como instituição e o grupo na instituição. In: KAËS, René (org.). **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. P. 59-71.

BORGNETH, Livia. **Considerações sobre o processo de Reabilitação**. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/v1/controle/secure/Arquivos/AnexosArtigos/C74D97B01EAE257E44AA9D5BADE97BAF/acta_vol_11_num_02_55-59.pdf>. Acesso em 05 jul. 2005.

BRAUNER, Alfred; BRAUNER, Françoise. Questões médicas e pedagógicas. In: **Para educar uma criança deficiente mental**. Tradução Helena Antipoff. Rio de Janeiro: Edições Pestalozzi, 1967. Vol. II, p. 29-62.

BRIGNOMI, Susana; ESEBBAG, Graciela. Del menor maltratado a la producción de un sujeto: una experiencia del diálogo entre psicoanálisis y la educación social. **Freudiana**, Barcelona, n. 36, p. 79-86, oct. /dic. 2002.

BRUNO, Pierre. À cote de la plaque: sobre a debilidade mental. **Papeis do \$impósio**. S.n.t.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas (org.). **Helena Antipoff**: textos escolhidos. São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. Coleção Clássicos da Psicologia Brasileira.

CAMPOS, Regina Helena de Freitas. Helena Antipoff: razão e sensibilidade na psicologia e na educação. **Estud. av.**, São Paulo, v. 17, n. 49, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jun. 2007.

CAMPOS, Sérgio. **Psicanálise aplicada à medicina: o avesso do gold standard**. Texto apresentado no XIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano "A prática lacaniana nas instituições". Belo horizonte, 2 e 3 de maio de 2003. (inédito)

CANDIDO, Carla Laino. A psicanálise interessa ao estudo da cognição?. **Psicol. teor. prat.**, dez. 2004, vol.6, no.2, p.37-46. ISSN 1516-3687. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/ptp/v6n2/v6n2a04.pdf>>. Acesso em 03 jul. 2007.

CARLO, Marysia M. R. do Prado. **Se essa casa fosse nossa...**: instituições e processos de imaginação na educação especial. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ed. Ática, 2000.

CHIVA, Matty. Aspectos históricos y problemas metodológicos. In: **El diagnóstico de la debilidad mental: débiles normales, débiles patológicos**. 2 ed. Madrid: Pablo del Río Editor, 1978. P. 25-62.

CONCEIÇÃO, Lígia Nascimento. **Crianças e Jovens portadores de Necessidades Educativas Especiais Institucionalizados**: um estudo sobre suas interpretações em relação às práticas socioeducativas para a reinserção social. 2004, 100f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Educação, Bahia.

COSTA, Dóris Anita Freire. **Vygotsky e a defectologia soviética**. Belo Horizonte: Puc Minas, 2004. Mimeo. (Material fornecido no curso de Educação Especial Inclusiva, oferecido em 2004 pela Puc Minas Virtual).

CUÑAT, Carmem. La debilidad: Una elección de identidad. **Revista Notas Freudianas**, 1996.

D'ANTNO, Maria Eloísa Fama. **A máscara e o rosto da instituição especializada: marcas que o passado abriga e o presente esconde**. São Paulo: Memnon, 1998.

DEFICIÊNCIAS. Artigos da Empresa **Estudos em Inteligência Natural e Artificial – EINA**. Jundiaí, São Paulo. Disponível em <<http://www.enscer.com.br/material/artigos/eina/deficiencias/deficiencias.php>>. Acesso em: 15 de agosto de 2005.

ENRIQUEZ, Eugène. O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, René (org.). **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. P. 73-101.

FARIA, Maria Wilma S. de. **O toxicômano, a instituição e o psicanalista**. Texto apresentado no XIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano “A prática lacaniana nas instituições”. Belo horizonte, 2 e 3 de maio de 2003. (inédito)

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **Modelo de estatuto das Apaes**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.apaeminas.org.br/arquivos/projeto_aguia.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **Modelo de estatuto das Apaes**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.apaeminas.org.br/arquivos/projeto_aguia.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2007.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **Projeto Águia**: Plano estratégico para o período de 1998-2003. Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.apaeminas.org.br/arquivos/projeto_aguia.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2006.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAES. **Projeto Águia**: Manual das atribuições e funcionamento. Brasília, s/d. Disponível em: <http://www.apaebrasil.org.br/projeto_aguia/projeto_aguia.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2007.

FERNANDES, Edicléa Mascarenhas. “Educação para todos – saúde para todos”: a urgência da adoção de um paradigma multidisciplinar nas políticas públicas de atenção a pessoas portadoras de deficiências. **Revista Benjamin Constant**, out., 1999. Disponível em: <http://200.156.28.7/Nucleus/media/common/Nossos_Meios_RBC_RevOut1999_Artigo_1.doc>. Acesso em: 13 mai. 2007.

FERREIRA, Lenira Weil. Estudo histórico sobre a deficiência mental. **Revista Veritas**. Porto Alegre, v. 31, n.º 123, p. 351-355, set 1996.

FERREIRA, Tânia (org). **A criança e a Saúde Mental**: Enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

FIERRO, Alfredo. Os alunos com deficiência mental. In: COLL, César et al. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. Vol. 3, p. 193-214.

FLEIG, Conceição Beltrão. **Denúncia: O que está em jogo, uma crença ou uma convicção?** Disponível em <http://www.freud-lacan.com/articles/article.php?id_article=00913>. Acesso em: 29 mar. 2006.

FLORES-MENDOZA, Carmen E. Como as pessoas com deficiência mental processam a informação? **Revista Psicólogo inFormação**, ano 6-7, n. 6-7, jan./dez, 2002-2003

FONSECA, Vitor da. **Educação Especial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FREIRE DE MELLO, Tânia M. V. O tratamento em instituições dentro e fora do consultório. Texto apresentado no XIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano “A prática lacaniana nas instituições”. Belo horizonte, 2 e 3 de maio de 2003. (inédito)

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. O pensamento de Vygotsky nas reuniões da ANPEd (1998-2003). **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.1, p. 109-138, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n1/a07v30n1.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2007.

FREUD, Sigmund. Linhas de progresso na terapia psicanalítica [1918]. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XVII, p. 170-181.

FREUD, Sigmund. A questão da análise leiga [1926]. In: **Obras Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. V. XX, p. 205-293. Rio de Janeiro:

GLAT, Rosana. Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental: além do diagnóstico. **Revista de Psicologia Social e Institucional**, Universidade Estadual de Londrina. Vol.1, n.1, jan.1999. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/refletind.htm>> . Acesso em: 01 mai. 2005.

GOMES, Luciane Ferreira de Andrade. **Desenvolvimento cognitivo e a deficiência mental**. 2002, 91f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Disponível em: <<http://teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/8449.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2007.

GUIRADO, Marlene. **Instituição e Relações Afetivas**: o vínculo com o abandono. São Paulo: Summus, 1986.

HENRIQUES, Eda Maria de Oliveira. A questão institucional e a educação. **Revista Movimento**, Niterói, n. 9, maio de 2004.

HERMEL, Érica do Espírito Santos. **Uma conversa com Jean Piaget e Bärbel Inhelder**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/faced/slomp/edu01136/inheld.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2007.

JANUZZI, Gilberta. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1985.

KAËS, René. Realidade Psíquica e sofrimento nas instituições. In: **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991. P. 19-58.

KASSAR, Mônica de C. M. **Deficiência múltipla e educação no Brasil: discurso e silêncio na história dos sujeitos**. Campinas: Autores Associados, 1999.

KAUFMANNER, Henri. Considerações iniciais sobre Psicose e Debilidade. **Revista Virtual do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 01 jun. 2002. Disponível em: <<http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/>>. Acesso em: 21 abr. 2006.

KAUFMANNER, Henri. **Débeis ou loucos: Elucubrações a partir do conceito de *Parlêtre***. (Inédito)

KRYNSKI, STANISLAU (e col.). **Deficiência mental**. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1969.

KUPFER, Maria Cristina M. Psicanálise e instituições. **Correios da APPOA**, Porto Alegre, n.83, p.11-19, set. 2000. Disponível em: <<http://www.apboa.com.br/download/correio83.pdf>>. Acesso em: 21 abr. 2006.

LACAN, Jacques. De la psicosis paranoica (1932). Seminarios y Escritos. **Folio Views** (Bases Documentales) 4.1.

LACAN, Jacques. Ou Pire... (1972). Seminarios y Escritos. **Folio Views** (Bases Documentales) versão 4.1.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 11 Os quatros conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 17 O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 7 A ética da psicanálise**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

LACAN, Jacques. Seminário 16, De un otro al otro (1969). Seminarios y Escritos. **Folio Views** (Bases Documentales) versão 4.1.

LAIA, Sérgio. A prática lacaniana nas instituições. In: **Boletim Eletrônico Dizquediz**, n. 1, 18 de nov. de 2002. Disponível em: <<http://www.ebp.org.br>>. Acesso em: 30 abr. 2003.

LAMY, Maria Inês. **O lugar do psicanalista numa instituição de saúde**. Texto apresentado no XIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano “A prática lacaniana nas instituições”. Belo horizonte, 2 e 3 de maio de 2003. (inédito)

LAURENT, Eric. El goce del débil. In: **Niños en psicoanálisis**. Argentina: Manantial, 1989. P.145-149.

