

---

# O ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR A PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA MENTAL: UMA PERSPECTIVA SÓCIO INTERACIONISTA

Marysia M.R.Prado\*

Débora F.N.Rico\*\*

PRADO, M.M.R. & RICO, D.F.N. O Atendimento interdisciplinar a pessoas portadoras de deficiência mental: uma perspectiva sócio interacionista. *Rev. Ter. Ocup. USP*, 3(1/2):33-42, Jan/Dez, 1992.

## RESUMO

Este artigo pretende apresentar, mais do que um relato de experiência, uma reflexão acerca do processo de institucionalização e tratamento de pessoas portadoras de deficiências e uma proposta de atendimento interdisciplinar a esta clientela, particularmente aos portadores de deficiência mental, a partir dos princípios sócio interacionistas apresentados pela Escola da Psicologia Soviética.

## DESCRITORES

Terapia Ocupacional, tendências. Institucionalização, tendências. Instituições Filantrópicas de Saúde, Deficientes.

---

Durante muitos séculos as pessoas portadoras de deficiências física, sensorial e/ou mental, foram consideradas como seres diferentes, sub-humanos ou até possuídos diabolicamente. A sociedade agia com eles também de diferentes formas: destruindo-os, ocultando-os ou superprotegendo-os, até que adotou a solução de isolá-los em instituições custodiais, muitas das quais sobrevivem, ainda hoje, no Brasil.

Em nível teórico, os trabalhos existentes sobre temas relativos a esta população tratam, em geral:

- da avaliação e classificação das deficiências;
- de aspectos médicos, de ordem clínica, psiquiátrica, neurológica, genética, entre outros;
- da institucionalização das pessoas ditas "deficientes mentais leves e

---

\* Docente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo  
Pedagoga. docente do curso de formação de professores de magistério, da EEPSG. Prof. Evandro Caiófa  
\*\* Endereço: Marisia M. R. prado - Rua Cipotânea, 51 - CEP 05360-000 - São Paulo, SP

moderadas" e também da precariedade dos serviços especializados de reabilitação;

- de questões sócio-culturais como o estigma, a discriminação, etc.

Contudo, muito pouco se tem escrito sobre a denominada "deficiência mental severa e profunda" e sobre a situação dos adultos, inclusive idosos, portadores de múltiplas deficiências; pouco se fala porque pouco se sabe. Contudo, estas pessoas constituem a maior parte da clientela atendida pela Casa 2 do "Centro Espírita Nosso Lar - Casas André Luiz". Será fundamentalmente a partir do trabalho lá desenvolvido que discutiremos as possibilidades de atenção terapêutico-ocupacional e educacional às pessoas portadoras de deficiências.

## O Trabalho Institucional

O trabalho institucional é repleto de conflitos e contradições. Ao mesmo tempo em que o discurso oficial costuma reafirmar o objetivo de tratamento, educação e reintegração social, seu ponto de partida é a segregação e exclusão da população atendida e o movimento institucional ocorre no sentido de sua manutenção de forma restrita e total.

Sob o argumento da irresponsabilidade do indivíduo deficiente, o poder disciplinar atua de forma a manter a ordem, particularmente através da estruturação do cotidiano e da contenção física.

Embora a maior parte das pessoas seja internada buscando tratamento especializado, com mais de cinco anos de internação, em geral, não apresenta evoluções significativas em seu desenvolvimento global. Dessa forma, as crianças costumam ter prioridade de atendimento, mas aquelas que permanecem institucionalizadas, cedo ou tarde, também são excluídas do rol de prio-

ridades de atendimento por chegarem à condição de crônicos "irrecuperáveis".

Acreditamos que a internação ou permanência prolongada em uma instituição total não deveria existir, pois as pessoas portadoras de deficiências devem permanecer com suas famílias e inseridas na comunidade, tendo acesso a uma boa infra-estrutura básica de saúde e educação. Porém, existe uma situação de fato: nas Casas André Luiz existem pessoas com até 35 anos de internação e todas elas precisam de tratamento. Existe, efetivamente, vontade institucional e governamental para que se consiga desinterná-las com boas perspectivas de vida? Existe interesse das famílias em recebê-las de volta? Quais as suas capacidades e limites? O que se pode fazer nesta condição de institucionalização?

