NOSIMAR FERREIRA DOS SANTOS ROSA

PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA:
PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE – MS

2003

NOSIMAR FERREIRA DOS SANTOS ROSA

PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA:
PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde, Comportamento Social e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo José Manzini

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO

CAMPO GRANDE – MS

2003

PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA:
PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

NOSIMAR FERREIRA DOS SANTOS ROSA

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Eduardo José Manzini

_____

Profª Drª Clacy Zan

_____

Profª. Drª. Marta Vieira Vilela

DEDICATÓRIA

À minha Mãe Deair,

Ao meu Pai Asturio,

Aos meus filhos: Daniel e

Anna Carolina (in memorian),

À minha Madrinha Carlota Maria,

Ao Nicola,

... Pessoas que irromperam em minha vida, dela se apossaram e lhe deu uma nova e indescritível dimensão. Assim, com todo o meu amor, sou grata pelo apoio, incentivo, respeito e carinho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Eduardo José Manzini pela orientação segura com que me direcionou no decorrer deste trabalho e, por saber ouvir, proporcionando sustentação humana durante a minha caminhada.

Aos professores Josefa Aparecida Gonçalves Grigolí e Hugues Costa de França Ribeiro pelas sugestões apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

Aos meus colegas psicólogos, que colaboraram, como atores principais para que esta pesquisa fosse realizada.

Ao meu filho Daniel, pelo companheirismo e comportamento despojado de qualquer tipo de cobrança, somente incentivo, carinho e desejo pelo acerto.

À minha amiga de caminhada Alexandra Ayach, pela força, companheirismo e compreensão dedicados à minha pessoa.

Ao meu amigo e companheiro, Prof. José Paulo Gutierrez que, com sua disponibilidade interna e dignidade, inerentes à sua pessoa, esteve presente em períodos significativos da minha trajetória, partilhando momentos de amadurecimento, cumplicidade e crescimento pessoal.

A todos os amigos e colegas pelo incentivo constante.

Não há coisa alguma que persista em todo o Universo. Tudo flui, e tudo só apresenta uma imagem passageira. O próprio tempo passa com um movimento contínuo, como um rio [...] O que foi antes já não é, o que não tinha sido é, e todo instante é uma coisa nova. Vês a noite, próxima do fim, caminhar para o dia, e à claridade do dia suceder a escuridão da noite [...] Não vês as estações do ano se sucederem, imitando a idade de nossa vida? Com efeito, a primavera, quando surge, é semelhante à criança nova [...] a planta nova, pouco vigorosa, rebenta em brotos e enche de esperança o agricultor. Tudo floresce. O fértil campo resplandece com o colorido das flores, mas ainda falta vigor às folhas. Entra, então, a quadra mais forte e vigorosa, o verão: é a robusta mocidade, fecunda e ardente. Chega, por sua vez, o outono: passou o fervor da mocidade, é a quadra da maturidade, o meio-termo entre o jovem e o velho; as têmporas embranquecem. Vem, depois, o tristonho inverno: é o velho trôpego, cujos cabelos ou caíram como as folhas das árvores, ou, os que restaram, estão brancos, como a neve dos caminhos. Também nossos corpos mudam sempre e sem descanso [...] E também a Natureza não descansa e, renovadora, encontra outras formas das coisas. Nada morre no vasto mundo, mas tudo assume aspectos novos e variados [...] todos os seres têm sua origem noutros seres. Existe uma ave a que os fenícios dão o nome de fênix. Não se alimenta de grão ou ervas, mas das lágrimas do incenso e do suco da amônia. Quando completa cinco séculos de vida, constrói um ninho no alto de uma grande palmeira, feito de folhas de canela, do aromático nardo e da mirra avermelhada. Ali se acomoda e termina a vida entre perfumes. De suas cinzas, renasce uma pequena fênix, que viverá outros cinco séculos [...] Assim também é a Natureza e tudo o que nela existe e persiste.

(Ovídio. As metamorfoses)

ROSA, Nosimar Ferreira dos Santos. ***Psicologia e deficiência:*** percepção da atuação profissional. Campo Grande, 2003. 124p.Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar a percepção dos psicólogos sobre sua atuação profissional na área da deficiência, ou seja, como descrevem essa atuação, como fundamentam teoricamente suas práticas, quais instrumentos e procedimentos elegem, como visualizam ser a prática profissional no âmbito da psicologia em relação à deficiência. A pesquisa se realizou com a participação de quinze profissionais da área da psicologia, que atuam junto à pessoa com deficiência. Estes profissionais tem sua atuação em consultório particular e/ou instituições especializadas. Os dados para a pesquisa foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, sendo que as mesmas foram gravadas e transcritas. Os dados foram trabalhados qualitativamente e o procedimento técnico escolhido foi a análise de conteúdo. Após a análise, foram identificados seis temas: Características dos entrevistados; Instrumentos utilizados para atuação profissional; Modelo teórico adotado pelos participantes da pesquisa; Dificuldades encontradas na atuação profissional; Atuação do psicólogo junto à família, aos professores e na prevenção; concepção de atuação profissional. Os resultados são indicativos de que existe necessidade de investigarmos melhor a formação generalista do psicólogo, e que o tema deficiência deve fazer parte dos diversos campos da psicologia, ou seja, nas áreas clínica, escolar e organizacional. Por meio da análise concluímos: ser necessário mudança na concepção de deficiência sobre o aspecto teórico, pessoal e social, que existe necessidade de redefinir as intervenções psicológicas e de redimensionarmos os instrumentos utilizados pelo psicólogo, enfatizando a relação diversidade humana / deficiência / modelos teóricos. Talvez isso possa ser alcançado através das disciplinas obrigatórias nos cursos de psicologia e de uma prática de supervisão mais concreta.

Palavras-chave: Psicologia; Deficiência; Atuação Profissional.

ROSA, Nosimar Ferreira dos Santos. ***Psychology and deficiency:*** perception of professional performance. Campo Grande, 2003. 124p. Dissertation (Mastership in Psychology) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

ABSTRACT

The aim of the work in hand was to identify the perception of psychologists as to their professional performance in the area of deficiency, or rather, how they describe this performance, how they theoretically found their practices, what instruments and procedures they choose, how they see professional practice within the context of psychology in relation to deficiency. The research was carried out with the participation fo fifteen professionals in the area of psychology who work with de deficient person. These professionals have their practice in a private consulting room and/or in specialised institutions. The data for the research were obtained from semi-structured interviews which were recorded and transcribed. The data were analysed qualitatively and the technical procedure chosen was content analysis. After the analysis, six themes were identified: characteristics of the interviewees, instruments used for professional practice; the theoretical model adopted by the participants in the research; difficulties found in professional practice; the performance of the psychologist together with the family, the teachers and in prevention; conception of professional practice. The results are indicative of the fact that the need exists for better investigation into the general preparation of the psychologist and that the theme of deficiency should be part of various fields within psychology; that is, the clinical, school and organisational areas. From the analysis ti was concluded that it be necessary to change the conception of deficiency.

Key-words: Psychology; Deficiency; Performance Professional.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.
Características dos participantes da pesquisa quanto a idade, sexo, tempo de formação e Instituição formadora 54

Quadro 2.
Características dos participantes em termos de formação profissional após a graduação e quanto a atividade profissional..... 56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 11

CAPÍTULO I
CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA 15
1. Deficiência: Aspectos gerais sobre a evolução histórica 15
2. Sociedade contemporânea e deficiência: resíduos de uma história 20
3. Definindo a deficiência 23

CAPÍTULO II
PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA: ENCONTROS E DESENCONTROS 30
1. A constituição da psicologia como ciência 30
2. Considerações sobre a formação e a profissão do psicólogo 33
3. As práticas emergentes na atuação do psicólogo e as deficiências 38

CAPÍTULO III
METODOLOGIA DA PESQUISA 47
1. Participantes da pesquisa 48
2. Procedimentos para coleta de dados 50
3. Procedimentos para análise das informações 52

CAPÍTULO IV
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 54
1. Características dos entrevistados 54
2. Instrumentos utilizados para atuação profissional 65
3. Modelo teórico adotado pelos participantes da pesquisa 75
4. Dificuldades encontradas na atuação profissional 86
5. Atuação do psicólogo 93
5.1 Atuação do psicólogo junto à família 93
5.2 Atuação do psicólogo junto ao professor e a escola 96
5.3 Atuação do psicólogo em termos de prevenção 100
6. Concepção de atuação profissional 103

CONCLUSÕES 110

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 118

ANEXO 124

INTRODUÇÃO

Nesse item descreveremos as experiências que deram origem a presente pesquisa. Serão apresentados conteúdos sobre questões referentes à prática clínica, institucional e social no contexto profissional, que nos motivaram a pensar o tema em evidência.

No decorrer de alguns anos de experiência profissional ligada à psicologia, vimos nos defrontando com a questão das deficiências como algo merecedor de mais estudos e observações. Sendo assim, o interesse pela questão em pauta intensificou-se na medida em que nossa trajetória profissional concedeu-nos possibilidades de contatos diretos com esta problemática.

A princípio, a prática referente à clínica da infância relacionava-se a alterações de comportamento que se estendiam do âmbito familiar ao escolar, crianças com distúrbios de conduta enfim, distúrbios que, após os procedimentos clínicos adequados e qualificados, eram diagnosticados e terapeutizados, muitas vezes, orientados e acompanhados com obtenção de resultados positivos, outras vezes não. Entretanto, problemas considerados tratáveis, sob a óptica do psicólogo clínico, continuaram a aparecer e, concomitantemente a esta causa, surge a procura notável pelo auxílio profissional, por famílias que possuem, na sua prole, pessoas com deficiência. Tema pouco explorado durante a formação em nível de graduação.

Ainda hoje, as famílias trazem freqüentemente, para nosso consultório casos que já experienciaram várias consultas com psicólogos, cujo diagnóstico e encaminhamento indefinidos, talvez por falta de estudo e preparo técnico precisos e

fundamentados, dificultam a evolução do tratamento da família e da criança. São crianças portadoras de deficiência física, sensorial, mental e múltipla, que buscam métodos e técnicas terapêuticas que os auxiliem no processo de reabilitação. Sendo assim, após vários contatos com estes procedimentos, surgem muitos questionamentos e aguçado interesse voltado para o aprofundamento de questões relacionadas à nossa atuação, enquanto psicólogos, em relação aos mesmos.

Experiências em outras áreas contribuíram para intensificar o interesse pela questão. Dentre essas experiências, podemos citar o trabalho vinculado a Secretaria Municipal de Bem-Estar Social, em 1985, que priorizava o atendimento à crianças e adolescentes que viviam desvinculados de suas famílias, estabelecendo moradia nas ruas. Os mesmos eram acolhidos pelo projeto que tinha por objetivo a reabilitação, proporcionando, então, condições necessárias para obtenção de um desenvolvimento saudável e integração junto à sociedade. Atuávamos junto a equipe multidisciplinar e, as questões que predominavam frente às dificuldades diárias encontradas, durante a *tentativa* de se realizar um trabalho eram: *O que fazer? Como fazer?* com esses menores. Muitos eram encaminhados para o setor de psicologia já com o rótulo de deficiente mental, outros apresentavam deficiência física. Assim, o procedimento era elaborar o histórico do cliente através da família, quando se fazia presente, e dos mesmos quando havia condições para isso. Eram avaliados através de técnicas e testes psicológicos que, muitas vezes, deixavam dúvidas quanto a sua validade, pois não eram adaptados para o uso em meio a nossa cultura, abrindo espaço para questionamentos e dúvidas. Em determinados dias, a equipe reunia-se para estudos de caso, cujo procedimento era a emissão de parecer individual, de acordo com a avaliação de cada área, e estabelecimento de procedimentos a serem efetuados com cada cliente. Procedimentos que, nem sempre eram possíveis serem praticados, pois os clientes abandonavam o projeto, retornavam dias depois, após consumirem drogas, cheirar cola, não se alimentar. O quadro era de total debilitação biológica e psicológica.

Assim, o trabalho era interrompido, às vezes, nem iniciado, conseqüentemente, não era sucedido de bons resultados. O que chamava mais atenção era a dificuldade de estabelecimento de vínculos entre os clientes com deficiência e os profissionais. Então, questionávamos a nossa atuação direta frente a problemática. Enfim, muitas tentativas foram experienciadas, mas precisaríamos de mais conteúdo, mais estudo.

No decorrer da nossa vivência profissional mais uma porta é aberta: a oportunidade de estarmos integrando o corpo docente da Universidade Católica Dom Bosco, como professora de Psicologia do Excepcional, no Curso de Psicologia. Iniciamos um trabalho incessante através dos caminhos do enriquecimento bibliográfico. Construímos um conteúdo programático, despertávamos o interesse dos acadêmicos para a área, que, até então evidenciava um olhar específico para a Educação Especial e ofuscava a oportunidade de ampliarmos os horizontes em busca de conhecimento voltado para a diversidade humana no que se refere ao deficiente / diferente. Ou seja, fundamentar a prática profissional no que se diz respeito aos atendimentos que os psicólogos podem prestar à pessoa com deficiência, em todas as linhas de atividade, que é de sua competência. Assim, tanto o psicólogo escolar, como o psicólogo clínico, o psicólogo social e aqueles que estão vinculados à psicologia do trabalho, vão estar, em alguns momentos de sua atuação profissional, em contato com pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, e com certeza, vão perguntar-se sobre o que fazer com esse cliente.

Acrescentamos ainda, a experiência enquanto supervisora de estágio na área de Educação Especial, quando verificamos comportamentos de insegurança por parte de alguns profissionais no que se refere à atuação e informações técnicas dentro das instituições especializadas no atendimento a pessoa com deficiência. Algumas questões são freqüentemente elaboradas por esses profissionais ligados a psicologia: Quais procedimentos devem ser utilizados e quais são mais eficazes para compreender pessoas com deficiência? Quais instrumentos psicológicos têm validade e apresentam fidedignidade para serem usados? E ainda, como se comportar frente a essas pessoas e o que deve ser feito para efetivamente ajudá-las? Questões que me reportam à academia, à formação em nível de graduação, ou seja, poderia estar havendo um real desconhecimento teórico sobre as deficiências e suas vicissitudes?

Após nossos relatos, que reuniram experiências clínicas, sociais e educacionais com a constatação de problemas que se assemelham, pensamos na possibilidade de discussões e aprofundamento acerca da atuação do psicólogo no atendimento à pessoa com deficiência[1]. Estaríamos, portanto, pretendendo resignificar o papel do Psicólogo junto à pessoa com deficiência.

---

[1] Pessoa com Deficiência – Faremos uso desta terminologia por concebermos que pessoa com deficiência é a que apresenta, em comparação com a maioria das pessoas, significativas diferenças físicas, sensoriais ou intelectuais, decorrentes de fatores inatos e/ou adquiridos, de caráter permanente e que acarretam dificuldades em sua interação com o meio físico e social (RIBAS, 1986).

Portanto, compreender a atuação do psicólogo no processo de reabilitação e habilitação da pessoa com deficiência e, a partir de então, num futuro próximo, redimensionar esta possibilidade de atuação dentro de um contexto que exige qualidade, precisão, coerência e comprometimento ético, faz-se necessário. Parte-se do princípio que ações, idéias e finalidades mudam com um mundo em transformação e a aquisição de novos conhecimentos técnicos, neste caso, no campo da Psicologia, nos possibilitam tentar modificar e transformar nosso trabalho. Partindo desse pressuposto desenvolvemos a presente pesquisa.

CAPÍTULO I
CONTEXTUALIZANDO A DEFICIÊNCIA

1. Deficiência: aspectos da evolução histórica

Desde tempos remotos, podemos perceber através da literatura, de comportamentos e manifestações de valores éticos, sociais, morais, filosóficos e religiosos, que a sociedade persiste em demonstrar dificuldades no relacionamento com as pessoas com deficiência, apresentando assim, comportamentos contraditórios em relação àqueles que se desviam da normalidade.

Dentre os povos primitivos, quando ainda não se podia falar em sociedade como tal, a atitude do homem frente às deficiências sofreu variações entre dois extremos, ambos considerados discriminatórios e excludentes. Uma variação refere-se a tolerância com alguma proteção, em relação àqueles povos que atribuíam às deficiências significados sobrenaturais. Outra, mais comum, foi a eliminação ou abandono, entre aqueles que consideravam ligados a forças demoníacas.

Assim, da Grécia Antiga até a Idade Média, os princípios e os valores socioculturais caracterizaram a exclusão dos deficientes da sociedade. O Ideal Platônico já afirmava: *"[...] os (filhos) dos homens inferiores, e qualquer dos outros que seja disforme, escondê-los-ão num lugar interditado e oculto como convêm!"* (PLATÃO *apud* AMARAL, 1995, p.44).

Compreender as diferentes formas de tratamento e participação social propostas para o indivíduo com deficiência, requer refletir a forma como os estudos sobre

deficiência evoluíram e suas interfaces com os valores socioculturais, contextualizando o modelo social, econômico e político vigente.

Contudo, talvez nem se perceba que as crenças e atitudes, culturalmente direcionadas às pessoas com deficiência, impregnaram não apenas os seus destinos sociais, mas contribuíram, com relevância, para a perpetuação de mitos, superstições e crenças que se são presentes até os dias atuais. O próprio significado da palavra expressa o rol de atributos de caráter negativo que representa a deficiência. Veremos: deficiência significa falta, carência, imperfeição, defeito. Assim, o valor da palavra quando utilizada para referir-se às pessoas, torna tais atributos inerentes a eles, explicitando sua falta de valor e imperfeição.

Nos propomos neste momento, apontar como em diferentes momentos da história da humanidade esta imagem sobre a deficiência foi sendo construída a partir de alguns conceitos que representam práticas sociais de exclusão. Temos verificado, através da história da humanidade, a existência de práticas psicosociais que legitimaram o sentido de exclusão, rejeição às pessoas com deficiência.

Na Grécia mais precisamente em Esparta, o modelo de homem era composto pelos atributos de forte, belo, corajoso, guerreiro e assim, perfeito. Não havia espaço para sujeitos que eram considerados incompletos ou com falhas, estes eram eliminados ou abandonados, em rituais de exposição e depreciação por não corresponderem aos parâmetros acima especificados, assim,

> [...] é sabido que em Esparta crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais eram consideradas sub-humanas, o que legitimava sua eliminação ou abandono, prática perfeitamente coerente com os ideais atléticos e clássicos, além de classistas, que serviam de base à organização sócio-cultural Esparta e da Magna Grécia (PESSOTTI, 1984, p.3).

De acordo com Pessotti (1984), a prática do abandono era admitida para crianças com defeitos congênitos desde Platão e Aristóteles, principalmente quando essas implicassem dependência econômica, até mesmo os filhos excedentes e normais eram sujeitos a um tipo de abandono, em benefício de um equilíbrio demográfico, numa posição de coerência com as linhas mestras da aristocracia política.

Está prática de eliminação, de abandono, se mantém até o início da Idade Média, quando a ideologia cristã, então difundida, não mais o comportou, o que, de acordo com Pessotti (1984), a pessoa com deficiência adquire, a partir de então, o direito de *ser humano,* passa a ter alma também, sendo considerado um filho de Deus, portanto digno da caridade e benemerência da sociedade.

Portanto, a nova condição de tratamento que surgiu a partir da Idade Média, esconde uma ambivalência. Ao serem acolhidos, os deficientes eram separados dos supostos normais, em nome da moral cristã que impunha uma nova organização social, era dado às pessoas com deficiência o direito de terem uma alma, mas deveres lhes eram impostos para justificarem o espírito de rebeldia e, portanto, o caráter de *endemoniados*.

A prática espartana de exposição das pessoas com deficiência como forma de eliminação, não mais foi aceita. Assim, donos de uma alma, tornaram-se pessoas e filhos de Deus, como os demais seres humanos. Portanto, foram denominados de,

> [...] l'enfant du bon Dieu, mas portador de misteriosos desígnios da divindade [...] . o deficiente ganha abrigo, alimentação e talvez conforto em conventos ou asilos; de outro, enquanto cristão, é passível de alguma exigência ética ou de alguma responsabilidade moral. Ganha a caridade e com ela escapa ao abandono, mas ganha também a cristianidade que lhe pode acarretar exigências éticas e religiosas. [...] muitos chegam a admitir que o deficiente é possuído pelo demônio, o que torna aconselhável o exorcismo com flagelações, para expulsá-lo. (PESSOTTI, 1984, p.4-5).

Assim foi durante alguns séculos, as pessoas com deficiência eram acolhidas pela Igreja, mas em contrapartida, teriam que realizar serviços braçais, ou então, eram torturadas e condenadas nos tribunais da Santa Inquisição, pois havia uma concepção predominante na sociedade medieval de que estas pessoas possuíam poderes sobrenaturais, o que os confundia com demônios ou bruxas. Portanto, passa por um processo de evolução o tratamento das pessoas com deficiência, ou seja, avançou da eliminação física e abandono para a proteção da Igreja numa ambivalência de caridade-castigo ou proteção-segregação.

Hodiernamente, temos observado, de forma clara e evidente, a força desta imagem vinculada ao sobrenatural, conduzindo deficientes e suas famílias a rituais de exorcismo e benzimento na busca pela cura, ou ainda, pelo acreditar que tal fato esteja vinculado a um tipo de castigo divino, comportamentos que externam sentimentos de

culpa, assim, [...] como apontam os estudos e as reflexões, frente ao nascimento de uma criança com deficiência (ou a precoce ocorrência disso) o estado psíquico vivido pela família é de perda, de morte mesmo. "Morte" do filho desejado e idealizado (AMARAL, 1995, p.77-78).

Esclarece Mazzota (1996) que até o século XVIII as noções referentes à deficiência, foram baseadas no misticismo e no ocultismo, não havendo base científica para o desenvolvimento de noções realísticas. Vemos então, que, a identidade sobrenatural das pessoas com deficiência cooperava na promoção de um espírito de superstição junto à sociedade que justificasse práticas de eliminação, como seres demoníacos ou a exorcização através de *visão de endemonhiados. "A identidade sobrenatural dos amentes (e também dos dementes, em alguns aspectos) é a marca da superstição, a caracterizar toda a 'teoria' e prática medieval [...]"* (PESSOTTI, 1984, p.14).

Com o advento do Renascimento, surge então uma abordagem médica da deficiência, em decorrência a resultados de pesquisa da natureza e do homem, que aos poucos, foram substituindo a visão e a marginalidade. Inicia-se, portanto, segundo Amiralian (1986) a preocupação com a pessoa, com o indivíduo e então a busca de soluções, vinculadas à ciência, para seus problemas.

De *possessos* passaram a ser considerados *doentes*, já no século XIX, onde de acordo com Amaral (1995), nesse período existiram múltiplas representações do fenômeno e, conseqüentemente, de múltiplas abordagens e atuações. Algumas se apresentavam através de caráter mais voltado para a educação, outros para a área médica. Assim, generalizando, assinala-se também, esse período, como da superação da visão da deficiência como doença e inicia-se o entendimento da mesma como *estado* ou *condição.*

> Condição na qual determinados indivíduos se encontram e para a qual são necessárias medidas educacionais, sociais, psicológicas e médicas específicas, que venham a favorecer seu desenvolvimento e a ajudá-los a conseguir um ajustamento satisfatório na sociedade (AMIRALIAN, 1986, p.4)

Para Amiralian (1986), a evolução das ciências humanas e, principalmente, da Psicologia como ciência do comportamento, nos trouxe novas visões a respeito dos deficientes. Pois inicialmente, a deficiência era vista como um conceito clínico em

conseqüência da supremacia da medicina sobre as outras ciências da área de saúde. As deficiências eram vistas como doenças, e suas manifestações físicas e comportamentais constituíam seus sintomas, a observação destes, levava a um diagnóstico, o que atualmente denominaríamos de avaliação informal. Os tratamentos médicos passaram a ser primordiais. Quando já não traziam benefícios para o portador, este era relegado a um atendimento assistencial. Assim foi por muitos anos, e até hoje se observa que, para algumas pessoas e mesmo Instituições, o deficiente é ainda considerado como um doente, e o médico visto como elemento central no seu atendimento.

Sendo assim, no início do século XX detecta-se a permanência da ênfase orgânica em relação aos fatores etiológicos que envolvem a deficiência. E ainda o surgimento da psicologia e da educação como ramos da ciência com interesses voltados para o tema, propiciando maior compreensão das necessidades do ser humano e, conseqüentemente, dos trabalhos que atendessem às necessidades da pessoa com deficiência. Embora tenha ocorrido uma evolução no trato com os deficientes, encontramos ainda hoje, atitudes semelhantes àquelas narradas durante os primórdios da história, ou seja, atitudes extremamente discriminatórias.

Podemos acreditar que esta é a herança da sociedade contemporânea, que, frente à propostas mais humanitárias, faz com que, em pleno século XXI, prevaleça uma carga significativa de preconceito e rejeição, predominantes na sociedade, nos indivíduos normais e nos profissionais de áreas diversas como, saúde e educação, gerando muitas vezes, mobilizações psíquicas significativas. Assim,

> [...] a deficiência jamais passa em “brancas nuvens”, muito pelo contrário: ameaça, desorganiza, mobiliza. Representa aquilo que foge ao esperado, ao simétrico, ao belo, ao eficiente, ao perfeito [...] e, assim como quase tudo que se refere à diferença, provoca a hegemonia do emocional. [...] embora as emoções sejam onipresentes nas situações de interação – pois se ausentes talvez o próprio estado de interação fosse inexistente – parto do pressuposto que essas emoções, sejam conscientes ou inconscientes, admitidas ou inconfessas, perpassam muito intensamente as relações estabelecidas (ou a estabelecer) entre as pessoas não deficientes e as portadoras de deficiência (AMARAL, 1995, p.112).

2. Sociedade contemporânea e deficiência: resíduos de uma história

No que se refere a sociedade contemporânea na sua relação com a deficiência, segundo Velho (1981), a pessoa com deficiência, através de uma tradição, tem sido encarada a partir da perspectiva médica, preocupada em distinguir o normal do patológico. A finalidade seria diagnosticar o mal e tratá-lo.

Trata-se de um fator que busca culpar a vítima, ou melhor, o problema localiza-se na pessoa, que diverge da grande maioria em conseqüência das alterações hereditárias ou adquiridas que apresenta.

Quando a anomalia é congênita, existe na verdade, uma alteração anatômica, às vezes visível, que diferencia a pessoa das demais, porém, as conseqüências que esta alteração acarretará à pessoa, variam em relação a fatores que estão fora do âmbito individual. A anormalidade define uma identidade social para a pessoa acometida desde o seu nascimento ou desde que adquire, como um *estigma*.

O conceito de estigma, resgatado por Goffman (1988), foi usado na Antiga Grécia para designar sinais corporais com os quais se designava o nível moral de quem os possuía. Sinais estes, que eram produzidos através de cortes, fogo ou outros meios, para comunicar o fato de seu portador ser escravo, criminoso ou traidor, ou seja, uma pessoa que deveria ser evitada em locais públicos principalmente. Após a Era Cristã, a literatura científica ligada à saúde, incorporou a palavra para designar sinais corporais de distúrbio físico.

Atualmente, o termo estigma é usado para definir um atributo depreciativo, geralmente produzindo um estereótipo. Assim, o estigmatizado passa a ser visto como alguém que possui outros defeitos, decorrentes da imperfeição original, podendo essas ser positivas ou negativas, mas que, em ambos os casos, eliminam a possibilidade de que outros atributos seus sejam percebidos. São os preconceitos, que contribuem para que estas pessoas sejam consideradas inabilitadas para a aceitação social.

De acordo com Omote (1980) a deficiência, independente da sua natureza, pode ser considerada como algo muito mais complexo que a noção médica, pois só é percebida, se outros assim a consideram, uma pessoa com deficiência. Este autor nos oferece condições para entendermos melhor como a sociedade participa na formação do

rótulo da pessoa com deficiência. Questão esta discutida através do relato de três tipos de vieses nesta rotulação: Um viés sócio-econômico que faz com que pessoas provenientes de classe baixa, sejam mais diagnosticas por psicólogos como sendo deficientes mentais; Um viés etnocultural, que faz com que pessoas de origem negra estejam em classes especiais nos Estados Unidos e um viés da aparência física, que faz com que professores e psicólogos recomendem classe especial mais para crianças com baixa atratividade facial.

Necessário se faz, enfatizarmos que não pode haver desconsideração em relação a uma doença congênita visível, e a existência de um desvio na aparência física, mas, na maioria das vezes, isto não significa que a função intelectual esteja prejudicada. Fato comumente considerado em nosso meio social.

Porém, parece existir uma hierarquia social baseada na aparência física determinada por valores culturais da sociedade que atribui valores negativos àqueles que possuem uma deficiência visível. Estes são alvos de rotulações que irão comprometer todo seu desenvolvimento, desde seus vínculos relacionais, expectativa de desempenho até o processo de aprendizagem. É preciso aceitar as potencialidades do outro.

Conforme Goffman (1988) a falta de estímulo, levaria a pessoa à atitude de isolamento, desenvolvendo em si hostilidade, insegurança e ansiedade. São pessoas sem problemas na área cognitiva, na maioria das vezes, mas que acabam sendo vítimas da rejeição social. Assim, tal fato vem reforçar a idéia de que a deficiência não é um atributo exclusivo da pessoa.

> Ainda que estas condições impliquem limitado e precário funcionamento do indivíduo em algumas situações, com conseqüentes limitações em algumas áreas de atividades e capacidades, não se pode a elas atribuir, pura e simplesmente, toda a gama de inadequações e incompetências que seu portador possa apresentar (OMOTE, 1992, p.4).

Não é o caso de negarmos as limitações concretas destas pessoas, mas também são imbuídas de potencialidades com possibilidades de se desenvolverem se houver um investimento de crédito pelo meio social e familiar. O estigma da pessoa com deficiência é evidenciado através do hábito de priorizar unicamente suas carências, levando assim a total desconsideração de suas reais capacidades.

De acordo com Buscaglia (1993), entende-se que a pessoa que nasce com uma deficiência será limitada mais pela atitude da sociedade em relação a ela do que pela própria deficiência. Por isso, grande parte da psicologia que trata da pessoa com deficiência é psicologia social, fundamentada na interação com as pessoas no ambiente pessoal e próprio de cada um.

O processo de aceitação, por parte das pessoas com deficiências, das impressões que a sociedade emite em relação a elas, foi denominado por Buscaglia, de somatopsicologia. Assim,

> Somatopsicologia constitui-se no estudo de como as respostas da sociedade afetam as ações, os sentimentos e as interações dos deficientes, sugerindo que a sociedade pode influenciar os portadores de deficiências físicas ou a limitarem suas ações, mudarem seus sentimentos em relação a si mesmos, assim como afetarem sua interação com as outras pessoas (BUSCAGLIA, 1993, p.25).