LAURENT, Eric. Psicanálise e saúde mental: a prática feita por muitos. **Revista Curinga** da Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte, n. 14, p.164-175, 2000.

LAURENT, Eric. O último ensino de Lacan. **Revista Opção Lacaniana**. São Paulo. N. 35. Janeiro de 2003.

LIMA, Nádia Laguárdia. A clínica psicanalítica de crianças com problemas orgânicos. In: GUERRA, Andréa M. C; LIMA, Nádia L. (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento**: Uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2003a. P. 105-112.

LIMA, Nádia Laguárdia. A psicanálise e sua função social no campo da debilidade mental. In: GUERRA, Andréa (orgs.). **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2003b. P. 127-140.

MANNONI, Maud. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Desenvolvimento da inteligência e deficiência mental**. Palestra proferida no II Congresso Brasileiro sobre Síndrome de Down, 1997, Brasília. Disponível em: <<http://www.ecof.org.br/destaques/down/eventos/congre13.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2006.

MANTOAN, Maria Tereza. Ser ou estar, eis a questão: uma tentativa de explicar o que significa o déficit intelectual. In: **Ser ou estar, eis a questão: explicando o déficit intelectual**. Rio de Janeiro: WVA, 2004. P. 17-32.

MARON, Glória. Prática institucional: um desejo decidido. **Opção Lacaniana - Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, São Paulo, n. 37, p. 83-91, set. 2003.

MAZZOTTA, Marcos J. S. Atendimento Educacional aos portadores de deficiência. In: **Educação especial no Brasil**: História e políticas públicas. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2005. Cap. 1, p. 15-25.

MINICUCCI, Agostinho. Correntes modernas de dinâmica de grupo. In: **Dinâmicas de grupo**: teorias e sistemas. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2002. Cap. 5, p. 268-279.

MIRANDA, Arlete Aparecida Bertoldo. **História, deficiência e educação especial.** Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/art1_15.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2007.

MIRANDA, Elizabeth da Rocha. Debilidade mental: um transtorno em relação ao saber e à verdade. In: COUTINHO JORGE, Marco Antônio (Orgs.). **Saber, verdade e gozo: leituras do seminário XVII.** Rio de Janeiro: Editora Rios Ambiciosos, 2002. P. 173-189.

MISÈS, Roger. Apresentação: Princípios e meios. In: **A criança deficiente mental: uma abordagem dinâmica.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977. Cap.1, p. 13-49.

MULLER, Tânia Mara Pedroso. Os conceitos de criança e de anormal e as práticas decorrentes de atendimento institucional no Brasil: uma análise genealógica. **Revista childhood & philosophy**, v. 1, n. 2, jul./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.filoeduc.org/childphilo/n2/TaniaMuller.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2007.

NEUROBIOLOGIA E COGNIÇÃO. **Revista Interface – Comunic, Saúde, Educ.** Fev. 2001. Disponível em <<http://www.interface.org.br/revista8/entrevista1.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2006.

NOT, Louis. Os fundamentos psicológicos. In: **Educação dos deficientes mentais.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1973. P.19-39.

NUNES FILHO, Eustachio Portella. Retardo mental. In: **Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais.** São Paulo: Editora Atheneu, 1996. Cap.7, p.57-64.

OLIVEIRA, Fabiana M. G. S. **Educação inclusiva: Diferentes olhares (Área Deficiência mental).** Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/conade/Documentos/EDUCA%C3%87%C3%83O%20INCLUSIVA%20-%20DIFERENTES%20OLHARES%20-%20Fabiana%20slides.ppt>>. Acesso em: 18 jun. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). ONU-Portugal. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2005.

PADILHA, Anna Maria Lunardi. Práticas educativas: Perspectivas que se abrem para a Educação Especial. **Educação & Sociedade**, ano XXI, nº 71, Julho/00. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v21n71/a09v2171.pdf>>. Acesso em: 13 mai 2007.

PEREGRINO, Maria Graziela. **Individuação e socialização na pedagogia de Maria Montessori**. Disponível em:
<http://www.fundaj.gov.br/licitacao/individuacao_socializacao.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2007.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000500031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun. 2007.

PESSOTI, Isaias. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo: T. A. Queiros/USP, 1984.

PINTO, Gláucia Uliana; GÓES, Maria Cecília Rafael de. Deficiência mental, imaginação e mediação social: um estudo sobre o brincar. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, Jan.-Abr. 2006, v.12, n.1, p.11-28. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v12n1/31982.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2007.

PRISZKULNIK, Léia. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. **Psicol. USP.**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2000. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jul. 2007.

RETARDO MENTAL. **CID 10**. Versão eletrônica 1.6. DATASUS, 1993.

RETARDO MENTAL. **DSM-IV-R** Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2000. P.73-80.

ROCHA, Armando Freitas et al. **Fisiopatologia da inteligência**. Disponível em:
<<http://www.enscer.com.br/pesquisas/artigos/inteligencia.php>> . Acesso em: 03 jun. 2006.

ROCHA, Moira Sampaio et al. **Educação Especial Inclusiva**. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual, 2004.

ROSA, Márcia. Lacan e a debilidade mental. **Revista Virtual do Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 01 jun. 2002. Disponível em: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/lacan_debilidade.htm>. Acesso em: 27 fev. 2006.

SACKS, Oliver. Rebecca. In: **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**: e outras histórias clínicas. São Paulo: Cia. Das Letras, 1997. Cap. 21, p. 198-206.

SANADA, Elizabeth dos Reis. A 'verdade' da ciência a partir de uma leitura psicanalítica. **Psicol. USP.**, São Paulo, v. 15, n. 1-2, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642004000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2007.

SANTANA, Flávia. Considerações acerca da debilidade. In: **A clínica de crianças com transtornos no desenvolvimento: uma contribuição no campo da Psicanálise e da Saúde Mental**. Belo Horizonte: Autêntica/FUMEC, 2003. P. 141-148.

SANTIAGO, Ana Lydia. **A inibição intelectual na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

SANTIAGO, Jésus. **O aparelho do inconsciente e sua debilidade**. Texto apresentado na aula proferida na abertura do seminário "A clínica borromeana". Seção Minas Gerais da EBP. S/d.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Como chamar as pessoas que tem deficiência? Matéria publicada no livreto **Vida independente**: história, movimento, liderança, conceito, fundamentos e filosofia. São Paulo: RNR, 2003a. P.12-16. Disponível em: <<http://www.pjpp.sp.gov.br/2004/artigo17.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. Matéria publicada no livro **Mídia e deficiência**. Brasília: Andi/Fundação Banco do Brasil, 2003b. P.160-165. Disponível em: <<http://www2.fiemg.com.br/ead/pne/Terminologias.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Panorama Geral da Inclusão Social**. 1º Seminário de Políticas Públicas do Município de Limeira sobre Pessoas com Deficiência. 24 de setembro de 2003. Câmara Municipal de Limeira. Disponível em: <<http://www.ceset.unicamp.br/~joaquim/ST%20019/Panorama%20Geral%20da%20Inclus%20Social.doc>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? **Revista Nacional de Reabilitação**, ano IX, n. 43, mar./abr. 2005, p.9-10. Disponível em:

<<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/defici%C3%Aancia%20mental%20ou%20intelectual.doc>>. Acesso em: 04 jul. 2007.

SCHNEIDER, Galina. Psicoterapias individual e de grupo em instituições. In: **O grupo terapêutico e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. Cap. III, p. 101-125.

SÉGUIN, Édouard. **Traitement moral, hygiène et éducation des idiots**. Paris: Chez J. B. Baillière, 1846. Disponível em: <<http://visualiseur.bnf.fr/CadresFenetre?O=NUMM-77070&I=1&M=chemindefer>>. Acesso em: 01 mar. 2007.

SENRA, Ana Heloisa. A escola débil e seus efeitos alienantes sobre o portador de deficiências. In: FERREIRA, Tânia (org). **A criança e a Saúde Mental**: Enlaces entre a clínica e a política. Belo Horizonte: Autêntica/FCH-FUMEC, 2004.

SILVA, Alessandra Santos. Desvelando o sentido da deficiência mental: uma leitura psicanalítica. **Revista Mental UNIPAC**. Barbacena, ano III, nº 4, jun. 2005. P. 135-145.

SILVA, Flávia Gonçalves da; DAVIS, Claudia. Conceitos de Vigotski no Brasil: produção divulgada nos cadernos de pesquisa. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 123, p. 633-661, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v34n123/a07v34123.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2007.

SILVA, Nara Liana Pereira; DESSEN, Maria Auxiliadora. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 17, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722001000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Jun 2007.

SILVEIRA, Ana Paula et al. **Deficiência Mental: Abordagem Histórico-Cultural**. Programa de Apoio Pedagógico na Relação Educação e Tecnologia (PAPET), 2002. Disponível em: <<http://www.lite.fae.unicamp.br/papet/2002/ep127/def.mental.htm>>. Acesso em: 14 mai. 2007.

SILVEIRA, Tácito Carderelli. A psicanálise e os impasses da constituição subjetiva. **Psychê Revista de Psicanálise**. UNIMARCO Editora. Ano VII, n.º 11, junho de 2003.