## A Casa Dois

O "Centro Espírita Nosso Lar - Casas André Luiz" é uma instituição de caráter filantrópico e orientação religiosa. É uma sociedade civil de duração ilimitada e sem fins lucrativos, cujas atividades assistenciais destinam-se, entre outros objetivos, ao amparo de pessoas portadoras de deficiência mental, órfãs ou abandonadas, com ou sem outras deficiências associadas, independentemente da gravidade de seu quadro clínico. Aparece como uma instituição ímpar devido ao seu grande porte, características da população e quanto ao oferecimento de recursos físicos, materiais e humanos para o atendimento de uma população bastante numerosa e diversificada.

A Casa dois, localizada em Guarulhos - S.P., abriga cerca de 780 pacientes (fevereiro/93) em regime de internato, atendidos por uma equipe técnica multiprofissional e por ampla equipe de apoio (pajens, supervisoras, entre outros). Lá existem 4 pavilhões

que abrigam a população institucional, a qual encontra-se assim dividida:

- **Pavilhão 1:** homens não acamados, adolescentes e adultos (180 pacientes);
- **Pavilhão 2:** mulheres, acamadas ou não, adolescentes e adultas (167 pacientes);
- **Pavilhão 3:** homens acamados ou que utilizam cadeira de rodas, adolescentes e adultos (221 pacientes);
- **Pavilhão 4:** mulheres não acamadas e crianças (212 pacientes);
- **Pavilhão 5:** administração.

Consideramos que para implantar na Casa dois um novo programa de assistência às pessoas portadoras de deficiências é preciso transformar radicalmente suas formas de intervenção e até mesmo rever a estrutura jurídica da instituição, pois, mundialmente, os serviços da área da saúde se reorganizam no sentido da desconstrução das instituições totais.

No início de 1991 a gerência assistencial das C.A.L. proclamava sua disposição em iniciar um processo de abertura e transformação institucional. Para tal, solicitava a colaboração de várias universidades e, particularmente, do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP, tendo assumido a função de assessora da USP na área de Terapia Ocupacional a Prof<sup>a</sup> Assist. Marysia M.R.Prado.

Assim, diante desta proposta geral apresentada pela gerência assistencial da instituição, a partir de abril de 1991 começamos o processo da avaliação do setor de Terapia Ocupacional e a identificação da população atendida. Os problemas fundamentais observados inicialmente foram os seguintes:

-Embora a estatística mensal mostrasse um grande número de atendimentos no setor de Terapia Ocupacional, uma pequena parte da população institucional (menos de 10%), composta basicamente por pessoas portado-

ras de deficiência física sem um comprometimento mental grave, frequentava este serviço (alguns até duas vezes ao dia, todos os dias da semana). Eram excluídos aqueles que não tinham bom comportamento e que não "rendiam" ou "produziam" bem nos diversos programas, os que eram acamados e/ou considerados "deficientes mentais severos ou profundos"

-Os atendimentos eram (e continuam sendo) realizados, em sua maior parte, por auxiliares desqualificados para tal e não tinham cunho terapêutico, eram simples ocupação do enorme tempo disponível para evitar a ociosidade. O objetivo primordial era a obtenção de produtos materiais nas diferentes oficinas abrigadas que eram vendidos num bazar (procedimento comum nas instituições que atendem pessoas deficientes) e não efetivamente, a promoção da saúde física e mental; algumas atividades eram até mesmo impróprias para determinados internos devido aos seus comprometimentos físicos. Assim, principalmente os programas ditos de "profissionalização" não alcançavam este objetivo e ainda colaboravam para o agravamento de certos quadros clínicos.

Programas existentes até abril de 1991:

1. Oficina de Marcenaria.
2. Oficina de Trabalhos Manuais.
3. Oficina de Pregadores (sub-contrato).
4. Estimulação Primária.
5. Estimulação Secundária e Habilitação.
6. Treinamento de AVP(s).

Além destes problemas setoriais, observamos que apenas cerca de 50% da população institucional recebia atendimento especializado nos diferentes serviços da área clínica (equipe multiprofissional), sendo que a área médica tem uma rotina diferenciada, baseada principalmente no atendimento das intercorrências clínicas. Aquele

grupo, composto basicamente por crianças e por pessoas que têm suas capacidades globais relativamente preservadas, era atendido por vários setores enquanto que os demais internos continuavam sem estes atendimentos diretos, o que colabora para o seu processo de cronificação geral.