Em contrapartida, para muitas pessoas, a deficiência ainda é desconhecida e o desconhecido causa certo desconforto para o outro, teremos aqui conseqüências como: preconceito e o estigma. Sobre isso, Amaral (1988) tece a seguinte afirmação, de que

> O outro, o diferente, o deficiente, representa muitas coisas. Representa a consciência da própria imperfeição daquele que vê, espelha suas limitações, suas castrações. Representa também o sobrevivente, aquele que passou pela catástrofe em potencial, virtualmente suspensa sobre a vida do outro. Representa também uma ferida narcísica em cada profissional, em cada comunidade. Representa um conflito não camuflável, não escamoteável – explícito – em cada dinâmica de interrelações (AMARAL, 1988, p.10-11).

Reconsiderando ainda a questão do rótulo, existem vários estudos na perspectiva antropológica, que confirmam o fenômeno da *profecia que promove sua própria realização*.

Assim, Becker (1966), através da teoria da rotulação, entende que o desvio criado pela *rotulação* tem sua participação efetiva da sociedade, através de uma ação coletiva. Os grupos sociais estabelecem regras e padrões de normalidade que ao serem quebradas definem o desviante, que por sua vez aceita tal marca e passa a se comportar conforme a expectativa em relação a ele.

Através de estudos realizados com crianças deficientes, no contexto escolar, estudiosos relatam que já nos primeiros meses de vida escolar, os alunos são divididos em categorias, maduro e imaturo. Chama-se a atenção, pois este fato pode-se tornar a antecipação do desvio, fazendo com que estas crianças venham mesmo a confirmar esta previsão, aceitando a rotulação que receberam.

Goffman (1988) ressalta que o ingresso na escola geralmente é a ocasião para que o estigma seja incorporado pela criança. Isto se dá através das caçoadas, brigas, insultos ou mesmo exclusão, que podem fazer com que seja enviada para uma escola especial, oportunidade que passa a conhecer a opinião das pessoas a seu respeito, que, para seu próprio bem, reduzem suas possibilidades de contatos humanos, reduzindo, portanto, o seu horizonte social.

Portanto, frente as ressalvas acima argumentadas, poderíamos ainda, considerar as conseqüências da deficiência, no aspecto da *desvantagem*, definida como sendo a discordância entre a capacidade de realização e as expectativas do próprio indivíduo e da sociedade, segundo suas características (idade, sexo, cultura, profissão), podemos entender melhor a participação da sociedade na construção da pessoa com deficiência ou incapacitada. Se a sociedade provê as adaptações para que uma pessoa possa utilizar os aparelhos que auxiliam nas suas deficiências, elas não acarretarão incapacidades. Por isso, consideraremos a afirmação de Buscaglia (1993): *"[...] ninguém nasce incapaz, mas é fabricado"*.

3. Definindo a deficiência

Parte-se do princípio de que *conceitos* são as expressões lógicas e generalizadas que buscam definir as representações mentais, resumindo os resultados do conhecimento sobre sujeitos ou objetos. Portanto, torna-se imprescindível neste estudo, definirmos alguns dos conceitos que serão objeto de reflexão na análise proposta.

Consideraremos neste momento, a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Classificação das Deficiências, como o mais importante ponto de partida para esta conceituação. Proposta esta, elaborada a partir de 1972, por um grupo internacional de

especialistas e concluída em 1976. Assim, por ocasião da vigésima nona Assembléia Mundial de Saúde, em maio de 1976, é aprovada sua publicação, a título experimental, como suplemento e não como parte integrante da CID – Classificação Internacional das Doenças.

A publicação oficial ocorre em 1980 com o título de *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease,* tendo sua nomenclatura, sido referendada em documento oficial pela Rehabilitation International. Em 1989, o documento é traduzido para o português, recebendo o título de Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das conseqüências das doenças (OMS, 1989).

De acordo com Amaral (1996), dois são os saltos qualitativos promovidos pela proposta da Organização Mundial de Saúde. O primeiro refere-se à necessária distinção entre doença e deficiência, que segundo a autora, a deficiência é, no máximo, conseqüência, em termos de seqüelas, de uma doença, não podendo ser com ela confundida, e isso fica garantido pelo suplemento da CID. O outro salto refere-se ao desmembramento do conceito de deficiência *lato sensu* em sub-conceitos: deficiência, incapacidade e desvantagem, cada um com sua definição e caracterização específicas. Este desmembramento permite a grande inovação qualitativa mencionada, pois inclui as dimensões sociais da deficiência, ultrapassando-se a biologização estrita dessa condição.

Necessário se faz esclarecer, que esta proposta refere-se à condição de deficiência em geral. Assim, as dimensões propostas referem-se a qualquer uma das formas pelas quais tradicionalmente designamos essa condição, a partir de suas peculiaridades: Deficiência física, visual, auditiva, mental e múltipla.

A seguir resumimos a proposta de versão para o português feita pelo Secretariado Nacional de Reabilitação de Portugal (1989), aceita oficialmente em 1992.

Como Deficiência (Impairment), conceitua: *"No domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatômica"* (OMS, 1989). Esclarecendo, diz ainda, que o uso do termo deficiência, que retifica o uso do termo perturbação, aponta para maior amplitude, pois o termo perturbação não condiz fielmente com a condição dada. Deficiência, assim, está

ligada à situação permanente ou temporária de perdas ou alterações que resultem na existência ou no aparecimento de uma anomalia e/ou defeito.

Buscando atribuir competência a quem pudesse classificar um indivíduo enquanto possuidor de deficiência a OMS, ainda nesse mesmo Manual de Classificação, de 1989, refere que para se formular juízos sobre o funcionamento físico e mental, deve-se atentar para os padrões ou normas habitualmente aceitos sendo que, assim, deficiência representa um desvio do padrão biomédico.

Em síntese, como características da deficiência a OMS indica:

> A deficiência caracteriza-se por perdas ou alterações que podem ser temporárias ou permanentes e que incluem a existência ou ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou outra estrut*ura do corpo, incluindo a função mental. A deficiência representa a exte*riorização de um estado patológico e, em princípio, reflete perturbações a nível de órgão (OMS, 1989, p.56).

O elemento *Incapacidade (Disability)*, segundo o mesmo Manual *"[...] corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidades para exercer uma atividade de forma, ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano"* (OMS, 1989, p.36).

A conexão estabelecida entre incapacidade e deficiência é justificada pela limitação funcional resultante da deficiência. A deficiência assim é compreendida como um fenômeno que ocasiona a incapacidade de exercer tarefas, competências e comportamentos iguais aos esperados de outras pessoas não possuidoras de deficiência. Desta forma a incapacidade é entendida como desvio da norma, diferença de atuação do indivíduo em relação a outros indivíduos ante as mesmas condições de atividades. A capacidade do indivíduo é aqui entendida nos três aspectos: físico, psicológico e social e, assim, qualquer desvio dos padrões usuais de resposta em um destes três aspectos é compreendido como transgressões daquilo que se espera do indivíduo, determinando o enquadramento como incapacidade.

No domínio da saúde, *desvantagem (Handicap)* representa

> um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma

> atividade considerada normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores sócio-culturais (OMS, 1989, p.38).

A desvantagem é sempre proposta considerando-se um padrão usual que aqui desempenha o papel de ponto de referência, de condição socialmente esperada, donde parte a comparação que resulta na avaliação do indivíduo. A discrepância entre o que é atingido e o que é socialmente esperado como padrão, dentro do seu meio social ou grupo, é considerada como desvantagem.

> Assim, a desvantagem representa a expressão social de uma deficiência ou incapacidade. Provém da falha ou impossibilidade em satisfazer as expectativas ou normas do universo em que o indivíduo vive. (Amaral, 1995, p.64.)

Ainda Amaral (1995, p. 67), refere que se faz necessário o aprofundamento do conceito deficiência com a formulação de outros dois conceitos: "*deficiência primária e deficiência secundária.* Portanto, *deficiência primária engloba a deficiência (dano ou anormalidade de estrutura ou função) e a incapacidade (restrição/perda de atividade)*". Assim, este nível de deficiência pode ser mensurado por parâmetros objetivos e universais de avaliação sendo, portanto, uma condição mais inerente ao próprio indivíduo.

A deficiência secundária, *"[...] está referida ao conceito de desvantagem, bem como ao de invalidez (o primeiro ligando-se à idéia de desvantagem propriamente dita e o segundo à de impossibilidade drástica). Incidem sobre ela, basicamente, fatores extrínsecos"* (AMARAL, 1995, p.68).

Neste caso a deficiência é ainda mais um atributo que a sociedade impõe ao indivíduo de acordo com os padrões e valores sociais vigentes, do que a própria deficiência em si. Aqui o grau e o tipo da deficiência (estrutural) estariam mais ligados a representação social (conjuntural) que se encarrega de fornecer a leitura do fator deficiência, formando, assim, as muitas atitudes, preconceitos, estereótipos e estigmas, que são mediadores nas relações com o fenômeno e, conseqüentemente, com o indivíduo deficiente, conforme já mencionado.

Assim, pode-se concluir que as dimensões básicas ou fundamentais para que se processe o estudo do fenômeno deficiência é de duas ordens: a deficiência em si, inerente ao indivíduo que a possui como um atributo seu, concreto e mensurável, e a leitura sócio-

cultural que se faz desta deficiência tendo, portanto, características transitórias e variáveis de acordo com o grupo social onde ocorre o fenômeno.

Necessário se faz ainda, estabelecermos argumentos relativos ao limite entre doença e deficiência, como possibilidade de entendermos um pouco mais esta complexidade. Assim, o próprio conceito de doença parece, também, estar sujeito a certos questionamentos quanto a sua realidade objetiva.

Através de levantamentos bibliográficos podemos perceber que a doença e a não-doença, são atributos que a partir do século XIX encontraram na biologia e na medicina seus legitimadores, capazes de definir os destinos sociais das pessoas.

O avanço da ciência possibilitou que o conjunto de crendices, magias e alquimia, que cercavam a visão destas pessoas, impregnando-as de caráter supersticioso, fosse desmistificado, ainda que somente nos segmentos sociais superiores.

Assim, Paracelso (1493-1531), médico e alquimista estudou a deficiência considerando-a um problema sob o ponto de vista médico e não teológico e moral, já que seu interesse, como médico, era estudar sobre as doenças que privavam o homem da razão. Desta forma, surgiu então a possibilidade de descobrir através da anatomia a causa dos problemas dos indivíduos com deficiência, favorecendo-os com tratamento e cura.

> A visão de Paracelso é ainda supersticiosa, mas não teológica. O louco e o idiota já não são perversas criaturas tomadas pelo diabo e dignas de tortura e fogueira por sua impiedade ou obscenidade: são doentes ou vítimas de forças sobre-humanas, cósmicas ou não, e dignos de tratamento e complacência (PESSOTTI, 1984, p.15).

Sob os olhares da medicina, o problema da deficiência avança numa busca de tratamento para aqueles indivíduos amentes, não mais ancorado numa visão supersticiosa, mas, baseado em estudos de neuroanatomia. Eles passam a ser objeto de estudo científico, numa visão mais humanista; ou seja, eles não são mais sacrificados vivos, nem abandonados, ou exorcizados, mas continuam sendo retirados do convívio social, segregados em asilos, hospitais, com objetivo de curá-los através da terapêutica medicamentosa.

O movimento de deslocar o eixo religioso para o científico trouxe às pessoas com deficiência um alento mais humanista, o que não representou a superação dos mitos e superstições construídos em torno da imagem da deficiência. Ao contrário, ao adicionar o

caráter de doença à deficiência, parece reforçada a necessidade de isolamento, agregada à idéia de transmissão, contágio.

Vimos ainda, que no decorrer da história, surgiram líderes que buscaram apoiar os interesses e as necessidades das pessoas com deficiência. Pessotti (1984), aponta que, enquanto uns afirmara ser *"o cérebro a sede da enfermidade, que consiste numa ausência de imaginação e memória [...],* outros, admitiram a influência *[...] de fatores ambientais como determinantes da deficiência"*, o que não modificaria o atendimento à pessoa com deficiência.

A evolução da abordagem da deficiência ligada à doença não enfraqueceu as idéias legitimadas anteriormente, mesmo havendo a possibilidade de comprovação científica do potencial das pessoas deficientes. Os estudos avançaram e o tratamento dos indivíduos com deficiências ganhou uma nova visão, agora pedagógica. Esta primeira tentativa de uma didática especial veio embasada pela filosofia de John Locke (1632 – 1704), que afirmava ser a alma uma *tabula rasa*, sem nenhuma impressão, à qual apenas a experiência sensível permitiria o conhecimento. Segundo Pessotti (1984), pelas idéias de Locke, a mente dos indivíduos, apesar de produzir idéias e conhecimentos, ficava subordinada à experiência sensorial dos mesmos. Este estudioso oferece, através do seu primado da sensação, as bases da teoria da didática, a qual *"a experiência é o fundamento de todo o nosso saber"* (PESSOTTI, 1984, p.22).

Assim, este ideal pedagógico se implantou num programa sistemático de educação especial através dos trabalhos de Jean Itard (1774-1838). O trabalho de Itard, baseado na experiência de elaborar um programa pedagógico para atender o caso do menino lobo, Victor de Aveyron, enfatizou a sensível importância do ambiente, como instrumento educativo. Afirmava ele: *"o homem não nasce como homem, mas é construído como homem"* (PESSOTTI, 1984, p.36).

Itard causou uma revolução, tanto na avaliação quanto no tratamento dos deficientes mentais, foi realçado de forma implícita que os aspectos pedagógicos deveria ser responsabilidade do médico. Este, para tanto, deveria montar uma seqüência de exercícios, denominada de ortopedia mental ou ortofrenia, que tinha por função controlar os comportamentos dos indivíduos, pelo controle das condições emocionais e ambientais,

diminuindo incorreções, mas não visando neutralizar estruturas neurais, ou seja, aspectos da anatomia cerebral.

A idéia de doença e deficiência caminhou ora em paralelas ora numa mesma via, com o tempo não mais justificada pelas forças teológicas, mas objetos de estudos científicos. A imagem da deficiência associada a doença introduziu a noção de cura, da possibilidade de trazer à norma aquela pessoa com deficiência; a deficiência carrega a idéia de um estado de não-saúde.

Portanto, a retrospectiva histórica mostra-nos com clareza que os estudos quanto a etiologia, diagnóstico, prognóstico e terapêutica adequados à pessoa com deficiência está, limitada e condicionada aos critérios médicos e como auxiliar, estariam os psicólogos. Assim,

> A deficiência representa um desvio do padrão biomédico do indivíduo, e a definição dos seus elementos deve ser fundamentalmente elaborada pelos que, pela sua qualificação, possuem competência para formular juízos sobre o funcionamento físico e mental, de acordo com as normas aceitas (OMS, 1989a, p.39).

Pelo texto, podemos inferir que o conceito de deficiência proposto pela OMS encontra-se atrelado ao modelo biomédico, ligando-o à figura do médico de maneira considerada hegemônica. Apesar de afirmar também que a utilização do termo deficiência não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser encarado como doente, a ligação com o poder do diagnóstico médico fica patente.

CAPÍTULO II
PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA: ENCONTROS E DESENCONTROS

No capítulo anterior refizemos um caminho histórico no que se refere ao tema central de nossos estudos: as deficiências. Sua representação no contexto biopsicosocial através dos séculos, e as influências e marcas que essa história deixou registrada. Sendo assim, nesse momento necessário se faz abordarmos um pouco sobre os caminhos da psicologia enquanto ciência e profissão e com isso estabelecermos viesses que nos conduzam a prática atual dos psicólogos frente a questões vinculadas a deficiência. Desta forma, verificarmos as possibilidades de convergências e divergências entre psicologia e deficiência, relacionados com as formas de intervenção desta ciência em relação às pessoas com deficiência, parece ser um caminho esclarecedor para entender a prática da profissão.

1. A constituição da psicologia como ciência

Pensar a psicologia enquanto ciência e profissão têm sido, neste momento, uma necessidade constante em concordância com o tema proposto pela presente pesquisa. Refazer um caminho histórico, imbuído de sínteses, mister se faz, pois o imediatismo da sociedade atual compromete consideravelmente o valor da história narrada por diversos autores no decorrer dos tempos. História esta, responsável pelo processo de construção, de desenvolvimento, estruturação e de auto-afirmação da Psicologia através dos séculos.

Assim, necessário se faz, evidenciarmos a priori, que o objeto da psicologia é o homem, todo o homem, segundo o que ele *é* e *tem* com sua natureza, suas operações, seu

ciclo vital e seu destino. Pois, à palavra *psicologia*, poder-se-ia preferir *antropologia*, pois a pretensão não era estudar apenas uma parte do homem, embora a mais importante, que é a alma, senão o homem todo. Portanto, entende-se que a pretensão sempre foi estudar todo o homem, mas por aquilo que ele tem de próprio, e que é devido à sua alma.

Podemos constatar que o homem procurou, mesmo antes da existência de uma ciência, explicar a si mesmo. Vimos ainda que a origem das explicações sobre o ser e sua conduta evidencia-se através do sobrenatural, do tributo à alma, assim sendo, observa-se através da história, que o homem na idade antiga acreditava que um comportamento distante de um padrão considerado normal e com caráter insólito tinha como causa a invasão de *maus espíritos* ao corpo da pessoa. O que nos remete a pensar o princípio histórico das deficiências, assunto discutido anteriormente neste trabalho.

Vimos que a origem da Psicologia Científica concretiza-se no século XIX em conseqüência do crescimento da nova ordem econômica, o capitalismo. Com isso, o progresso da industrialização, fez emergir uma exigência aguçada em relação à ciência, a qual deveria utilizar-se de suas técnicas com a finalidade de dar soluções práticas. Portanto, surge o desenvolvimento da ciência como ponto de apoio da embrionária ordem econômica e social, não se esquecendo, entretanto das problemáticas que estariam surgindo a partir de então.

Em Bock (1996) encontramos citados: Hegel, que demonstrou a importância da História para a compreensão do homem e Darwin, que ditara o antropocentrismo como sua teoria da evolução. A ciência, então, passa a ser um referencial e a noção de verdade passa a contar com seu aval.

Surge o positivismo de Augusto Comte, postulando a necessidade de maior cientificidade no campo do conhecimento das ciências humanas, assim a Filosofia adapta-se aos novos tempos.

Em meados do século XIX, a psicologia, estudada somente pelos filósofos, passa a ser investigada pela Fisiologia, pela Neurofisiologia e a Neuroanatomia. São feitas descobertas significativas para o progresso da psicologia. Nomes como de Fechner, Weber e Wundt são importantes no que se refere à aquisição do status científico. Status este,

> [...] obtido na medida em que se 'liberta' da Filosofia, que marcou a história até aqui, e atrai novos estudiosos, pesquisadores, que, sob os novos padrões de

> produção e conhecimento passam a definir seu objeto de estudo; delimitar seu campo de estudo; formular métodos de estudo deste objeto, formular teorias enquanto um corpo consistente de conhecimentos na área (BOCK, 1996, p.37).

Em Wilhelm Wund, vimos o nascimento do primeiro laboratório de psicologia e de uma escola psicológica que se denominou Estruturalismo, por objetivar a busca da estrutura da mente através da introspecção, método este que impossibilitava o emprego de crianças e indivíduos psicologicamente anormais como sujeitos.

O funcionalismo nasce como oposição ao estruturalismo, interessando-se pelo funcionamento da mente, suas funções, estabelecendo assim a interação contínua entre o organismo e o seu ambiente, que permite a adaptação do homem a ele. Assim, prioriza-se o estudo de problemas práticos e relevantes como o ensino das crianças, a medida das diferenças individuais e também o comportamento anormal.

Assim, funcionalismo e estruturalismo foram sendo substituídos por correntes cujas idéias ainda se encontram presentes entre nós.

Atualmente, as mais importantes tendências teóricas da Psicologia, consideradas por vários autores, são: Behaviorismo, Gestalt e Psicanálise. No momento não abordaremos com profundidade.

Segundo Mariguela (1995), o rigor científico exigido pela ciência da natureza estabelece segurança para a enunciação dos discursos sobre os fenômenos psíquicos. Assim, os psicólogos sentem-se protegidos para proferir seus discursos sobre o psiquismo humano, através do estabelecimento de analogias com o comportamento animal. Divergindo, portanto, de pensamentos que acreditam ser tais analogias úteis para as ciências naturais, e outros que crêem serem estas analogias incongruentes para nomear a dimensão psíquica dos seres humanos, pois o uso de argumentos fisiológicos e as técnicas de controle e mensuração do comportamento fixam regras para, racionalmente, normatizar seu objeto, oscilando assim, a ponto do psicólogo distanciar-se das suas possibilidades de controle e permanecer incapaz de enunciar a situação considerada difícil da existência humana. Do psicólogo é exigida a capacidade de justificar os fundamentos de seus discursos teóricos e de explicitar a idéia de homem que subjaz aos critérios metodológicos utilizados na realização das pesquisas.

Portanto, conscientes da necessidade de maior fundamentação e discussão sobre a epistemologia histórica da Psicologia, até mesmo porque, sabemos que sem a epistemologia e seus significados não teríamos razão de proferir o discurso psicológico que seria então, uma reflexão sobre o vazio, elaboramos um caminho sintético e ao mesmo tempo polêmico, pois fica claro que a conversão da psicologia em ciência é tema de muitas reflexões e discussão.

Mesmo em meio a tantas divergências, a Psicologia foi-se alicerçando e se mostrando como uma ciência independente, através do desenvolvimento de métodos cada vez mais precisos e reelaborando seu instrumental metodológico à luz das ciências naturais, uma vez que esta última foi quem conferiu o rigor científico às demais ciências, no contexto da filosofia positiva. Sabemos que da introspecção, enquanto método de estudo da psicologia, percorre-se um caminho que nos leva ao fenômeno psíquico, através da experimentação, mensuração e objetividade.

> O positivismo não era tanto uma escola organizada de pensamento, e sim uma atitude difusa em relação ao homem, à natureza e aos métodos de investigação. Seus partidários tinham a esperança de trazer programa das ciências naturais, suas descobertas e métodos, para a investigação de todo pensamento e ação humana, públicos e privados (GAY, 1989, p.48).

Portanto, conscientes de que esse assunto não se esgota, apenas com base neste pressuposto teórico e histórico, acreditamos que a psicologia se firmou enquanto ciência, atendendo às leis preconizadas a partir do pensamento positivista presente nas ciências.

2. Considerações sobre a Formação e a Profissão do Psicólogo

Pensar a psicologia, no aqui e agora, em função de todo um contexto histórico em evolução, necessário se faz. Sendo assim, através da presente pesquisa chega-se num consenso de que a atuação do psicólogo junto à pessoa com deficiência, suas dificuldades e constante movimento em busca de técnicas e testes específicos como alternativas de intervenção, nos remete a um lugar particular, que é uma breve análise da formação e atuação do mesmo, dentro de uma sociedade composta por seres biopsicosócio-emocionais.

A profissão de psicólogo foi regulamentada através da Lei n° 4119 de 27 de Agosto de 1962, no Brasil, ampliando seu quadro de profissionais a cada ano. No que tange ao Estado de Mato Grosso do Sul, o Conselho Regional de Psicologia – 6ª Região, até 1997 era composto pelos Estados de: São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Posteriormente criou-se o Conselho regional de Psicologia – 14ª Região sendo composto pelos Estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Assim, conforme dados oficiais publicados em 1995 este Conselho, abrangia 37.143 psicólogos ativos inscritos até 31.05.94. Em termos de número de cursos existentes no Brasil, até 2000 registra-se cerca de 203 cursos. Sendo que, 04 estão localizados na região de Mato Grosso do Sul, distribuídos da seguinte forma: 02 cursos na Capital e 02 no interior do Estado. Tais cursos são ministrados em faculdades particulares e 01 pertence ao ensino público federal, situado também no interior. Isto prova que uma grande maioria dos psicólogos é formada pelas escolas particulares, tendência que acompanha aquela verificada em todo o ensino superior brasileiro.

A questão da formação e da profissão do psicólogo passou a ser objeto de estudo de alguns profissionais preocupados em compreender sua história e implantação na sociedade brasileira, dentre eles Mello (1977), Achcar (1994) e outros.

A primeira pesquisa na área aconteceu no final dos anos 60 e início de 70, através do levantamento realizado por Mello (1977), sobre o exercício profissional dos psicólogos, na cidade de São Paulo. Naquele trabalho a profissão foi entendida como uma forma de aplicação de conhecimentos científicos em determinadas áreas e que se constituía, enquanto tal, na atuação social de seus profissionais.

Mello analisa a profissão examinando as razões que favoreceram e consolidaram suas linhas gerais no início de sua implantação. A psicologia mantinha o seu caráter de aplicação nas áreas da indústria, educação e clínica, mesmo antes de ser caracterizada enquanto profissão em 1962. Alguns problemas tiveram que ser enfrentados na passagem para a profissionalização.

> Hoje, a profissão e o ensino da Psicologia enfrentam dificuldades que, aparentemente, nascem da separação entre técnica e ciência. A separação é real. As técnicas foram e são transplantadas de seus países de origem enquanto técnicas e com vistas à aplicação imediata. A ciência da qual elas derivam aparece como um acessório à utilização das técnicas. Mas essa utilização das técnicas se dá à margem do Ensino Superior.

> Assim, a partir da lei n. 4119 os profissionais devem ser diplomados em cursos superiores de Psicologia, mas a Psicologia Aplicada já possuía uma história que imprime seu selo nos novos cursos e na profissão. Por um lado, os cursos se manifestam impotentes para dinamizar a profissão e ultrapassar as fórmulas socialmente pobres das velhas profissões liberais. Por outro, os cursos universitários continuam não realizando sua vocação científica, capaz de criar um padrão diverso do simples consumo de conhecimentos que são transplantados, no mais das vezes, em função das técnicas. Em suma, antes de 1962, os cursos superiores de Psicologia não eram profissionalizantes; após a regulamentação dos cursos, e da profissão, tornaram-se estritamente profissionalizantes, de acordo, aliás, com a própria Lei n. 4119. (MELLO, 1977, p.41).

Os primeiros currículos dos cursos de formação reafirmavam o caráter clínico e de profissional liberal do psicólogo, com disciplinas que davam ênfase na formação o Psicodiagnóstico, as Psicoterapias e as Técnicas de Exame Psicológico, priorizando o atendimento individual, nos moldes do modelo médico de consultório. Resultando na atrofia de outras áreas de atuação historicamente anteriores à própria prática clínica como as áreas de indústria e escolar. Na análise de Mello, se há uma perda em relação ao profissional, há uma perda maior ainda quanto ao sistema de ensino como um todo. Conclui a pesquisadora,

> O resultado mais aparente, desse modo de pensar a Psicologia e suas aplicações, é que os cursos ganharam uma unidimensionalidade compacta, de maneira que não apenas formam psicólogos clínicos, mas transformam os alunos, graças ao conteúdo predominante das disciplinas, em psicólogos clínicos (MELLO, 1977, p.60).

Em 1988, o Conselho Federal de Psicologia – CFP, realiza pesquisa baseada nas críticas apresentadas neste trabalho no início dos anos 70, por Sylvia Mello. O trabalho foi intitulado de “Quem é o psicólogo brasileiro?”, com informações recolhidas entre 1985 a 1987, nas oito regiões Administrativas dos Conselhos no Brasil. Constatou-se a veracidade dos dados anteriormente apresentados, ou seja, as críticas apresentadas por Mello e a análise das limitações da profissão em um contexto social parecem ter surtido efeito, numa profissão em acelerada expansão, como se a necessidade de profissionalizar se sobrepusesse à discussão a respeito da finalidade dessa formação e, portanto, da realização de qualquer modificação nos rumos das disciplinas e das áreas de aplicação em Psicologia.

De forma sintética, apresentaremos aqui algumas das constatações desse levantamento do perfil profissional, segundo a pesquisa do Conselho Federal de Psicologia. Conclui, portanto, que a profissão de psicólogo, no Brasil, é uma profissão com um perfil

eminentemente clínico e feminino. Na 6ª região Administrativa do Conselho, que compreende os estados de São Paulo, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, 60% dos psicólogos atuam na área de psicologia Clínica, contra 16,7% em Psicologia Escolar. Destes, apenas 11% trabalham em hospitais e serviços públicos, tendo a maioria sua inserção em consultórios e clínicas privadas. A Prática psicológica é basicamente centrada em psicoterapia individual, cerca de 42,9% e na aplicação de testes, cerca de 33,5%, com o predomínio da Psicanálise enquanto teoria que embasa a atuação da maioria dos psicólogos.

Outra constatação é de que a formação, de um modo geral, enfatiza o atendimento individual e em pequenos grupos, utilizando-se de um modelo padrão de atendimento ao cliente, calcado no modelo médico de atendimento, que o psicólogo carrega, independentemente de onde trabalha, acoplado a uma ausência de clareza na utilização de modelos alternativos de trabalho.

Outros aspectos da profissão analisados referem-se aos temas da distinção entre área de conhecimento, campo de atuação profissional e mercado de trabalho, assim como para qual parcela da população está voltada a atuação do psicólogo. No que se refere ao campo de atuação, considerado vasto em Psicologia, temos que sua aplicação se restringe a poucas possibilidades, nesse sentido, a análise apresentada pelo pesquisador enfatiza a importância da interdisciplinaridade para que o profissional se aproprie das diversas facetas dos fenômenos em questão. Quanto ao campo profissional a crítica incide sobre os currículos, que acabam por excluir os vários aspectos da realidade social do país, aspectos estes que deveriam estar no centro das preocupações curriculares dos cursos de formação de psicólogos.

As análises curriculares, por ocasião da pesquisa de 1988, têm como resposta a ênfase na formação e utilização de técnicas psicológicas e uma profusão de linhas teóricas, ressaltando as patologias em detrimento de alternativas de trabalho que as previnam. Ou seja, a formação tem se pautado num trabalho de cunho curativo, com ênfase em modelos de longa duração no tratamento individual, considerando o autor, que o psicólogo deva trabalhar na área de prevenção da saúde mental.

Atualmente, se acompanharmos alguns dos dados da pesquisa apresentada pelo Conselho Federal de Psicologia, veremos que ocorreu uma ampliação quanto ao alcance: os psicólogos não mais têm como clientes apenas as elites; a imagem profissional,

a representação do psicólogo e da psicologia se popularizou. O que não podemos afirmar é que o mesmo não aconteceu com o modelo de atendimento à população. Mesmo trabalhando nos serviços públicos, as maneiras de realizar o trabalho ainda apontam para concepções com ênfase na análise psicanalítica dos fenômenos psíquicos e atendimentos individuais, na sua maioria.