SOUZA, Márcia Imaculada de. **O Impacto da Psicologia Na Construção Histórica do Conceito de Deficiência Mental**. Disponível em: <http://www.educacaoonline.pro.br/art_o_impacto_da_psicologia.asp>. Acesso em: 05 ago. 2005.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; FRIENDLANDER, Metacognição e ensino de enfermagem: uma combinação possível?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000600014&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jul 2007.

STERNBERG, Robert J. **Psicologia cognitiva**. Trad. Maria Regina Borges. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

TEDESCO, Solange. O desenvolvimento e estudo de instrumentos de avaliação em Terapia Ocupacional. **CADERNOS • Centro Universitário S. Camilo**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 17-26, jul./set. 2002. Disponível em: <<http://www.casato.com.br/Noticia.asp?ID=438>>. Acesso em: 07 jul. 2007.

TELFORD, Charles W.; SAWERY, James M. **O indivíduo excepcional**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

TODESCO, Solange. Terapia comportamental e sua aplicação na reabilitação. **Análise Psicológica** (2002), 3 (XX): 495-503. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v20n3/v20n3a22.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2007.

TORT, Michel. **O quociente intelectual**. Lisboa: Editorial Notícias, 1976.

VILHENA, J.; AMARAL, M. E. C. Em busca de uma certa singularidade. Reflexões acerca da psicanálise infantil em uma instituição. **Psyche Revista de Psicanálise**, São Paulo - Unimarco, v. VI, n. 9, p. 197-211, 2002.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. **A formação social da mente**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes Editora Ltda, 1991.

VORCARO, Ângela. **Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

ZANATTA DA ROS, Silvia. **Pedagogia e mediação em Reuven Feuerstein: o processo de mudança em adultos com deficiência.** São Paulo: Plexus, 2002.

ZENONI, Alfredo. Orientación analítica em la institución psiquiátrica. **Cuadernos de Psicoanálisis – Revista del Instituto del Campo Freudiano em Espanha**, n. 27, p. 66-76, ene. 2003.

Apêndices

APENDICE A – Roteiro para Entrevista com os Dirigentes da Apae

1. Ano de fundação da Apae.
2. Público-alvo atendido e o número total.
3. Missão da instituição.
4. Princípio fundamental desta instituição.
5. Quadro funcional.
6. Horário e rotinas de funcionamento.
7. Os meios para manter a instituição.
8. Formas de intervenções oferecidas ao público-alvo.

APENDICE B – Roteiro para Entrevista com Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional

1. Definição de Deficiência mental.
2. Qual a sua participação no diagnóstico da deficiência mental?
3. Tratamento oferecido por esta especialidade à pessoa com deficiência mental.
4. A abordagem que embasa esse tratamento.
5. Finalidade do tratamento.
6. Dificuldades enfrentadas no atendimento da pessoa com deficiência mental.
7. Definição de Inclusão.

APENDICE C – Roteiro para Entrevista com Psicólogo

1. Definição de Deficiência mental.
2. Qual a sua participação no diagnóstico da deficiência mental?
3. Como é realizado o psicodiagnóstico ou avaliação psicológica?
4. Tratamento oferecido por esta especialidade à pessoa com deficiência mental.
5. A abordagem que embasa esse tratamento.
6. Finalidade do tratamento.
7. Dificuldades enfrentadas no atendimento da pessoa com deficiência mental.
8. Definição de Inclusão.

APENDICE D – Roteiro para Entrevista com Pedagogo e Psicopedagogo

1. Definição de Deficiência mental.
2. Qual a sua participação no diagnóstico da deficiência mental?
3. Como é realizada avaliação pedagógica ou psicopedagógica?
4. A abordagem que embasa essa avaliação.
5. Finalidade da avaliação.
6. Intervenção junto à pessoa com deficiência mental após a avaliação.
7. Dificuldades enfrentadas no atendimento da pessoa com deficiência mental.
8. Definição de Inclusão.

APENDICE E – Roteiro para Entrevista com Assistente Social

1. Definição de Deficiência mental.
2. Qual a sua participação no diagnóstico da deficiência mental?
3. Intervenções realizadas em relação à pessoa com deficiência mental.
4. A abordagem que embasa essa intervenção.
5. Finalidade da intervenção.
6. Dificuldades enfrentadas no atendimento da pessoa com deficiência mental.
7. Definição de Inclusão.

APENDICE F – Roteiro para Entrevista com Neurologista, Pediatra e Psiquiatra

1. Definição de Deficiência mental.
2. Qual a sua participação no diagnóstico da deficiência mental?
3. Tratamento oferecido por esta especialidade à pessoa com deficiência mental.
4. Uso e finalidade da medicação nestes casos.
5. Tipos e finalidade de exames pedidos para estes casos.
6. A abordagem que embasa esse tratamento.
7. Finalidade do tratamento.
8. Dificuldades enfrentadas no atendimento da pessoa com deficiência mental.
9. Definição de Inclusão.

Anexos

Anexo A – Modelo de Estatuto para as APAEs (2006)

ESTATUTO DA APAE DE

CAPÍTULO I

Da Denominação, Sede e Fins

Art. 1º - A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de.....ou, abreviadamente, APAE de, fundada em Assembléia realizada em de de, nesta cidade de, passa a regular-se por este Estatuto, pelo Regimento Interno e pela legislação civil em vigor.

Art. 2º - A APAE de é uma associação civil, filantrópica, de caráter assistencial, educacional, cultural, de saúde, de estudo e pesquisa, desportivo e outros, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, tendo sede e foro no município de, Estado de

§ 1º - A APAE de adota como símbolo a figura da flor margarida, com pétalas brancas, centro amarelo-ouro, pedúnculo e duas folhas verdes, uma de cada lado, ladeada por duas mãos em perfil, na cor branca, desniveladas, uma em posição de amparo e a outra, de orientação, tendo embaixo, partindo do centro, dois ramos de louro, contendo vinte e duas folhas.

§ 2º - A bandeira da APAE de, na cor azul, contendo ao centro o símbolo da Federação, terá as cores oficiais da bandeira do Brasil e suas medidas em conformidade com o Estatuto da Federação Nacional das APAEs, seu Regimento Interno ou Resolução.

§ 3º - Todos os eventos realizados pela APAE seguirão o Protocolo Oficial para Cerimônias estabelecido em Resolução expedida pela Federação Nacional das APAEs.

Art. 3º - O dia 11 de dezembro, é consagrado como Dia Nacional das APAEs (Lei nº 10.242, de 19 de junho de 2001), e deverá, obrigatoriamente, ser comemorado com o hasteamento da bandeira da APAE.

Art. 4º - São os seguintes os fins desta APAE, na sua área de jurisdição:

a) promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, preferencialmente mental, em seus ciclos de vida, crianças, adolescentes, adultos e idosos, buscando assegurar-lhes o pleno exercício da cidadania;

b) coordenar e executar na sua área de jurisdição os objetivos, programas e a política da Federação das APAEs do Estado e da Federação Nacional das APAEs, promovendo, assegurando e defendendo o progresso, o prestígio, a credibilidade e a unidade orgânica e filosófica do Movimento Apaeano;

c) atuar na definição da política municipal de atendimento à pessoa com deficiência, em consonância com a política adotada pela Federação Nacional e pela Federação das APAEs do Estado, coordenando e fiscalizando sua execução;

d) articular junto aos poderes públicos municipais e entidades privadas, políticas que assegurem o pleno exercício dos direitos da pessoa com deficiência e com outras entidades no município, que defendam a causa da pessoa com deficiência em qualquer de seus aspectos;

e) encarregar-se, em âmbito municipal, da divulgação de informações sobre assuntos referentes à pessoa com deficiência, incentivando a publicação de trabalhos e de obras especializadas;

f) exigir de seus associados o permanente exercício de conduta ética de forma a preservar e aumentar o conceito do Movimento Apaeano;

g) compilar e/ou divulgar as normas legais e regulamentares federais, estaduais e municipais, relativas à pessoa com deficiência, provocando a ação dos órgãos municipais competentes no sentido do cumprimento e aperfeiçoamento da legislação;

h) promover e/ou estimular a realização de estatísticas, estudos e pesquisas em relação à causa da pessoa com deficiência, propiciando o avanço científico e a permanente formação e capacitação dos profissionais e voluntários que atuam na APAE;

i) promover e/ou estimular o desenvolvimento de programas de prevenção da deficiência, de promoção, de proteção, de inclusão, de defesa de direitos da pessoa com deficiência e de apoio e orientação à sua família e à comunidade;

j) estimular, apoiar e defender o desenvolvimento permanente dos serviços prestados pela APAE, impondo-se a observância dos mais rígidos padrões de ética e de eficiência, de acordo com o conceito do Movimento Apaeano;

k) divulgar a experiência apaeana em órgãos públicos e privados, no âmbito municipal;

l) prestar serviços gratuitos, permanentes, e sem qualquer discriminação de clientela na área específica de atendimento, àqueles que deles necessitarem;

m) desenvolver e estimular política de autodefensores garantindo a participação efetiva em todos os eventos e níveis do Movimento Apaeano;

n) promover e articular serviços e programas de prevenção, educação, saúde, assistência social, esporte, lazer, visando à inclusão social da pessoa com deficiência.