Os atendimentos prestados pela equipe multiprofissional ocorriam de forma quase que exclusivamente setorial, segundo orientações estabelecidas pela equipe responsável pelo setor. Como as diretrizes setoriais costumam mudar a cada nova equipe que se forma, existe uma extraordinária dificuldade em estabelecer e desenvolver programas de atenção global à clientela a médio e longo prazos. Sem interdisciplinariedade acaba ocorrendo uma duplicidade de esforços e serviços, impedindo sua expansão e comprometendo sua qualidade.

Assim, como havia naquele momento uma grande dificuldade de concretização de trabalhos interdisciplinares e inexistia um movimento institucional real no sentido da implantação de um projeto de reestruturação global, optamos por iniciar a intervenção institucional propriamente dita a partir da transformação do serviço de Terapia Ocupacional, mesmo sabendo das limitações intrínsecas ao processo de reformulação de programas setoriais.

Partíamos do princípio de que as atividades, para além da perspectiva de simples ocupação do tempo disponível, podem efetivamente se constituir em meios ou recursos de promoção da saúde física e mental e potencialização do desenvolvimento global. Foram então criados durante o 1º semestre de 1991 os seguintes programas de Terapia Ocupacional:

- 1) Cooperativa de Brinquedos.
- 2) Atelier Terapêutico.
- 3) Programa de Psicomotricidade e Atividades Lúdicas.
- 4) Centro de Vivências no setor de T.O.

Porém, nenhum destes programas foi implantado conforme havia sido planejado pois ocorreram os mais diversos problemas e situações conflitivas dentro e fora deste setor, como a alta rotatividade de profissionais (7 terapeutas ocupacionais num período de 2 anos), inexperientes no trato desta clientela e existência de auxiliares que tinham muitos anos de trabalho na instituição e que controlavam o serviço e o poder no setor, entre outros. Surgiram também fortes pressões de setores da administração pela manutenção dos velhos programas, pois consideravam que estávamos "destruindo o setor de Terapia Ocupacional" (sic) ao acabarmos com a oficina de pregadores (subcontrato com uma empresa) e eliminarmos o produtivismo da oficina de marcenaria - os dois "cartões postais" da instituição, mas que em nada contribuía para a melhoria da saúde da clientela.

Portando, foram criados novos nomes para antigas formas de atendimento pois, embora o número de pessoas atendidas tenha triplicado, a antiga orientação geral permaneceu.

Durante o primeiro semestre de 1991, aconteceu uma dinamização do serviço com o início do estágio profissionalizante de alunos do último ano do Curso de Terapia Ocupacional da USP. A partir de março daquele ano iniciou-se a busca de soluções para uma outra questão fundamental: a necessidade do atendimento, nos pavilhões, de um maior número de internos, particularmente dos acamados. Este processo deu origem ao "Centro de Vivências" do pavilhão III.

### **"Centro de Vivências"**

O "Centro de Vivências" é um programa idealizado e implantado pela Profª Marysia com um grupo de cinco estagiárias do últi-

mo ano do Curso de Terapia Ocupacional da USP.\*

Numa primeira etapa do trabalho foi realizado um levantamento de informações gerais sobre a população institucional e decidiu-se que seria implantado um trabalho dentro do pavilhão III devido ao grande número de internos acamados. Segundo estatística realizada pelo setor de Psicologia no 1º semestre de 1992, os internos do pavilhão III, num total de 226 pessoas, estavam assim classificados:

- limítrofe (QI 70-85) 1 interno
- leve (QI 55-69) - 3 internos
- moderado (QI 40-54) - 16 internos
- severo (QI 25-39) - 62 internos
- profundo (QI -25) - 144 internos

Embora estes dados não tenham sido determinantes na criação do novo programa, consideramos que eles podem ser vistos como indicativos do quadro de cronicidade daquela população. É interessante observar que 100% dos internos do pavilhão III são considerados deficientes mentais, sendo que 91% deles são classificados como "deficientes mentais severos e profundos". Contudo, grande parte dos internos é portadora de deficiência física, decorrente, principalmente, de comprometimentos neurológicos. Como esta não implica, necessariamente, num comprometimento mental, ou esta avaliação não está correta ou o próprio processo de institucionalização foi gerado deste quadro de cronificação da população internada - ou as duas opções!