Segundo Souza (1996), uma questão a ser analisada ao se considerar a formação do psicólogo, e que se soma às anteriores, refere-se ao momento histórico em que a maior parte dos cursos de Psicologia foi implantada no Brasil: final dos anos 60 e durante a década de 70, ou seja, em pleno período de recessão política, com a implantação do regime Militar. Pelo seu caráter repressor, encontrou na Psicologia um aliado para a fomentação de uma ideologia de adaptação do indivíduo à sociedade, considerada como adequada, segura, merecedora de crédito. Uma época que procurou banir das Universidades e do país aquele que defendia concepções mais críticas de homem e sociedade, acreditando que, com isso, também exilaria as idéias e as concepções que questionavam a organização e o funcionamento de uma sociedade que produz e mantém a desigualdade social. Ao explicar a realidade através de aspectos psicológicos apenas, os currículos de psicologia passaram a reforçar o investimento no indivíduo, como aquele que precisa ser tratado em seus males psíquicos, desvinculando a dimensão intra-subjetiva da realidade social.

Portanto, novas demandas sociais têm surgido aos psicólogos, questionando, assim, as concepções vigentes. Esses questionamentos partem da análise das raízes históricas da própria Psicologia enquanto ciência e profissão.

O momento é de muita reflexão e somos incitados a pensar e concretizar novos modelos de atuação profissional. A lembrança e o registro da história da Psicologia, no Brasil, constitui-se oportuna para, enquanto profissionais comprometidos com os espaços que possibilitam a formação do psicólogo, tenhamos a dignidade de assumirmos a responsabilidade de preparar um currículo generalista e crítico, como ponto de partida da longa caminhada que temos a percorrer. Urge, portanto, conscientizarmo-nos em relação aquilo que não mais podemos fazer e daquilo que não mais queremos, ou seja, formar profissionais capazes de empreender uma prática pluralista, imbuída de crítica e transformadora, que saibam reconhecer as demandas de intervenção e atender às mesmas.

3. As práticas emergentes na atuação do psicólogo e as deficiências

O Conselho Federal de psicologia, em 1994, foi em busca de experiências alternativas de trabalho do psicólogo, através da realização de pesquisa. O critério estabelecido era o compromisso com as classes populares e a utilização de modelos institucionais de atuação, os pesquisadores foram em busca de informantes qualificados e, assim, organizaram os dados no livro intitulado *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação.*

Este levantamento apresenta as mudanças que surgiram na área de Psicologia Clínica, quer nos referenciais teóricos utilizados, quer nas práticas de atuação propostas.

Segundo Lo Bianco *et al.* (1994), há uma tendência a incorporar o contexto social à Psicologia Clínica, referindo-se a algo que é constitutivo do próprio sujeito-alvo dos cuidados psicológicos e não algo que faz sentir sua pressão ou sua influência sobre ele.

As práticas da Psicologia passaram a acontecer fora dos consultórios, ampliando o campo de atuação para hospitais e na área de saúde de maneira geral e incluindo ações coletivas de saúde. Observa-se que a saída da clínica privada para a área da saúde é apontada como uma das principais modificações que emergem no trabalho do psicólogo. Tais ações têm se constituído em hospitais gerais e psiquiátricos, ambulatórios, unidades básicas de saúde, em creches, escolas, instituições especiais e organizações.

A questão da atuação do psicólogo nos hospitais psiquiátricos é destacada no trabalho do Conselho Federal de Psicologia, em função do fortalecimento de práticas alternativas enquanto fruto do avanço na discussão sobre a situação desumana em que vivem os internos dos mesmos. Embora o movimento de questionamento da internação psiquiátrica no modelo manicomial esteja presente em vários países, desde a década de 40, no Brasil, as repercussões que gerem mudanças no sistema de atendimento ao paciente são, ainda, um fenômeno recente.

> A construção de práticas alternativas é fruto de discussões que questionam a participação do psicólogo na manutenção de uma sociedade asilar, a serviço da adaptação, da opressão, da desigualdade, do estigma, da exclusão. Tais práticas alternativas baseiam-se, por sua vez, em outras concepções de ciência, de homem e de sociedade que questionam concepções que discriminam a diferença e mais do que isso justifica-a com argumentos técnicos e teóricos. Tais mudanças são

> fruto do questionamento feito à própria Psicologia, enquanto ciência e ao seu papel social nas sociedades contemporâneas, trazidas pelo movimento da anti-psiquiatria, assim como por aqueles que propunham uma nova organização, gerenciamento hospitalar (LO BIANCO *et al*., 1994, p.27).

Ainda Lo Bianco (1994) afirma que não mais trabalhar prioritariamente na clínica privada [...] oportunidade para outras frentes de atuação do psicólogo, destacando-se o trabalho em Psicologia Hospitalar e Ambulatorial, em que o psicólogo deixa de atender em sua sala e passa a percorrer as enfermarias, organizar ações junto a grupos de pacientes internos por enfermidades de características diversas, propondo novas formas de organização como, por exemplo, a permanência do enfermo com o acompanhamento de familiares, dando suporte a muitos dos sofrimentos advindos da própria hospitalização e da enfermidade. Esse conhecimento, ainda incipiente, atravessa um momento segundo a pesquisa, de análise de experiências com objetivo de construção de conhecimento na área a partir da realidade brasileira.

No que se refere a atuação do psicólogo no sistema de saúde, uma prática voltada para questões governamentais, as ações envolvem níveis de atenção como: atendimentos primários que incluem ações preventivas ou remediativas de baixa complexidade; atendimentos secundários, cujas ações são especializadas e requerem seguimentos e as ações terciárias, que são especializadas, especificamente nas situações hospitalares.

Sendo assim, no sistema, a prioridade de atuação do psicólogo estaria no nível preventivo de atenção, primário, o que de imediato demonstra um grande descompasso com a formação comumente recebida por esse profissional na sua formação acadêmica, calcada no diagnóstico e tratamento dos problemas existentes, como aponta Lo Bianco *et al.* (1994), o que traz questões importantes para possíveis mudanças na formação profissional. Podemos perceber que a absorção de diretrizes políticas que são discutidas e implementadas na área da saúde encontra-se praticamente ausente dos programas e discussões que acontecem na formação do psicólogo. É real a inexistência da relação entre políticas públicas de saúde e prática psicológica, na formação do psicólogo.

Embora o campo de atuação tenha sido ampliado, os novos rumos metodológicos e técnicos parecem manter muito de modelos da Psicologia clássica, apenas

revestidos de uma roupagem nova, multidisciplinar, conjugando técnicas de diversas correntes psicológicas, enfatizando intervenções de caráter focal e breve.

Ao concluir o trabalho, os autores apresentam algumas das principais implicações das questões levantadas para a formação do psicólogo. Análise essa realizada em dois grandes eixos: dos *requisitos e competências* necessárias para a realização de um trabalho profissional de qualidade e as *características e estrutura* de formação profissional que possibilitem efetivamente mudanças na prática clínica.

Assim, no que se refere a questão requisitos e competências, destaca-se que há necessidade de apresentar ao aluno um conhecimento do fenômeno clínico contextualizado, ou melhor, apontar para a necessidade de mudanças conceituais que alterem a concepção que deposita a análise e a prática psicológicas sobre um sujeito abstrato e abstraído de seu contexto social, questionando o uso excessivo de bibliografias estrangeiras, gerando uma mera transposição de teorias.

Quanto aos requisitos e competências, Lo Bianco *et al.*(1994, p. 56-57) refere-se à necessidade de,

> [...] uma leitura das demandas específicas postas pelo contexto institucional [...] reconhecendo o fenômeno saúde-doença como um fenômeno social dessa perspectiva, os casos clínicos individuais não seriam vistos como representando um processo dinâmico de expressão da saúde doença, mas envolveria o entendimento de como esse conjunto aparece em relação à população. Assim, se evitaria a psicopatologização de características apresentadas pela população economicamente menos favorecida.

Assim, concebemos que a leitura institucional deve incluir a apreensão do objeto de trabalho como coletivo, gerando práticas coletivas de planejamento e ação, assim como o aprendizado de trabalho em equipes multiprofissionais.

Outro aspecto importante na formação reside na inclusão de conteúdos advindos da Filosofia, da Antropologia e da Sociologia, analisando as teorias no seu aspecto histórico, explicitando os diferentes contextos do pensamento que constituem o terreno para o surgimento das correntes de pensamento em Psicologia.

Quanto a estrutura de curso oferecida, os docentes entrevistados apontam que o trabalho clínico descontextualizado é fruto de uma prática semelhante apresentada ao aluno

durante a sua formação, suas considerações vão no sentido de um estreitamento de relações entre Universidade e Comunidade.

Com relação à área de Psicologia Escolar, a pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia e apresentada por Maluf (1994, p. 166) considera como práticas emergentes aquelas que propiciaram aos psicólogos que as defendem *"[...] uma profunda revisão e reformulação dos esquemas conceituais que sustentaram sua formação em Psicologia durante o curso de graduação [...]"* e acrescenta que essas mudanças tiveram suas origens em experiências de trabalho junto a escolas, comunidades e instituições de saúde que, de alguma forma, possibilitaram *"[...] o contato direto com uma clientela típica, isto é, proveniente de classes populares, que apresentam a maioria da população brasileira [...]"*.

Os avanços no fazer psicológico na área de psicologia escolar, segundo Maluf (1994), apresentam-se em dois sentidos, na superação da noção unilateral de adaptação da criança ao sistema escolar e na atuação do psicólogo enquanto um profissional independente do corpo administrativo da escola. As duas maneiras de conceber a atuação do psicólogo vem associado de uma outra compreensão que questiona as concepções de ajustamento da criança à escola, independentemente do tipo de escola que lhe é oferecida, instrumentada por teorias que fazem críticas à Psicometria e à Psicologia diferencial e que permitam conhecer a realidade escolar, explicitando os processos que acontecem intramuros, no cotidiano do fazer docente.

De acordo com Maluf (1994), a tarefa do psicólogo é contribuir com os seus conhecimentos sobre as relações que se processam na instituição, para repensar as relações escolares e as subjetividades produzidas nessas relações.

Outra discussão que emerge dos depoimentos de psicólogos que trabalham em educação refere-se ao contrato a ser estabelecido entre psicólogos e escola. Os trabalhos atuais vêm refletindo uma posição de inserção do psicólogo numa relação de consultoria ou assessoria ao corpo docente e/ou administrativos escolares. Esse contrato possibilita, entre outras coisas, uma relação de maior independência do psicólogo quanto ao meio escolar, possibilitando assim, outras formas de inserção frente às dificuldades vividas diariamente pela

escola. Um dos primeiros passos do contato do psicólogo com as escolas encontra-se no sentido de reverter a visão tradicional de atendimento aos problemas de aprendizagem.

Portanto, a partir de uma análise preliminar dos dados da pesquisa apresentada, no que se refere a formação do psicólogo, observa-se que, do ponto de vista da atuação, as práticas emergentes são gestadas, em geral, fora dos cursos de formação, apresentando-se quer como fruto do avanço das discussões políticas na área de saúde, educação e indústria, quer como resultado de concepções teóricas que resgatam o papel político da atuação psicológica, como no caso dos internos psiquiátricos, ou ainda enquanto reação de correntes teóricas menos valorizadas nos cursos universitários.

Assim, a atuação do psicólogo na área da deficiência pode ser analisada sob diversos enfoques. Se considerarmos que a causa das deficiências engloba múltiplos fatores de origem biológica, social e psicológica que interferem no comportamento da pessoa deficiente, como também, no comportamento da pessoa não deficiente, uma generalização de qual teoria ou enfoque teórico mais se aproxima dessa área parece ser apressada. Exatamente devido a essa ampla gama de fatores é que diversas linhas teóricas acabam por trabalhar com essa parcela da população, enfocando aspectos psicoterapêuticos, educacionais, reabilitacionais e sociais.

Partiremos da premissa de que os atendimentos que o psicólogo pode efetivar junto às pessoas com deficiência estão inclusos em todas as áreas de atividades a que um profissional se dedica. Ou seja, escolar, clínica ou organizacional. O psicólogo, portanto, vai estar, em algum momento de sua atuação profissional, em contato com pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, e poderão se questionar em relação ao que fazer com esses clientes. Reflexo dos caminhos percorridos durante o processo de formação, conforme vimos durante relatos da pesquisa do Conselho Federal de Psicologia.

Assim, neste momento, faremos uma correlação entre os argumentos levantados anteriormente neste texto, no que se refere às dificuldades encontradas por este profissional, quando da necessidade de articular conhecimento teórico, técnicas de intervenção e prática durante a atuação profissional frente à pessoas com deficiência, seja no contexto institucional, onde grande parte dos psicólogos atuam, seja nos consultórios, nas escolas e empresas. A priori gostaríamos de estabelecer relações com a questão da formação

profissional, consecutivamente as dificuldades quanto às atitudes pessoais inerentes aos profissionais e, então, as possibilidades técnicas para que esta relação se estabeleça.

Enquanto estudantes de psicologia, seres integrantes de uma sociedade que enfatiza o perfeito e considerado normal, em dado momento de nossa formação, vemo-nos frente a disciplina Psicologia do Excepcional, obrigatoriamente ministrada em nossos cursos. Entretanto, pelo fato de obrigatoriedade não significa, necessariamente, clareza, seja na transmissão ou na apropriação deste conhecimento. Fato este relacionado, muitas vezes, com a não familiarização do professor com a temática, ao seu desconforto perante uma realidade que desconcerta ou intimida, à escolha de manuais superados, à apresentação essencialmente teórica de conceitos. Mas, pode ser devido, como principiantes discentes, ao nosso próprio desconforto frente a essa realidade desconcertante, à concorrência com outras disciplinas mais sedutoras aos nossos olhos ávidos de conhecimentos sobre a psique humana. Então, tendemos a deixar a causa de lado. Sem a preocupação de que estamos nos preparando para lidar com a diversidade humana, fato este que exigirá um esforço maior do profissional da área, ou seja, temos que nos preparar para as intervenções necessárias e que não nos avisa, com antecedência, sobre o seu aparecimento.

Por outro prisma, de acordo com Amaral (1995), enquanto profissionais e humanos, a existência da limitação na dinâmica interpessoal é repleta de veracidade, principalmente quando nos deparamos com a deficiência, que representa aquilo que foge do esperado, ao perfeito, ao belo e, assim como quase tudo que se refere à diferença, provoca a hegemonia do emocional. Sendo assim, procuramos por recursos naturais necessários para estabelecermos nosso equilíbrio intrapsíquico, através da eliminação de uma fonte de insegurança, perigo, tensão ou ansiedade, ao qual denominamos de mecanismos de defesa do ego. Assim, *"os mecanismos defensivos estão presentes no ajustamento e desenvolvimento da personalidade e não apenas em processos patológicos"* (AMARAL, 1995, p.114).

Segundo Amiralian (1997), em qualquer processo de interação, seja na relação professor – aluno ou na relação terapeuta – cliente, devemos ser conscientes de que a condição de deficiência interfere tanto no sujeito que a possui como no profissional que o atende.

Ainda no que se refere a intervenção profissional com pessoas deficientes, a deficiência os afeta em vários níveis, ou seja, na percepção do objeto, no campo do conhecimento, na área das emoções e afetos e no nível das fantasias inconscientes. Assim, Fédida (1984), em seu texto referente a negação da deficiência, analisa com propriedade as causas dessa negação, tanto pela pessoa que a possui, como por aqueles com quem ele se relaciona. Mostra o quanto a percepção da deficiência do outro pode levar à vivência dos próprios limites e das próprias deficiências. Então,

> [...] a deficiência é intolerável, não só por fazer ressurgir insuportáveis angústias de castração, destruição e desmoronamento, mas também por lembrar que o deficiente é sempre um sobrevivente que escapou de um cataclisma, de uma catástrofe que já ocorreu, o que poderá acontecer a qualquer um (FÉDIDA, 1984, p.34).

Acreditamos, com base em pressupostos teóricos existentes, que o deficiente, na verdade, mostra-nos de forma concreta, a nossa debilidade e nos surpreende com a evidente negação de nossa onipotência.

> Vemos, portanto, que só através de um olhar crítico para nosso interior, e por meio da experiência pessoal de nossas significações de deficiência, poderemos compreender nossos afetos e emoções para com a condição de deficiência e apreender nossas negações. Dessa forma, poderemos nos tornar capazes de conquistar a percepção da deficiência como um objeto compartilhado e de propiciar ao nosso cliente um ambiente acolhedor e condições facilitadoras para sua aceitação dessa condição, favorecendo e possibilitando seu próprio desenvolvimento (AMIRALIAN, 1997, p.34).

Portanto, no que se refere a esta área especifica, existe a proposta de serviços especiais como: a educação especial e a reabilitação. Algumas pessoas podem precisar de intervenção clínica numa fase anterior ou posterior ao processo de aprendizagem em educação especial ou reabilitação.

Para Amiralian (1986), a Educação Especial objetiva proporcionar condições satisfatórias para o desenvolvimento de crianças que não conseguem usufruir plenamente das condições oferecidas para a maioria e necessitam de recursos específicos para adquirir habilidades. Isto implica oferecer condições especiais desde o nascimento. A atuação do psicólogo, nesta área, ocorre em vários campos de atividade, bem como em diferentes áreas de especialização. Insere-se a importância do conhecimento e compreensão do desenvolvimento e aprendizagem da criança com deficiência; os efeitos produzidos pela

incapacidade no desenvolvimento afetivo, perceptivo, motor, cognitivo e as conseqüências destes para a aprendizagem da criança, são dados fundamentais. A escolha da forma de atendimento, do método de ensino, dos recursos auxiliares para um aluno, deve estar embasada no conhecimento dos efeitos que sua deficiência produz em seu desenvolvimento. O psicólogo, entretanto, poderá envolver-se com o atendimento direto à criança e sua família, como por exemplo, a estimulação essencial, o esclarecimento da deficiência, a avaliação diagnóstica da criança para o estabelecimento dos limites da mesma, do diagnóstico diferencial, trabalho este de inestimável importância, pois existe a possibilidade de encontrarmos nas classes especiais para deficientes mentais, por exemplo, crianças hipoacúsicas, crianças com visão subnormal, quando, se fosse feito uma avaliação de procedência isto não estaria acontecendo.

Partiremos do princípio de que a psicoterapia[2] não faz parte do processo de Educação Especial ou de reabilitação, exceto se a deficiência se origina de problemas emocionais ou instalam problemas emocionais. Algumas vezes, o portador de alguma condição física ou intelectual pode necessitar de atendimento clínico[3], pois se parte do pressuposto que somente após ter conseguido uma organização egóica, o sujeito poderá ser trabalhado em um programa de Educação Especial ou reabilitação, somente o indivíduo bem consigo mesmo terá condições de se permitir desenvolver e aprender. Eis, portanto, a atuação do Psicólogo na Clínica voltada às deficiências.

Em relação ao psicólogo na reabilitação, parte-se do princípio que:

> Reabilitação significa um processo orientado para um objetivo e limitado no tempo que visa tornar a pessoa deficiente capaz de atingir o melhor nível mental, físico e/ou social possível, fornecendo-lhe, para o efeito, os meios para transformar a sua vida. Pode abranger medidas que tenham por objetivo compensar a perda de uma função ou de uma limitação funcional e outras. (ONU, 1983, p.10 *apud* AMARAL, 1995, p.159).

---

[2] Psicoterapia – Aplicação de técnicas especializadas ao tratamento de distúrbios mentais ou aos problemas de ajustamento cotidiano. O termo inclui diversas técnicas correntemente empregadas por especialistas de várias formações teóricas, entre as quais se destacam: a Psicanálise, Terapia centrada no cliente, Terapia Gestaltista e as técnicas psicoterápicas baseadas na teoria da aprendizagem e no condicionamento e designadas pelo nome geral de terapia do comportamento. (CABRAL, A. & NICK, Eva. *Dicionário Técnico de Psicologia*. São Paulo: Cultrix, 1991)

[3] Atendimento Clínico ou Clínico Psicológico – Define-se por um dado etlos; em outras palavras o que define a Clínica Psicológica como Clínica é a sua ética: Ela está comprometida com a escuta do interditado e com a sustentação das tensões e dos conflitos. Ver: FIGUEIREDO, Luís Cláudio. *Revisando as psicologias.* São Paulo: EDUC, 1995.

Aqui, o psicólogo poderá se envolver com tarefas diversas como: coordenar grupos de discussão com a equipe de reabilitação, treinamento de pessoal auxiliar, avaliação diagnóstica e o aconselhamento, além de tarefas de treinamento sensorial e visualização, de forma específica com cada deficiência. A questão da avaliação diagnóstica, não é um procedimento simples ou padronizado. Questões são levantadas a este respeito como: Quais os instrumentos que podem ser utilizados com indivíduos que apresentam deficiências físicas, sensoriais ou motoras, intelectuais? Portanto, respostas que só podem ser dadas através de estudos e pesquisas realizadas em grupo específico de incapacidade.

Sendo assim, definir, delimitar o campo de atuação do psicólogo na área da deficiência tem sido um processo longo, complexo, difícil em conseqüência da heterogeneidade da clientela e técnicas que permitiriam um deslizar mais consciente em torno dos processos de desenvolvimento dessas pessoas. Podemos compreender, mesmo assim, a necessidade de adquirirmos competências que impliquem numa postura ética do profissional, diante do conhecimento e das intervenções possíveis frente à diversidade dos problemas humanos.

A nossa contribuição com esta pesquisa vem se somar aos trabalhos já existentes sobre a questão da atuação do psicólogo junta à pessoa com deficiência, centrando a nossa atenção em questões que perpassam várias áreas na formação do psicólogo e que, como tentaremos mostrar, ainda é um grande desafio para a formação profissional. Assim o objetivo deste trabalho foi identificar a percepção que os psicólogos têm sobre sua atuação profissional na área da deficiência, ou seja, como descrevem essa atuação, como fundamentam teoricamente suas práticas, quais instrumentos e procedimentos elegem para essa prática, como visualizam ser a prática profissional no âmbito da Psicologia e da deficiência.

CAPÍTULO III
METODOLOGIA DA PESQUISA

O cotidiano de psicólogos clínicos e/ou trabalhadores em instituições especializadas no atendimento às pessoas com deficiência foi tomado como fonte inspiradora neste trabalho. Trata-se de um fato complexo, envolvendo o profissional e o seu processo de atuação, solicitando uma abordagem qualitativa. Esta abordagem responde às exigências desta pesquisa, pois, segundo Anache (1997) a abordagem qualitativa tem como pressuposto a relação de interdependência entre o sujeito e o objeto, ou seja, entre o sujeito e o mundo real, na qual o conhecimento não se resume a um conjunto de dados isolados. O pesquisador é sujeito e parte integrante do processo de conhecimento, que os interpreta atribuindo-lhes significados. O objeto, assim como o sujeito, *"não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações"* (CHIZZOTTI, 1993, p.78).

Segundo Chizzotti (1993), a pesquisa qualitativa visa intervir numa situação considerada insatisfatória, mudando as condições que podem ser modificadas, na qual, tanto pesquisador como pesquisados são membros interativos no processo. Além disso, os dados coletados nas diversas fases da pesquisa passam por análises e avaliações, com objetivo de orientar uma ação que possa interferir nas condições e nas circunstâncias indesejadas.

1. Participantes da pesquisa

Os participantes da presente pesquisa se constituem em 15 profissionais da área da psicologia, que atuam junto a pessoas com deficiências. Estes profissionais têm sua atuação em consultório particular e/ou instituições especializadas.

Antes de contatar os profissionais foi realizado um levantamento através do Conselho Regional de Psicologia – 14ª Região – MS/MT, que, por meio de um cadastro (1998), foi possível identificar a existência de cerca de 700 psicólogos atuantes em Campo Grande/MS, sendo que, aproximadamente, menos de 10% diziam atender pessoas com deficiência. Tomou-se, ainda como critério de seleção dos participantes, o cuidado de selecionar participantes que trabalhassem em instituições especializadas. Dessa forma, puderam ser incorporados como participantes, quinze psicólogos, dos quais dez trabalham em instituições especializadas, as quais citaremos a seguir:

- Associação de Pais e Amigos do Autista (AMA), caracterizada como uma entidade civil, de caráter assistencial, que visa proporcionar um atendimento psicoeducacional terapêutico de acordo com as exigências do desenvolvimento da criança e do adolescente autista, possibilitando sua integração na sociedade. A instituição conta com uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais nas áreas de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Pedagogia, Nutrição e Psiquiatria. Registramos a existência de quatro psicólogas na equipe, sendo que uma é responsável pela coordenação da equipe técnica e três atuam como professoras. Atualmente, atendem cerca de 50 alunos.

- Sociedade Pestalozzi de Campo Grande – Escola Clínica Raio de Sol, caracterizada como entidade privada e filantrópica, visa proporcionar atendimentos na área de educação, reabilitação e integração, de crianças e adolescentes com deficiência mental e múltipla. Existe na instituição equipe multidisciplinar para a realização dos trabalhos na área clínica e educacional. Registramos a existência de três psicólogas atuando com os clientes da instituição e suas respectivas famílias. Atualmente, atende cerca de 150 alunos.

- Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), entidade mantenedora do Centro de Educação Especial Girassol (CEDEG), atende a pessoa com deficiência mental, associada ou não a outras deficiências, com uma ação educativa que visa o desenvolvimento de potencialidades, através da participação de equipe multiprofissional formada por: Psicólogos, Pedagogos, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Professor de Educação Física, Neuropediatra, Psiquiatra, Odontólogo, Bioquímico e Biólogo. Atualmente conta com três psicólogos atuando no setor. O

atendimento atual é de cerca de 250 alunos de Campo Grande, cidades vizinhas, bem como pessoas residentes nas áreas rurais.

- Associação de Educação Especial Marcelo Takahashi – Escola Especial Colibri, caracteriza-se como entidade particular, tem como objetivo a educação e a reabilitação de portadores de deficiência física, mental e múltipla. O trabalho é desenvolvido através de equipe multidisciplinar: Psicólogo, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Pedagogo. Sendo que o setor de psicologia está constituído por apenas um psicólogo. O atendimento atual é de cerca de 60 alunos.

- Centro de Desenvolvimento do Potencial Humano Raio de Luz, entidade particular, com objetivos voltados para a educação de deficientes: mental e físico. O trabalho é desenvolvido por pedagogo, psicólogo e professores. O setor de psicologia está constituído por uma psicóloga. O atendimento está voltado para cerca de 150 alunos.

- Centro Estadual de Atendimento ao Deficiente de Audiocomunicação (CEADA), órgão público, mantido pela Secretaria de Estado de Educação, tem como objetivo a escolarização, reabilitação do deficiente auditivo, e profissionalização para integração no mercado de trabalho. Funciona em regime de externato, possuindo três turnos que atendem o surdo a partir dos primeiros meses de idade até a vida adulta. A instituição conta com os seguintes profissionais: pedagogos, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e professores. O setor de psicologia está constituído por duas psicólogas. O atendimento está voltado para cerca de 200 alunos.

- Instituto Sul Matogrossense para Cegos Florisvaldo Vargas (ISMAC), caracterizado como entidade filantrópica sem fins lucrativos, tem como objetivo a educação, assistência, profissionalização e integração do deficiente visual na sociedade. Atende o deficiente visual desde a infância até a vida adulta. O trabalho é desenvolvido por pedagogos, assistente social, psicólogo e professores. O setor de psicologia está constituído por um psicólogo. O atendimento está voltado para cerca de 100 alunos.

- Centro Estadual de Atendimento ao Deficiente Mental (CEADEM), órgão público, mantido pelo governo estadual, tem como objetivo a educação, profissionalização e integração na sociedade de adolescentes e adultos deficientes mentais. Atua com uma equipe constituída de pedagogos, professores e psicólogo. O atendimento está voltado para cerca de 60 alunos.

• Unidade de Inclusão do Portador de Necessidades Especiais (UIPNE), órgão público estadual, tem como objetivo realizar diagnóstico psico-educacional, oferecer apoio psicopedagógico para alunos da rede estadual de ensino, portadores de necessidades especiais. A equipe esta constituída de psicólogos, pedagogos, assistentes sociais e professores.

Dos 15 participantes temos: 15 profissionais do sexo feminino; idade variável entre 30 e 43 anos; tempo de formado entre 03 e 20 anos; Instituições formadoras: Faculdades Unidas Católicas de Mato Grosso (FUCMT); Universidade Católica Dom Bosco (UCDB); Universidade Estadual Paulista (UNESP).

2. Procedimentos para coleta de dados

Tendo em vista que o presente estudo visou colher informações sobre uma determinada realidade a partir de relatos de profissionais que atuam com a pessoa deficiente, optou-se pela entrevista semi-estruturada como procedimento a ser utilizado no levantamento de dados.

Por entrevista semi-estruturada *"entende-se a entrevista que segue um roteiro previamente estabelecido, no qual as perguntas são predeterminadas"* (LAKATOS & MARCONI, 1985). O roteiro foi elaborado com questões abertas, isso é, sem prever respostas e também dando ao entrevistado a liberdade de se expressar, de formular, a sua maneira, as respostas às questões colocadas. A premissa é a de que todas as respostas devem partir do mesmo conjunto de perguntas e que as possíveis diferenças encontradas devem refletir, em princípio, diferenças entre os respondentes.

Entende-se que na entrevista semi-estruturada o entrevistador pode formular as perguntas no momento em que achar apropriado. Concorda-se com essa concepção uma vez que durante as entrevistas, verificou-se que uma seqüência fixa de perguntas nem sempre é satisfatória para todos os respondentes. Assim, embora se tivesse conseguido as respostas para todas as perguntas efetuadas, essas, algumas vezes, não foram formuladas na seqüência programada, mas no momento em que se considerava oportuno, de acordo com a interação estabelecida com cada um dos entrevistados.

Assim, elaborou-se um roteiro que serviu como instrumento de coleta de dados para a presente pesquisa, levando-se em consideração o objetivo do estudo, bem como a experiência profissional da pesquisadora.

O roteiro foi, preliminarmente, submetido à apreciação do orientador. Como conseqüência dessa apreciação, sofreu alterações e ajustes considerados necessários.

Em seguida, foi utilizado para coletar informações com dois profissionais envolvidos diretamente no atendimento à pessoa com deficiência, configurando-se em um estudo piloto. Após esse procedimento, procurou-se estudar as questões com o objetivo de verificar se deviam ser reformuladas de modo a facilitar a comunicação entre entrevistadora e informantes. Essas providências preliminares visaram a configuração do instrumento de forma mais adequada à coleta de dados. É importante esclarecer que esse instrumento constitui-se, portanto, de três tópicos: O primeiro, refere-se aos dados de identificação profissional. O segundo refere-se a capacitação do entrevistado na condição de trabalhador da área, trajetória profissional e condições atuais de contratação. E o terceiro tópico refere-se às ações desenvolvidas no seu trabalho, bem como suas opiniões e expectativas em relação ao trabalho realizado e também as dificuldades encontradas na realização do mesmo e ainda, com possibilidades de sugerir formas de atuações possíveis e necessárias (anexo).

As entrevistas eram iniciadas, primeiramente, com uma explicação geral sobre o objetivo do trabalho e, após a permissão dos participantes as mesmas foram gravadas. Iniciava-se com perguntas acerca da identificação do profissional.