Parágrafo único - Considera-se “Excepcional”, “Pessoa Portadora de Deficiência” ou “Pessoa com Deficiência” aquela que apresenta perda ou alteração de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade e/ou necessidades que impliquem em atendimento especial, tendo como referência sua inclusão social.

Art. 5º - Para consecução de seus fins, a APAE se propõe a:

a) promover campanhas financeiras de âmbito municipal e colaborar na organização de campanhas nacionais, estaduais e regionais, com o objetivo de arrecadar fundos destinados ao financiamento das ações de atendimento à pessoa com deficiência, bem como a realização das finalidades da APAE;

b) incentivar a participação da comunidade e instituições públicas e privadas nas ações e programas voltados ao atendimento da pessoa com deficiência;

c) promover parcerias com os diversos setores de atividades, oportunizando a habilitação e a colocação da pessoa com deficiência no mundo do trabalho;

d) intensificar o intercâmbio entre as entidades co-irmãs, análogas filiadas, as associações congêneres e instituições oficiais municipais, nacionais e internacionais;

e) manter publicações técnicas especializadas sobre trabalhos e assuntos relativos à causa e filosofia do Movimento Apaeano;

f) solicitar e receber recursos de órgãos públicos ou privados e as contribuições de pessoas físicas;

g) firmar parcerias com entidades co-irmãs e análogas, órgãos públicos e privados, inclusive produção e venda de serviços, conforme legislação em vigor, para manutenção e garantia de oferta e qualidade na prestação dos serviços;

h) fiscalizar o uso do nome “Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais”, do símbolo e da sigla APAE, por seus associados;

i) promover meios para o desenvolvimento de atividades extracurriculares, como colônia de férias, jardinagem, clubes, atividades culturais, etc;

j) promover e facilitar a vida em família da pessoa com deficiência apoiando e/ou gerenciando casas-lares para aquelas em situação de risco ou abandono;

k) oferecer oportunidade a que pessoas com deficiência possam participar de Conselhos, Diretorias ou Comissões Especiais da APAE.

Art. 6º - A APAE deintegra-se, por filiação, à Federação Nacional das APAEs, de quem recebe orientação, apoio e permissão para uso do nome, símbolo e sigla APAE, a cujo Estatuto adere e a cuja supervisão se submete.

§ 1º - A APAE, após a filiação à Federação Nacional das APAEs, será automaticamente considerada como filiada à Federação das APAEs do Estado do _____, a cujo Estatuto também adere e a cuja supervisão também se submete.

§ 2º - A concessão, a utilização e a permanência do direito de uso pela filiada do nome, símbolo e da sigla APAE estão condicionadas à observância do Estatuto, das Resoluções, do Regimento Interno e das decisões dos órgãos diretivos da Federação Nacional das APAEs.

§ 3º - A APAE apresentará, anualmente, à Federação das APAEs do Estado, até o dia 30 de abril, relatório sucinto de suas atividades, incluindo balanço financeiro, acompanhado de parecer do Conselho Fiscal e plano de ações para o ano seguinte, indicando os pontos positivos e negativos encontrados em sua administração, no exercício.

CAPÍTULO II

Dos Associados

Seção I

Do Quadro Social

Art. 7º - A APAE de..... é constituída por número ilimitado de associados, dentre pessoas idôneas, maiores de idade, em pleno gozo de seus direitos.

Parágrafo único. Os associados não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelas obrigações e encargos sociais da APAE.

Art. 8º - O quadro social da APAE é constituído pelas seguintes categorias de associados:

a) contribuintes, são as pessoas físicas, devidamente cadastradas, que contribuem com a APAE por contribuição mensal, semestral ou anual em dinheiro, mediante manifestação de vontade em contribuir para a execução dos objetivos da APAE, firmando termo de adesão de associado;

b) beneméritos, são as pessoas físicas que, a juízo do Conselho de Administração ou por proposta da Diretoria Executiva, prestam relevantes serviços à APAE, não tendo direito a voto e não podendo ser votados, salvo se forem também associados contribuintes;

c) correspondentes, que são aqueles que prestam colaboração à APAE, porém residem em outros pontos do território nacional ou em outro país;

d) honorários, constituindo-se das personalidades nacionais ou estrangeiras que tenham prestado relevantes serviços à causa da pessoa com deficiência, ou tenham concorrido de maneira apreciável para o progresso da humanidade no campo da excepcionalidade, e assim se fizeram credores dessa homenagem, apontados por proposta da diretoria à Assembléia Geral, não tendo direito a voto e não podendo ser votados, salvo se forem também associados contribuintes;

e) especiais - Os pais e as mães cujos filhos estejam matriculados nos programas de atendimento da APAE, ou os seus responsáveis, sendo-lhes assegurado o direito de votar e de serem votados;

f) fundadores - São as pessoas que participaram da primeira Assembléia Geral de constituição da entidade e assinaram a respectiva ata, serão consideradas sócias fundadoras.

Seção II

Dos Títulos Honoríficos

Art. 9º - A APAE poderá conceder, em casos especiais, os títulos honoríficos de Agraciado Benemérito e Agraciado Honorário.

I - São Agraciados Beneméritos as personalidades, física ou jurídica, que a juízo do Conselho de Administração ou por proposta da Diretoria Executiva, hajam contribuído de maneira apreciável para o progresso da instituição filiada ou para a própria APAE.

II - São Agraciados Honorários as personalidades, nacionais ou estrangeiras, que tenham prestado relevantes serviços à causa da pessoa com deficiência ou tenham concorrido de maneira apreciável para o progresso da humanidade no campo da deficiência.

III - A concessão de título honorífico será deliberada em votação secreta, no mínimo, por dois terços da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração da APAE.

IV - O Conselho de Administração e a Diretoria Executiva indicarão uma Comissão de 4(quatro) membros, sendo 2(dois) da Diretoria Executiva e 2(dois) do Conselho de Administração, para examinar minuciosamente as obras e o "currículum vitae", apresentando relatório circunstanciado e conclusivo.

V - A concessão de título honorífico não cria obrigação para o agraciado em relação à APAE, nem lhe assegura os direitos previstos aos associados contribuintes previstos neste Estatuto.

Seção III

Dos Direitos dos Associados

Art. 10 - São direitos assegurados aos Associados Contribuintes, quites com suas obrigações sociais:

a) participar das Assembléias Gerais, discutir, votar e ser votado para os cargos da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal;

b) propor candidatos à eleição de membros do Conselho de Administração, Conselho Fiscal e da Diretoria Executiva da APAE;

c) requerer convocação de Assembléia Geral Extraordinária, justificando convenientemente o pedido;

d) participar das reuniões da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração da APAE, usando da palavra, mas sem direito a voto;

e) apresentar à APAE idéias e sugestões, temas para discussão, teses e assuntos de interesse comum;

f) participar de todos os eventos organizados pela APAE, Conselho Regional, Federação das APAEs do Estado e Federação Nacional das APAEs;

g) requerer a apreciação e aprovação do Conselho de Administração da Federação Nacional das APAEs as propostas de alteração do Estatuto da APAE.

h) convocar os órgãos deliberativos da APAE quando houver requerimento de 1/5 (um quinto) dos associados.

§ 1º - Os associados beneméritos, correspondentes, honorários e fundadores não poderão votar nem serem votados, exceto se forem também associados contribuintes.

§ 2º - Para gozar de qualquer dos direitos acima enumerados, é necessário que o associado se encontre quite com suas obrigações sociais.

§ 3º - Os associados contribuintes, quando funcionários da APAE, cedidos ou com vínculo indireto, não poderão votar, nem serem votados, nem convocar Assembléia Geral Extraordinária.

Seção IV

Das Obrigações dos Associados

Art. 11 - São obrigações dos associados da APAE:

- a) manter padrão de conduta ética de forma a preservar e aumentar o conceito do Movimento Apaeano no município;
- b) pagar as contribuições e prestar todas as informações solicitadas pela Diretoria Executiva;
- c) participar de diferentes comissões técnicas, de estudo e de trabalhos, quando convidado e de acordo com sua disponibilidade;
- d) aceitar as incumbências que lhes forem atribuídas pela Diretoria Executiva da APAE, participando de diferentes comissões técnicas, de estudo e de trabalhos;
- e) cumprir, acatar e respeitar as disposições estatutárias, as Resoluções da Diretoria Executiva, as do Regimento Interno, bem como as decisões dos órgãos dirigentes da APAE;
- f) informar, por escrito, à Diretoria Executiva da APAE, quando identificar qualquer suspeita de irregularidade no funcionamento de serviços, para averiguação e providências.

Seção V

Das Penalidades Aplicáveis aos Associados

Art. 12 - As infrações ao presente Estatuto e as irregularidades de qualquer natureza cometidas pelos Associados, acarretarão procedimentos e penalidades aplicados pela Diretoria Executiva da APAE, nas modalidades de advertência, suspensão e exclusão.