Numa segunda etapa da implantação do C.V. decidiu-se, com a concordância da equipe técnica do Pavilhão III, que este trabalho destinar-se-ia a atender, inicialmente, aos internos dos quartos 42 e 44 na área externa aberta no andar superior, que é

acessível através de todos os seus 5 quartos (os quais têm, em média, 20 internos), duas vezes por semana, durante uma hora, em caráter experimental.

Baseadas nos princípios sócio-interacionistas, propostos por autores da chamada Escola da Psicologia Soviética - particularmente os trabalhos de Vygotsky - implementamos nossa proposta de intervenção, incomum dentro de uma instituição total, como as Casas André Luiz, mas que tinha como referencial a proposta dos Centros de Convivência implantados pela prefeitura do município de São Paulo. O objetivo básico era criar um espaço de convivência aberto, onde as pessoas pudessem interagir livremente e vivenciar diferentes atividades com diferentes tipos de materiais, como experiências enriquecedoras com o ambiente material e humano para tentar promover a saúde física e mental daquela população, minimizando seu processo de cronificação geral.

Durante muito tempo, desde o início da implantação deste programa, ouvimos certos comentários de técnicos e auxiliares, como:

"- Não vai dar certo, por isso não vou participar..."

- Isto é uma loucura...

Só serve para destruir material...

- Isto é uma recreação desorganizada...

- Não vamos levar estes brinquedos novos, vamos?...

- Esse menino não faz nada...

- Isto é uma sujeira..."

Enfim, técnicos e auxiliares demonstravam uma preferência pelo atendimento a indivíduos considerados educáveis e treináveis, individualmente ou em pequenos grupos, pois assim não teriam sujeira nem bagunça, o controle de comportamento seria mais eficaz e os materiais permaneceriam

\* Alessandra R. Pinto, Cláudia R. Mirabile, Mi Rang Lee, Paulo G. Silva e Renata C. Pagano.

guardados. Desta forma, pessoas como as que são hoje atendidas no C.V. nunca teriam tal oportunidade. Contudo, mesmo com a incompreensão das pajens e da equipe técnica acerca do que estava acontecendo - aquilo era considerado por todos como uma "grande bagunça" - desde o início o número de internos que vinham até nós, inclusive dos outros quartos, foi muito maior do que o esperado, o que aumentava nossa determinação.

Acreditando na importância e necessidade de realização de trabalhos interdisciplinares e também porque éramos em poucas pessoas a atender um número crescente de internos, voltamos a convidar toda a equipe técnica para participar deste programa. Alguns foram conhecer e não voltaram, por não concordarem e/ou por terem ficado muito assustados com a "bagunça" mas não foram apresentadas sugestões nem propostas alternativas. A única que permaneceu foi a pedagoga Débora Rico e, mais tarde, chegou a terapeuta ocupacional, Letícia Reis, com auxiliares dos setores de Pedagogia e Terapia Ocupacional.

A partir de abril de 1992, procurando conhecer melhor os sujeitos com os quais iria atuar, esta equipe iniciou o registro dos distúrbios de conduta mais frequentemente observados:

Sonolência e Narcolepsia	➔ Auto e hetero-agressão
Coprofagia	➔ Negativismo
Pica	➔ Timidez
Hiperfagia	➔ Falta de sorriso social
Anorexia	➔ Destrutividade
Hiperatividade	➔ Comportamentos estereotipados
Debilidade psicomotora	➔ Apatia
Enurese	➔ Isolamento
Sucção do polegar	➔ Masturbação constante

Onicofagia ➔ Sialorréia

Tricotilomania ➔ Ausência de fala articulada

Hábitos motores ➔ Labilidade de humor rítmicos

Durante as observações realizadas percebemos que muitas das capacidades (cognitivas, físicas, afetivas e de interação social) daquelas pessoas estavam subestimadas (mascaradas), como consequência do próprio processo de institucionalização. Em função disto, a orientação para os auxiliares era para que conversassem normalmente com os internos, perguntando-lhes sempre se gostariam de participar da atividade e deixando-os livres para decidirem quais as atividades que gostariam de realizar. A qualidade das interações era nossa preocupação fundamental e, na medida do possível, fomos tornando as atividades cada vez mais complexas.