A ordem dos assuntos, conforme esperado, variou de uma entrevista para outra, uma vez que a seqüência destes esteve, em muitos momentos, subordinada ao relato dos participantes e não à seqüência de perguntas estabelecidas no roteiro. Durante as entrevistas foram necessárias interferências mediante necessidade de algum esclarecimento, ou ainda, no caso de algum assunto previsto no roteiro não ter sido espontaneamente abordado pelos entrevistados.

Os dados verbais advindo das entrevistas foram gravados, sendo que a duração média das entrevistas foi de 30 minutos. As entrevistas ocorreram nos respectivos locais de trabalho, em dias e horários previamente agendados, após contatos telefônicos e/ou pessoalmente.

3. Procedimentos para análise das informações

Optou-se por analisar e interpretar as informações por meio de uma abordagem qualitativa, envolvendo, portanto, dados descritivos obtidos do contato da pesquisadora com a situação estudada, *"buscando-se enfatizar o processo e com a preocupação de retratar as perspectivas dos sujeitos entrevistados"* (LÜDCKE & ANDRÉ, 1986, p.).

Como os dados das entrevistas se constituíram eminentemente em mensagens (as *falas* ou *relatos* dos participantes), elegeu-se como procedimento técnico a análise de conteúdo, baseada em Bardin (1979), como a mais apropriada para analisar os dados coletados. Segundo esse autor, a análise de conteúdo consiste em

> um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Assim, por meio da análise de conteúdo buscou-se inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, utilizando para isso a descrição e a interpretação.

Uma vez que os dados foram trabalhados qualitativamente, isto é, por meio da compreensão e não da quantificação das informações coletadas e, uma vez que o procedimento técnico escolhido foi a análise de conteúdo, foram adotados os seguintes passos:

a) Primeiramente, após terem sido transcritas, as informações verbais advindas das entrevistas foram lidas, na sua íntegra, sem qualquer tentativa de seleção de informações. Em seguida, procedeu-se a uma leitura minuciosa e atenta das respostas a cada pergunta;

b) Como segundo passo, identificou-se o tema sobre o qual o discurso versava. O tema, segundo Bardin (1979, p.105), pode ser uma afirmação ou uma alusão e sua análise visa descobrir os *núcleos de sentido* que compõem a comunicação, sendo que sua presença ou freqüência de aparição pode ser significativa para o objetivo analítico escolhido.

Esses passos levaram a identificação de seis temas:

1. *Características dos entrevistados*: Enquadram-se aqui, todas as verbalizações referentes à caracterização dos entrevistados, sua formação, locais de atuação, experiências relevantes na formação.
2. *Instrumentos utilizados para atuação profissional*: Esse tema apresenta os testes psicológicos utilizados, procedimentos e técnicas.
3. *Modelo teórico adotado pelos participantes da pesquisa*: Refere-se a identificação de quais teorias a atuação do psicólogo estava baseada.
4. *Dificuldades encontradas na atuação profissional*: Este tema identifica quais foram os relatos sobre as dificuldades encontradas no trabalho desenvolvido, sua descrição, justificativas, recursos teóricos e técnicos utilizados.
5. *Atuação do psicólogo*: Constitui-se no relato do trabalho desenvolvido, sua descrição, justificativas, competências necessárias ao psicólogo. Este tema subdivide-se em três subtemas, a saber:
   5.1 *Atuação do psicólogo junto à família*: Constitui-se em como é feito o trabalho com a família, e se é feito.
   5.2 *Atuação do psicólogo junto aos professores e a escola:* Constitui-se em como é feito o trabalho com a escola e com professores e se este é feito.
   5.3 *Atuação do psicólogo em termos de prevenção*: Constitui-se em como é feito o trabalho de prevenção e se este é feito.
6. *Concepção de atuação profissional*: Constitui-se de relatos que indicam quais são as conjecturas que o profissional faz de atuação do psicólogo junto a pessoas com deficiência.

O procedimento de análise adotado levou a classificação e organização das informações, identificando características relevantes sobre conteúdo investigado e permitiu gerar inferências sobre todo o processo de comunicação, que resultou na interpretação dos dados, envolvendo o cruzamento das informações obtidas. A síntese interpretativa, que será apresentada a seguir, apoiou-se nos dados levantados, na revisão de literatura e na experiência profissional da pesquisadora.

CAPÍTULO IV
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta sessão apresentaremos os temas identificados no processo de análise das informações, quais sejam: 1) características dos entrevistados; 2) instrumentos utilizados para atuação profissional; 3) modelo teórico adotado pelos participantes da pesquisa; 4) dificuldades encontradas na atuação profissional; 5) atuação do psicólogo (junto à família, professores e escola, e em termos de prevenção); 6) concepção de atuação profissional.

1. Características dos entrevistados

No Quadro 1 pode-se encontrar as características dos participantes da pesquisa quanto a idade, sexo, tempo de formação e instituição formadora.

Quadro 1. Características dos participantes da pesquisa quanto a idade, sexo, tempo de formação e instituição formadora.

Características	**Participantes**														
Identificação	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15
Idade	41	41	43	33	40	38	34	31	39	37	38	30	37	39	35
Sexo	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
Tempo de Formado (anos)	18	18	20	10	10	15	10	8	11	13	3	9	14	12	12
Instituição Formadora	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	FUCMT	UCDB	FUCMT	FUCMT	FUCMT	UNESP

Todos os 15 sujeitos têm formação em Psicologia, são do sexo feminino, com idade que varia de 30 a 43 anos. O tempo mínimo de formado é de 3 anos e máximo 20 anos. Quanto a Instituição formadora 13 psicólogos são formados pela antiga Faculdades Unidas Católicas de Mato Grosso (FUCMT); 1 psicóloga formada pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e 01 psicóloga formada pela Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Verifica-se que 100% desses profissionais pertencem ao sexo feminino. Esse dado corrobora o perfil quanto ao sexo, pois, segundo registros do Conselho Regional de Psicologia – 14ª Região, existe o predomínio do sexo feminino na formação profissional e nos dados cadastrais deste órgão.

Cerca de 98% tiveram sua formação pela FUCMT (Faculdades Unidas Católicas de Mato Grosso), que iniciou o curso, pioneiro de Psicologia no Estado de Mato Grosso, há 25 anos; atualmente, Universidade Católica Dom Bosco, segundo Portaria nº 1547/93 do Ministério da Educação e Cultura.

Esse grupo, na sua maioria, é formado por psicólogas que possuem mais de oito anos de formadas. Apenas uma das participantes da pesquisa (P11) possui três anos de formada. Ou seja, o grupo parece possuir significativa experiência profissional se focalizarmos o tempo após a conclusão do Curso de Formação de Psicólogo.

Quadro 2. Características dos participantes em termos de formação profissional após a graduação e quanto a atividade profissional.

Cursos após a Graduação	**Sujeitos**														
	P1	**P2**	**P3**	**P4**	**P5**	**P6**	**P7**	**P8**	**P9**	**P10**	**P11**	**P12**	**P13**	**P14**	**P15**
Especialização:		X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X
• Gestalt		X													
• Educação Especial						X	X		X						X
• Psicologia Social			X												
• Rorschach			X												
• Psicodrama													X		
• Psicopedagogia				X						X		X			
• Metetodologia e Didática do Ensino Superior														X	
Outros (Extensão)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Mestrado:			X												
• Psicologia			X												
Curso de Formação	X	X		X	X		X	X	X				X	X	
• Ramain					X							X		X	
• Psicoterapia globalizada		X							X				X		
• Psicoterapia Familiar	X														
• Psicoterapia da Infância	X						X	X							
• Psicoterapia Breve				X											
Atividades Profissionais															
Instituição Especializada:	X			X	X	X		X	X	X	X			X	X
• Consultório		X	X	X	X	X		X			X	X	X		X
• Docência Superior	X		X												
• Serviço Público	X			X	X		X	X	X	X	X			X	X
• Trabalha com deficiente	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
• Trabalhou com deficiente										X					

No que se refere às características profissionais, 11 psicólogos são especializados, ou seja, indicam possuir título de especialista vinculado a alguma instituição de ensino superior, reconhecido pelo Ministério da Educação.

Pode-se verificar que P_1, P_8 e P_{11} indicam não possuir título de especialista, sendo que P_1 e P_8 possuem *curso de formação*, ou seja, tal curso possui carga horária para caracterizar-se como um curso de especialização, mas que não é reconhecido pelo Ministério da Educação. Tais cursos, geralmente, são ministrados por profissionais titulados e oferecidos por instituições não vinculadas aos órgãos competentes para tal regularização.

Vislumbramos, ainda, que quatro profissionais (P_6, P_7, P_9 e P_{15}) indicam possuir especialização em educação especial – *lato sensu*, três (P_4, P_{10} e P_{12}) indicam possuir especialização *lato sensu* em psicopedagogia, e outros três indicam possuir especialização em *gestalt-terapia* (P_2), psicologia social e *Roscharch* (P_3), psicodrama (P_{13}).

Em nível de mestrado, verifica-se que um dos participantes (P_3) indicou estar em fase de defesa da dissertação.

Ressalta-se, aqui, o fato de, após 18 anos de funcionamento, a faculdade de Psicologia da UCDB oferecer especialização *stricto sensu*, em nível de mestrado, sendo que, até então, o desejo de fazer Mestrado ou Doutorado sempre foi notável na grande maioria dos colegas, desejo esse concorrendo com várias dificuldades, tais como, o poder aquisitivo dos profissionais, o problema da distância a ser percorrida, uma vez que as instituições que oferecem tais cursos estão localizadas fora do Estado.

Sobre os cursos de formação, como foi citado anteriormente, são cursos que não são reconhecidos pelo Ministério da Educação, haja vista que são, na sua grande maioria, oferecidos por Institutos, grupos de estudos dirigidos por profissionais da área, sem vínculo com instituições de nível superior. Dentre os profissionais entrevistados houve indicação de formação em psicomotricidade *Ramain* (P_5, P_{12}, P_{14}), psicoterapia globalizada (P_2, P_9 e P_{13}), psicoterapia da infância (P_1, P_7, P_8) psicoterapia familiar (P_1) e Psicoterapia Breve (P_4).

Os relatos a seguir apresentam algumas considerações que os profissionais fazem sobre os cursos de formação ou de especialização.

Com oito anos de formada P_8 informa:

> *Eu comecei um curso no GEPPI, com o pessoal do GEPPI, dois anos de Psicoterapia, curso muito bom, de Formação.*

Outros profissionais mostram-se confusos ao especificarem seu aperfeiçoamento, como é o caso de P_9, com 11 anos de formada:

> *[...] Especialização aqui em Campo Grande, em Abordagem Globalizada em Psicoterapia Infantil e dentro da área de Educação Especial [...]* (P_9).

E P_{13} com 14 anos de formada:

> *[...] eu tenho a Especialização em Terapia Infantil e de Adolescente Globalizada, de base analítica, e tenho agora a Formação em Psicodrama, que foram 3 anos, estou terminando minha monografia para receber o título de especialista* (P_{13}).

Ressalta-se que o Curso Terapia Infantil e Adolescente Globalizada intitula-se como curso de Formação por estar vinculado ao Centro de Controle do Stress, dirigido por psicólogos clínicos e estudiosos na área e o Curso de Psicodrama intitula-se como Curso de Especialização por estar vinculado ao Instituto Gaia em Campo Grande, em parceria com a PUC de São Paulo. Conforme informações:

> *[...] Curso de Abordagem Globalizada [...] Curso de formação em psicoterapia de grupo, na área da Gestalt, [...] foram dois cursos [...] é de Formação e especialização [...]* (P_2).

Verifica-se que alguns psicólogos atuam sem especialização na área que desenvolve seus trabalhos. Esta é uma característica comumente encontrada nos profissionais que possuem mais de dez anos de formados, no contexto Campo Grande/MS. Até mesmo porque, durante as décadas de 1980 e 1990, conforme levantamento efetuado, foram oferecidos por duas vezes, no espaço de 8 anos, o Curso de Especialização em Educação Especial, pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; um Curso de Especialização em Psicanálise, outro em Psicologia Social e ainda Psicopedagogia pela Universidade Católica Dom Bosco e Psicopedagogia pela Universidade Estácio de Sá do Rio de Janeiro. Estas raras oportunidades fazem parte do nosso progresso profissional, mas nem sempre a oportunidade torna-se viável para uma grande maioria dos profissionais, no que se refere à questões econômicas. Prova-se determinada afirmação através de levantamentos no Conselho Regional de Psicologia, cujo nível de inadimplentes, a cada ano que se passa, aumenta e a evasão dos profissionais torna-se também significativa.

Ainda durante a graduação, enquanto docentes, envolvidos no processo, vivenciamos, no quotidiano, as dificuldades dos acadêmicos pela sobrevivência econômica no contexto universidade. Assim, durante as entrevistas, os profissionais deixavam claro que as impossibilidades objetivas de estarem se aperfeiçoando, muitas vezes, ultrapassam seus desejos e aspirações. Assim,

> *Eu estou fazendo agora, né? Especialização em Educação Especial, a gente está terminando esse ano [...]* (P_6).

E então P_7 com 10 anos de formada:

> *Logo que me formei eu fiz um ano de "especialização", né? um Curso de Psicoterapia Infantil. E agora eu estou terminando a Especialização em Educação Especial na Federal* (P_7).

No que se refere às questões econômicas, que impossibilitam o processo de aperfeiçoamento do profissional, constatamos através da seguinte fala,

> *Outra dificuldade seria a financeira, que acho que é de todo mundo, quer dizer, o psicólogo ele é muito mal remunerado sabe! E é muito mal pago, os convênios pagam muito pouco, atrasa demais, quer dizer, não valoriza o trabalho, sendo que você quer o melhor [...]. você quer estar atendendo bem, muitas vezes você não consegue fazer isso [...]* (P_5).

Verbalizações como essas, encontramos também, durante as entrevistas com aqueles profissionais que atuam nas instituições públicas, onde o psicólogo não é contratado como profissional da psicologia e sim, da Educação, como professor, e é remunerado como tal.

Evidencia-se que todos os psicólogos entrevistados indicaram participar ou participaram de cursos de extensão oferecidos por Instituições Especializadas e/ou grupos de estudos organizados através da comunidade profissional da cidade, do Estado. Este dado parece demonstrar a necessidade de conhecer mais, aperfeiçoar-se, qualificar o trabalho proposto nas diferentes áreas de atuação. Vejamos alguns exemplos de fala:

> *Foram feitos vários pequenos cursos para o aprimoramento da formação [...] Aí [...] tenho participação em Congressos, em alguns encontros* (P_1).

> *Nos lugares onde trabalhei tinha estudos, estudos de casos, e estudos para aprofundar o conhecimento* (P_2).
>
> *Eu fiz curso de língua de sinais [...] curso com cego-surdo [...]* (P_5).
>
> *Ah! fiz outros cursos [...] Sempre quando tem alguma oportunidade da gente fazer um curso voltado na área, a gente está fazendo [...]* (P_6).
>
> *[...] fiz assim cursos, participando de seminários, de congressos, mais assim, curso mais longo foi de 97 para cá* (P_8).
>
> *[...] Eu tenho vários cursos assim [...] de extensão, vários cursos, [...]* (P_3).
>
> *[...] Eu fiz vários cursos de extensão direcionados na área [...]* (P_{10}).
>
> *Não, eu não fiz especialização, eu participei de congressos, alguns encontros, grupos de estudo e, mais estudo individual mesmo* (P_{11}).
>
> *[...] e muitos outros cursos na área de Autismo, Autismo e Psicose* (P_{12}).
>
> *Além de cursos pequenos, né? que são de 40 horas, mais para discussão e acrescentam até na prática [...]* (P_{13}).
>
> *[...] e mais esses cursinhos na área de Educação, que eu nem lembro, de 100 horas, é tudo na área de Educação Especial* (P_{14}).
>
> *Olha, eu fiz em termos de cursos, eu fiz bastante curso na área de [...] porque eu trabalhava na APAE, então, na APAE eu participava de cursos, eu trabalhava com Estimulação Precoce, e foi assim [...] Então eu fiz curso de capacitação na área visual, na área de Deficiência Mental [...] E [...] fiz cursos assim, vários cursos na área de Saúde Mental, na área também de Psicoterapia Breve* (P_{15}).

Ainda analisando o quadro 2, verifica-se que, em relação às atividades profissionais, 10 dos psicólogos entrevistados indicaram trabalhar em instituições especializadas no atendimento à pessoa com deficiência, 10 psicólogos indicaram trabalhar e/ou no consultório particular fazendo clínica de infância, adolescência e adulto.

P_1 e P_2 indicaram exercer a docência no ensino superior. Vimos ainda que 10 psicólogos são também funcionários públicos (municipal ou estadual). Importante ainda ressaltar que 14 psicólogos trabalham com pessoas deficientes sendo que P_{10} indicou ter atuado na área por muitos anos e, atualmente, está afastada.

Cinco participantes (P_2, P_3, P_7, P_{12} e P_{13}) indicaram que iniciaram seus trabalhos como psicólogos em instituições especializadas e, atualmente, fizeram opções por outros locais para desenvolverem sua experiência profissional.

Quatro psicólogos (P_2, P_3 P_{12}, P_{13}) entrevistados indicaram que fazem atendimentos em consultório particular, sem vínculo com instituições e outros seis (P_4, P_5, P_6, P_8, P_{11}, P_{15}) indicaram atender em consultório particular, além de possuir vínculos com instituições especializadas:

> *[...] então, eu hoje tenho consultório [...] e pela localização de meu consultório é complicado deficiente físico, porque tem uma escada para subir, mas limítrofes sabe, eu continuo atendendo até hoje* (P_3).
>
> *Hoje, eu só estou no consultório, não tenho vínculo empregatício com nenhuma instituição, nem com Estado, nada* (P_{13}).

Em contrapartida, é possível verificarmos, nos exemplos de fala, que alguns profissionais indicam atuar, concomitantemente, em instituição e consultório. Pode-se verificar que alguns psicólogos não atendem deficientes nos seus consultórios, embora trabalhem com os mesmos nas Instituições. Vejamos:

> *CEADA e consultório particular [...] no consultório não atendo deficiente [...] mais adolescente na área de Orientação Vocacional, crianças com dificuldades de aprendizagem e emocional, e [...] é mais aprendizagem* (P_4).
>
> *[...] se bem que eu tenho dois trabalhos. Tem o trabalho da escola que tem bastante adolescente, né? E trabalho em consultório, <u>mais com criança mesmo</u>* (P_6).

Dois psicólogos (P_1 e P_3) indicaram exercer a docência, trabalhando com disciplinas que tratam com a questão de desenvolvimento, prevenção, enfocando a Educação Especial:

> *Sou professora na Faculdade de Psicologia [...] Pedagogia [...] dentro da área de Educação Especial ou Desenvolvimento ou na área de prevenção [...]* (P_1).

Estaríamos neste momento, ousando estabelecer correlações referentes às questões a seguir. A priori os participantes desta pesquisa, de forma geral, possuem experiência profissional junto à pessoas com deficiência, embora a maioria não tenha especialização em área específica, citam experiências extra-curriculares que as

estimularam para atuarem em Instituições especializadas, motivando-as para uma expansão desta prática direcionadas para seus consultórios.

Vejamos através dos exemplos de fala,

> *[...] desde o meu estágio em escola, que foi feito em uma clínica escola para crianças portadoras de necessidades especiais, aí eu nunca mais parei. [...] desde que formei eu já comecei com consultório e trabalhando nessa área* (P_2).
>
> *Quando terminei a faculdade eu já estava empregada, eu fui Contratada pela S.P [...] iniciamos só com muita vontade de Aprender, a gente não tinha muitos subsídios [...] porque na Faculdade a gente teve muito pouco, nós não tivemos, nós tínhamos Psicologia do Excepcional, mais, nada, quer dizer, Nada não! Mas muito pouco pode ser utilizado na prática. [...] hoje tenho consultório [...] limítrofes eu continuo atendendo [...]* (P_3).

Portanto, torna-se evidente que durante os anos de formação, de acordo com exigências do Conselho Federal de Educação, o currículo mínimo do Curso de Psicologia está constituído por disciplinas básicas obrigatórias e outras optativas, das quais no mínimo três são obrigatórias no contexto. Assim, encontramos a Psicologia do Excepcional, como a única que faz referência às questões vinculadas às deficiências. Como se o deficiente não fizesse parte do contexto *tratável*, no que se refere a clientela atendida pelo profissional da Psicologia. Como se não fosse parte integrante da diversidade humana.

Temos notado ao longo dos anos, a princípio enquanto acadêmico, depois como profissional e atualmente docente, a existência, no meio acadêmico, de resistência em relação a inserção, no contexto teórico geral das disciplinas, temas que abordem a prática profissional junto às pessoas com deficiência, até mesmo porque trabalhos específicos na área são escassos, assim, os docentes limitam-se em estabelecerem pautas referentes à questão. Deixando, portanto, transparecer um conceito contrário ao seguinte raciocínio:

> [...] a psicologia não é um saber, mas é um plural. O que se organiza nesse campo não é a unidade e o homogêneo, mas sim, a diversidade e o heterogêneo, a diferença. (MENDONÇA FILHO, 1998, p.68 apud PSICOLOGIA, CIÊNCIA e PROFISSÃO, 1997, p.5).

Ainda com relação aos exemplos de fala temos:

> *[...] eu comecei com a Associação de Surdos [...] eu já comecei a trabalhar antes de sair da faculdade [...] para mim foi assim, uma psicologia nova, trabalhar nessa área, da surdez [...] logo que me formei, já comecei com consultório [...] meu primeiro cliente foi um surdo* (P_5).
>
> *[...] tive a felicidade de estar no segundo ano da faculdade e entrei como estagiária numa instituição [...] 15 anos, tanto em instituição quanto em consultório [...] eu considero a faculdade, ela entrega a carteirinha profissional, mas ela não faz, ela dá condições para você aprender e dali começar a andar [...]* (P_{10}).
>
> *[...] eu entrei como estagiária [...] terminei como coordenadora. [...] E no consultório trabalho direto com a criança na área, na linha de maternagem, orientação para a família [...] crianças e adolescentes, não necessariamente portador de necessidade especial, não. Mas essas crianças também têm aparecido* (P_{12}).
>
> *[...]14 anos. Comecei na LBA, fazia estágio remunerado, lá. Era com excepcional idoso. Aí, quando formei, continuei [...] depois eu assumi a primeira sala de recurso do estado [...] fiquei dois anos e meio na Secretaria de Educação Especial [...] Fiquei três anos no consultório [...] todo mundo forma com aquela ilusão, que consultório é tudo, eu também saí com ela, porque lá na faculdade a nossa prática é clínica. Só que eu vivo dentro da escola* (P_{14}).

Podemos ainda ressaltar, de acordo com a fala de (P_{12}), o fato da formação profissional na Psicologia, privilegiar uma formação individualista e egocentrista, cuja tendência é fazer com que os acadêmicos e depois profissionais permaneçam fechados, em sua maioria, aos problemas referentes à sua formação que prioriza as alterações consideradas tratáveis e que visem uma condição desvinculada do ser deficiente / diferente.

Em contrapartida, ainda durante a formação, surgem oportunidades de estágios junto as Escolas, Comunidades, Instituições de Saúde e Clínicas-escolas que de alguma maneira possibilitam *"[...] o contato direto com uma clientela típica, isto é, proveniente de classes populares, que representam a maioria da população brasileira* (MALUF,1994, p.166).

Contatos estes, que propiciam aos psicólogos e acadêmicos, uma oportunidade, para profunda reestruturação nos esquemas conceituais que sustentaram e sustentam sua formação em psicologia durante o curso de graduação. Aqui estamos tentando estabelecer uma tentativa de comunicarmos o fato de que não estamos preparando ou fomos

preparados durante a formação para compactuarmos, enquanto profissionais, apenas com a normalidade, com o óbvio, com o perfeito, e sim, com a diversidade, com o diferente, com o preconceito gerado pelo oposto vivenciado por nós humanos, desde a nossa concepção.

Através da fala desses profissionais, podemos confirmar a necessidade de que o psicólogo apresenta, ainda durante a sua formação, de apreender, compreender e introjetar que uma de suas tarefas é contribuir com os seus conhecimentos, sobre as relações que se processam na clínica, na escola e nas empresas, para repensar as relações com as deficiências e as subjetividades produzidas nessas relações. A mudança de referenciais teóricos na compreensão destas questões como um todo, promoverão, temos que admitir, o desenvolvimento de práticas psicológicas de melhor qualidade.

Fica claro ainda, que esses profissionais despertam seus interesses pela área da deficiência, a partir de oportunidades de contato com a prática exercida durante a efetivação de seus estágios.

Ainda nesse item, vimos de forma nítida a relação das questões referentes às deficiências e a área Escolar na Psicologia. Pois a impressão que temos é de que para estabelecermos conhecimentos teóricos e intervenções práticas na área da deficiência haveremos que pensar a Educação Especial, enquanto que, para nós, a Educação Especial é uma possibilidade de intervenção onde, imbuídos de muita certeza, teremos que dispor de profundos conhecimentos na área escolar. O que chega a ser um problema, conforme citamos em capítulo anterior, pois a formação está voltada para um caráter eminentemente clínico. Gerando, portanto, um pensar ambivalente, pois se a deficiência é reconhecida no âmbito teórico vinculada à questões escolares e, em contraposição, a nossa formação é imbuída de teor clínico, então, temos que conceber o pensar de Dal Pogetto (1998) que faz referência ao fato de que a ciência psicológica tem contribuído para a definição das características e contradições no âmbito da Educação Especial e que parte da superação de alguns problemas encontra-se na mudança da formação profissional do psicólogo:

> […] Para enfrentar tais problemas, sentimos que, no campo específico da psicologia, falta instrumental ao psicólogo, pois, o vemos se debatendo entre uma ação eminentemente clínica, dentro das escolas ou então agindo apenas como um constatador – rotulador, muitas vezes abusando de medidas psicométricas, frequentemente não sabendo que função desempenhar na situação escolar (FERREIRA, 1994, p.23 *apud* DAL POGETTO, 1996, p.33-34).

Assim, urge compreendermos a necessidade de mudanças no contexto responsável pela formação do psicólogo, para estabelecer alterações nas suas concepções e, conseqüentemente, atuações na área da deficiência, para que o mesmo possa estabelecer uma postura crítica e ética diante do conhecimento e das possíveis intervenções. Uma árdua tarefa para as Universidades, Conselhos Federal e Regional de Psicologia e Psicólogos.

2. Instrumentos utilizados para atuação profissional

Neste tema trataremos de questões pertinentes aos recursos empregados para a obtenção de resultados através da atuação profissional.

De acordo com as respostas obtidas durante as entrevistas, verificou-se que os participantes mencionam o uso dos testes psicológicos, as técnicas, ou seja, seus procedimentos, caracterizando, portanto, os recursos utilizados pelo psicólogo no que se refere a métodos[3] e técnicas[4] psicológicas, podendo, assim, indicar as concepções subjacentes aos modelos teóricos adotados para a atuação profissional em relação ao cliente que está à procura de ajuda.

Pode-se constatar através das verbalizações, que os psicólogos indicam utilizar recursos como avaliação diagnóstica, orientação direcionada ao professor, atendimento aos pais através de trabalho de grupo, orientações, citando técnicas comumente utilizadas. Assim, através do exemplo de fala de P_1 poderemos constatar alguns recursos utilizados, vejamos,

> *Então o psicólogo é responsável pela avaliação, pelo diagnóstico. [...] uma avaliação individualizada, com testagem formal: testes de inteligência como o WISC, o Colúmbia, Bender, e, ainda se utilizava uma hora de jogo com a criança […] A triagem diagnóstica é feita com a anamnese, como ponto de referência e uma hora de jogo [...] Das técnicas [...] a gente pode falar de Psicodiagnóstico, de intervenção psicopedagógica, e de grupos operativos* (P_1).

[3]Métodos – Conjunto sistemático de procedimentos orientados para fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos. (Manual do Conselho Regional de Psicologia CRP- 06, 1996, P.44)

[4]Técnica – Entende-se como toda atividade específica, coerente com os princípios gerais estabelecidos pelo método. (Manual do Conselho Regional de Psicologia – CRP- 06, 1996, p.44)

Constatamos que os testes foram evidenciados em demasia, talvez por serem compreendidos pelos profissionais da psicologia como um dos principais instrumentos de trabalho ao qual o psicólogo, durante suas intervenções, é requisitado a fazer uso. Pois concebe-se que,

> Os testes psicológicos são empregados, atualmente, na solução de um grande número de problemas práticos. *[...]* os testes psicológicos apresentam instrumentos padronizados para a investigação de problemas bem diversos: mudanças no indivíduo provocadas pela idade, as influências da educação, o resultado da psicoterapia, o impacto da propaganda, a influência da distração na realização (ANASTASI, 1977, p.4).

A partir dessa ênfase atribuída aos testes, iremos então, elaborar meio de alguns *exemplos de fala*, breves explanações sobre a questão em pauta. Veremos:

> *Observação lúdica, é feito anamnese, testes projetivos como o CAT, Fábulas de Duss* (P_2).
>
> *É o Colúmbia, o Bender e o HTP* (P_7).
>
> *Testes projetivos ou não projetivos para que ele possa estar respondendo para mim* (P_9).
>
> *A gente aplica o Bender, o HTP.* (P_{11}).
>
> *[…] eu aplico muito HTP, por conta da Personalidade […]* (P_{14}).
>
> *[…] eu pego sempre um teste projetivo, um HTP[…] até o Bender […] alguma coisa de Psicopedagogia* (P_{13}).

Sobre estes testes, faz-se necessário estabelecermos alguns critérios a caráter de informação, até mesmo, porque, através da nossa concepção, grande parte deles não está adaptada a nossa realidade cultural. Veremos por exemplo, que a Escala Wechsler de Inteligência para Crianças – o WISC, foi criado nos moldes da escala para adultos, no qual o autor se preocupou não somente em obter um instrumento de medida que permitisse a avaliação do nível mental do sujeito, mas também conseguir uma visão das condições em que era realizado o seu trabalho mental, levando em consideração os aspectos não intelectuais que contribuíram para o resultado da prova. A aceitação de que aspectos afetivos e intelectuais estão interligados e influenciam, conjuntamente, a realização das provas de nível mental expressa-se na seleção e organização dos subtestes desta escala, fornecendo informações valiosas a respeito das condições do funcionamento mental.

Trabalhando com este teste é possível obter-se um índice de QI (quociente intelectual) que é uma medida a ser considerada a partir da análise qualitativa da realização em cada subteste, da comparação da realização nos vários subtestes, expresso em número de pontos ponderados e de análise do tipo de erros cometidos.

Neste contexto, os resultados expressos em QI perdem o seu caráter absoluto e são vistos de forma relativa, o que permite uma visão global do funcionamento mental, que deixa de ser reduzido a um número de índice.