§ 1º - As penalidades a que se refere o caput do artigo consistem em:

- I - Advertência para punir faltas leves conforme sejam definidas e regulamentadas pelo Conselho de Administração, e será aplicada pelo Presidente da APAE;
- II - Suspensão, do direito de votar e de ser votado pelo prazo de 08 (oito) anos para os cargos de Presidente, Vice-Presidente, Primeiro e Segundo Diretor Financeiro;
- III - Exclusão do quadro social quando as infrações consistirem em desvio de ética do associado como componente do corpo social, dos compromissos, padrões de conduta, filosofia, Estatuto, Regulamento e Resoluções da APAE, da Federação das APAEs do Estado e da Federação Nacional das APAEs.

§ 2º - A exclusão será deliberada e aplicada pelos membros da Diretoria Executiva, Conselho de Administração e Conselho Fiscal, com o aval da Assembléia Geral, para punir faltas muito graves.

§ 3º - Em caso de morte o direito do associado não se transfere a terceiros.

§ 4º - Fica assegurado prévio direito de defesa a todos os associados quando lhes forem imputadas infrações contra o presente Estatuto, e outras consideradas de natureza grave, cabendo-lhes, ainda, na hipótese de suspensão e exclusão, recurso sem efeito suspensivo, no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da notificação, para a Assembléia Geral, especialmente convocada para este fim.

§ 5º - A exclusão considerar-se-á definitiva se o associado não recorrer da penalidade, no prazo previsto no § 4º deste artigo.

§ 6º - O desligamento dar-se-á a pedido do associado, mediante carta dirigida à diretoria da APAE, não podendo ser negado.

Art. 13 - Diante de irregularidades existentes e apuradas pela Comissão de Ética designada pela Diretoria Executiva da APAE, o associado será notificado, marcando-se prazo para apresentar a defesa que tiver, assegurados a ampla defesa e o contraditório.

I - O não atendimento pelo associado, aos termos da notificação, o sujeitará aos procedimentos de advertência, suspensão ou exclusão, decretados pela Diretoria Executiva da APAE "ad referendum" do Conselho de Administração;

II - Conforme a gravidade da falta, da penalidade aplicada poderá decorrer a suspensão do direito de eleger e ser eleito para os cargos de Presidente, Vice-Presidente, Primeiro Diretor Financeiro e Segundo Diretor Financeiro, durante oito anos, nos termos do inciso II do artigo 12;

III - Os procedimentos para aplicação das penalidades serão regulamentados no Regimento Interno ou por meio de Resoluções baixadas pela Diretoria Executiva da APAE "ad referendum" do Conselho de Administração;

IV- O recurso de qualquer penalidade aplicada terá efeito somente devolutivo e será dirigido e apreciado pela Assembléia Geral Extraordinária.

CAPÍTULO III **Da Organização, do Funcionamento e da Administração da APAE**

Seção I **Da Organização**

Art. 14 - São órgãos da APAE, responsáveis por sua administração:

- 1 – Assembléia Geral
- 2 – Conselho de Administração
- 3 - Conselho Fiscal
- 4 - Diretoria Executiva
- 5 - Autodefensoria
- 6 - Conselho Consultivo

§ 1º - Os membros dos Conselhos de Administração e Fiscal, e os da Diretoria Executiva deverão ser associados da APAE há, pelo menos, 1 (um) ano, preferencialmente com experiência direta no Movimento Apaeano, quites com suas obrigações junto à tesouraria.

§ 2º - O exercício das funções de membros dos órgãos indicados neste artigo, não pode ser remunerado a qualquer título, sendo vedada a distribuição de lucros, bonificações, ou de quaisquer outras vantagens ou benefícios, por qualquer forma ou título, a dirigentes, diretores, conselheiros, associados, instituidores, benfeitores ou equivalentes, sob qualquer denominação, forma ou pretexto.

§ 3º - A APAE não distribuirá lucros, resultados, dividendos, bonificações, participações ou parcela de seu patrimônio, sob nenhuma forma ou pretexto.

§ 4º - Os cargos do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e o da Diretoria Executiva deverão ser ocupados por, no mínimo, 30% de pais ou responsáveis legalmente constituídos, sempre que possível.

Art. 15 - Dirigentes de empresas terceirizadas, seus cônjuges, descendentes ou ascendentes, conviventes e parentes até o terceiro grau, que mantenham qualquer vínculo contratual ou comercial com a APAE, não poderão integrar a sua Diretoria Executiva, Conselho de Administração e Conselho Fiscal.

Seção II **Da Assembléia Geral**

Art. 16 - A Assembléia Geral, Ordinária ou Extraordinária, órgão soberano da APAE, será constituída pelos associados que a ela comparecerem, em pleno gozo de seus direitos estatutários, quites com suas contribuições junto à tesouraria da APAE, e pelos pais das pessoas com deficiência matriculadas nos programas de atendimento da APAE.

§ 1º - Terão direito de votar nas Assembléias Gerais, os pais e as mães e os associados contribuintes, há no mínimo, 1 (um) ano, e que estejam em dia com suas obrigações sociais.

§ 2º - No caso de procuração, o outorgado deverá ser associado da APAE outorgante.

§ 3º - Não se admite mais de uma procuração por associado contribuinte.

§ 4º - Instalada a Assembléia Geral pelo Presidente, o mesmo fará a prestação de contas, apresentando o balanço e o relatório de atividades, secretariado pelo (a) Diretor (a) Secretário (a) da APAE.

§ 5º - Uma vez instalada Assembléia Geral e havendo mais de um candidato para os cargos de Presidente e Secretário da mesma, serão constituídas chapas para votação direta.

§ 6º - Em caso de empate, para os cargos de Presidente e Secretário da Assembléia, considerar-se-á eleito o associado há mais tempo no quadro social da APAE.

§ 7º - Em caso de empate para a Diretoria Executiva considerar-se-á eleita a chapa cujo presidente seja associado, ininterruptamente, há mais tempo no quadro social da APAE.

Art. 17 - A convocação da Assembléia Geral far-se-á uma única vez por meio de publicação na imprensa do município da APAE, e por notificação aos associados e pais, feita através de boletim, telegrama, circular ou outros meios convenientes, com antecedência de, no mínimo, 30 (trinta) dias, admitindo-se, como alternativa, editais afixados nos principais lugares públicos do município, com a mesma antecedência.

§ 1º - No edital de convocação da Assembléia Geral, Ordinária ou Extraordinária, deverá constar a data, horário, local e a respectiva ordem do dia.

§ 2º - A Assembléia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença da maioria dos associados, e, em segunda convocação, com qualquer número, meia hora depois, devendo ambas constar dos editais de convocação, não exigindo a lei quórum especial.

Art. 18 - À Assembléia Geral, órgão soberano da APAE, compete exclusivamente:

- a) alterar o Estatuto;
 - b) decidir sobre a fusão, transformação, dissolução ou extinção da APAE;
 - c) eleger os membros da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal;
 - d) destituir os administradores;
 - e) aprovar o relatório de atividades e as contas da Diretoria Executiva;
 - f) verificar a qualificação e proclamar os membros do Conselho Consultivo, na forma estabelecida neste Estatuto;
 - g) apreciar recursos contra decisões da Diretoria;
 - h) conceder o título de associado benemérito e honorário, por proposta da Diretoria.
- Parágrafo único** - As Assembléias Gerais realizar-se-ão, preferencialmente, na sede da APAE.

Art. 19 - A Assembléia Geral Ordinária reunir-se-á de três em três anos, no mês de novembro, para os fins determinados nas alíneas “c”, “e” e “f” do artigo 18, com posse no primeiro dia útil de janeiro do ano subsequente.

Art. 20 - A Assembléia Geral Extraordinária será convocada pela Diretoria Executiva, sempre que julgar conveniente, ou quando houver requerimento assinado por, no mínimo, um quinto dos associados em dia com suas obrigações sociais, para os fins indicados nas alíneas “a”, “b”, “d”, “g” e “h” do artigo 18, ou para tratar de assunto especial, determinado na sua convocação.

Seção III Do Conselho de Administração

Art. 21 - O Conselho de Administração, composto de 05 (cinco) a 15 (quinze) membros, será eleito pela Assembléia Geral Ordinária, dentre os associados em pleno gozo de seus direitos.

§ 1º - O mandato dos membros do Conselho de Administração será de 3 (três) anos, permitindo-se a reeleição.

§ 2º - No caso de ocorrer vaga ou impedimento dos membros do Conselho de Administração, o preenchimento será feito conforme decisão a ser tomada na primeira reunião do Conselho de Administração que se realizar.

§ 3º - O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente de 06 em 06 meses, obrigatoriamente, ou nos prazos que fixar o Regimento Interno, e, extraordinariamente, mediante convocação da Diretoria Executiva, ou de, pelo menos, 1/3 (um terço) de seus próprios membros.

§ 4º - As decisões do Conselho de Administração serão tomadas por maioria, com a presença, no mínimo, da terça parte dos seus membros.

§ 5º - Os membros da Diretoria Executiva poderão assistir as reuniões do Conselho de Administração e delas participar, sem direito a voto.

§ 6º - O Presidente e o Diretor Secretário do Conselho de Administração serão os titulares dos cargos da Diretoria Executiva, sem direito a voto, exceto o de Minerva, ao Presidente.