Hoje, depois de 12 meses, verificamos que o trabalho no Centro de Vivências passou por várias fases, de forma qualitativamente crescente, são as seguintes:

### Primeira Fase: "Destruição"

Nos pavilhões, os internos, normalmente, passam quase todo o dia em seus quartos, deitados ou, quando estão sentados, quase sempre se encontram contidos; quando verbalizam algo as pajens, em geral, lhes dizem "-Cala a boca"

No início da implantação do C.V., os internos mostravam-se assustados, arredios e temiam o contato físico; afinal aquilo era, para eles, assustador. Eles não aceitavam o toque ou a aproximação de alguém, respondendo com choro e hetero-agressão, isolando-se e se recusando a participar das atividades propostas. Alguns não aceitavam qualquer material e outras vezes suas reações eram imprevisíveis; se chegavam a pegar

um objeto, em seguida o atirava a distância, ou então ignoravam, aparentemente, os objetos e as pessoas. Muitos tinham acentuada labilidade da atenção e era grande o número de internos ambidestros. Eram comuns também as condutas de levar objetos a boca, mordendo e às vezes tentando comer, e os movimentos estereotipados de tronco e mãos. Grande parte dos que se expressam verbalmente tem ecolalia imediata e não mantém contato ocular. Quase todos quebravam os brinquedos, deixando-os irrecuperáveis.

Ao longo destes meses o número de internos nas atividades foi cada vez maior. Houve sessões onde chegamos a atender 76 internos na varanda, inclusive internos do andar inferior que iam para o C.V. arrastando-se, deambulando com dificuldade ou empurrando suas próprias cadeiras de rodas com as mãos e com os pés, além daqueles que eram retirados dos quartos por nós e pelas pajens e dos acamados que podíamos atender no leito. Muitos daqueles que não podiam se locomover do andar inferior ficavam nos chamando lá de baixo, mas não tínhamos tempo nem pessoal disponível para atendermos toda a população do pavilhão. Sabíamos que o tempo de duração do atendimento (1 hora) também era insuficiente, mas esperávamos que com mais técnicos e auxiliares participando o projeto pudesse ser expandido para todo o pavilhão III e demais pavilhões.

Outras dificuldades para a implantação do C.V.: falta de recursos materiais, principalmente brinquedos; falta de apoio e credibilidade por parte da equipe multiprofissional; não cooperação das pajens, que permaneciam alheias ao trabalho, entre outras.

### **Segunda Fase: "Esconde Esconde"**

Nesta nova etapa do trabalho a fase de destruição diminuiu. Contudo, notávamos

que materiais desapareciam, pois vários internos passaram a esconder os objetos sob as roupas ou nas cadeiras de rodas.

Aumentaram as formas de comunicação verbal e não-verbal (sons guturais, gritos, gestos e expressões) que misturavam-se ao som de alguns instrumentos musicais. Aliás, as atividades mais solicitadas eram as brincadeiras com carrinhos e com instrumentos musicais e a pintura. Nossa impressão era de que o C.V. era um "centro de vida".

Uma história: J.A. permanecia sempre na cama. Com um quadro de Paralisia Cerebral, apresentava intensa movimentação involuntária. Recusava-se a ir até a varanda, dizendo: "-tenho medo, vou cair", debatendo-se contra as grades da cama e transpirando excessivamente. Só conseguia controlar seus movimentos fazendo uma contagem numérica, verbal, para que a pajem pudesse trocar sua roupa. J.A. recusava-se também a realizar qualquer atividade.

À medida que fomos estabelecendo um vínculo afetivo consistente, começou a nos chamar nominalmente, "-Ricardo, cadê a tia Marisa, cadê a Débra". A partir da 10ª sessão começou a solicitar atividades, dando preferência à pintura. Seus trabalhos eram fixados na parede próxima a sua cama e, então, ele sorria dizendo: "-Eu que fiz! Eu que pinte!". Aos poucos J.A. foi adquirindo maior controle sobre sua movimentação involuntária e transpirando menos. Hoje já participa muito mais ativamente das atividades grupais.