Glesser e Zimmermann (1967 *apud* Cunha, 1988), fazem notar que o WISC, ao fornecer o QI e uma análise qualitativa do funcionamento mental, oferece avaliação completa e rápida, de forma suficiente, que permite a tomada de decisões para encaminhamento de crianças com problemas. Colocam em evidência a possibilidade que o teste oferece de verificar se há diferença entre a realização do sujeito e o seu potencial, ou dito de outra forma, se existem fatores de ordem emocional e afetiva prejudicando o funcionamento mental.

Exige-se para sua aplicação, conhecimento profundo do significado dos seus doze subtestes. Estes subtestes estão reunidos de forma a permitir avaliar a realização verbal e a de execução separadamente, para fins de comparação. Os subtestes da área verbal contêm questões que vão desde os conhecimentos que a criança deve possuir por participar da cultura ocidental até compreensão e utilização das palavras, avaliando sua capacidade de abstração e categorização. Os subtestes de execução contêm provas baseadas em material concreto, como: figuras de completar, armar histórias com quadros, quebra-cabeças, labirintos, formar desenhos com cubos.

Vale ressaltar que o teste WISC foi adaptado à realidade brasileira, porém não foi padronizado. Sendo assim, os resultados quantitativos estão comprometidos. O uso desse teste tem sido alvo de polêmicas no contexto acadêmico e profissional, pois mesmo com todas as incoerências experimentadas quanto a questão da adaptação à nossa realidade cultural, percebemos que é ensinado durante a graduação em psicologia e insistentemente aplicado como um dos mais eficazes testes de inteligência numa população que apresenta-se, cronologicamente, entre os 5 e 15 anos.

Através dos depoimentos de alguns entrevistados, detectamos que existem profissionais que, diante à verificação dos resultados não fidedignos de tais instrumentos, fizeram opção pelo uso controlado do mesmo,

> *[...] eu trabalhava muito com o WISC, hoje eu quase não trabalho, porque o WISC ele dava uma […] a nossa criança mesmo normal, já era deficiente mental antes de fazer o WISC, e depois que fazia já era comprovado, e nós começamos a ver que não dava certo* (P_{14}).

Podemos constatar através dessa fala que, mesmo percebendo os cuidados que devemos ter ao utilizarmos esse teste em crianças da nossa cultura, ainda alguns profissionais, talvez pela falta de informação, persistem, de forma contraditória, no uso deste instrumento. E o que ressaltamos é que o uso é feito de forma inadequada, constatamos isso através deste exemplo de fala,

> *Aquela análise que faz [...] que só aplica a parte não verbal, até para estar vendo se é verbal, para ver informação, para ver como ele está relacionando, então essas coisas eu uso, mas não, eu não faço a parte [...] avaliação quantitativa* (P_{14}).

É do nosso conhecimento que os testes necessitam de uma aplicação cuidadosamente explicada e estudada, e enquanto psicólogos, obrigatoriamente temos que ser discípulos dessa verdade, pois,

> O processo diagnóstico é a forma resultante de determinada organização e estruturação de elementos. Expressa-se na seqüência de fases e nos passos que se dão para a consecução dos objetivos diagnósticos. Estes são estruturados e orientados em função de determinados embasamentos teóricos e práticos. (TRINCA, 1981, p.14).

É de nosso conhecimento, portanto, que não há esquemas que se identifiquem como a melhor maneira de se desenvolver um diagnóstico, mas devemos refletir sobre os diversos embasamentos teóricos que vão determinar o processo, assim todo diagnóstico, deve ter uma estrutura organizada, sistematizada e flexível. Essas características são importantes porque o uso adequado dos testes faz parte de um processo científico, que deve partir de um prévio levantamento de hipóteses, sendo em si uma investigação, e uma pesquisa sobre a dinâmica do indivíduo em questão.

No decorrer das falas, detectamos a indicação de outro teste de Inteligência, a Escala de Maturidade Mental Columbia, que começou a ser desenvolvido como necessidade de um instrumento para tentar estimar a capacidade intelectual de crianças com deficiências verbais ou motoras, mais precisamente com paralisia cerebral. Também é utilizado para crianças que possuem dificuldade para o uso da expressão verbal.

A escala foi constituída por tarefas, arranjadas em uma série que previa uma ordem crescente de dificuldades apresentadas na forma de 100 cartões, cada um apresentando o mínimo de três e o máximo de cinco desenhos coloridos grandes, reproduzindo figuras geométricas, humanas, animais e outros familiares às crianças e de percepção fácil e atraente.

Segundo Anastasi (1975), para a padronização foi utilizada uma amostragem inicial de cerca de 2000 crianças e destina-se ao uso com crianças de 3 a 12 anos, parecendo constituir uma medida mais eficiente entre 4 a 10 anos.

Ainda é indicado para se obter uma estimativa do nível intelectual em crianças com deficiências verbais, motoras e auditivas, como também, para exame de maturação mental e análise do pensamento conceitual em crianças normais. Vale ressaltar que o Columbia foi adaptado e padronizado, recentemente, de acordo com a realidade latino americana, mesmo assim, permanece oculto enquanto opção para investigação fidedigna da inteligência de crianças e púberes. Justifica-se tal atitude, pelo fato de que durante a formação, nos cursos de graduação em psicologia existentes na região, Mato grosso do Sul, não é atribuído atenção devida ao teste. Acadêmicos concluem o curso de psicologia e enfatizam o fato de não conhecerem tal instrumento. Faríamos aqui um cruzamento com a questão da formação do psicólogo que vem sendo merecedora de reestruturação no âmbito teórico e prático.

Os testes projetivos[5], como o HTP – Teste da casa (House), árvore (Tree), Pessoa (Person), o CAT (Teste de Apercepção Infantil), e as Fábulas de Duss, são citados pelos participantes da pesquisa como instrumentos utilizados na avaliação do desenvolvimento afetivo - emocional do indivíduo.

---

[5] Testes projetivos – Grupam-se sob esta denominação as provas nas quais a personalidade do indivíduo é levada a projetar-se em manifestações de natureza diversa (Piéron, 1995, p 427).

Sendo assim, no que se refere ao teste da Casa-árvore-pessoa, designado por HTP, foi elaborado por Jonh Buck e publicado em 1948, temos informações de que este instrumento passou por diversos estudos posteriores que permitiram avanços na técnica. Segundo Cunha (1988), a escolha da casa, árvore e pessoa como conceitos gráficos, justifica-se, de acordo com Buck, por serem triviais a todos as pessoas no seu âmbito existencial. E ainda, "*[...]* estimavam uma verbalização mais livre e espontânea do que outros itens, além de serem conceitos simbolicamente férteis em termos de significação inconsciente" (HAMMER *apud* CUNHA, 1988, p.97).

Atribui-se a este teste a possibilidade de análise quantitativa dos desenhos. Conforme indica Cunha (1988), Buck propôs uma estimativa da inteligência do indivíduo, que é intensamente complexa. Portanto, como técnica projetiva, tem como base uma série de postulados, dentre os quais, o mais importante,

> Cada desenho completo (a casa, a árvore, a pessoa) se deve considerar tanto como um auto-retrato, como um desenho de tal objeto, posto que os sujeitos só desenham aquelas características do todo, que consideram essenciais. Além disso, o sujeito pode indicar, de modo positivo ou negativo, que um determinado detalhe, uma combinação de detalhes ou o método de apresentá-los tem uma importância especial, para ele (MORRIS, 1976 apud CUNHA, 1988, p.97).

De acordo com Hammer apud Cunha (1988), os sujeitos representam, não intencionalmente, uma imagem de si mesmo, exatamente como são, tal como temem que poderiam ser ou como desejariam ser.

Temos que a análise do teste é acompanhada do significado dinâmico dos elementos construtivos e, *"para isto concorre não só o simbolismo inerente à casa, árvore e pessoa, mas o interrogatório sobre os desenhos, posterior aos mesmos"* (CUNHA, 1988, p.97).

Ressaltamos, ainda, que este teste é indicado também como complementação de dados que são obtidos através de outras técnicas projetivas, com objetivo de uma compreensão dinâmica do caso individual e complementação de dados obtidos através de outras técnicas para fundamentar indicações terapêuticas. Portanto, nos deparamos em alguns momentos da nossa pesquisa, com depoimentos que demonstram aspectos contraditórios a estas indicações, pois alguns profissionais utilizam o instrumento de forma isolada e única, erroneamente, para obterem informações diagnósticas do cliente e assim, encaminhá-lo para serviços especializados. Vejamos através das falas a seguir,

> *[...] quando eu entrei [...] eu entendi que eu precisava como profissional, deslanchar, eu ficava assim [...] querendo saber mais o quê ele me trazia ?(cliente), do quê que ele gostava? o quê ele gostaria de fazer nessa escola ? Então eu achei importante é [...] a gente até estar avaliando isso, fazer uma avaliação com HTP* (P_{15}).

Outro,

> *[...] eu pego sempre um teste projetivo, um HTP, que vai me dar uma história de vida, e o traçado que vai me dar uma qualidade de [...] eu vejo tanto a parte qualitativa quanto quantitativa, e aí eu vou atrás de traçado, do próprio desempenho da figura, da história que ele me dá do desenho, daí já me dá um cabedal de conhecimento [...] Então eu vou com HTP, que eu consigo entrar na historinha dele, certo?* (P_{13}).

Verificamos também que alguns entrevistados, fazem referência ao CAT – Teste de Apercepção Infantil, que faz parte da série de técnicas projetivas que usa o processo de apercepção[6] de temas suscitados por quadros apresentados ao sujeito. Quadros estes que permitem realizar uma exploração das áreas de problemas e de aspectos da personalidade, na medida em que suscitam reações ligadas à história da vida emocional, como modos de ajustamento interpessoal, mecanismos de defesa, tipos de ansiedades, fantasias e necessidades. Para se chegar a um resultado analisa-se a produção verbal do sujeito com base na teoria psicanalítica da personalidade. O objetivo deste teste é fornecer uma visão da problemática da criança em desenvolvimento; por esta razão, os quadros apresentam cenas ligadas às fases oral, anal, fálica e às relações com os pais e irmãos.

O método das Fábulas de Duss é utilizado, segundo Cunha (1988), para a investigação da presença de complexos infantis. Através do relato à criança de uma história que deve completar, espera-se que a criança se identifique com o herói, sendo o herói colocado em uma situação representativa de uma fase do desenvolvimento afetivo. Se a fábula mobilizou o complexo em potencial, a criança irá verbalizar sobre ele na forma de história. No total, são dez fábulas, com os seguintes temas: do passarinho; do aniversário de casamento; do carneiro; do enterro; do medo; do elefante; do objeto fabricado; do passeio; da notícia e sonho mau. Pode ser aplicada a partir dos três anos de idade.

---

[6] Por apercepção se entende a integração de uma percepção com a experiência passada e com o estado psicológico atual do sujeito (KOGAN *apud* LOURENCE; VAN KOLCK, 1975, p.284).

Encontramos, ainda, dentre as indicações de testes, o Bender, que é um teste utilizado para avaliação do desenvolvimento e do nível da organização psicomotora, bem como indica a possibilidade de lesões neurológicas. Este teste objetiva estudar o desenvolvimento e as regressões da capacidade de estruturação espacial. Consiste em nove formas geométricas as quais o indivíduo deve copiar na ordem dada e em posição determinada. Os aspectos de maior interesse clínico são: organização motora, a organização espacial e temporal e o esquema corporal.

Enquanto técnica evidencia-se a Anamnese e Hora de Jogo Diagnóstica, que segundo Ocampo (1981) tem como objetivo conhecer a realidade da criança através do brinquedo, *"que é sua forma de comunicação, assim como a linguagem verbal o é do adulto"*. Nesta situação a criança expressa um segmento do seu repertório de condutas, *reatualizando,* no aqui e no agora, um conjunto de fantasias e relações de objeto que se impõem ao campo de estímulos.

Vejamos exemplo de fala,

> *[...] inicialmente faço observações mais livres [...] observações lúdicas* (P_2)
>
> *[...].hora de jogo com a criança, onde o psicólogo tem seus instrumentos para saber se esta criança está dentro dos padrões de normalidade, se não está, como está* (P_1).

Esses profissionais indicaram utilizar como instrumentos de avaliação, conforme já abordado, os testes de inteligência, os testes projetivos e testes de execução gráfico-motor. Instrumentos comumente utilizados por psicólogos que *atendem* a uma população considerada normal e também, passível de apresentar-se com deficiência e fazer parte de contextos: clínicos, escolar ou organizacional. É possível, neste momento, interpretarmos, que a atuação dos psicólogos entrevistados, parece estar voltada para um enfoque clínico. Cruzando essas informações com a questão da formação profissional, cabe salientar que a mesma parece se dirigir para uma esfera clínica, apesar de quatro dos participantes da pesquisa, terem especialização em educação especial e três em psicopedagogia.

A anamnese é um instrumento que busca dados para poder conhecer, avaliar e descrever os fatores intrapsíquicos, interpessoais, sócio-culturais e orgânicos, cuja interação possa estar ocasionando o desajustamento do paciente. É baseada em um roteiro que orienta a coleta de dados, fornecendo as categorias em que devem ser colocadas, ajudando a ordená-las, para que forneçam um quadro descritivo organizado, de onde possam se destacar e emergir, claramente, os elementos mais significativos que vão servir de guias para o diagnóstico.

Outro instrumento indicado foi o jogo:

> *[...] eu trabalho muito com jogos. Com jogos no sentido de estar desenvolvendo percepção, trabalhando, aproveitando as potencialidades para puxar aquilo que não está tão bom [...]* (P_3).
>
> *[...] desenho, jogos [...]* (P_4).
>
> *É testes, jogos, é brinquedos. (P_7)*
>
> *Observação, é [...] o material de maternagem [...] e muito brinquedo, jogos e muito [...] afeto eu acho!* (P_{12}).

As falas anteriores parecem indicar que esses psicólogos tentam utilizar como recursos, durante as suas intervenções, materiais menos formais. Justifica-se esta possibilidade através das verbalizações que indicam as dificuldades que surgem em aplicar testes formais em pessoas com deficiência mental, visual, auditiva, física ou múltipla. Podemos confirmar tais indagações através dos exemplos de fala de P_4, P_{11}, P_{12}, P_{14} e P_{13}, como a seguir,

> *Tinha muito Síndrome de Down, então a avaliação era bem em cima de brincadeira mesmo, jogo. Testes formais a gente não usava mesmo* (P_4).
>
> *Quando a criança responde, sim. Mas é difícil. As crianças quando vem aqui elas estão bem comprometidas, mas quando possível, sim. A gente aplica o Bender, o HTP* (P_{11}).
>
> *Lá os testes convencionais não poderiam ser utilizados com as crianças, com aquelas crianças* (P_{12}).
>
> *Hoje eu quase não trabalho com WISC, porque o WISC ele dava uma [...] a nossa criança mesmo normal, já era deficiente mental antes de fazer o WISC, depois que fazia já era comprovada, né! E nós começamos a ver que não dava certo* (P_{14}).

Como complementação temos o seguinte exemplo de fala, que nos oferece confirmações relevantes,

> *É muito complicado isso, porque a gente não tem instrumentos oficiais que a gente estudou, que fica adequado a nossa realidade. Se não está adequada a nossa clientela dita normal entre aspas, quanto mais a nossa clientela que já tem uma história de deficiência, de fracasso nas costas. Então se você pegar um WISC para ver o nível mental né, se você pegar os instrumentos [...] o que você vai estar fazendo? Você não vai estar fazendo nada* (P_{13}).

Vimos, até então, que os participantes da pesquisa indicam os testes e técnicas utilizadas em seu trabalho e evidenciam estes instrumentos como parte sistemática da sua prática profissional. Em contrapartida, nos deparamos com outro subgrupo que apresenta reservas e mesmo se opõem ao uso dos testes como vimos acima, citado e ainda veremos mais, através das falas de (P_1, P_6), uma facção de descrédito em relação aos testes enquanto instrumentos para avaliação da clientela de seus respectivos contextos alegando que os mesmos não estão adaptados à realidade cultural da nossa sociedade.

> *[...] e ai nós estamos num momento que é muito discutido, muito, que avaliação formal utilizar né [...] o WISC não satisfaz né, o Colúmbia [...] nem tanto [...] Então a equipe está num momento de discussão: o que utilizar? [...]* (P_1).

> *Olha, teste é uma coisa assim, que eu não uso, é muito difícil, porque assim [...] pela experiência que eu tenho [...] No começo até usava, até tentava usar, mas depois você vai percebendo que é difícil você aplicar um teste no [...] né? E também não leva muito a nada [...]* (P_6).

Para P_5 o teste pode dificultar a compreensão do profissional em relação ao cliente e, às vezes, acaba sendo utilizado devido à insegurança do profissional para poder conhecer o cliente.

> *[...] alguns testes eu não gosto, eu acho que limita muita coisa, é [...] impede de você chegar a [...] no ser humano, você começa querer ver resultado na pessoa, o que deu no teste [...] Então isso limita um pouco [...] eu gosto de tentar conhecer a pessoa primeiro, tentar sentir a pessoa primeiro, para depois eu entrar com teste, aí esse teste vai se um complemento. [...] e muitas vezes você vê ao contrário sabe! O profissional se preocupando muito com os resultados dos testes, porque eu acho que é até um medo que o profissional tem de não conseguir perceber, ela precisar, ele precisar do teste, para direcionar o trabalho [...]* (P_5).

Diante de tais indagações, que expressam descréditos em relação aos instrumentos essenciais para a realização de um trabalho considerado de fundamental importância na atuação do psicólogo e ainda, a evidência da existência de dificuldades no manejo destas técnicas e testes, concluímos que possa ser algo que esteja relacionado à falta de fundamentação teórica, necessária para a compreensão das adequações e inadequações que este material, na sua variabilidade e diversidade, pode contribuir para a efetivação de procedimentos concernentes à prática da psicologia. Uma outra questão que gostaríamos de evidenciar, é a de que: deveriam existir testes para pessoas consideradas normais e outros para as supostamente anormais? Se nós, enquanto estudiosos da psicologia, não nos acomodamos com a reprodução, ao invés de buscarmos, através dos nossos entendimentos, alternativas fundamentadas para estas questões?

3. Modelo teórico adotado pelos participantes da pesquisa

A priori, necessário se faz esclarecer que o termo *abordagem teórica* estabelece uma condição para versar sobre algum assunto; o termo *modelo teórico* parece estabelecer uma aproximação com aquilo que serve de exemplo, ou então, regra, norma, e ainda *linha teórica* parece ser uma orientação teórica adotada por alguém. Portanto, na presente pesquisa, não existe preocupação com o rigor dessa distinção ou semelhança, sendo assim, será usado linha teórica, ou abordagem teórica ou ainda, modelo teórico como sinônimos para buscar entender qual a tendência existente para cada profissional, para o estudo profundo dos grandes teóricos, das grandes teorias.

Com base na evidência dada em relação a alguns modelos teóricos, faremos, então, uma breve abordagem sobre os mesmos.

Segundo Rosa (1995), toda teoria, antes de ser considerada ciência ou ser respeitada como científica, passa antes por uma fase de formação de Escolas. Esta fase é considerada primária em conseqüência da falta de dados coletados de forma sistêmica para consolidar teorias, prevalecendo a posição teórica de um mestre que se faz envolto por seguidores que irão difundir suas idéias. O resultado é que esses ensinamentos tendem a se apresentar de forma dogmática e, a partir de então, inicia-se um processo de discussão

entre os seguidores contrários. Sendo assim, surgem os conceitos de ortodoxia e heterodoxia e, então, a definição do certo e do errado fica a critério da estrutura do poder.

A propósito o que se quer argumentar é que no início do desenvolvimento da psicologia formaram-se várias Escolas e, algumas delas, continuam ativas até então, como é o caso do behaviorismo, psicanálise, gestalt. Outras têm sido modificadas para que, de algum modo, sobrevivam. Portanto, na proporção em que a psicologia adquire seu reconhecimento em meio ao contexto científico, essas Escolas ficam na eminência de desaparecerem. Atualmente existem poucos psicólogos considerados como seguidores ortodoxos de determinadas escolas de psicologia, o que predomina são os especialistas dentro do vasto campo da psicologia moderna.

Essas escolas, hoje, são os nossos modelos teóricos, dos quais derivam-se os estudos da psicologia contemporânea. Dentre os modelos teóricos evidenciados pelos sujeitos desta pesquisa, iniciaremos, através do significado das falas, estabelecer correlações teóricas a partir das mesmas.

Sendo assim, pode-se constatar através das respostas que alguns participantes da pesquisa indicaram ter formação em *gestalt*, assim como também em *Abordagem Globalizada* (P_2, P_9, P_{14}), vejamos:

> *O trabalho é basicamente nessa linha de formação que é a gestalt e a abordagem globalizada com a criança, o desenvolvimento global mesmo, atendendo assim a todas as áreas [...]* (P_2).
>
> *[...] Abordagem Globalizada em Psicoterapia Infantil [...]* (P_9).
>
> *Eu acho que com a gestalt* (P_{14}).

No que se refere à Abordagem Globalizada, não foi possível encontrar bibliografias ou publicações sobre o tema em questão. As informações que temos é que os estudos direcionados para esta abordagem incluem todas as linhas teóricas, ora em discussão. Segundo os próprios participantes da pesquisa que fazem referência ao tema.

A teoria gestáltica ou psicologia da forma recebeu influência da Filosofia de Kant, da Fenomenologia de Husserl e da Física de Mach e Von Ehrenfels. *"Pode-se dizer,*

por via de conseqüência, que a gestalt nasceu sob o signo da Física Moderna, cujo modelo adotou e do qual nunca se afastou" (ROSA, 1995, p.114).

Os verdadeiros e imediatos fundadores da *psicologia da forma* foram: Max Wertheimer que, por volta de 1912, concluiu que o movimento aparente existe como é percebido, não podendo ser reduzido a qualquer elemento mais simples, fato este designado como fenômeno *phi*, explicado através dos estudos experimentais sobre a percepção do movimento e que, segundo Rosa (1995), marcou o ponto de partida da teoria gestáltica da percepção.

Kurt Kaffka escreveu sobre a teoria gestáltica da percepção, provocando uma linha de pesquisa sobre o assunto, contribuindo para o prestígio científico dessa teoria, e ainda, Wofgang Köhler advogou que a psicologia deveria estar vinculada à Física, adotando, portanto, seu modelo para firmar-se como ciência experimental. Ainda *"influenciado pela fenomenologia, Köhler afirmou que o legítimo objetivo da psicologia gestáltica é a análise dos elementos essenciais que existem nessa organização"* (ROSA, 1995, p.117).

A gestalt contribuiu, então, de forma específica com os estudos sobre a percepção, a aprendizagem e o pensamento. Recebeu muitas críticas, mas recebeu também reconhecimentos pelas contribuições ao estudo do comportamento humano, principalmente no que se refere à percepção, aprendizagem, pensamento criativo e sua influência na psicoterapia, como indicam os trabalhos de Frederick Perls, Ralph Hefferline, Paul Goodman e outros.

Nessa pesquisa, os psicólogos se referem a gestalt-terapia que, segundo, Roudinesco e Plon (1998), é um termo que se deriva da teoria da gestalt, criado pelo psicanalista Frederick Perls para designar uma forma de psicoterapia na qual o paciente deve viver seus conflitos através de uma expressão corporal, com a finalidade de reestruturar a unidade de sua personalidade.

Outros se definem pela psicanálise ou indicaram desenvolver trabalhos de base analítica (P_3, P_8, P_{12}, P_{13}), vejamos através dos exemplos de falas.

[...] eu acabei me apaixonando pela psicanálise, ta [...] (P_8).

> *É como eu te falei, nós temos basicamente uma formação, FUCMT, né, psicanalista [...]* (P13).

Quanto a psicanálise e psicologia, sabemos que não são termos sinônimos e que, em certo sentido, se diferenciam enquanto propostas. Enquanto a psicologia, como ciência do comportamento se preocupa com a experimentação em laboratório e concentra seus estudos em áreas referentes à percepção, aprendizagem e sensação; a psicanálise, entretanto, adotou o método clínico e se concentrou na psicopatologia. Mas uma tentativa de separação formal entre as duas, psicologia e psicanálise, é impossível.

A Psicanálise, então, pode ser conceituada como:

> Teoria geral do comportamento humano, constituindo portanto uma teoria de personalidade. Esta teoria se baseia em dados clínicos, a partir da Psicopatologia e que, segundo seus seguidores, existe aqui um poder explicativo do comportamento humano. É uma cosmovisão ou filosofia de vida, e ainda, pode ser um método psicoterapêutico. E como tal sua proposta é trazer à consciência os fatores pré-conscientes e inconscientes que afetam o comportamento do indivíduo. Para isto, tem usado três estratégias: a hipnose, a interpretação dos sonhos e a livre associação de palavras (ROSA, 1995, p.127).

Como pressupostos básicos parte-se do princípio de que existe uma energia psíquica, da mesma maneira como existe uma energia física dimensionável. Energia esta de natureza libidinosa e que exerce muita influência sobre o comportamento do homem, e um terceiro pressuposto é a existência de fatores inconscientes na determinação do comportamento.

A existência da teoria psicanalítica da personalidade, estudada a partir de sua estrutura, caráter dinâmico e desenvolvimento, concedeu a organização da personalidade em níveis diferentes de consciência, ou seja, consciente, pré-consciente e inconsciente. Referindo-se ao modelo estrutural dinâmico, existem três fatores que fazem parte da constituição da personalidade, são: o *id*, *ego* e o *superego*, fatores estes que interagem dinamicamente, resultando o conceito geral de personalidade humana.

Referindo-se à concepção de Freud quanto à evolução da personalidade, notemos a existência dos estágios do desenvolvimento da personalidade, baseados em uma energia psíquica de natureza sexual, denominada libido. Assim, para Freud o desenvolvimento do ser está diretamente vinculado a história de sua evolução psicossexual,

que passa por diferentes estágios, acompanhando as faixas etárias da pessoa. São eles*:* *Fase oral*, que corresponde ao primeiro ano de vida; *fase anal*, que corresponde ao início do segundo até o terceiro ano; *fase fálica*, que corresponde, cronologicamente, ao período dos quatro aos cinco anos de idade; *fase latente*, dos seis aos doze anos de idade e, por fim, a *fase genital*, que corresponde à maturidade biológica, que o torna capaz de reproduzir a espécie.

Para a compreensão do processo de ajustamento psicológico do indivíduo, foi proposto o conceito de mecanismos de defesa do eu, que se refere, segundo Rosa, aos recursos pelos quais o eu procura sua defesa frente a situações que considera ameaçadoras à sua integridade. Podem ser normais quando dentro de um certo limite, e, se ultrapassado, considera-se patogênicos. Portanto, *"existe acordo em dizer que os mecanismos de defesa são utilizados pelo ego, mas mantém-se em aberto a questão teórica de saber se a sua utilização pressupõe sempre a existência de um ego organizado que seja o seu suporte"* (LAPLANCHE e PONTALIS, 1983, p.357).

Segundo Roudinesco e Plon (1998), referindo-se à história da psicanálise, dizem que as resistências erguidas contra ela, a psicanálise, bem como seus conflitos internos, sempre foram o sintoma de seu progresso atuante, de sua propensão a fabricar dogmas e de sua capacidade de refutá-los.

Ainda em relação ao modelo teórico, podemos vislumbrar a questão relacionada à psicoterapia de base analítica, que sugere ser para alguns psicólogos, o seu modelo teórico. Assim,

> *E com as crianças é uma linha mais analítica* (P_{12}).
>
> *É de base analítica*. (P_3)

Cabe salientar que tal abordagem baseia-se nos mesmos princípios da psicanálise. Para tanto, o cliente é estimulado a falar livremente, expressando-se sem reprimir seus sentimentos e idéias, assim como as associações que lhe ocorrem:

> Estas associações não são tão livres como em psicanálise, pois habitualmente são dirigidas pelo terapeuta para questões-chave da terapia, que a princípio busca intervir em áreas circunscritas do funcionamento da pessoa. Dentro da área selecionada, o paciente é estimulado a explorar seus sentimentos, idéias, atitudes,

> em suas relações com figuras importantes de sua vida atual, do passado, com o próprio terapeuta, com vistas ao Insight (GOLDSTEIN, 1988 *apud* CORDIOLI, 1993, p.5).

Nesta técnica não se usa o divã, usa-se, portanto, em menor escala, a associação livre, as sessões são menos freqüentes, o processo transferencial não se desenvolve com a mesma intensidade, primitivismo e agilidade como na psicanálise. São utilizados, para tanto, de uma a três sessões semanais.

A psicoterapia de orientação analítica apresenta-se através dos objetivos a seguir:

> Tentativa de resolução de conflitos selecionados e delimitados; Remoção parcial de defesas patológicas; Proporcionar crescimento, em casos de atrasos evolutivos; Equilíbrio dos déficits adquiridos em etapas anteriores e também correção dos defeitos patológicos (CORDIOLI, 1996, p.6).

Em contrapartida este método é contra-indicado em casos que sugerem problemas de natureza aguda; e em pacientes gravemente comprometidos.

Apenas um participante da pesquisa define-se pelo modelo comportamental (P_7). Portanto, quanto ao *Behaviorismo* ou *Comportamentalismo*, segundo Piéron (1995), Behavior traduz-se como comportamento e ainda é uma doutrina iniciada por Watson em 1913, e atribui que o objeto da psicologia se limita exclusivamente aos dados observáveis do comportamento exterior, motor, verbal, glandular, com eliminação total da consciência, e sem apelo à introspecção, nem aos processos fisiológicos.

Em se falando de antecedentes históricos do behaviorismo, o clima intelectual que tornou possível o seu surgir, apresenta-se através de três aspectos considerados relevantes, a saber:

O objetivismo nas ciências; o desenvolvimento da etologia, por influência da teoria da evolução; e o Funcionalismo, que com a vitalidade própria do novo mundo, desafiou o dogmatismo da Escola de Wundt e seus seguidores (ROSA,1995, p.93).

Estudiosos como Augusto Comte, John Watson, Thorndike e Skinner contribuíram para que o behaviorismo marcasse época e com isso, desse novos rumos aos estudos da psicologia Contemporânea.

E ainda, P_6, P_{10}, P_{11}, P_{15} definem-se por uma abordagem referente a Jean Piaget e Vygotsky. Vejamos:

> *[...] comecei a estudar Piaget também* (P_6).
>
> *A gente estudou Vygotsky, Lúria. Na avaliação a gente mistura um pouco Piaget [...]* (P_{15}).
>
> *Seria mais Piaget, para colher dados do desenvolvimento cognitivo da criança* (P_7).
>
> *E estou assim, tendendo muito pra quem é [...] para [...] Vygotsky [...] (P_8).*
>
> *[...] e nós temos aqui, nós usávamos uma abordagem baseada na teoria Piagetiana, mas não só isso, eu acho que nós temos que ter uma visão global da coisa [...]* (P_{10}).