Art. 22 - Compete ao Conselho de Administração:

- a) aprovar o Regimento Interno da APAE;
- b) emitir parecer, para encaminhamento à Assembléia Geral, sobre as contas da Diretoria Executiva, previamente examinadas pelo Conselho Fiscal;
- c) aprovar o Plano Anual de Atividades da APAE, o seu orçamento e as propostas de despesas extraordinárias;
- d) examinar o Relatório de atividades da Diretoria Executiva, sobre as atividades e a situação financeira da APAE, em cada exercício;
- e) responder às consultas feitas pela Diretoria Executiva;
- f) deliberar, em conjunto com a Diretoria Executiva, sobre os casos omissos neste Estatuto e no Regimento Interno;
- g) examinar e deliberar sobre a política de atendimento a pessoa com deficiência no âmbito da APAE;
- h) referendar ou não, bem como rever, quando for o caso, penalidades aplicadas pela Diretoria Executiva;
- i) aprovar ou não o nome do Procurador Jurídico, indicado pela Diretoria Executiva;
- j) preencher as vagas que se verificarem no Conselho de Administração e no Conselho Fiscal, e referendar os nomes para as vagas na Diretoria Executiva, indicados pela mesma, permanecendo os que desta forma forem investidos no exercício do cargo pelo restante do mandato dos substituídos;
- k) escolher, através de voto secreto, um nome dentre aqueles apresentados pela Diretoria Executiva como candidatos à chapa oficial à presidência da APAE;

l) assumir a presidência da APAE, por meio de indicação de três membros, no caso de renúncia ou destituição dos membros da Diretoria Executiva;

m) convocar, no caso de renúncia ou destituição da Diretoria Executiva, Assembléia Geral Extraordinária, a se realizar em 60 dias, para eleição da Diretoria Executiva;

n) aprovar a alienação ou aquisição de bens imóveis.

Seção IV

Do Conselho Fiscal

Art. 23 - O Conselho Fiscal será eleito pela Assembléia Geral Ordinária, dentre associados, há no mínimo, 01 (um) ano, preferencialmente com experiência administrativa, contábil e fiscal, quites com suas obrigações sociais, e compõem-se de 3 (três) membros efetivos e 3 (três) suplentes, com mandato de 3 (três) anos, permitindo-se a reeleição.

§ 1º - O mandato do Conselho Fiscal será coincidente com o mandato da Diretoria Executiva.

§ 2º - Em caso de vacância, o mandato será assumido pelo respectivo suplente, até seu término.

Art. 24 - Compete ao Conselho Fiscal:

I - reunir-se no mínimo duas vezes por ano, examinar e dar parecer sobre as contas da Diretoria Executiva da APAE, deliberando com a presença de seus membros titulares, convocando-se seus suplentes, tantos quantos necessários, no caso de ausência, renúncia ou impedimento do respectivo titular;

II – examinar os livros de escrituração da entidade;

III – examinar o balancete semestral apresentado pelo Diretor Financeiro, opinando a respeito;

IV – apresentar relatórios de receitas e despesas, sempre que forem solicitados;

V – opinar sobre a aquisição e alienação de bens;

VI – promover gestões para o correto funcionamento fiscal da instituição;

VII – fornecer, obrigatoriamente, a cada seis meses, relatórios da situação fiscal e sugestões, quando necessário, para prevenir e corrigir problemas posteriores.

§ 1º - O exame das contas deverá ser repetido em caso de vaga do Diretor Financeiro, hipótese em que as contas serão submetidas à aprovação do Conselho de Administração.

§ 2º - O Conselho Fiscal poderá utilizar-se do assessoramento de um Auditor, de um Contador ou de um Técnico em Contabilidade, se assim necessitar.

Seção V

Da Diretoria Executiva

Art. 25 - A Diretoria Executiva da APAE será composta de, no mínimo:

1 – Presidente

2 – Vice-Presidente

3 – 1º e 2º Diretores Secretários

4 – 1º e 2º Diretores Financeiros

5 – Diretor de Patrimônio

6 – Diretor Social

§ 1º - A Diretoria Executiva será eleita em Assembléia Geral Ordinária, a cada 3 (três) anos, convocada especialmente para este fim.

§ 2º - O mandato dos membros da Diretoria Executiva será de 3 (três) anos, podendo, excepcionalmente, prorrogar-se até a posse de seus sucessores, permitindo-se uma reeleição.

§ 3º - Ao Presidente é permitido concorrer somente a 1 (uma) reeleição consecutiva, podendo ocupar, porém, outros cargos na Diretoria Executiva, exceto o de Vice-Presidente e Diretores Financeiros.

Art. 26 - A Diretoria Executiva se reunirá no mínimo de 02 em 02 meses, sendo necessária a presença de, pelo menos, cinco de seus membros, para as deliberações.

§ 1º - As deliberações da Diretoria serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes.

§ 2º - O Presidente terá, além do seu, o voto de qualidade nos casos de empate.

Seção VI

Das Atribuições da Diretoria Executiva

Art. 27 - Compete à Diretoria Executiva:

a) promover e fomentar a realização dos fins da APAE;

b) elaborar o Regimento Interno da APAE, submetê-lo à aprovação do Conselho de Administração, remetendo cópia à Federação das APAEs do Estado e à Federação Nacional das APAEs;

c) aprovar a admissão de associados;

d) elaborar e submeter ao Conselho de Administração, até 60 dias do início do exercício, o plano anual/plurianual de atividades da APAE, o seu orçamento e as propostas de despesas extraordinárias;

e) submeter suas contas ao exame do Conselho Fiscal, encaminhando-as posteriormente ao Conselho de Administração para parecer, remetendo-as, a seguir, à Assembléia Geral;

f) submeter ao Conselho de Administração o relatório de suas atividades e a situação financeira da APAE, em cada exercício;

g) organizar o plano de constituição de comissões especiais encarregadas da execução dos fins sociais, designar sede e os respectivos membros, e supervisionar a atuação das mesmas comissões;

h) criar, prover e desprover os cargos necessários aos serviços técnicos e administrativos;

i) promover campanhas de levantamento de fundos, aprovadas pelo Conselho de Administração;

j) convocar a Assembléia Geral e reuniões do Conselho de Administração;

k) pagar as contribuições à Federação Nacional das APAEs;

l) respeitar e fazer respeitar o presente Estatuto, o Estatuto da Federação das APAEs do Estado e o Estatuto da Federação Nacional das APAEs;

m) promover a participação da APAE nas Olimpíadas, Festivais, Congressos e outros eventos;

n) estabelecer procedimentos e diretrizes para aquisição de bens móveis e imóveis, e recebimento de doações, considerando sempre o custo/benefício e após ouvido o Conselho de Administração;

o) receber doações com encargos e fazer doações, sempre com encargos, após ouvido o Conselho de Administração;

p) indicar ao Conselho de Administração o nome das pessoas que possam ser aprovadas para exercerem o cargo de Procurador Jurídico e Procurador Adjunto;

q) alienar bens imóveis, observado o disposto no parágrafo 3º deste artigo;

r) estabelecer o valor da contribuição para os associados contribuintes;

s) dar conhecimento ao Conselho de Administração, na primeira reunião deste, das penalidades aplicadas aos seus associados;

t) convidar os membros do Conselho Consultivo para participar dos eventos realizados pela APAE.

§ 1º - O plano anual/plurianual de atividades e o orçamento, de que trata a alínea “d” deste artigo, deverão ser encaminhados até 60 (sessenta) dias a contar do início do exercício.

§ 2º - A Diretoria Executiva, somente poderá fazer doações, após ouvido o Conselho de Administração, e sempre com encargos;

§ 3º - A aquisição e alienação de bens de que tratam as alíneas “n” e “q”, deste artigo, somente será permitida se aprovada por decisão de, no mínimo, dois terços dos membros do Conselho de Administração.

Seção VII

Das Atribuições dos Membros da Diretoria Executiva

Art. 28 - Compete ao Presidente:

a) assegurar o pleno funcionamento dos serviços da APAE nos seus aspectos legais, administrativos, técnicos e pedagógicos com o apoio do Conselho de Administração;

b) convocar e presidir a Assembléia Geral, as reuniões do Conselho de Administração, do Conselho Fiscal e da Diretoria Executiva;

c) representar a APAE, ativa e passivamente, em juízo ou fora dele, perante as entidades de direito público e privado, com as quais se relacionar;

d) representar a APAE judicialmente, cabendo-lhe impetrar Mandado de Segurança coletivo e outras ações judiciais, em defesa dos interesses de seus membros ou associados;

e) apresentar ao Conselho de Administração o relatório anual da Diretoria sobre as atividades da APAE, ao fim de cada ano e, ao término do mandato, à Assembléia Geral;

f) dirigir a APAE, ressalvada a competência do Conselho de Administração, atendendo à perfeita consecução de seus fins, podendo delegar, parcialmente, suas atribuições;

g) assinar cheques e ordens de pagamento, conjuntamente com o 1º Diretor Financeiro ou com o seu substituto estatutário, no exercício do cargo, para pagamento das obrigações financeiras da entidade;

h) instalar, prover e supervisionar assessorias e coordenadorias que julgar necessárias, constituindo um colegiado com concepções, diretrizes e ações unificadas;

i) zelar pelo conhecimento, utilização e aplicação dos Estatutos, Regimentos e regulamentos em vigência, pelos Diretores, funcionários, técnicos e voluntários;

j) ratificar de modo expresso, à Federação das APAEs do Estado e à Federação Nacional das APAEs o compromisso de aderir, acatar e respeitar seus respectivos Estatutos;

k) cumprir e fazer cumprir as prescrições deste Estatuto, bem como as diretrizes estabelecidas no Regimento Interno da APAE.