### **Terceira Fase: "Exploração e Descoberta"**

Notamos que os internos estavam mesmo mudando. Começaram a vir até as sacolas, que eram colocadas no chão, para pegar os materiais e ao final dos atendimentos guardavam-nos, superando a apatia e passi-

vidade iniciais. Alguns internos passaram a explorar mais os brinquedos e outros materiais, chegando a alterar seus significados e a criar com eles situações imaginárias. O próprio J.A., sujeito da história citada anteriormente, chegou a cantar para o grupo utilizando um brinquedo (violão) como se fosse um microfone - alteração do significado do objeto lúdico, conferindo-lhe um sentido lúdico na situação imaginária.

Pessoas com graves comprometimentos físicos passaram a realizar atividades de formas "incomuns", como pintura com os pés e com a boca. Diminuíram os comportamentos de auto e hetero-agressão. Melhorou acentuadamente a participação das pajens nas atividades e a qualidade das interações humanas, entre outros aspectos.

#### **Quarta Fase: "Expansão"**

A partir de janeiro de 1993, o trabalho no Centro de Vivências estendeu-se para todo o Pavilhão III, com exceção da enfermaria, mas ainda sem a participação do restante da equipe multidisciplinar. Ao mesmo tempo iniciou-se a implantação do Centro de Vivências no Pavilhão II, com a participação, além da Terapia Ocupacional e Pedagogia com seus auxiliares, dos setores de Psicologia e de Fonoaudiologia e pajens.

Enquanto o PIII é um pavilhão masculino, o PII abriga mulheres, grande parte delas deficientes físicas acamadas com comprometimento mental acentuado. Este é considerado como o "pior" pavilhão da instituição (acentuada discriminação) porque lá estão abrigadas as internas consideradas de mal comportamento e maior comprometimento físico e mental. De qualquer forma, em função das características dessa população e ambiente a proposta do Centro de Vivências foi revista e adaptada, priorizando

o atendimento das internas que não eram atendidas nos diversos setores área da clínica.

Entretanto, constatamos que, embora tenha ocorrido uma expansão do trabalho e ele conte atualmente com a colaboração mais efetiva de pajens, supervisoras e equipe do Pavilhão II, sua fragilidade é ainda bastante significativa (apoio institucional relativo, falta de recursos materiais e humanos, etc.). Sua continuidade depende apenas da disponibilidade pessoal dos técnicos envolvidos, já que, infelizmente, constitui-se numa proposta pontual que não reflete uma verdadeira transformação institucional.

#### **Conclusão: Refletindo a Partir da Prática**

Os programas de habilitação ou reabilitação são estruturados, em geral, de forma a se modificar padrões de comportamento inadequados e alcançar metas individuais de aprendizagem de condutas e habilidades específicas e de adaptação à cultura e meio social ao qual o indivíduo pertence. Assim, espera-se do adulto que ele assuma responsabilidades, particularmente quanto à produtividade, mas como o adulto com deficiência mental não corresponde plenamente a este papel vê-se ainda mais excluído do grupo social.

A "reabilitação" costuma ser vista como sinônimo de serviço quando, no nosso entender, deve ser um processo no qual o indivíduo vai construindo estratégias para alcançar o que ele deseja. A equipe técnica deve ser um instrumento mediador neste processo, mas, em geral, ou não se envolve, ou participa dele de maneira doentia, impondo suas verdades sem humildade para aprender com os próprios sujeitos com os quais trabalha. Muitas vezes inclina-se à subestimação do indivíduo na tentativa de encobrir sua inexperiência ou incapacidade

de lidar com esta condição e, conseqüentemente, não permite ao indivíduo assistido comunicar-se a seu modo, agir e até pensar de forma autônoma. Superprotegido e visto como incapaz, ele acaba por condenado para sempre à infantilização. Contudo, para que haja interdisciplinariedade é necessário ter coesão de ideais e perspectivas, sem disputas medíocres, tendo como objetivo a melhoria das condições de vida da população.

A relação com os indivíduos com uma condição de deficiência deve nos levar a questionar no que consiste ser "normal" ou "anormal" e a pensar no quanto temos para fazer e descobrir, mas é preciso gostar de desafios! Precisamos também rediscutir o modelo tradicional de educar e tratar uma pessoa portadora de deficiência mental, repensando, particularmente, os testes, avaliações e classificações (rótulos) que lhe são impostas.

Consideramos que os testes dão uma idéia superficial do nível de desenvolvimento, mas não revelam a natureza do atraso nem conferem base segura para definições de métodos de tratamento. E o mais grave é que muitas vezes seus resultados, embora questionáveis e variáveis, determinados por técnicos que têm o poder de fazer as "rotulações", definem o futuro de uma pessoa.