Segundo Rosa (1995), a epistemologia genética de Jean Piaget está inserida no contexto da psicologia cognitiva que não constitui uma *escola* ou *sistema em psicologia.* Sendo assim, mencionaremos alguns pontos básicos da teoria de Piaget, considerada como de grande relevância nesta área e a que mais se aproxima das exigências formais de uma teoria científica.

De acordo com Rosa (1995), na teoria de Piaget, a unidade estrutural do desenvolvimento cognitivo é chamada de esquema, que possui significado enquanto uma seqüência bem definida de ações físicas ou mentais.

Esquemas, portanto, *"são estruturas cognitivas de adaptação que permitem a coordenação de ações para fim específico, em diferentes maneiras e em diferentes condições"* (ROSA, 1995, p.172).

Existem conceitos fundamentais na teoria de Piaget que é o de assimilação, acomodação e equilibração. Sendo que o conceito central é o que ele chama de operação, que, quando adquirida é considerada a chave de processo do desenvolvimento mental do indivíduo. Piaget descreve o desenvolvimento cognitivo do ser humano através de quatro

períodos principais, e que são sucessivos, ou seja, cada estágio é preparatório para outro. E ainda, deve-se respeitar a individualidade de cada um no que se refere ao tempo em que se atinge cada estágio. A saber: Período sensório-motor – do nascimento até 2 anos de idade; Período pré-operacional – 2 anos aos 7 anos de idade; Períodos das operações concretas – 7 a 11 anos de idade; Período das operações formais – aproximadamente dos 11 anos de idade em diante.

Piaget fundamentou-se ainda na concepção de que existe semelhança entre o desenvolvimento do pensamento matemático e o desenvolvimento intelectual da criança. E concluiu, após todo um processo de observação e vivência, que o estudo da evolução do pensamento referente a ciência na criança pode ser complemento útil e necessário ao estudo da evolução do pensamento científico de forma geral.

Constata-se ainda que alguns psicólogos ao fazerem referências sobre o modelo teórico com o qual atua, cita o *Ramain* como linha de trabalho (P_5, P_{12}, P_{14}):

> *[...] também dentro da minha especialização, que foi Ramain, que também me ajudou muito, né* (P_5).
>
> *Ramain Thiers* (P_{12}).
>
> *Eu acredito muito no Ramain Thiers, dentro da escola ele dá muito resultado* (P_{14}).

Portanto, *ramain* é o nome da genitora do método que não consegue ser definido, a não ser por recursos análogos (THIERS, 1988). Assim, alguns anos após esta tentativa de definição, percebe-se o alcance, através dos estudos, da coerência do significado e aperfeiçoamento da técnica.

Portanto, Simone Ramain, de origem francesa, foi a precursora da técnica que desenvolveu e testou durante 50 anos, definida como:

> Um método que se utiliza da psicomotricidade como substrato para que a pessoa viva relações consigo, com os outros e com os objetos, buscando o desenvolvimento de conscientização de si, podendo por sua abrangência ser utilizado como método educativo na prontidão da alfabetização como método de base dos distúrbios psicomotores, psicopedagógicos e fonoaudiológicos ou como psicoterapia, variando para isto com a pré-formação do profissional que se especialize em Ramain (THIERS, 1988).

Segundo Thiers (1988), o método, engloba a psicocinética e a psicomotricidade diferenciada que, atuando de forma alternada, durante a sessão, mobilizam aspectos cognitivos, atitudinais, emocionais, corporais contribuindo, assim, para a estruturação mental do indivíduo mediante a busca intensa do equilíbrio. A saber:

> Educando atitudes corporais, movimentos e gestos, nós agimos sobre o ser total, pois o ato motor não é um processo isolado e não tem significado senão em relação à conduta da personalidade inteira (RAMAIN *apud* THIERS, 1988).

De acordo com Thiers (1988), Simonne Ramain concebia que a pessoa se desenvolve de forma consciente a partir da experimentação, de ensaio e erro, dos insights que geram a transferência da aprendizagem e a amplitude de percepção que se cria a partir de que se vive o momento presente com significância.

Quanto a técnica em si, as propostas Ramain são efetuadas através de desenhos em pranchas e instruções precisas que solicitam a psicomotricidade diferenciada. A postura corporal e a integração cognitiva mobilizam as funções básicas e garantem ao método seu espaço no processo educacional. São oferecidas às pessoas, em grupo, ou individual, um material considerado simples. Pois Simonne Ramain, segundo Thiers (1988), acreditava que o nosso primeiro passo é o retorno à simplicidade, é o uso de objetos muito simples para favorecer ao indivíduo se colocar por inteiro na situação.

> O terapeuta só trabalha, a partir do que a pessoa coloca. É importante a este uma atitude de silêncio e de respeito ao que não pode se permitir ser trabalhado, embora conscientemente tenha vindo buscar o processo. É preciso esperar o tempo da pessoa. O nosso método de atuação, portanto, é a partir da constatação que a pessoa faz de si pelo processo insights, dentro do grupo (THIERS, 1988).

Logo após as vivências, existe um tempo destinado a verbalizações, portanto, conclui-se que Ramain é uma terapia pré-verbal. Assim, necessário se faz esclarecer que a verbalização não é o fundamental, mas que existe no contexto psicoterápico Ramain, e é através de depoimentos que se procura trazer o aspecto terapêutico do método.

> A nossa forma de atuação como terapeuta é de clarificar o que a pessoa traz como conteúdo seu de constatação, alguns confundem isto com a interpretação, entretanto, friso que não é bem assim, a confusão se faz pelo desconhecimento que existe em relação às técnicas psicanalíticas, clarificamos conteúdos constatados, sentimentos.(THIERS, 1988).

Verificamos que a atitude da terapeuta Ramain é de presença constante, auxiliando a pessoa a se colocar na situação e variando sua atitude com as necessidades individuais.

Segundo Oliveira (1996), a socio-psicomotricidade Ramain Thiers, é um trabalho elaborado de forma recente no Brasil. Ramain-Thiers é uma criação brasileira que teve sua origem através das experiências de Solange Thiers com o Ramain:

> O Ramain do Brasil se diferenciava do Ramain Francês. A experiência de Solange Thiers com o método Ramain foi demonstrando que os fenômenos que aconteciam nos grupos se repetiam e precisavam não só ser trabalhados por ela, mas embasados teoricamente para outros. E foi buscando exatamente essa fundamentação que Solange Thiers encontrou explicações na presença do Inconsciente, o que conduziu seus estudos para a psicanálise, da mesma forma que as questões grupais a remeteram para um estudo mais aprofundado da sócio-análise (OLIVEIRA, 1996, p.52).

A princípio, de acordo com Oliveira (1996), o método Ramain não tinha um embasamento teórico, ficando restrito às vivências através de trabalhos denominados psicocinética, como psicomotricidade corporal e trabalhos de mesa, atividades gráficas denominadas como psicomotricidade diferenciada, pela nossa cultura.

Sendo assim, pôde-se constatar que houve necessidade de conceber o sujeito dentro do seu contexto social e, assim, aperfeiçoar, adaptando o método, bem como, embasá-lo teoricamente. Verifica-se, portanto que:

> A concepção sócio-psicanalítica do Ramain-Thiers é que a psicomotricidade vivida no contexto sócio-grupal deve ser compreendida não só pelas intersecções cognitivas, emocionais ou psicomotoras, mas também pela integração destas com o social, para que o sujeito se insira melhor na cultura (THIERS, 1994, p.19).

Vislumbrando esses exemplos de fala a seguir, é possível interpretar que, alguns psicólogos, ainda não estão totalmente definidos em relação ao seu modelo teórico, demonstrando claramente as contradições existentes, deixando margem para um repensar a qualidade de sua formação, no que se refere a graduação. Vejamos,

> *Eu acredito que quando você vai lidar com o ser humano, você tem que ter uma visão holística, ou seja, o ser humano como um todo [...]* (P_{10}).
>
> *A minha abordagem teórica bem eu [...] sou, é [...] é psicanálise que a gente está né, é [...] segundo Freud. E estou assim, tendendo muito pra quem é [...] pra [...] Vygotsky [...]* (P_8).

> *Então a gente não segue muito assim [...] dentro desse objetivo geral [...]* (P_{15}).
>
> *Olha [...] eu até hoje não sei (ri). Porque na época da faculdade, quando eu me formei, né. Eu me aprofundei mais na época em Psicomotricidade, né, então tem muito haver né, a gente usa muito isso com deficiente mental, né [...]* (P_6).
>
> *Não sei te dizer se eu tenho uma linha [...] eu acho que sou muito imediatista, para ficar pensando em Freud [...]* (P_{14}).

Sabemos, entretanto, que os participantes dessa pesquisa são oriundos de uma formação concebida como generalista, até mesmo porque a grande maioria dos cursos de formação, no Brasil, considera-se generalista. Através desses exemplos de fala, podemos perceber as deficiências técnicas atribuídas a esta formação, pois mostram-se despreparados para atuarem enquanto psicólogos, principalmente pelo fato de estarem participando de intervenções com significativo tempo de exercício, pois nessa pesquisa, os participantes possuem no mínimo três anos e máximo de vinte anos de formados. Assim, podemos argumentar que, através das teorias psicológicas, de acordo com Moura (1999), podemos construir um modelo explicativo que torne o mundo inteligível à compreensão humana, possibilitando então uma intervenção. Portanto, ter uma teoria, nada mais é, do que possuir uma ferramenta, que se presta a certos fins. E o que se verifica neste tema é a instabilidade desses profissionais frente a um constructo teórico. Assim, estabelecemos um cruzamento entre as respostas através das quais verificou-se as seguintes questões:

Dentre os participantes da pesquisa, encontramos definidos enquanto modelo teórico que seguem, os sujeitos denominados P_2, P_3, P_5, P_7, P_9, P_{11}, P_{13} e P_{15}. Bem como, ambivalência quanto a um posicionamento, indicando assim, instabilidade evidente quanto ao seu modelo teórico, vimos em P_6, P_8, P_{10}, P_{12}, P_{14} e ainda P_1 e P_4 que não foram citados como exemplo de fala. Considerados por nós, como dados preocupantes, até mesmo porque, no tema anterior, foram indicados os instrumentos utilizados durante a atuação destes profissionais e o que se verificou foi que, mesmo não dominando determinada linha teórica, esses profissionais utilizam-se de testes que necessitam, por exemplo, do domínio da teoria psicanalítica para serem interpretados, e na prática esses mesmos profissionais dizem utilizar-se dos fundamentos da Gestalt, como é o caso de P_2, P_9, P_{14}. Ainda P_7, diz-

se Comportamental; P_{11} define-se por modelo Piagetiano e também Vigotsky, assim, somente P_1 e P_{13} definem-se pela psicanálise.

Uma outra vertente que surge é que mesmo utilizando os testes, P_1, P_6 e P_5 depositam descrédito na sua eficácia, e em P_3, P_4, P_7, P_{12} encontramos atribuições positivas ao uso de técnicas informais durante a realização de seus trabalhos. Portanto, confirma-se o fato de estarmos persistindo na indicação concreta em relação ao despreparo técnico atribuídos a esses profissionais e que pode ser uma conseqüência inerente à formação acadêmica que receberam.

Os relatos sobre modelo teórico adotado pelos participantes da pesquisa permitem alguns questionamentos sobre a especificidade das abordagens para a atuação com a pessoa deficiente. Sendo assim, pensando na formação do psicólogo de uma maneira geral, é possível interpretar que os diferentes cursos de graduação acabam por oferecer uma única disciplina específica, ou seja, Psicologia do Excepcional. Certamente, outras disciplinas poderiam contribuir com a área, como por exemplo, psicologia da aprendizagem, psicologia da personalidade, técnicas de exame psicológico, psicologia social e até mesmo a organizacional. Porém, nestas disciplinas afins, o enfoque parece ainda ser baseado em aspectos psico-patológicos centrado no modelo médico.

4. Dificuldades encontradas na atuação profissional

As verbalizações das psicólogas entrevistadas indicaram algumas dificuldades para a realização do seu trabalho. As dificuldades mencionadas fizeram referência a: atitudes familiares diante do problema (P_2, P_3, P_4, P_6, P_7, P_8, P_9, P_{15}); estrutura das Instituições especializadas (P_9, P_{10}, P_{11}, P_{12}, P_{13}, P_{14}, P_{15}); formação profissional (P_1, P_2, P_4, P_6, P_{12}); questão da integração do deficiente no meio social (P_{12}, P_{13}).

Os relatos a seguir exibem as dificuldades mencionadas quanto à atuação do psicólogo no que se refere à família:

> *É [...] eu vejo muita dificuldade da família, em aceitar a dificuldade do filho, a limitação, a necessidade mesmo, há uma resistência muito grande, um sofrimento muito grande e a gente se vê repetindo muitas*

> *vezes a mesma coisa, como se a gente desse aquela noticia para a família de que a criança tem aquele problema, inúmeras vezes* (P_2).
>
> *[...] mas a minha grande dificuldade é poder explicar aos pais a paciência que eles tem que ter para a gente conseguir alguns resultados* (P_3).
>
> *Às vezes, tem dificuldade em relação a alguns pais né [...] que são difíceis, mas acho que isso tem em todo lugar, né. Tem pai que a gente fala [...] a dificuldade maior, às vezes, é a família mesmo* (P_6).
>
> *Eu acho que a maior dificuldade seria a família que não é muito participativa, não aceita muito, você vê, a gente trabalha aqui, daí fora daqui eles não dão continuidade tá, e recursos materiais né, que são precários* (P_7).
>
> *Bom [...] a família [...] a família, ela não colabora muito, não, sabe! Omite muita coisa, não colabora no sentido das orientações, sabe que vai ser útil para esse aluno, para o desenvolvimento dele* (P_9).
>
> *Quando aquele pai e aquela mãe não conseguiram [...] ou eu não alcancei, né; ou a dificuldade dele era maior do que tudo, né.* (P_{13}).
>
> *[...] porque eles já vêem assim, com aquela coisa assim [...] já preparada, meu filho é autista, então já quer saber, antes da criança ser avaliada [...]* (P_{11}).

Os relatos anteriores indicam que os psicólogos sentem dificuldade em trabalhar com a família no processo de aceitação do filho com deficiência, a questão da colaboração dos pais no sentido de seguirem as orientações, a questão de motivação da participação da família no processo de atendimento ao filho.

Outros participantes indicaram dificuldades relacionadas à família, porém tais dificuldades se relacionavam com a escola:

> *[...] mais direto com a família, muito direto com a família porque é muito difícil, [...] é difícil a família vir à escola, sempre não pode. [...]* (P_4).
>
> *[...] mas eu acho que a família, ela larga mão, ela vê que ele reprovou, que ele não sei que, tira da escola. Daí ela põe numa instituição e quer que dá conta [...]* (P_{15}).
>
> *[...] a questão da família, né. Assim, de forma que a família não investe, não está investindo sempre na parte da escola, né [...] E assim a dificuldade dessa família de estar participando mais, de estar acreditando mais nesse aluno, né, nesse filho, né* (P_8).

Nos relatos anteriores percebe-se que a indicação de dificuldade cai sobre o envolvimento da família com a escola, ou seja, é a participação na vida acadêmica dos alunos com deficiência.

Esses relatos permitem alguns comentários e interpretações sobre a maneira como os psicólogos entrevistados vêem suas dificuldades. O tema família da pessoa deficiente foi (e ainda é) amplamente estudado na área de Educação Especial e Psicologia. Sabe-se que a família da pessoa com deficiência passa por várias fases de aceitação do filho, já foi considerada amplamente a questão da resistência da família em aceitar o filho com deficiência, a questão da superproteção, a questão da rejeição, enfim, existe uma gama de pesquisas sobre a questão familiar. Porém, cabe salientar que o psicólogo, ainda hoje, é o profissional melhor preparado para lidar com a problemática da família que possui um filho com deficiência. Na formação do psicólogo, pode-se encontrar uma variedade de disciplinas que abordam procedimentos técnicos para orientação, aconselhamento e terapia familiar. Pode-se, então, questionar que, se o psicólogo sente que uma das maiores dificuldades de atuação profissional na área da deficiência é a família, qual outro profissional estaria mais bem preparado para trabalhar com esse tema?

Quanto à estrutura das instituições especializadas, existem alguns depoimentos que indicam dificuldades que interferem no desenvolvimento do trabalho.

P_9 faz referência sobre a diretoria pedagógica:

> *[...] um outro fator que se observa e [...] de dificuldade é [...] é assim na diretoria pedagógica, entendeu?* (P_9).

Três dos participantes (P_{10}, P_{11}, P_{15}) levantam que um fator que dificulta o trabalho do psicólogo se refere à questão econômica, que emperra novos empreendimentos e mesmo as regras institucionais:

> *Bom [...] dificuldades eu acho que todos os trabalhos que você pretende fazer, principalmente quando é um trabalho novo, as dificuldades são imensas. Eu posso dizer que o nosso trabalho aconteceu numa época de inflação altíssima, nós não tínhamos poder aquisitivo nenhum, mas foi uma grande lição de vida para nós [...]* (P_{10}).
>
> *Olha as dificuldades são várias: Uma das coisas que eu acho bastante difícil, é que a gente tem que ficar amarrada, vamos dizer assim, ao [...]*

> *a metodologia [...] ou as regras, as técnicas da instituição, porque já é uma coisa assim, meio pronto. É claro que a gente vai, a gente tem liberdade de atuar como a gente pode, mas a gente também está presa ao espaço, e a dificuldade é muita e mais algumas coisas que a gente quer desenvolver, que a gente acha que o resultado está mais por ali do que por aqui, mas não dá, fica limitado a espaço, a direção, a recursos [...] né [...] financeiros* (P_{11}).
>
> *Eu acho que aqui (na instituição), a gente trabalha né, a questão do trabalho, não voltando para uma coisa acadêmica, não fazendo uma crítica a essa, ao objetivo da escola mas eu acredito que existem alunos, que querem ter acesso ao mundo da leitura e da escrita* (P_{15}).

Dois dos participantes (P_{12}, P_{14}) apontam que nas instituições existe rotatividade de profissionais que dificulta a continuidade do trabalho, e que os encaminhamentos são prejudicados devido a não aceitação desses encaminhamentos:

> *Quanto à instituição: profissionais qualificados para trabalhar com as crianças. É um trabalho muito [...] é muito cíclico, os profissionais são muito rotativos, isso prejudica mais o trabalho* (P_{12}).
>
> *A gente faz uma avaliação, a gente quer dar um encaminhamento, a gente quer fazer alguma coisa e a gente não tem para onde encaminhar. E se for para eu encaminhar para esse serviço de tapar o sol com a peneira, eu não encaminho gente! [...] É porque, na verdade, não é que a gente não está conseguindo trabalhar [...] é que a gente está sendo às vezes é [...] a gente continua fazendo a mesma coisa, as pessoas da educação especial elas não mudam, só de lugar. Porque ninguém quer assumir [...] nas escolas, o maior problema, é que as professoras do ensino regular, a escola como um todo, não queriam aceitar esses alunos. E hoje eles brigam, porque o professor de educação especial, eles ganham 30% a mais* (P_{14}).

Nos relatos anteriores os participantes parecem indicar que as dificuldades identificadas estão fora do âmbito da própria atuação.

Em P_{13} e P_{14} questão da estrutura no seu aspecto geral, vejamos:

> *Então o que a gente fazia [...] e na verdade quando acontece isso parece que são os técnicos não estão dando conta. E na verdade não é [...] é por causa de um governo que não aceita as idéias, porque, o quê que deveria ser feito? Puxa! Isso aqui deu certo! As pessoas estão trabalhando direito. O que está faltando é incrementar a parte das escolas, vamos formar profissional, vamos trabalhar mais nessa área* (P_{14}).
>
> *Eu vejo assim: numa instituição a dificuldade maior é a própria estrutura. A estrutura que às vezes está ali para nos facilitar, acaba nos*

> *impedindo de fazer um trabalho mais adequado. Por n motivos, por n motivos [...] que tem isso, que tem o presidente, que tem o diretor, que tem o Estado, que tem não sei quem e acaba limitando o nosso trabalho. As vezes você chega [...] eu lembro muito bem disso porque eu [...] passei por todas as fases que alguém possa passar (ri), nessa questão de estado, fui de técnico lá da instituição pública, depois passei por uma direção, fui diretora de um órgão de Educação Especial, depois voltei para uma instituição e fui ser a psicóloga da instituição, em todos esses momentos eu percebi que, às vezes, a estrutura, ao invés de ajudar atrapalha, eles correm atrás de miudezas que não são deles, isso me incomoda muito, ninguém olha para a sua realidade e parte da sua realidade, buscam sempre modelos fora, longe da sua realidade, e vem com aquelas mágicas tentando introjetar dentro da instituição, isso eu vivi de todas as formas, em todos os patamares né, uma coisa assim, de buscar modelos e querer colocar ali, eu acho que tem que se partir muito do que se vive para fora* (P_{13}).

Os relatos sobre a questão das dificuldades sentidas na instituição indicam que as barreiras são interpretadas como que quase intransponíveis. Mas afinal, o psicólogo é ou não um agente de transformação social?

Dificuldades relatadas foram motivos de vários estudos e sobre alternativas de atuação institucional. Bleger (1987) faz algumas considerações no âmbito das resistências institucionais e, ainda, como o profissional da psicologia poderia estar lidando com a questão em si:

> O psicólogo deve contar sempre com a presença de resistência (explícita ou implícita), ainda que da parte daqueles que manifestamente o aceitam. O investigar a resistência forma parte fundamental da tarefa profissional e, ao investigá-lo, o psicólogo constitui-se infalivelmente e só por este fato, em um agente de mudança, que pode incrementar ou promover resistências (BLEGER apud GUIRADO, 1987, p.13).

Segundo Guirado (1987), nas situações de dilema, ambigüidade e “ausência”, o conflito é de difícil enfrentamento, pois não chega a significar problema, podendo, então, estar passível de solução. Então, para desenvolver adequadamente seu trabalho, nada mais significativo do que transformar a ambigüidade e conflito, e estes, os conflitos em problemas.

> Assim, se o conflito é “normal e imprescindível no desenvolvimento de qualquer manifestação humana”, não se trata de procurar eliminá-lo ou mascará-lo na ambigüidade. Trata-se sim, de permitir à instituição o acesso e manejo, de forma que se veja diante de problemas a resolver (GUIRADO, 1987, p.14).

Outra questão abordada pelos participantes foi a formação profissional. Alguns participantes indicam a falta de informação sobre o assunto por parte de quem trabalha na área e a necessidade de um preparo mínimo. As falas exemplificam essas questões:

> *[...] acho que ainda a questão da desinformação, da falta de informação que as [...] próprias pessoas que trabalham na área [...]* (P_1).
>
> *Porque você trabalhar com essa criança, é uma criança que exige muito, e aí a gente tem que dar muito de si, então, encontrar uma pessoa que se disponha a fazer isso [...] e o que eu via muito lá na A., é que é assim, muitas vezes as pessoas acabam indo para esse trabalho, para a necessidade especial, porque não tinham conseguido um outro local então acabavam, vamos dizer assim, caindo na Educação Especial porque era o local mais fácil de ir, porque conseguia uma vaga ali. E, no entanto antes, muitas vezes na Faculdade dizia: não, eu nunca vou trabalhar nessa área, quer dizer, e aí não se interessava, não se informava, e aí quando entra para o mercado de trabalho, que vê que a coisa não é tão simples, não é tão fácil, acaba indo para a necessidade especial. Então na verdade deveria ter consciência da necessidade de se conhecer várias áreas, interessar por vários estudos, porque o psicólogo sai com aquela impressão [...] que aquela formação é clínica, né. E aí muitas vezes na necessidade especial, na organizacional, você acaba se deparando com pessoas que não estavam preparadas, nem um pouquinho preparada, porque de fato a gente vai se preparando ao longo do trabalho, né. Mas o mínimo necessário pelo menos para você poder começar* (P_{13}).

Lendo o relato de P_{13} é possível identificar que a concepção sobre a formação do psicólogo para trabalhar com a deficiência se dá de forma efetiva na prática, no dia a dia, assim, como já comentado anteriormente, a formação oferecida na graduação proporciona pouca oportunidade curricular. Assim, parece que a formação do psicólogo, que irá trabalhar com pessoas deficientes ou com educação especial, fica a cargo do próprio aluno em formação, no seu processo de identificação com a área, em sua busca de instituições e escolas que oferecem estágio nessa área.

Outros participantes da pesquisa trazem para si, incorporando as dificuldades como sendo suas, independente da instituição ou da família, demonstrando que não se trata de dificuldade de formação, mas de um aperfeiçoar permanente:

> *O que fica precisando mesmo é renovar mesmo os conhecimentos [...] experiência e da técnica* (P_2).
>
> *Eu acho que o que falta para mim é muito estudo ainda, principalmente porque estou trabalhando com surdo [...]* (P_4).

> *[...] Então, a dificuldade que eu tenho é de ficar pesquisando, assim, o quê que eu posso fazer para melhorar? Eu fico sempre pensando nisso sabe. É [...] ai fico lendo daqui, lendo dali [...]* (P_6).

Três participantes (P_{11}, P_{12}, P_{13}) ressaltam a questão da integração da pessoa com deficiência enquanto uma dificuldade na realização de intervenções, como as falas a seguir exemplificam:

> *[...] as mães, por exemplo, hoje em dia tem dificuldades de sair com os filhos, porque elas têm vergonha, ou elas não querem que os filhos sejam maltratados, a sociedade olha a criança não com bons olhos, né, ela sempre tem aquele preconceito, não quer sentar junto, tem medo das crianças, tem nojo, às vezes, porque a criança baba, ou porque está com o nariz sujo, esse trabalho deveria também ser feito* (P_{11}).
>
> *Acho que a gente tem ainda muito caminho a percorrer né. Principalmente agora, quando se fala de integração, eu não sei até que ponto esse ambiente social que a gente vive está preparado para essa aceitação. Porque aceitar o [...] as pessoas não costumam aceitar aquele que é um pouquinho diferente, quanto mais aquele que é muito diferente. Então eu acho que a gente tem muita luta pela frente* (P_{12}).
>
> *Na área clínica, que hoje eu estou mais próxima, a dificuldade que eu estou sentindo é [...] integrar de verdade o deficiente na sociedade, que eu já estou no outro lado. Eu estou tentando por ele no ensino regular, ele tem capacidade [...] nem que ele fique na segunda série, eu lido muito assim, eu trabalho o professor a trabalhar a sala de aula* (P_{13}).

Finalizando essa sessão, acredita-se ser necessário repensar a formação do psicólogo na medida em que a existência da diversidade em relação à teoria e métodos fragmenta a psicologia em concepções e práticas consideradas, muitas vezes, inconciliáveis. A nossa concepção é de que a formação do psicólogo, num aspecto universal, deveria propiciar a produção do conhecimento no processo de aprender, transformar a realidade, sistematizando e trocando formas de pensar, através de materiais acadêmicos considerados polêmicos, re-estudos, novas formas de elaborações. Na verdade, articulação da teoria e da prática. No nosso contexto acadêmico, torna-se urgente, o desenvolvimento de uma visão voltada para a totalidade, onde convergências e divergências se façam presentes naquilo que se refere a limites de áreas.

5. Atuação do psicólogo

Nesse tema pode-se vislumbrar uma indicação de que a atuação do psicólogo está direcionada para três enfoques principais: a família, o professor e a prevenção. Verifica-se também, nesse conjunto de informações, um enfoque direcionado a clientela, porém com um menor número de descrições sobre a atuação junto à pessoa com deficiência.

5.1 Atuação do psicólogo junto à família

Sobre esse tema, os participantes indicaram que o trabalho junto à família consiste em orientação. Poucos participantes indicaram que fazem atendimento ou aconselhamento. As falas a seguir exemplificam esse tema:

> *E também um atendimento com os pais, em nível de um trabalho de grupo [...] de orientação a pais [...]* (P_1).
>
> *[...].faço orientação a pais, à família, dessa forma que eu trabalho [...]* (P_3).
>
> *[...] à família eu faço atendimento assim, quando vem uma criança que apresenta um problema eu acompanho e tal, depois eu costumo orientar a família* (P_5).
>
> *Só orientação quando necessário* (P_7).
>
> *[...] faço orientação à família* (P_8).
>
> *Faço orientação. Trabalho junto com a família, com muitas dificuldades.* (P_9).
>
> *[...] trabalho de orientação com família* (P_{10}).
>
> *Orientações. Eu não faço um processo assim, terapia familiar* (P_{13}).
>
> *Orientação* (P_{14}).

Alguns dos profissionais entrevistados relacionaram que o trabalho com a família está sujeito à ordem de dificuldades apresentadas nessa esfera familiar:

> *[...] faço orientação. Trabalho com a família, com muitas dificuldades* (P_9).

> *E [...] eu vejo muita dificuldade da família, em aceitar a dificuldade do filho, a limitação, a necessidade mesmo, há uma resistência muito grande, um sofrimento muito grande, e a gente se vê repetindo, muitas vezes, a mesma coisa, como se a gente desse aquela notícia para a família de que a criança tem aquele problema, inúmeras vezes. E, assim mesmo ficamos com a impressão de que a família ainda não escutou. Sempre gera sofrimento* (P_2).

Um dos profissionais que trabalha em escola, deixa claro que o trabalho com os pais é esporádico:

> *[...] reunião de pais quando tem, a gente participa né, eu participo das reuniões, às vezes a gente faz um trabalho assim individualizado, com a família, para conversar sobre aquela criança [...] Às vezes quando trata de um distúrbio de comportamento, ou problema de sala mesmo, problema pedagógico, o pai não sabe como lidar, questão de tarefa, né* (P_6).

Um outro profissional indicou fazer aconselhamento:

> *Eu faço aconselhamento aos pais, com objetivo de trabalhar, de discutir o que está acontecendo com a criança* (P_2).

Um único profissional indicou fazer atendimento:

> *E também um atendimento com os pais em nível de trabalho de grupo [...] de orientação a pais* (P_1).

Frente a essas observações cabe questionar o quê tais profissionais estão falando sobre orientação, atendimento e aconselhamento, ou seja, esses termos na psicologia são sinônimos?

Porém, a partir das entrevistas ficou evidenciado que o termo *Orientação* refere-se a prática de esclarecer, direcionar a família e assim, sem intervenção psicoterápica, auxiliar essa família no processo de organização e ajustamento. A orientação é realizada através de etapas:

> A primeira etapa de orientação familiar consiste em auxiliar os pais a uma aceitação emocional da criança excepcional, que pode ser definida como a concordância entre os fatores internos (sentimento dos pais) e os fatores externos (a realidade da situação). Só então os pais terão condições de propiciar situações que favoreçam o desenvolvimento pleno de seus filhos (AMIRALIAN, 1986, p.52).

Ainda:

> O objetivo final do processo de orientação familiar é a capacitação dos pais para chegarem a decisões próprias, em tempo oportuno, através da integração familiar harmoniosa (AMIRALIAN, 1986, p.52).

Pois, segundo Glat (1996), a vivência no meio social, da pessoa com deficiência, tem muito de positivo no que se refere à integração da mesma, a princípio, no meio familiar.