Parágrafo único - O Presidente será substituído, em suas faltas, licenças e impedimentos, pelo Vice-Presidente.

Art. 29 - Compete ao Vice-Presidente:

a) substituir o presidente em suas faltas, licenças e impedimentos;

b) exercer funções e atribuições supletivas que lhe forem confiadas.

Parágrafo único - Em caso de renúncia, destituição ou morte do Presidente, o Vice-Presidente assumirá a Presidência até o fim do mandato.

Art. 30 - Compete ao 1º Diretor Secretário:

a) secretariar as Assembléias Gerais, as reuniões da Diretoria Executiva e as do Conselho de Administração, redigindo suas atas em livro próprio;

b) superintender o funcionamento de todos os serviços de secretaria e divulgar as notícias das atividades da APAE;

c) exercer atribuições supletivas que lhe forem confiadas;

d) entregar aos membros da Diretoria Executiva, na primeira reunião do mandato, cópia do Estatuto da APAE;

e) disponibilizar aos associados, na Secretaria, o acesso e leitura do Estatuto da APAE;

f) exercer a presidência da APAE no caso de impedimento temporário, não superior a 06 meses, do Presidente e do Vice-Presidente.

Parágrafo único - Compete ao 2º Diretor Secretário:

a) substituir o 1º Diretor Secretário nas suas faltas, licenças e impedimentos;

b) assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término;

c) exercer atribuições supletivas que lhe forem confiadas.

Art. 31 - Compete ao 1º Diretor Financeiro:

a) elaborar a previsão orçamentária, semestralmente, e submetê-la à aprovação da Diretoria Executiva;

b) conservar sob sua guarda e responsabilidade os documentos relativos à tesouraria;

c) assinar cheques e/ou ordens de pagamento, conjuntamente com o Presidente, ou com seu substituto estatutário, para pagamento das obrigações financeiras da APAE;

d) promover e dirigir a arrecadação da receita social, depositá-la e aplicá-la de acordo com decisão da Diretoria Executiva;

e) fazer pagamentos nos limites ou pela forma estabelecida por decisão da Diretoria Executiva;

f) manter em dia a escrituração da receita e da despesa da APAE, e contabilizá-la sob a responsabilidade de um contador habilitado;

g) apresentar à Diretoria Executiva os balancetes mensais, o relatório anual sobre a situação financeira e a prestação de contas, que deverão ser encaminhados ao Conselho Fiscal para exame e parecer, fornecendo a esses órgãos as informações complementares que lhe forem solicitadas.

Parágrafo único - Compete ao 2º Diretor Financeiro:

a) substituir o 1º Diretor Financeiro em suas faltas, licenças e impedimentos;

b) assumir o mandato, em caso de vacância, até o seu término;

c) exercer as atribuições supletivas que lhe forem confiadas.

Art. 32 - Compete ao Diretor de Patrimônio:

a) supervisionar, zelar e inventariar o patrimônio da APAE;

b) ter sob sua guarda e responsabilidade os bens patrimoniais da APAE;

c) providenciar a escrituração do material permanente da APAE, mantendo-a em ordem e em dia.

Parágrafo único - O Diretor de Patrimônio poderá contar com o apoio de profissional especializado.

Art. 33 - Compete ao Diretor Social, de acordo com a orientação da Diretoria Executiva:

- a) organizar as atividades sociais;
- b) elaborar o programa de solenidades;
- c) estabelecer normas para o relacionamento do pessoal da APAE com o público;
- d) realizar eventos sociais com a finalidade de promover a instituição;
- e) promover eventos com a finalidade de arrecadar fundos, após a aprovação da Diretoria Executiva.

Seção VIII Da Autodefensoria

Art. 34 - A autodefensoria é o processo desenvolvido pelas APAEs para os familiares, ampliação da participação e representação da pessoa com deficiência, na gestão institucional e formação de habilidades, autonomia e cidadania.

§ 1º - A eleição dos autodefensores, um do sexo masculino e um do sexo feminino, será realizada, preferencialmente, pelas pessoas com deficiência atendidas pela APAE, em Assembléia Geral Ordinária, com mandato de 03 (três) anos, permitindo-se uma reeleição.

§ 2º - Não sendo possível a eleição dos autodefensores por seus companheiros, caberá a indicação dos 2 (dois) nomes, pelos membros da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração, referendados pela Assembléia Geral Ordinária.

Art. 35 - Compete aos autodefensores:

- a) defender os interesses das pessoas com deficiência, sugerindo ações que aperfeiçoem o seu atendimento e participação em todos os seguimentos da sociedade;
- b) participar das reuniões da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração opinando sobre assuntos de interesse da pessoa com deficiência;
- c) participar dos eventos promovidos e organizados pelo movimento Apaeano;
- d) votar e ser votado para autodefensoria.

Seção IX Do Conselho Consultivo

Art. 36 - O Conselho Consultivo será constituído pelos ex-Presidentes da APAE e tem caráter vitalício.

Parágrafo único - Ocorrendo a eleição de membro do Conselho Consultivo para compor qualquer órgão da APAE, a sua vaga no Conselho Consultivo será mantida.

Art. 37 - A Assembléia Geral verificará a condição e proclamará a investidura do Conselheiro Consultivo no exercício da função.

Art. 38 - As decisões do Conselho Consultivo são meramente opinativas, não tendo força executiva senão quando acolhidas pelo Conselho de Administração.

Art. 39 - Compete ao Conselho Consultivo:

- a) atuar como órgão moderador na solução de eventuais conflitos que venham a ocorrer no Movimento Apaeano no município;
- b) esclarecer, quando solicitado e possível, fatos e práticas controvertidos ou obscuros da história do Movimento Apaeano, com o fim de dar suporte à filosofia do mesmo;
- c) zelar pela unidade orgânica, filosófica e programática do Movimento Apaeano;
- d) participar, mediante convite, dos eventos realizados pela APAE.

CAPÍTULO IV Da Procuradoria Jurídica

Art. 40 - A Procuradoria Jurídica, órgão de assessoramento superior, só poderá ser exercida por pessoa de reconhecida idoneidade e saber jurídico, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil.

Parágrafo único - O Procurador Adjunto tem a atribuição de substituir o procurador jurídico nas faltas ou impedimentos deste.

Art. 41 - O Procurador Jurídico e o Procurador Adjunto serão investidos nos respectivos cargos ou deles destituídos por indicação do Presidente da APAE, após aprovação do Conselho de Administração.

Art. 42 - O Procurador Jurídico terá assento à mesa nas reuniões da Diretoria Executiva e do Conselho de Administração e opinará sobre a juridicidade e legitimidade de qualquer matéria discutida, exceto se na mesma concorrer interesse pessoal.

Art. 43 - Não constitui falta funcional a manifestação contrária do Procurador Jurídico sobre matéria de sua competência.

Art. 44 - Compete ao Procurador Jurídico:

- a) atuar na defesa dos direitos das pessoas com deficiência;

- b) defender os interesses da APAE, em juízo ou fora dele, mediante expresse mandato do Presidente ou de seu substituto legal;
- c) elaborar, examinar, e visar minutas de contratos e convênios;
- d) emitir parecer sobre matéria de interesse geral da APAE, pronunciando-se, ao final de cada assunto, nas reuniões de Diretoria, sobre a legalidade das proposições e a observância deste Estatuto e do Regimento Interno;
- e) representar juridicamente a entidade junto às repartições públicas e privadas;
- f) pesquisar, compilar e sugerir legislação pertinente à pessoa com deficiência;
- g) manter intercâmbio jurídico e dar interpretação final sobre matéria controvertida;
- h) dirigir os serviços da Procuradoria da APAE.

CAPÍTULO V

Das Receitas e do Patrimônio

Art. 45 - As receitas da APAE, necessárias à sua manutenção, serão constituídas por:

- I - contribuições de associados e de terceiros;
- II – legados;
- III - subvenções e auxílios que venha a receber do Poder Público;
- IV - doações de qualquer natureza;
- V - quaisquer proventos e auxílios recebidos;
- VI – produto líquido de promoções de beneficência;
- VII – rendas de emprego de capital ou patrimônio que possua ou venha a possuir;
- VIII – auxílio ou recursos provenientes de convênio que venha a receber de entidades públicas e privadas.

Parágrafo único – Essas rendas, recursos e eventual resultado operacional serão aplicados integralmente na manutenção e desenvolvimento dos objetivos institucionais, no território nacional.

Art. 46 - O patrimônio da APAE será constituído de bens móveis, imóveis, veículos, semoventes, ações e apólices da dívida pública.

Parágrafo único - No caso de dissolução ou extinção da APAE as receitas e o patrimônio social reverterão em benefício de entidades congêneres, com personalidade jurídica, registradas no Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS ou a entidade pública.

CAPÍTULO VI

Das Eleições

Art. 47 - De três em três anos, serão eleitos pela Assembléia Geral Ordinária os membros da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal.