Da mesma forma, muitas são as razões para que consideremos como inadequados os sistemas classificatórios usuais, como aponta PÉREZ-RAMOS(1982)<sup>1</sup>:

*"Em geral, as classificações são utilizadas para caracterizar grupos e não indivíduos, servindo como padrão de referência na identificação dos níveis de deficiência (...) A situação agrava-se quando se trata de indivíduos com níveis mais acentuados de retardo, já que, nestes casos, é frequente coexistirem outros tipos de transtorno, resultando quase impossível classificar essas pessoas apenas em um determinado grupo."* (PEREZ-RAMOS, 1982:24)<sup>1</sup>

Assim, a título apenas de ilustração, já que acreditamos que estas categorias não podem "traduzir" de forma alguma toda a complexidade existencial de uma pessoa portadora de deficiência mental, podemos fazer a seguinte correlação entre as classificações psicológica e pedagógica:

Deficiência Mental Leve

↳ Deficiente Mental Educável

Deficiência Mental Moderada

↳ Deficiente Mental Treinável

Deficiência Mental Severa

↳ Deficiente Mental Sub-treinável

Deficiência Mental Profunda

↳ Deficiente Mental Dependente

Se ficássemos presos a estas definições e às suas descrições dos níveis de desenvolvimento possíveis, poderíamos concluir pela total incapacidade da maior parte da população institucional das Casas André Luiz e pela impossibilidade de realização de qualquer programa de intervenção; mesmo o mais simplório programa de treinamento de alimentação seria inviável junto a esta clientela dentro deste complexo e problemático cotidiano institucional. Por outro lado, seja qual for o "lugar" do sujeito nestas classificações psicológica e pedagógica, os programas educacionais e terapêuticos costumam reafirmar a necessidade de ocupação do tempo ocioso de forma ordeira e produtiva; daí a ênfase em oficinas terapêuticas e pedagógicas.

O Centro de Vivências veio romper com estes limites à medida que não subestima as pessoas detendo-se em suas incapacidades. Assim propôs VYGOTSKY(1988)<sup>5</sup>, que segundo Luria:

*"...concentrou sua atenção nas habilidades que tais crianças (deficientes) possuíam, habilidades es-*

*tas que poderiam formar a base para o desenvolvimento de suas capacidades integrais. Interessava-se mais por suas forças do que por suas deficiências (...) rejeitava as descrições simplesmente quantitativas de tais crianças, em termos de traços psicológicos unidimensionais refletidos nos resultados dos testes. Em vez disso, preferia confiar nas descrições qualitativas da organização especial de seus comportamentos.(VYGOSTKY, 1988)<sup>5</sup>.*

O Centro de Vivências procura ser um espaço para a realização dos direitos de manifestação dos desejos individuais e coletivos ao mesmo tempo em que possibilita experiências enriquecedoras e criativas com o ambiente material e interações profundamente significativas para o desenvolvimento global dos participantes.

Esta perspectiva está também de acordo com Leontiev, segundo o qual o desenvolvimento global do ser humano, e particularmente o desenvolvimento psíquico da criança, dependem de suas condições reais de vida, ou seja, são determinados diretamente pelo desenvolvimento da atividade da criança, quer a atividade aparente, quer a atividade interna.(VYGOSTKY, 1988)<sup>5</sup>.

Ressaltamos aqui que atividade interna e atividade externa não ocorrem separadamente, mas são complementares. A atividade mental interior, mediada pela linguagem, parte da atividade exterior, mediada por instrumentos materiais (internalização), é reconstituída e precisa ser re-exteriorizada (objetivação).

Na combinação entre a atividade prática e a atividade psicológica, a articulação entre fala/linguagem e ação leva a uma nova organização estrutural da atividade prática e à organização das funções psicológicas superiores, assim como possibilita que o indivíduo se aproprie dos fenômenos e objetos que o circundam - o ser humano não se

adapta simplesmente ao mundo, como os animais, mas se apropria dele.

A atividade humana está relacionada às condições físicas e mentais do indivíduo, mas não depende apenas do seu "equipamento" motor, sensorial, fisiológico, etc. - a atividade humana está profundamente ligada à vida cultural e de relação, o que se torna ainda mais importante quando se trata das atividades desenvolvidas por pessoas portadoras de deficiências.