No que se refere ao processo de "atendimento" diz-se do atendimento psicológico clínico, levando-se em consideração a desorganização de todo um contexto familiar, no aspecto emocional e até mesmo, de personalidade. Portanto, pode-se referir ao processo psicoterápico, imbuído de modelo teórico e técnicas específicas. Já o aconselhamento clínico, que se apóia em complexo diagnóstico do caso, estuda as várias possibilidades apresentadas ao indivíduo, sempre seguido de profundas discussões.

Nos exemplos de fala a seguir, os entrevistados traduzem sua técnica, sua prática relativo à:

Orientação:

> *Orientações. Eu não faço um processo assim [...] Terapia familiar. O meu foco mais importante é o meu cliente, ou a criança ou o adolescente, né, ou o pré-adolescente. Mas para isso eu preciso estar com a família junto, muito próxima, para entender o que está acontecendo né. Eu tenho encontro com a família, com os pais, quando há necessidade com os irmãos, com a família mesmo, mas sempre com os pais para clarear o que está acontecendo, com autorização do cliente, sem autorização do cliente eu não faço nada, por menor que seja a criança. Por mais pequenininho que seja, só faço com autorização dele. Eu sempre coloco que ele é o mais importante na relação, os 45 minutos que está comigo ele é fundamental, agora se ele me permitir e eu coloco o que ele precisa, e a importância dos pais estar nisso, pela sua autorização eu trabalho com orientação* (P_{13}).

Atendimento:

> *[...] E também um atendimento com os pais, né, em nível de um trabalho de grupo, de orientação a pais. Este também percorreu um caminho [...] desde a tentativa de se fazer grupos terapêuticos dentro da instituição, que não foram eficientes e que não tiveram bom resultado [...] até porque havia muito [...] assim, o mesmo profissional que atendia a família, então*

> *que discriminação de papéis ele tem aí é, na verdade ele tinha uma confusão de papéis, uma hora ele era orientador que dizia para a mãe Olha! O mais correto é fazer assim [...] assim [...] assim [...] direcionava a conduta daquela mãe para determinadas questões do desenvolvimento da criança e hora ele era um terapeuta./ Então isso se confundiu e a equipe chegou a conclusão que isso não funcionava, como não funcionou. Aí! Nesse caminho que daí [...] esse estudo que foi feito em termos desse trabalho com a família [...] foi feito um curso de dois anos de psicoterapia familiar que teve também uma parte teórica e uma prática. Hoje em dia o trabalho na escola é através de grupos operativos e estes vêem tendo um bom resultado. Principalmente aí, vendo esta questão que eu disse antes [...] o psicólogo que trabalha com a família* (P_1).

Aconselhamento:

> *Eu faço aconselhamento aos pais, com objetivo de trabalhar, de discutir o que está acontecendo com a criança* (P_2).

5.2 Atuação do psicólogo junto ao professor e a escola

Neste subtema vislumbra-se a relação psicólogo-professor, traduzida por um tipo de intervenção que vem a ser a orientação. Verifica-se que todos os entrevistados atuam com o professor.

Cinco psicólogos (P_2, P_3, P_5, P_{12}, P_{13}) apontam a importância atribuída ao professor – escola enquanto extensão psicosocial, imbuída de significados no contexto existencial da criança e, assim, a necessidade, mesmo trabalhando em suas clínicas particulares, de estarem orientando estes profissionais em relação à criança por eles acompanhadas. Vejamos os exemplos através das falas a seguir:

> *Eu sempre vou à escola, mesmo quando a escola não solicita, eu gosto de fazer uma visita, isso fortalece o meu vínculo com a criança, é fica para ela realmente uma percepção de que eu estou interessada na vida dela. Ao conversar com os pais, ao ir até a escola, não fica só aqui no consultório, uma coisa fechada, eu acho que quando amplia fortalece e cresce muito o trabalho* (P_2).
>
> *[...] faço acompanhamento em escola, de estar orientando o professor, muito em função dos colegas [...]* (P_3).
>
> *E aqui dentro do consultório quando a criança vem, é, quando ela é trazida por algum problema né, de aprendizagem, dificuldade de*

> *aprendizagem mesmo, distúrbio de comportamento, então eu costumo trazer esse professor, ou eu vou até esse professor, [...]* (P_5).
>
> *Faço. Porque eu vejo assim [...] quando a gente está trabalhando com a criança, por exemplo, hoje, em consultório, vão acontecer diferenças no comportamento, a criança vai se comportar de maneira diferente, vão aparecer diferentes comportamentos, ela fica mais sensibilizada, e a gente precisa orientar quem está então com essa criança. Então a gente faz, eu faço um trabalho de orientação ao professor, procuro ir à escola, procuro conversar com os professores para ver como essa criança está lá. Como é que ela poderá estar daqui a algum tempo. Troca né. Para a gente poder trocar, e aí crescer um pouco mais. Porque eu não posso considerar a criança como aquela que vem aqui no consultório e vai para a família. Ela tem um ambiente social onde ela vive, e aí esse ambiente escolar* (P_{12}).
>
> *Sim. Eu acho legal até essa questão, porque a gente não pode se trancar dentro da sala altas elucubrações ali dentro, altas dinâmicas, jogos maravilhosos e soltar a criança no mundo sem nenhum referencial. Não faço isso. Trabalho professor, a escola, já fiz assim [...] orientações de crianças com deficiências integradas no ensino regular, entendeu! Estão todos integrados no ensino regular, tá! Eu sento com a diretora, com a coordenadora, com a professora, com professor de Educação Física [...] que são [...] o professor de Educação Física é uma pessoa que me ajuda muito, muito, muito [...] porque eu ainda acho que a relação física, jogo, a movimentação traz um elo com as outras crianças, que a gente pode ajudar muito, e se necessário do secretário à faxineira, sabe! O objetivo é fazer com que essa criança seja respeitado do seu jeito de ser, né, para que ela cresça. Então eu trabalho orientação a professor, a tudo. Quando eu sento, sento com coordenador a professor, porque não adianta só o professor, tem que estar o coordenador junto [...] nesse caso. É [...] ilusão achar que o professor tem [...] hoje, não tem mais esse poder. Hoje a escola passa por um processo diferenciado, né, onde existe uma democratização sem nem ser uma democratização, se democracia, só sei que hoje o poder do professor está dividido. e o coordenador pedagógico é fundamental na escola, e ele tem que estar do lado do professor, não brigando com ele. Então não adianta eu orientar o professor que não vai ter respaldo dessa coordenação para desempenhar o trabalho dele. Então as orientações que eu faço é para coordenador e professor* (P_{13}).

É interessante notar as diferentes concepções expressas nas verbalizações dos participantes quanto o envolvimento com a escola. Para P_2, sua ida a escola fortaleceria o vínculo com a criança e "a preocupação demonstrada com a vida escolar da criança". Para P_3 e P_{12} a concepção relaciona-se a uma tarefa específica: orientar o professor, acompanhar a criança. Para P_5, a concepção de atuação junto a escola é baseada na dificuldade de aprendizagem, no distúrbio de comportamento. Para P_{13}, a concepção de atuação na escola

se dirige ao âmbito institucional: diretor, professor, secretaria e faxineiro, ou seja, para P13 sua concepção de escola parece se dirigir para a escola inclusiva.

Dez psicólogos (P_1, P_4, P_6, P_7, P_8, P_9, P_{10}, P_{11}, P_{14}, P_{15}) indicam possibilidades e ressaltam a importância da integração psicólogo-professor no contexto institucional, através do trabalho de orientação e acompanhamento do professor. As falas, citadas a seguir, possibilitam vislumbrar tal fato: *"[...] então ele vai estar orientando o professor em sala de aula, em termos tanto do comportamento daquelas crianças, como do desenvolvimento auxiliando no planejamento, então aí tem uma outra tarefa que é acompanhar e orientar o trabalho do professor"* (P_1).

> *[...] estar passando orientação [...] para estar auxiliando mais os professores e esses os alunos [...]* (P_4).
>
> *E também faço um trabalho com os professores, e orientando assim, em relação ao conteúdo de sala mesmo, é o que ser trabalhado, é lógico que não sou eu que defino, né, mas a gente faz um trabalho em conjunto com todos os técnicos da escola, [...]* (P_6).
>
> *Sim. Me procuram bastante* (P_7).
>
> *Orientação, trabalho também como psicólogo escolar, né, ta orientando assim [...] para poder estar ajudando o professor na relação com os alunos* (P_8).
>
> *Também. Então quando chega um aluno, eu sempre me coloco à disposição para está vendo o perfil desse aluno, aquilo que interessa a ele, não tudo né. Assim [...] como lidar com esse aluno, como que ele é, é [...] para ele estar conhecendo o aluno que está com ele, entendendo esse aluno e as dúvidas que ele tem que isso sempre acontece, ele vai estar passando para mim, para eu estar auxiliando. Sempre existe essa procura, essa troca, dele para com a gente né* (P_9).
>
> *Também [...] não só professores como vizinhos, eu acho que todas as pessoas estão envolvidas diretamente ou não* (P_{10}).
>
> *Sim [...] é porque esses professores, eles tem muitas dúvidas, às vezes logo que entra, quando começa a trabalhar, [...] Então a gente procura orientar o possível, o que a gente puder fazer, né* (P_{11}).
>
> *Direto, e com coordenação, né [...] a gente trabalha mais diretamente com a coordenação e os professores da educação especial. Mas se eu pego uma criança, que é do fracasso escolar mesmo, ela está tão comprometida que eles acham que é DM, e pode passar dentro da escola como DM, a gente atende, não vai para nenhum serviço de educação especial, mas a professora do ensino regular ela é orientada como trabalhar. Porque já que eu avaliei, já que eu fiz todo aquele processo, não custa nada fazer a orientação* (P_{14}).

> *Então [...] com os professores a gente faz planejamento, dando sugestões de como fazer, como cada um entende. Por exemplo: tem uma Síndrome de Down que é muito fechada, mas se você começar com ele através da música, ou começando alguma coisa em música, ela já olha para você, presta atenção, dali o que vier ela presta atenção. Então existem sinais que te dão a chave para abrir essa porta da atenção, do entendimento, da motivação. E isso com o tempo você vai pegando. [...] Então a gente faz um trabalho de orientação do aluno que entra* (P_{15}).

Identifica-se nas verbalizações vários tipos de intervenções assim como, comportamento e noções sobre desenvolvimento da criança com objetivo de facilitar o vínculo professor-aluno através do planejamento de trabalho; outro profissional refere-se a orientação de professores e também de "vizinhos", tendo como meta a integração da criança no meio escolar e social; outros profissionais evidenciam a importância da participação, nestas orientações, dos coordenadores, funcionários gerais do contexto escolar, além dos professores.

Portanto, verifica-se neste tema a singularidade de palavras consideradas como fundamentais, quando referidas ao contexto escolar: orientação; relação psicólogo-professor-equipe funcional-família e integração.

Segundo Masini (1997), preocupar-se com orientação de pais e professores pressupõe-se que o viver plenamente a paternidade e a docência provêm da elaboração verdadeira, de situações e conhecimentos. Com isso, pode-se vivenciar uma melhor percepção, reformulações e utilização de procedimentos educacionais e sociais apropriados.

Assim, o trabalho de constantes reflexões sobre a questão da integração /inclusão merece empreendimento:

> Uma das premissas mais fundamentais que se encontram subjacentes às tendências atuais é a de que todo ser humano – deficiente ou não – tem direito, da maneira mais completa, aos recursos educacionais disponíveis. A sociedade, através de seu sistema educacional, tem a obrigação de conceber programas e fornecer um tratamento sob medida para atender às necessidades individuais das crianças desviantes, e não simplesmente de tira-las segundo o grau em que se enquadram nos programas e técnicas existentes, excluindo aquelas que não se encaixam. Presume-se também que a integração irá promover a valorização e não a estigmatização, das diferenças humanas (TELFORD, 1988, p.151).

5.3 Atuação do psicólogo em termos de prevenção

Pode-se constatar através das respostas dos entrevistados que alguns (P_1, P_4, P_8, P_9, P_{10}, P_{14}) trabalham com prevenção nas instituições onde exercem a profissão, através de palestras direcionadas à comunidade; nas aulas de orientação educacional; palestras nas escolas; com famílias; orientação direcionada à família e esta se imbuir de condições para estar informando a sociedade; nos hospitais e com professores. Os exemplos a seguir apresentam essas informações:

> *Esse trabalho é feito em parceria com os acadêmicos do quinto ano do curso de psicologia em estágio supervisionado, então, eles preparam o projeto de prevenção e são feitas palestras na comunidade* (P_1).
>
> *Trabalho. Então dentro das aulas de orientação educacional.* (P_4).
>
> *Olha, a gente tem pensado muito na prevenção, foi lançado na P.um projeto de prevenção [...] nos auxilia. É importante* (P_8).
>
> *Trabalho. Trabalhamos com prevenção com famílias, e fora da instituição também, a gente sempre faz grupo, informa as escolas* (P_9).
>
> *Isso é sério, é muito sério porque dentro de uma instituição onde o nosso setor era o quinto da instituição, eu tive a curiosidade de fazer um questionário com a nossa família, um detalhe, quando nós trouxemos a família, as crianças começaram a chegar muito mais cedo, veja é importante a família passando, é portadora de informação para o meio social dela, isso é fundamental [...] Então isso foi uma coisa que me levantou a necessidade de continuar estudando e fazer um trabalho de pesquisa em nível de prevenção, que é o que nós poderemos fazer para melhorar isso, na prevenção* (P_{10}).
>
> *A gente faz co-prevenção. Dentro do hospital o projeto que tem é esse de prevenção, né. Nas escolas [...] e agora a gente está montando um projeto de prevenção junto com os professores dentro da escola* (P_{14}).

Identifica-se ainda, através das verbalizações de P_{12}, P_{13} e P_5 que mesmo sem vínculo institucional acreditam nas possibilidades positivas do trabalho de prevenção e o fazem através de: palestras, cursos para professores, orientações para famílias, da mídia:

> *[...] Trabalho com prevenção. Na minha forma de trabalhar com prevenção, é quando, por exemplo, eu tenho oportunidade de trabalhar em curso de professores, por exemplo, é ajudar o professor que é aquele que pega a criança pequenininha lá, no maternal, no ensino fundamental, então, está orientando esse professor como ele pode estimular a criança, essa criança com dificuldade. Porque a gente fazer isso é complicado, porque às vezes a criança chega até você já, depois de ter passado um*

> *período na escola, então eu [...] a minha forma de prevenção é essa. Trabalho de orientação aos professores. E quando eu tenho oportunidade de dar curso, e estar colocando né. E de outra forma é em relação ao consultório, procurando dizer para as famílias: olha! a importância do trabalho hoje, a importância da participação da família hoje, porque se não acontecer essa intervenção agora, a criança pode apresentar tais, e tais problemas mais tarde. É importante focalizar agora* (P_{12}).
>
> *[...] Trabalho né, com essa história de dar orientação para os pais [...] outra coisa que eu faço assim, são palestras [...] eu sou solicitada às vezes para televisão. Então eu aproveito muito, porque a gente não pode fugir da mídia. Essa história de [...] volto a repetir [...] ficar trancado dentro de quatro paredes no seu elitismo, achar que ali aquela cumplicidade [...] muito fechada, resolve? Não, nós temos que abrir, nós temos que mostrar para que viemos, a que servimos, né. Então eu quando sou chamada, eu vou, tento fazer uma linguagem mais acessível, tirar[...] fantasia de que psicólogo é só para quem está à beira da falência mental, né, e discutir. Estou sempre trabalhando com prevenção, faço trabalho em escola, palestras para pais, estou sempre nesse movimento* (P_{13}).
>
> *[...] de repente quanta coisa você pode evitar dando uma determinada orientação. Né, e ai acaba funcionando até como meio preventivo [...]* (P_5).

Constata-se ainda que alguns dos entrevistados, atuando em instituições especializadas, outros em consultório particular, afirmam não trabalhar com prevenção. Como é o caso de P_2, P_3, P_6, P_7, P_{11} e P_{15}. Sendo assim, por meio de leituras efetivadas em relação às formas de atuação, destes mesmos profissionais, é possível contra argumentar as respostas verbalizadas por estes profissionais, partindo do princípio de que todos ou fazem orientação, ou aconselhamento, ou atendimento aos pais e ainda, orientam os professores exercitando, portanto, a prática de prevenção terciária, ou seja:

> A prevenção terciária engloba os esforços no sentido de enfaticamente minimizar os efeitos do distúrbio ou, dito de outra forma, otimizar os potenciais residuais após a instalação do distúrbio (AMARAL, 1995, p.158).

Portanto, pode-se enfatizar uma parte de orientação, que neste aspecto diz-se através da conscientização para o problema em si, no âmbito social e familiar, trabalha indiretamente as barreiras atitudinais, apresentando condições de pensar em possível prática de prevenção.

No que se refere à prevenção, segundo Ferreira (1975), tem seu significado vinculado ao fato de informar sobre algo. Assim, existe em diferentes níveis como:

– . Prevenção primária

– . Prevenção secundária

– . Prevenção terciária.

Quanto à prevenção primária, necessário se faz evidenciar as ações através das quais poderá ser reduzido o índice de deficiências. Ações estas, vinculadas a atuações profissionais multidisciplinares, envolvendo assim áreas básicas como saúde, educação, publicidade e muitos outros. Segundo Amaral (1995), ações como vacinação, saneamento básico, assistência materno-infantil e segurança no trabalho, remetem-se aos esforços para redução da taxa de novos casos.

No que se refere a Prevenção secundária diz-se que: *"refere-se a programas e procedimentos que visem reduzir a taxa de prevalência na população de risco, bem como diminuir as conseqüências de um distúrbio ou doença já instalados"* (AMARAL, 1995, p.158).

Ainda a Prevenção Terciária, conforme já citado, apenas com intuito de melhor esclarecer, faz referência às formas de amenizar as desvantagens conseqüentes da deficiência, enfatizando, portanto, a importância dos profissionais da área de saúde e educação.

Para concluir este breve comentário sobre prevenção, enfatiza-se a importância da informação fundamentada que, há algum tempo vem sendo almejada por muitos pesquisadores e estudiosos da área.

Portanto:

> Uma das necessidades fundamentais das pessoas excepcionais é o crescente conhecimento, aceitação e compreensão pública da excepcionalidade – particularmente da excepcionalidade incapacitadora. Em primeiro lugar, a menos que uma parcela substancial do público reconheça as necessidades especiais do deficiente, não serão fornecidos a ele os meios, programas e oportunidades necessários. Em segundo lugar, a menos que o público em geral compreenda a natureza das dificuldades e necessidades dos vários tipos de pessoas incapacitadas, mesmo os recursos e oportunidades disponíveis lhes serão negados (TELFORD, 1988, p.148-149)

6. Concepção de atuação profissional

Pode-se constatar através da questão referente à concepção de atuação do psicólogo junto à pessoa com deficiência, segundo os entrevistados, diversidades significativas no pensar a prática profissional. Verificaremos os exemplos de fala a seguir,

> *Eu acho que o mais difícil é ver a pessoa portadora de deficiência como uma pessoa, e conseguir ver o potencial dela, claro que a gente precisa da experiência, da técnica e tudo mais, mas ter uma disponibilidade interna de ver o outro como um indivíduo, como qualquer outra pessoa com os mesmos direitos, o cuidado que se deve ter em respeitar os seus limites*(P_2).

Este participante evidencia a dificuldade, inerente talvez às pessoas, e conseqüentemente aos profissionais da psicologia, em reconhecer a *pessoa com deficiência como pessoa*. Sobre esta questão, gostaríamos de propor, a priori, uma reflexão em relação ao conceito de *pessoa*, que, como bem coloca Ferreira (1975): *"pessoa é o ser humano, considerado singularmente, como sujeito de direitos"*. Pensamos não existir um conceito que diferencie pessoa normal de pessoa deficiente.

Assim, segundo Amaral (1995), em nosso contexto sócio-cultural, utilizamo-nos de parâmetros vinculados ao processo evolutivo do ser, bem como ao binômio idade/sexo. Portanto, do homem é cobrada uma postura de ser inteligente, independente, forte e corajoso; da mulher beleza física, sensualidade, passividade e ainda dependência. Espera-se ainda, no que concerne ao ser criança, adolescente ou adulto comportamentos adequados à sua faixa etária, para tanto, diferenciados.

No aspecto psicológico a pessoa é analisada de acordo com sua estrutura de personalidade, comportamentos considerados normais pelo meio social, como se comunica com as pessoas, seus interesses, motivações, metas, rigidez ou plasticidade dos recursos afetivos.

Através desta fala, após um breve *pensar a pessoa,* podemos ainda propor uma breve articulação sobre o fator *perfeição* contrariado pela *imperfeição, pelo diferente*. Assim, desde a nossa concepção existe o desejo da perfeição, traduzida através da expectativa do corpo perfeito, do desejo em relação ao ser e estar saudável. Na primeira ultra-sonografia a expectativa pela notícia de que tudo está perfeito, todas as partes estão nos seus devidos lugares, evidentemente, é intensa. No momento do parto, comumente,

como parte de um ato impulsivo, a primeira fala dos médicos é de que o bebê é perfeito. Se não, é a pergunta que a mãe formula, antes de dormir, devido ao efeito da anestesia, no caso de uma cesareana, e se tudo, obviamente corre normalmente. E assim, durante todo o processo de desenvolvimento, considerando aspectos bio-psico-sociais e culturais, o que é bonito é para ser mostrado, o que não é, esconde-se ou evita-se olhar, perceber e até mesmo conviver.

Conscientes de que processo de desenvolvimento é contínuo, iniciamos a nossa busca profissional e então, compartilharmos de uma estrutura, que ainda, encontra-se em fase embrionária quanto a questão da diversidade humana, principalmente, com relação à aceitação das deficiências. Instituições responsáveis pela formação desses profissionais dirige a eles, através de valores que normalmente acompanham a busca pela normalidade, uma formação que lhe permite pensar sua atuação profissional direcionada para um contexto que abriga pessoas que vivem dentro de padrões considerados normais e então, quando acontece de entrarmos em contato com as *divergências / diferenças,* então, nos deparamos com a impossibilidade até mesmo, de aceitar o indivíduo que surge para ser atendido. Pois negamos, de acordo com o nosso tema, a deficiência. Portanto,

> Toda negação da deficiência, sob qualquer forma que seja, falsifica a relação com o outro, induz patologias relacionais crônicas e, sobretudo, caminha no sentido de formações reativas de caráter, que levam o Eu a suas próprias deformações (FÉDIDA, 1984)

Portanto, P_2 deixa claro essa dificuldade em aceitar o outro como ele se constitui e contrapondo a este pensamento, evidencia a necessidade do profissional trabalhar esta questão de aceitação. Evidencia, também, a importância da experiência; do conhecimento das técnicas e, ainda, do respeito à individualidade de cada ser. Dentro de uma linha semelhante de pensamento estão as falas de P_3, P_8, P_9 e P_{13}.

> *[...] eu acredito que a primeira coisa que esse profissional tem que ter em relação a esse Portador de Necessidade Especial é sensibilidade, e poder não colocar o paciente dentro de uma teoria, mas poder construir com ele aquilo que é próprio dele, aquilo que ele é capaz de fazer, então é [...] é ter sensibilidade para ouvir e poder captar o momento desse paciente, é tomar em consideração o que ele te traz, e ir trabalhando conforme ele te dá alguns caminhos também. Porque se você o coloca dentro de uma teoria, eu acho, para mim é muito complicado, sabe, porque aí é você adequar o paciente a um molde. Então, eu acredito que isso seja o necessário para a gente poder trabalhar com ele* (P_3).

> *É assim [...] importante desse profissional [...] primeiro [...] está conhecendo bem, acho que tem essa [...] porque é importante a gente ver a teoria, mas também a prática é importante na medida que você está realmente vendo e sentindo mesmo de perto né, a dificuldade desses alunos, né? [...] é estudar mais em relação a eles, ao deficiente, não colocar a deficiência como uma barreira. [...] e estar assim, abrindo mais as portas para estar atendendo, não só em consultório ou se tiver numa escola, e [...] todos os lugares que a gente está atuando né [...] na escola, na clínica, na organizacional [...] acho que a gente se depara muito com os nossos limites, por isso que a gente esbarra muito neles, e aí a gente acha que eles não [...] na verdade acho que a gente não está dando conta de estar respondendo um monte de coisas para eles, de estar ajudando, ampliando* (P_8).
>
> *Uma coisa que a gente pode fazer, a partir do momento que se conhece a patologia dele, que você conhece as limitações dele, é [...] você poder contribuir muito na vida dele, é [...] quanto ao diagnóstico, ao grupo, ao estudo de caso, a gente considera, aquilo que a gente observa na avaliação do aluno, o perfil dele... eu sinto assim, que o psicólogo na instituição, junto aos portadores de necessidades especiais é muito importante. A gente desenvolve assim, um trabalho importante para o desenvolvimento dele* (P_9).
>
> *Primeiro [...] é a pessoa [...] antes da deficiência [...] isso eu estou falando da minha vivência, não estou falando [...] estou falando do que eu vivi. No primeiro momento você enxerga a deficiência, a limitação do sujeito, depois você vai ver quem está por trás da deficiência. Eu acho que se agente pegar e ver assim, não ele passa pela mesma fase de desenvolvimento, ele vive as mesmas dores, as mesmas perdas, os mesmos ganhos, sabe! Enxergar ele como pessoa, a coisa deslancha com mais facilidade. Agora, se você já pensar assim: Hum!! Hoje eu vou ter um deficiente para atender. Né. Então já organiza um material relativo a capacidade intelectual daquele cliente, né. Então você já começa perdendo. Para melhorar a atuação do psicólogo com qualquer sujeito, com qualquer pessoa, com qualquer indivíduo, enxergar primeiro a pessoa que está ali. E com o deficiente não é diferente. Quando eu falei que ia fazer Psicodrama numa instituição de deficientes mentais, foi um auê para os meus professores, o próprio grupo [...] o meu grupo de formação [...]* (P_{13}).

Identificamos, através das falas dos participantes da pesquisa, a preocupação por uma postura frente ao problema, a necessidade de *fazer* e *como fazer* de acordo com as possibilidades do paciente. Percebemos em alguns momentos a negação dos constructos teóricos mais adequado para a terapêutica direcionada a esta pessoa, como se a psicologia fosse destituída de teorias e técnicas. Partiremos, portanto, do princípio de que não existem técnicas psicológicas especiais ou procedimentos específicos para o atendimento das pessoas com deficiência e ainda, que as mesmas se assemelham à maioria dos sujeitos,

enquanto considerados pessoas. O psicólogo necessita dos princípios que lhe permitem distinguir ciência do senso comum, para que possa atuar com razão e, conseqüentemente, ter o controle de suas emoções.

Verificamos, através da fala de P_8, a indicação de questões referentes a *ampliação de lugares para estar trabalhando pessoas com deficiência*, ou melhor, às deficiências, tais como a escola, a clínica e a empresa. Pertinente essa colocação, pois reflete a questão de que por muitos anos, no contexto de formação do psicólogo, pensou-se as deficiências vinculadas apenas à Educação Especial. Sendo assim, concebia-se a psicologia direcionada à questão em pauta, vinculada a àrea da psicologia escolar. Continuando, evidenciaremos também a questão referente *ao esbarrarmos com os nossos limites frente à pessoa com deficiência*, oportuno seria lembrarmos que,

> para os profissionais que atendem pessoas com deficiência, esta os afeta em vários níveis: na percepção do objeto, no campo do conhecimento, na área das emoções e afetos e no nível das fantasias inconscientes (AMIRALIAN, 1997, p.33-34)

Segundo Fédida (1984), a percepção da deficiência do outro nos coloca frente a possibilidade de vivenciar os nossos próprios limites e as nossas próprias deficiências. Amiralian (1997) faz menção ao fato de o deficiente mostrar-nos de forma concreta a nossa debilidade e ainda, nos surpreende com o fato de negarmos a nossa onipotência. Mas através de um olhar para nós mesmos, poderemos compreender nossas ações, reações enfim defesas para com a questão da deficiência e assim, trabalhar nossas negações. Dessa forma, com certeza, poder-se-á favorecer e possibilitar o desenvolvimento do cliente.

Em P_4, P_6, P_7, P_{11}, P_{12}, P_{14} e P_{15}, identifica-se através das verbalizações que a atuação do psicólogo junto à pessoa com deficiência deveria estar voltada para a família, sociedade e escola de forma direta. Veremos nos exemplos de fala a seguir:

> *Mais direto com a família, muito direto com a família [...] e com os professores. [...] mais educacional mesmo [...]* (P_4).
>
> *O psicólogo, ele tem que sair de dentro do consultório e [...] e ficar no [...], por exemplo, não sei se é porque eu estou dentro de uma escola, eu acho que [...] está certo [...] eu tenho essa área clinica que eu atendo criança e tal, mas eu gosto muito mais de ficar lá fora, de conviver com as crianças, de você estar observando tudo dentro de sala de aula mesmo, ou na hora do pátio você estar lá [...] Então eu acho assim, que*

não tem que se prender, ficar preso a troca de trabalho de consultório, eu acredito muito no grupo [...] não só você trabalhar, mas você trabalhar com a família, você trabalhar junto com o professor, você trabalhar com a criança lá fora, eu acho que é mais ou menos por aí. Ta (P_6)

É [...] eu acho que a gente tem que trabalhar mais a família, porque ela está ligada por mais tempo à pessoa deficiente, e a gente deveria ter mais cursos, mais especializações nessa área, não só os psicólogos, os professores, os dirigentes da instituição, todo mundo, para poder estar atuando todo mundo junto (P_7).

Bom [...] uma coisa seria apoio a essa criança, que já tem, já está nessa problemática, já tem essa limitação, a gente teria que oferecer mesmo o melhor, estar avaliando, ver a questão de prognóstico, e também do procedimento que você vai ter, né, com essa criança. [...] O outro seria trabalhar com a família sempre [...] sempre orientando, mas o que eu acho assim [...] mais interessante é a prevenção [...] conscientização, deveria ser feita pelo psicólogo (P_{11}).

Acho que a gente tem aí várias formas de atuar. Direto. Um trabalho direto com a pessoa. Um trabalho clínico, ou de orientação à pessoa, um trabalho de orientação à família, de integração dessa pessoa com o meio social, com o mercado de trabalho, com a escola. Acho que é mais um trabalho de conscientização, de orientação, e aí seria um trabalho clínico né, mas dependendo do tipo de deficiência um trabalho de resgate de auto-imagem, de valores, de potenciais(P_{12}).

Eu acho que dentro da escola essa visão pedagógica a gente tem que ter né. E a gente [...] nós psicólogos não temos que fazer clínica dentro da escola. Não, porque não tem como fazer. É [...] eu trabalho muito, com os professores que eu trabalho, é [...] essa parte emocional mesmo. O professor vai muito revoltado para essa área, ele não se conhece, ele não se entende, como que ele vai entender o aluno dele? (P_{14}).