Parágrafo único - A eleição será realizada por votação secreta, sendo permitida por aclamação, quando se tratar de chapa única.

Art. 48 - A eleição da Diretoria Executiva, do Conselho de Administração e do Conselho Fiscal será precedida de edital de convocação, publicado no mínimo 30 (trinta) dias antes da Assembléia Geral Ordinária.

§ 1º - A inscrição das chapas candidatas deverá ocorrer na Secretaria da APAE até 20 dias antes da eleição, que se realizará dentre as chapas devidamente inscritas e homologadas pela comissão eleitoral.

§ 2º - Somente poderão integrar as chapas os concorrentes associados da APAE há pelo menos 1 (um) ano, preferencialmente com experiência diretiva no Movimento Apaeano, quites com suas obrigações junto à tesouraria da APAE.

§ 3º - São inelegíveis simultânea, sucessiva ou alternadamente para os cargos de Presidente, Vice-presidente e Diretores Financeiros, para a Diretoria Executiva da APAE: cônjuge, companheiro, parentes consangüíneos ou afins até o 1º grau, funcionários quando no exercício do cargo ou cedidos.

§ 4º - Os candidatos a Presidente, Vice-Presidente e Diretores Financeiros deverão apresentar no ato da inscrição da chapa cópias autenticadas ou originais dos seguintes documentos: Carteira de Identidade, CPF, declaração de bens móveis e imóveis, certidões negativas criminais, certidão de regularidade do CPF, ficha de filiação de associado da APAE, cópia do parecer favorável da prestação de contas do Conselho Fiscal e da ata de aprovação da última gestão, no caso de candidato à reeleição, declaração sob as penas da lei de não ser inelegível, nos termos do parágrafo 6º deste artigo, devendo um dos três candidatos manter seu domicílio no município sede da APAE.

§ 5º - É vedada a acumulação de cargos por membro do Conselho de Administração, Conselho Fiscal e Diretoria Executiva da APAE.

§ 6º - É vedada a participação de funcionários da APAE na Diretoria Executiva, Conselho de Administração e Conselho Fiscal, ainda que cedidos ou com vínculo empregatício direto ou indireto.

Art. 49 - O registro de chapas e os demais trabalhos da eleição serão examinados e conduzidos pela Comissão Eleitoral instituída pela APAE por meio de Resolução e regulados pelo Regimento Interno da mesma.

Art. 50 - A eleição será realizada, de três em três anos, na primeira quinzena do mês de novembro, e a posse dos membros eleitos ocorrerá no 1º dia útil do mês de janeiro do ano seguinte.

CAPÍTULO VII

Disposições Gerais

Art. 51 - Toda proposta para alteração do presente Estatuto só poderá ser apresentada em Assembléia Geral Extraordinária convocada com, pelo menos, 30 (trinta) dias de antecedência, na forma do artigo 17, com aprovação prévia da Federação Nacional e desde que não colida com os Estatutos da Federação do Estado e da Federação Nacional das APAEs.

Parágrafo único - Toda proposta de alteração estatutária deverá ser entregue e protocolada na Secretaria da APAE, com antecedência mínima de 180 (cento e oitenta) dias que antecederem a instalação da Assembléia Geral Extraordinária para tal fim convocada, sem o que não será apreciada.

Art. 52 - A extinção, fusão, transformação, ou alteração do nome da APAE somente poderá ser feita se determinada e aprovada por deliberação de 2 (duas) Assembléias Extraordinárias sucessivas, realizadas com intervalo de 90 (noventa) dias, instaladas com a presença de, no mínimo dois terços dos associados, em dia com as obrigações sociais, e de representantes da Federação Nacional das APAEs, sem o que suas deliberações não terão validade.

§1º - A Federação Nacional das APAEs e a Federação das APAEs do Estado, deverão ser convocadas para participar da Assembléia Geral Extraordinária, obrigatoriamente, com antecedência mínima de 30 dias da data marcada para a realização da mesma, quando convocada para a finalidade prevista neste artigo.

§2º - É vedada a extinção, fusão ou transformação da APAE quando houver denúncia de irregularidade protocolada na Federação do Estado e/ou na Federação Nacional das APAEs.

Art. 53 - Os casos omissos no presente Estatuto serão decididos pela reunião conjunta da Diretoria Executiva e Conselho de Administração, com força estatutária no que não colidir com este Estatuto, aplicando-se subsidiariamente o Código Civil.

Art. 54 - O presente Estatuto entra em vigor a partir de sua aprovação pela Assembléia Geral Extraordinária, e respectivo registro, devendo a Diretoria Executiva providenciar a sua divulgação.

ATO DAS DISPOSIÇÕES ESTATUTÁRIAS TRANSITÓRIAS

Art. 1º - A Diretoria Executiva, o Conselho de Administração e o Conselho Fiscal, com mandatos até 31 de dezembro de 2006, terão, seus mandatos prorrogados até 31 de dezembro 2007. As eleições previstas anteriormente para o mês de novembro de 2006 deverão ocorrer em novembro de 2007, com posse dos novos eleitos em janeiro de 2008, conforme disposto neste presente Estatuto.

Parágrafo único - A partir do encaminhamento pela Federação Nacional das APAEs do presente Estatuto para as APAEs, estas terão o prazo de até 120 (cento e vinte) dias para homologação do mesmo, sob pena de decretação de vacância dos cargos da Diretoria Executiva.

Art. 2º - O presente Ato entra em vigor juntamente com o Estatuto.

_____, ____ de _____ de 2006.

Anexo B – Formulário para Diagnóstico de Retardo Mental, da Associação Americana de Retardo Mental.

AAMR Diagnóstico, Classificação e Sistemas de Apoios 1

FUNÇÃO 1: Diagnóstico de Retardo Mental

Use este formulário para determinar um diagnóstico de retardo mental.

Nome: _____ Data: _____ Data de nascimento: _____

Membros da Equipe: _____

Propósitos para diagnosticar, classificar e planejar os apoios: (Ver Tabelas 1.1 ou 16.1)

1. Funcionamento Intelectual

Teste de QI	Data do Teste	Assistente	Pontuações do Teste	Erro-padrão da Medida
AVALIAÇÕES ATUAIS				
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
AVALIAÇÕES PRÉVIAS				
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____

Comentários adicionais sobre o funcionamento intelectual: _____

Limitações significativas no funcionamento intelectual ☐ Sim ☐ Não
(aproximadamente dois desvios-padrão abaixo da média; considerar erro-padrão de medição dos testes)

2. Comportamento Adaptativo

Avaliação do Comportamento Adaptativo	Data do Teste	Assistente	Pontuações	Erro-padrão da Medida
AVALIAÇÕES ATUAIS				
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
AVALIAÇÕES PRÉVIAS				
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____

Comentários adicionais sobre a avaliação do comportamento adaptativo: _____

Avaliações Adicionais (Verificar todas que se aplicam)

- ☐ Colaboração do pai/mãe Data _____
 ☐ Formul. Função 2 (Class. e Desc.) Data _____
☐ Colaboração do professor Data _____
 ☐ Outra colaboração Data _____
☐ Dados de observação Data _____
 ☐ Outra colaboração Data _____

Informações de apoio anexadas (lista): _____

(continua)

2

2. Comportamento Adaptativo*(continuação)*

Informações adicionais sobre o comportamento adaptativo: _____

Limitações significativas em:

Habilidades do comportamento

• adaptativo conceitual ☐ Sim ☐ Não• adaptativo social ☐ Sim ☐ Não• adaptativo prático ☐ Sim ☐ Não• geral ☐ Sim ☐ NãoLimitações significativas no comportamento adaptativo ☐ Sim ☐ Não

(aproximadamente 2 desvios-padrão abaixo da média em um dos domínios acima ou uma pontuação geral; considere o erro-padrão de medida dos testes)

3. Idade do início

Comentários sobre a determinação da idade do início: _____

Idade do início das limitações no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo: _____

Antes dos 18 anos? ☐ Sim ☐ Não**4. Diagnóstico****Foram satisfeitas as hipóteses que se seguem essenciais à definição?**

1. As limitações no funcionamento atual foram consideradas dentro do contexto dos ambientes da comunidade característicos da idade dos companheiros e da cultura do indivíduo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Duvidoso
2. As avaliações consideram a diversidade cultural e lingüística tão bem quanto as diferenças nos fatores de comunicação, sensoriais, motores e comportamentais? ☐ Sim ☐ Não ☐ Duvidoso

Trate das seguintes hipóteses nas Funções 2 e 3:

3. Em cada indivíduo, as limitações com frequência coexistem com as potencialidades.
4. Um propósito importante de descrever as limitações é desenvolver um perfil dos apoios necessários.
5. Com os apoios personalizados adequados, durante um período significativo, o funcionamento da vida do indivíduo com retardo mental em geral vai melhorar.

Há um diagnóstico de retardo mental se existe o seguinte:

- a. limitações significativas no funcionamento intelectual
- b. limitações significativas no comportamento adaptativo, está expresso nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas
- c. início antes dos 18 anos

3

Os critérios de diagnóstico para retardo mental foram satisfeitos: ☐ Sim ☐ Não

Descreva os pontos de vista e a participação do indivíduo e de sua família:

[illegible]