Por que o C.V. baseia-se em atividades lúdicas (jogos e brincadeiras) ?

Em primeiro lugar porque a atividade lúdica é fundamental para o desenvolvimento global do indivíduo (é "fonte de desenvolvimento"), pois compõem-se por 4 "elementos lúdicos" da dimensão humana - a situação imaginária, a interação criativa, a afetividade e o desejo (entendido enquanto motivação intrínseca) - que se constituem, se transformam e se articulam histórica e culturalmente com outros elementos extrínsecos ao sujeito (PRADO, 1991: 34-58)<sup>3</sup>

Em segundo lugar, é preciso considerar que geralmente os programas educacionais e terapêuticos voltados às pessoas com deficiência são planejados em função dos níveis de desenvolvimento já alcançados pelos indivíduos e, portanto, propõem a realização de atividades somente ao nível da concretude material, o que acaba por limitar o desenvolvimento do pensamento abstrato. Acreditamos que os programas terapêuticos e educacionais devem atuar, não simplesmente sobre os processos psicológicos já desenvolvidos (desenvolvimento consolidado) mas, sim, sobre as capacidades e funções emergentes (desenvolvimento proximal) para que ocorra a potencialização do desenvolvimento global. É mais do que qualquer outro tipo de atividade, as atividades lúdicas criam zonas de desenvolvimento proximal por lançarem as bases para o desenvolvimento das ações abstratas e das ações voluntárias, favorecendo a passagem para novas etapas qualitativamente superior-

res de desenvolvimento a partir da articulação, dialética entre "real" e "imaginário", entre processos internos e externos ao sujeito, entre fala/linguagem e ação.

Enfim, através da vivência lúdica os sujeitos poderão se desenvolver de forma global, apropriando-se do mundo de significados e de relações humanas. De nossa parte, não devemos ficar nos preocupando com o que seria educacional, psicológico ou terapêutico ocupacional, mas pensar que a brincadeira pode ser educativa e terapêutica se não limitarmos a capacidade criadora do indivíduo.

Agora perguntamos: onde estarão os outros indivíduos não internados nas C.A.L. portadores de deficiências, particularmente daqueles que são portadores de deficiência mental considerada "severa e profunda"? Certamente que não estão nas escolas espe-

ciais nem nas classes especiais dos Estados e municípios, pois lá não há lugar para eles. Devem estar confinados nos muitos hospitais psiquiátricos ainda existentes ou escondidos nas suas casas quando as famílias os mantêm junto a elas.

Por fim, pensamos que o Centro de Vivências tem sido uma das experiências profissionais mais importantes que já vivemos. Porém, não temos qualquer ilusão de que seja solução para os problemas institucionais - é apenas uma proposta alternativa de trabalho dentro do cotidiano de uma determinada instituição, nascida da detecção de seus problemas. Não acreditamos que haja uma outra saída possível que não seja a desinstitucionalização, tendo por base uma ampla e profunda reforma dos serviços de saúde e educação.

---

PRADO, M.N.R. & RICO, D.F.N. Interdisciplinary care of the mentally handicapped: a social interactional perspective. *Rev. Ter. Ocup. USP*, São Paulo, 3(1/2):33-42 jan/dez., 1992.

## ABSTRACT

More than a report of experiences, this article intends to present a reflection about the institutionalization process and the treatment of people carrying deficiencies, besides to propose an inter-disciplinary assistancy to those people, specially to the ones who are carrying mental deficiencies, according to principles of the soviet school of psychology.

## KEY WORDS

Occupational Therapy, trends. Institutionalization, trends. Voluntary Health Agencies. Handicapped.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PÉREZ-RAMOS, A. *Diagnóstico psicológico*. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1982, 198p.
2. PESSOTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo. Queiroz, EDUSP, 1984, 206p.
3. PRADO, M.M.R. *Des-cobrimos o lúdico*. São Paulo, 1991. 117 p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Educação da Universidade de Campinas.
4. VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo, Martins Fontes, 1984, 168p.
5. VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R.; LEONTIEV, A.N. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo, EDUSP, 1988. 228p.

Recebido para publicação em: 24/02/92

Aceito para publicação em: 15/04/92