Deve ser voltado para a família, para a sociedade. Necessita de muito estudo, essa questão social, de integração, prevenção, deve ser observada (P_{15}).

As verbalizações de $P_{1,}$ P_{10} e ainda P_{13} indicam através de suas falas, questões referentes à formação profissional. Deixando claro que existe um descompromisso em relação a área em questão e a necessidade de mais informações.

Vejamos através dos exemplos de fala a seguir:

Olha [...] eu acho que muitos profissionais foram aperfeiçoando, e estudando, e buscando novas alternativas, caminhos e possibilidades e crescendo junto com [...] e com os avanços da própria ciência e tentando cada vez melhor atender este indivíduo. Mas isso não é uma realidade, é uma realidade restrita, um número restrito de pessoas que está nesta

> *posição. O maior número de pessoas que trabalham na área, ainda estão com modelos antigos, com práticas antigas e [...] não [...] e o processo está bem emperrado [...] a educação está fazendo novas propostas para inserção deste indivíduo no ensino comum e existe um despreparo geral. [...] um maior preparo deles [...] até porque os estágios supervisionados também dão esta condição, a pessoa não se especializa né [...] não posso dizer o culpado é esse [...] ou aquele [...] mas é bem por aí [...] mas o profissional não sai preparado clinicamente para atender o indivíduo PNE, ele vai se preparar depois. Então é [...] eu acho importante [...] importante e necessário pessoas eu trabalham né [...] em psicoterapia com PNE. Em psicoterapia, em prevenção, essa área ligada com a questão mais clínica, o diagnóstico, mas para isso é necessário estudar, supervisão* (P_1).
>
> *[...] eu acho que nenhum profissional nasce pronto, eu considero a faculdade, ela entrega a carteirinha profissional, cria o RG da gente, mas ela não faz, ela dá condições para você aprender e dali começar a andar, então eu penso que: primeiro a gente tem que ter a conscientização de não parar só na faculdade, fazer cursos paralelos, fazer estágio, depois dentro da instituição nós temos que trocar, [...] eu acho que o verdadeiro profissional ele não tem medo de nada, nem de ninguém* (P_{10}).
>
> *Então eu acho assim [...] até na formação da gente existe um descrédito, "que nada, não vai dar em nada isso", e dá sim [...]* (P_{13}).

Em P_5 constatamos uma verbalização polêmica que contraria as falas anteriores em determinado aspecto, ou seja, no que se refere a desconsiderar conteúdos e teorias apreendidos e ir a busca de intervenções inovadoras, que possibilitarão um entendimento melhor da pessoa com deficiência. Veremos no exemplo de fala a seguir,

> *É [...] aí eu vejo o seguinte [...] a primeira coisa é a gente não pensar que tudo que a gente aprendeu na faculdade a gente vai estar aplicando lá, e vai ser aquilo mesmo. Acho que a primeira coisa é ele abrir mão de tudo que ele aprendeu né, e ele ir aberto para um novo mundo, dependendo da[...] da deficiência, vai ter coisas específicas, que é só desta deficiência, acho que ele tem que ir aberto para conhecer, para aceitar determinadas limitações, porque às vezes o psicólogo acha que ele vai resolvendo tudo [...]* (P_5).

Através desse depoimento, vamos nos deparar, novamente, com mecanismos que indicam a necessidade desse profissional, em estar negando todo um processo vinculado ao constructo teórico, indubitavelmente, necessário para a intervenção profissional. Não podemos desvincular a psicologia da ciência. Somos conscientes do compromisso científico do psicólogo, com vistas à produção e disseminação do

conhecimento. Assim, não podemos, ao pensar o exercício profissional, deixar de refletir sobre a dimensão global de seu conceito, que inclui, sua estrutura e sua dinâmica. Sendo assim,

> O conceito de profissão envolve: (a) a existência de um corpo sistemático de conhecimento que requer lento processo de formação e treinamento, envolvendo tanto aspectos intelectuais como atividades práticas; (b) um grau de autoridade conferida pelos clientes em função do conhecimento técnico especializado; (c) um amplo reconhecimento social como base para o exercício da autoridade; (d) um código de ética que regula as relações entre pares e entre o profissional e os seus clientes; e (e) uma cultura profissional que é mantida pelas organizações. (KAST e ROSENBERG, 1970 *apud* BASTOS & ACHCAR, 1994, p.246).

CONCLUSÕES

Este trabalho buscou compreender, por meio das descrições, a atuação dos psicólogos junto à pessoa com deficiência, no âmbito clínico e institucional. Procuramos perfazer um caminho, o qual nos levaria a compreender às quantas se movimenta a psicologia em direção à diversidade humana, mais precisamente, em relação às deficiências.

A priori procuramos caracterizar os participantes da pesquisa e encontramos dados que evidenciam o produto de uma formação considerada generalista. Assim, percebe-se entre os profissionais uma certa dificuldade em estarem continuando sua vida acadêmica, no que se refere ás especializações em áreas específicas. Pois os dados obtidos indicam profissionais que após muitos anos de formados, conseguem concluir uma especialização. Exercendo assim, intervenções à luz daqueles conteúdos apreendidos durante a graduação. Desta forma, evidencia-se o interesse dos mesmos quando surge uma oportunidade para participarem de encontros, cursos de extensão ou mesmo formação.

Embora indicamos que a maioria dos participantes da pesquisa é especializada, isso não nos intimida, em detectarmos que a construção desse caminho vem sendo feita por bravos desbravadores, pois, em maioria, foram formados na década de oitenta, onde as dificuldades para obtenção de títulos eram evidentes no nosso contexto. Até mesmo, porque a psicologia encontrava-se na fase de adolescência em termos cronológicos.

A partir desta concepção, tentaremos vislumbrar o resultado desta formação, que segundo Mello (1978), enfatizava-se o caráter clínico e de profissional liberal do psicólogo, através das disciplinas ministradas com base na obrigatoriedade dos primeiros

currículos do curso. Priorizava-se os atendimentos individuais e tratáveis. Ainda nesta época, a questão da deficiência não era tão evidenciada, pois o preconceito que cerca esta condição era, como é até então, imbuído de grande intensidade em nosso meio acadêmico e profissional, pois o conhecimento dispendido em direção a essas pessoas sempre foi precário e muito velado. Os atuais movimentos nacionais, embora restritos, não existiam com ênfase e relevância.

Assim, detectou-se durante a pesquisa, que o profissional especializa-se, talvez, em áreas que não sejam de seu interesse acadêmico, e sim, em áreas que são a priori, possibilitadas em meio ao contexto acadêmico pós- graduação, sendo assim, na maioria das vezes esses profissionais não atuam em áreas específicas correlacionadas à sua formação, justificando as dificuldades na sua atuação frente ao cliente / clínica / instituição. Sem descartarmos as condições precárias em que vive esse profissional, no que se refere à carga horária dispendida para o trabalho, concomitante, em consultórios, instituições, proporcionando, a este, raros momentos para que invista em sua formação/ação profissional pensando que o tempo urge e necessário se faz acompanhá-lo em termos de evolução natural e científica.

Consecutivamente, percebemos uma certa evidência no desejo de evasão provinda dos profissionais, referente à área de atuação com pessoas deficientes, pois a falta de estímulo teórico e financeiro desarticula as possibilidades desses profissionais, em estarem investindo no seu aperfeiçoamento técnico, e conseqüentemente, iniciam um processo de total desgaste, que sob olhares críticos são percebidos e interpretados como uma situação de comodismo por parte do profissional, quando na verdade, poderíamos estar repensando esta questão e estabelecendo uma leitura mais eficiente e imbuída de fundamentação teórica consistente, para, em determinados momentos, possibilitarmos uma compreensão coerente em relação ao movimento que envolve o fato em questão.

Sendo assim, fica evidente em determinados momentos, o caráter filantrópico, que naturalmente propõe desvincular-se da ciência, no que refere-se a atuação do psicólogo com a deficiência. Portanto, D'antino (1996) acredita que a perpetuação desta situação conte com a colaboração de inúmeros adeptos. Incluindo a dos profissionais, uma vez que mantém acesa a chama da crença em nossa bondade e benemerência, trazendo também reconhecimento social pela causa que abraçamos. A opção profissional pela área da

deficiência parece sobrepor-se ou vincular-se à representação social do profissional com características pertinentes a bondade, dedicação e paciência, ou seja, o profissional que trabalha por amor.

Baseado neste pressuposto observamos que as instituições especializadas, bem como as instituições responsáveis pela formação destes profissionais, atribuem desvio de atenção do exercício profissional enquanto procedimento científico para os aspectos diversos, e os profissionais em vez de estarem cumprindo deveres de sua competência, voltam-se para atividades de cunho benemérito, dado que a manutenção da estrutura institucional passa a ser privilegiada. Assim, o técnico, imbuído também pelo espírito humanitário, assume a condição de porta voz do discurso dos dirigentes institucionais, e com isso contribuem para a manutenção do estigma, ou seja, a comunidade acadêmica volta o seu olhar para as questões vinculadas ao assistencialismo, que contrapõem aos seus objetivos enquanto profissionais da Psicologia. E, assim, tudo se confunde, e a opção pelos estudos da causa em questão imbui-se de preconceitos, onde o que predomina é o pensar a deficiência como algo diferenciado e destituído de causas científicas.

Durante a apresentação e discussão dos resultados desta pesquisa deparamos com questões que confirmam a fala anterior, no sentido que é real o fato de que o ingresso do psicólogo nas questões vinculadas às deficiências, nem sempre se dão por interesse pessoal, mas sim, por falta de outras oportunidades profissionais, como a não exigência de experiências prévias, a possibilidade de conhecer pessoas que abram outras possibilidades profissionais para um trabalho em Clínicas particulares, até mesmo, por que a formação aguça para pensar o psicólogo clínico em seu consultório e senhor de suas potencialidades e onipotências. De acordo com Mendes (1997) os profissionais apontam falta de conhecimento sobre o serviço a ser prestado e passam a atuar de acordo com a demanda institucional: avaliação diagnóstica e diagnóstico dos distúrbios de conduta. Percebe-se ainda que após estes processos, uma vez detectada a deficiência o indivíduo recebe pouca atenção do psicólogo, comprovando que os profissionais, mesmo nas instituições, trabalham preponderantemente, num modelo clínico, com uma concepção de deficiência como algo centrado no indivíduo.

Entretanto, trabalha-se os estudos de caso, explica-se a deficiência, mas as intervenções adequadas, com certeza, ficarão a desejar. Assim, com o passar dos anos, que

não são poucos para muitos profissionais institucionalizados, surgem insatisfações com relação ao trabalho prestado e a remuneração insuficiente, e frente ao insight, que certamente influi na possibilidade de ter que mudar, confirma-se a rotatividade de profissionais nesta área. Parece que existe a necessidade evidente de experienciar, sem tempo determinado, uma prática conflituosa e ineficiente, para assim estabelecer-se um olhar significativo para tal questão. Uma prática que pode estar vinculada a necessidade de reestruturação nos esquemas conceituais que não foram suficientemente sustentados durante a formação em Psicologia.

Quanto á questão, fundamentação teórica, o campo de atuação do psicólogo, parece estar mal definido, talvez possamos atribuir em parte, a uma complexidade epistemológica que diversificou e ampliou os campos de atuação do profissional em psicologia. Sendo assim, de acordo com Bastos (1988), um dos pontos principais, no que se refere aos problemas da definição do exercício profissional do psicólogo, não só na área de deficiência, mas de forma generalizada, deve-se em grande parte, a saber: *"o modelo hegemônico de atuação psicológico, forjado ao longo dos anos, especialmente após a regulamentação da profissão e conseqüente estabelecimento de padrões para a formação dos novos profissionais"* (BASTOS, 1988, p.163).

Portanto, o que se observa no aspecto de desenvolvimento de idéias psicológicas é uma ampliação sem limites das concepções teórico-práticas, no sentido de encarar a psicologia como uma subjetividade inter-relacionada, o que implica, segundo Holanda (1997), na inserção do indivíduo na sociedade e nas relações culturais, como agente e promotor de mudanças.

Mesmo assim, detectamos que o psicólogo ainda detém na sua prática profissional o uso de um instrumental, como testes psicológicos e algumas técnicas, que são controversas a nossa realidade cultural, e demonstram assim, resíduos de inabilidade técnica para estarem utilizando tais instrumentos. E o que nos faz perplexos é a insistência na efetivação de tais procedimentos. Tendo em vista a evidência em optar por um diagnóstico voltado para uma linha compreensiva, onde o uso de testes projetivos supera o uso de testes de habilidades acadêmicas que, nem sequer foram citados durante a coleta de dados para a pesquisa.

Colocamos o fato em discussão por detectarmos também, através de cruzamento de relatos, que o profissional, embora produto de uma formação generalista, mas com especialização em linhas teóricas que não lhes oferecem embasamentos suficientes, mesmo assim fazem uso de testes projetivos que necessitam de interpretações fundamentadas para a sua fidedignidade, por exemplo, nos constructos teóricos da psicanálise, enquanto este profissional que faz uso do instrumento citado, indica ser seguidor de teorias como: Gestalt e Comportamental. Além de evidenciarem, mesmo indicando o uso constante destes instrumentos, certo descrédito quanto a eficácia e eficiência dos mesmos.

Outro dado relevante e preocupante, levantado através da pesquisa, refere-se às dúvidas quanto ao modelo teórico a seguir ou mesmo que utiliza nas intervenções profissionais. Dado este, que surge durante a fala destes profissionais, assíduos quanto a sua prática. Voltamo-nos para a pergunta, freqüentemente presente na formação profissional: Que psicólogos estamos formando?

Na verdade, deve ser considerada a pretensão que é a de uma formação teórica, técnica e científica consistente, que destitua a dicotomia existente entre a teoria e a prática, questão esta fundamental para que sejam efetivadas reestruturações conceituais no contexto em que o trabalho está sendo realizado, criando oportunidade, assim, as possibilidades de avaliações da própria atuação e, conseqüentemente, o psicólogo reconhecer-se e estabelecer um compromisso com a construção de modelos de intervenção e, também, conhecimentos compatíveis com as necessidades das pessoas com deficiência.

Ainda de acordo com os resultados dos estudos, pode-se verificar que os psicólogos indicaram que a atuação com a família do deficiente é uma dificuldade estabelecida na sua prática, bem como, a estrutura das instituições especializadas, a formação profissional e os honorários atribuídos ao psicólogo. Porém, com relação à família, conforme anteriormente salientado, o psicólogo, devido a sua formação, ainda parece ser o profissional mais habilitado para esta intervenção. Portanto, ao afirmar a existência dessas dificuldades, este profissional confirma o fato real, no sentido de que, sua formação não está sendo coesa e eficiente, pois quando se depara frente à família demonstra não conseguir vincular a teoria que, possivelmente tenha estudado, à prática do fazer psicológico. Assim, consequentemente, assume uma postura precária e ineficiente

perante seus clientes: família / Instituição, assinalando barreiras intransponíveis e não se permitindo percebê-lo como um agente de transformação social, sinalizando, ainda, o fator remuneração como fator preponderante já discutido anteriormente. Percebe-se uma rede de causa e efeito, quando colocamos em evidência a seqüência das questões até então analisadas, ou seja: características dos profissionais / instrumentos que utilizam / modelo teórico no qual se fundamentam / dificuldades na atuação. Questões que se entrelaçam e que, sem uma ajuda externa, espelhada na análise dos mecanismos de defesa que cercam toda esta história, pensamos não poder haver possibilidades de capacitação desses profissionais para atingirem autonomia em tempo oportuno e, desse modo, questionar, de maneira constante, a própria prática, os conhecimentos em que ela se apóia e o contexto em que ela acontece.

Constatamos ainda, que os profissionais ao se verem diante das questões vinculadas à deficiência, mostram-se extremamente frágeis, emergem as dúvidas, e, freqüentemente, podem abster-se de realizar as intervenções necessárias. Questionam-se em relação aos instrumentos psicológicos, quanto a sua validade e fidedignidade no uso direcionado a esse cliente. Sobre o que deve ser usado? E ainda, como o profissional poderá se comportar frente a esse cliente especial / diferente, na verdade, o que fazer? Como fazer?

Sendo assim, diante das respostas obtidas, constatamos que esses profissionais indicam que os princípios básicos de intervenção psicológica, bem como o substrato teórico e prático que sustenta o atendimento em suas várias interfaces, não se diferenciam dos utilizados na intervenção com pessoas consideradas normais. Não evidenciam a existência de peculiaridades nesses atendimentos. Mas não conseguem omitir as dificuldades para a realização desse trabalho. Cabe aqui, pensarmos sobre as relações intersubjetivas entre o psicólogo e a pessoa com deficiência. Pois sabemos que em qualquer processo interacional, a condição de deficiência pode interferir, tanto na pessoa que a possui, como no profissional que a atende. Assim, segundo Amiralian (1997), para os profissionais que contatam, através de intervenções, com pessoas deficientes, esta os afeta em vários níveis: na percepção do objeto, no campo do conhecimento, na área das emoções e afetos e no nível das fantasias inconscientes. Sendo assim, conforme já discutido em capítulo anterior, a presença do deficiente faz com que os profissionais vivenciem, de

forma real, concreta, a própria debilidade, surpreendendo-os assim, com a intensa negação de sua onipotência.

Portanto. É compreensível quando frente aos questionamentos que levaram os participantes desta pesquisa a evidenciarem sua prática, sua atuação frente a esta condição, os mesmos enfatizarem a trabalho de orientação junto à família, aconselhamento, orientação a professores abrangendo todo o contexto escolar, trabalho de prevenção, avaliação psicológica, participação em estudo de caso, atendimentos clínicos direcionados às crianças e adolescentes com deficiência. Sentimos falta, porém, de indicações no que se refere às intervenções diretamente com o deficiente, ela existe, mas percebe-se que de maneira velada e ainda, não foi evidenciado nenhum trabalho, seja direto ou indireto, junto ao adulto deficiente. Questões estas, merecedoras de estudos, pois no nosso contexto profissional e social este tema é praticamente inexistente, quando na realidade teríamos que pensar, que, o ser humano, independente de sua condição de normal ou deficiente, é concebido, passa pela fase de gestação, nasce e desenvolve-se de forma natural, passando por fases como infância, adolescência até alcançar a senilidade, inerente, portanto, a qualquer ser vivo. Sendo assim, apontamos mais uma necessidade relativa á área.

Após pontuarmos tais questões, concluiremos esta fala chamando atenção para a necessidade de um olhar crítico para o nosso interior, somente assim, poderemos compreender e apreender nossos sentimentos frente às deficiências. Assim, poderemos nos sentir em condições de conquistar a percepção da deficiência, de acordo com Amiralian (1997), como um objeto compartilhado, e assim, propiciar ao nosso paciente um ambiente acolhedor e proporcionar condições para sua aceitação como tal, e conseqüentemente, favorecer e possibilitar seu próprio desenvolvimento. Enquanto profissionais, não ignorarmos a fundamentação teórica que envolve o estudo das deficiências no seu aspecto biopsicosocial.

Desse modo, procuramos constatar, através desta pesquisa a concepção de atuação do psicólogo junto à pessoa com deficiência e encontramos significativas diversidades no pensar a prática profissional. Os psicólogos enfatizaram questões relevantes, quanto ao conteúdo discutido no parágrafo anterior, como a importância de estarem reconhecendo a pessoa pela sua própria condição, antes de vê-la com a deficiência,

como um indivíduo. O que a nosso ver, é postura inerente à psicologia e ao psicólogo, pois seu cliente é o homem enquanto ser biológico, psicológico, social e cultural.

Dando seqüência aos depoimentos, detectamos questões ligadas à prática profissional vinculada ao senso comum, no sentido de que alguns profissionais insistem em colocar a emoção frente à razão, quando o assunto é deficiência, desvinculando teoria para intervir junto ao deficiente, negando assim, os constructos teóricos adequados para a realização de um trabalho de qualidade. Mesmo assim, tivemos a oportunidade de verificarmos através das falas desses profissionais, a preocupação com questões referentes a: Formas de avaliar e atender; Mudança na concepção de deficiência no aspecto teórico, pessoal e social; Necessidade de universalizar ou generalizar as intervenções psicológicas; Atuação mais voltada para ação: remediar à atuação preventiva; Investigar melhor a formação generalista do psicólogo evidenciando, assim, o tema em questão nos diversos campos da psicologia, ou seja, nas áreas Clínica, Escolar e Organizacional; Enfatizar a relação diversidade humana / deficiência / modelos teóricos, através das disciplinas obrigatórias nos cursos de psicologia.

Portanto, concluir este trabalho tem sido uma tarefa difícil, pois o mesmo está imbuído de questões inesgotáveis, importantes e necessárias de serem investigadas. Pesquisar a atuação e concepção do psicólogo junto à pessoa com deficiência pode ser um caminho para que, os profissionais da psicologia e Instituições formadoras possam refletir sobre o desenvolvimento das competências: técnica, no sentido de uma formação teórica e científica sólida, ética e política, pois detectamos que a ausência, mesmo que parcial, dessas questões, trazem prejuízos e conseqüências incalculáveis para o progresso dessa profissão, no sentido de interferir no desenvolvimento e motivações pessoais no que se refere à busca de formas inovadoras de atuação e a ênfase na produção científica na área da deficiência e, conseqüentemente, a diversidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHCAR, Rosemary. *Psicólogo brasileiro*: práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

ANASTASI, Anne. *Testes psicológicos*. São Paulo: EPU, 1977.

AMARAL, Lígia Assumpção. *Do Olimpo ao mundo dos mortais ou dando o nome aos bois*. São Paulo: Edmetec, 1988.

_____. Deficiência: questões conceituais e alguns de seus desdobramentos. *Cadernos de Psicologia*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Psicologia n. 01, p.03-12, 1996.

_____. *Conhecendo a deficiência*: em companhia de Hércules. São Paulo: Robel Editorial, 1995.

_____. *Pensar a diferença*: deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração de Pessoa Portadora de Deficiência, 1994. 91p.

AMIRALIAN, M. L. T. *Psicologia do excepcional*. São Paulo: EPU, 1986.

_____ *et al. Deficiência*: alternativas de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ANACHE, Alexandra A. *Educação e deficiência*: estudo sobre a educação da pessoa com deficiência visual. Campo Grande: CECITEC/UFMS, 1994, 140p.

_____. *Diagnóstico ou inquisição?* Estudo sobre o uso do diagnóstico psicológico na *escola*. São Paulo, 1997. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

ANASTASI, Anne. *Testes psicológicos*. São Paulo: EPU, 1977.

BASTOS, A. V. B. Áreas de atuação: em questão nosso modelo de profissional. In: *Quem é o Psicólogo Brasileiro*? Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 1988.

_____ & ACHCAR, R. Dinâmica profissional e formação do psicólogo: uma perspectiva de integração. In: *Conselho Federal de Psicologia*. Psicólogo Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BECKER, H. Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. The Free Press of Glencoe, 1966.

BLEGER, José. *Psico-higiene e psicologia institucional.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

BRENNER, Charles. *Noções básicas de psicanálise*: introdução à psicologia psicanalítica. 3.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975, 262p.

BOCK, Ana M. Bahia *et al. Psicologia:* uma introdução ao estudo de psicologia. São Paulo: Saraiva, 1996.

BUSCAGLIA, L. F. *Os deficientes e seus pais.* Rio de Janeiro: Record, 1993.

CABRAL, A. e NICK, Eva. *Dicionário técnico de psicologia*. 12.ed. São Paulo: Cultrix, 1997.

CHAUÍ, Marilene. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 1999.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo: Cortez, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Psicologia no Brasil*: direções epistemológicas. Brasília: O Conselho, 1995.

_____. *Psicólogo brasileiro*: construção de novos espaços. Campinas: Átomo, 1992.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 6ª Região. *Manual do Conselho Regional de Psicologia*. CRP- 6, 1996.

_____. *Psicologia*: formação, atuação profissional e mercado de trabalho. Estatísticas. São Paulo: O Conselho, 1995.

CORDIOLI, A. Volpato (Org.). *Psicoterapias*: abordagens atuais. Porto alegre: Artes Médicas, 1993.

CUNHA, Jurema A. *et al.* Psicodiagnóstico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DAL POGETTO, M.T.D.P.*A Atuação do psicólogo em escolas especiais para deficientes mentais:* concepções e práticas. Tese (Doutorado) – Universidade Metodista de Piracicaba. Piracicaba/SP, 1998.

D'ANTINO, M. E. F. *Instituições educacionais especializadas no atendimento às pessoas com deficiência mental*: estudo das relações entre pais – dirigentes e profissionais – agentes. Dissertação de Mestrado: Universidade de São Paulo, 1996

FÉDIDA, Pierre. A negação da deficiência. In: D'AVILA NETO, M. I. (Org.). *A negação da deficiência*: a instituição da diversidade. Rio de Janeiro: Achiamé/Socius, 1984.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio Mendonça. *Revisando as psicologias*: da Epistemologia à Ética nas práticas e discursos psicológicos. São Paulo: EDUC / Petrópolis: Vozes, 1995.

GAY, Peter. *Freud:* uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GLAT, R. O papel da família na integração do portador de deficiência. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v.II, n. 4, p.111-118, 1996.

GOFFMAN, Erving. *Estigma:* notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GUIRADO, Marlene. *Psicologia institucional.* São Paulo: EPU., 1987.

HOLANDA, Adriano. Os conselhos de psicologia, a formação e o exercício profissional. *Psicologia Ciência e Profissão,* Ano 16, n.01, p.03-13, 1997.

JAPIASSU, Hilton. *Introdução à epistemologia da psicologia*. 5.ed. São Paulo: Letras & Letras, 1995.

KIRK & GALLAGER. *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAKATOS, E. *et al. Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Atlas, 1985.

LAPLANCHE, J. e PONTALIS, I. B. *Vocabulário da psicanálise*. 7.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1983.

LO BIANCO, Anna C. et al. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: Implicações para a formação. In. ACHCAR, Rosemary. *Psicólogo brasileiro:* práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

LOURAU, René. *A análise institucional.* Petrópolis: Vozes, 1995.

LUDKE, M. & ANDRÉ M. *Pesquisa em educação*: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MALUF, Maria R. Formação e atuação do psicólogo na educação: dinâmica de transformação. In: ACHCAR, Rosemary. *Psicólogo brasileiro:* práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

MARIGUELLA, Márcio. *Epistemologia da psicologia*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1995, 156p.

MAZZOTTA, Marcos J. da S. *Educação especial no Brasil:* história e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. *Trabalho docente e formação de professores de educação especial.* São Paulo: EPU, 1993.

MELLO, Silvia Leser de. *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática, 1977.

MENDES, E. G. Atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar de educação especial. In: MARQUEZINE, M.C. *et al*. (Org.). *Perspectivas multidisciplinares em educação especial.* Londrina: Editora UEL, 1998.

MENDONZA, Carmen E. Flores. *Educação especial*: características de atuação e formação do psicólogo Sul-Matogrossense – Relatório de Pesquisa. Campo Grande-MS: UCDB, 1993.

MOURA, Eliana P.G. de. A Psicologia (e os psicólogos) que temos e a Psicologia que queremos: reflexões a partir das propostas de diretrizes curriculares (MEC/SESU) para os cursos de graduação em Psicologia. *Psicologia, Ciência e Profissão.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia, ano 19 n.02, p. 10-19, 1999.

MUCHIELLI, A. *Les méthodes qualitatives*. Paris: Universitaires de France, 1991.

OCAMPO, Maria Luiza S. de. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas.* São Paulo: Martins Fontes, 1981.

OLIVEIRA, Maria H. *Ciência e pesquisa em psicologia*: uma introdução. São Paulo: EPU., 1984.

OLIVEIRA, Sonia Grubits Gonçalves de. *A construção da identidade infantil*: A sociopsicomotricidade Ramain-Thiers e a ampliação do espaço terapêutico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996, 222p.

OMOTE, S. *A deficiência como fenômeno socialmente construído.* Conferência realizada na XXI Semana da Faculdade de Educação, Filosofia, Ciências Sociais e da Documentação – UNESP, Campus de Marília, 1980.

_____. *Atratividade física facial*: percepção e efeitos sobre julgamentos. Tese de Livre Docência apresentada à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Marília, 1982, 133p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (Handicap).* Um manual de classificação das conseqüências das doenças. Secretariado Nacional de Reabilitação de Portugal (SNR). Ministério do Emprego e da Segurança Social. Lisboa, 1989a.

OVÍDIO. *As metamorfoses.* Tradução de David Jardim Júnior. Rio de Janeiro: Tecnoprint S.A., 1983.

PESSOTTI, Isaias. *Deficiência mental*: da superstição á ciência. São Paulo: EDUSP, 1984.

PIÉRON, Henri. *Dicionário de psicologia*. 9.ed. São Paulo: Globo, 1995.

REVISTA PSICOLOGIA, CIÊNCIA E PROFISSÃO. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 1997.

RIBAS, J. *O que são pessoas deficientes*? São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROSA, Merval. *Introdução à psicologia*. Petrópolis: Vozes, 1995. Vol. 1.

ROUDINESCO, Elisabeth. *Dicionário de psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SCHULTZ, D. P.e SCHULTZ, E. S. *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix, 1998.

SOUZA, Marilene P.R. *A queixa escolar e a formação do psicólogo*. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

TELFORD & SAWREY. *O indivíduo excepcional*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

THIERS, Solange. *A terapia no processo vivencial Ramain.* Painel – Método Ramain. I Congresso Brasileiro de Psicomotricidade. Rio de Janeiro, 1988.

_____. *Sócio-psicomotricidade Ramain-Thiers*: uma leitura emocional, corporal e social. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

_____. *Terapia Psicomotora – Ramain*: relação teórico-prática no estudo clínico de um caso. (Monografia). Rio de Janeiro, 1983.

TRINCA, W. *Pensamento clínico em diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes, 1981.

VAN KOLCK, Odette Lourencão. *Técnicas de exame psicológico e suas aplicações no Brasil*. Petrópolis: Vozes, v. 1 e 2, 1981.

VELHO, G. *Desvio e divergência*: uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

Anexo

Roteiro para Entrevista

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Idade: Sexo:

Formação:

Instituição: Ano:

Quais os cursos feitos após a graduação?

Há quanto tempo você trabalha com pessoas deficientes?

Onde trabalha? Onde trabalhou?

Quanto tempo de trabalho? Quantas horas diárias?

Você trabalha em outro local? Onde? Qual a sua função?

Como você realiza seu trabalho?

Quais instrumentos você utiliza?

Qual a sua abordagem teórica?

Você faz atendimento à família?

Você faz orientação a professores?

Você trabalha com prevenção? Qual a população atingida?

Você tem alcançado os seus objetivos enquanto profissional?

Quais as dificuldades encontradas?

Na sua opinião, como deveria ser a atuação do psicólogo junto à pessoa com deficiência?