

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Inserção social universitária:

Uma leitura psicodramática

Juliana Cal Auad

Brasília-DF

2007

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura

Inserção social universitária:

Uma leitura psicodramática

Juliana Cal Auad

Orientadora: Maria Inês Gandolfo Conceição

Dissertação apresentada
como requisito parcial para
obtenção do título de
Mestre em Psicologia

Trabalho financiado pelo
CAPES – bolsa de estudo
– nível: mestrado

Brasília-DF

2007

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Essa dissertação de mestrado foi aprovada pela seguinte Banca Examinadora:

Dra. Maria Inês Gandolfo Conceição
Presidente da Banca Examinadora
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Dr. André Maurício Monteiro
Membro da Banca Examinadora
Curso de Psicologia - Universidade Católica de Brasília

Dra. Rosana Maria Tristão
Membro da Banca Examinadora
Faculdade de Saúde - Universidade de Brasília

Dra. Marisa Maria Brito da Justa Neves
Suplente da Banca Examinadora
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a todos os "deficientes",

que me ensinaram a importância

de seguir adiante.

Agradecimentos

Agradecer. Talvez essa parte devesse ser a última a ser escrita neste trabalho, mas aproveitando um momento de inspiração, proponho-me a desafiante tarefa: lembrar de todos os que foram importantes nessa caminhada.

Minha família, em primeiro lugar. Pais que me acolheram nesse momento único e desafiador, que me deram suporte emocional, financeiro e de infra-estrutura. Ao Fadhul, por sua companhia inseparável, pelas pisadas no teclado, pelas bagunças na minha mesa, e por inevitáveis pausas. À minha avó, tios, primas, primos por torcerem por mim, mesmo a distância.

Às minhas famílias sociométricas: tia Lilian, tio Roberto e Pedro; tia Darci, tio Marco, Nathi e Gus. Por tornarem Brasília uma cidade com família, uma família de amigos.

Aos meus amigos. São tantos... Meu amigo-irmão, Gui, pelas horas de conversa, desabafos, almoços, lanches, revisões do texto, discussões sobre as práticas clínicas... À minha amiga-cunhada, pelo cuidado e dedicação com o convite para a defesa, e por seu carinho. À Helena, Luís, Fernanda, Michele, Camila, Nat, por fazerem parte da minha história há tempo, compartilhando vitórias e desafios. Lísian, Carol, Slock, Thaïs, Mari, loucos mestrados, quase mestres! Obrigada por caminharem comigo e por compartilhar de agendas lotadas por 2 anos – e brechas impagáveis. Aos meus amigos do grupo de supervisão – Jaque, Marina, Cat, Katinha, Joana, Grazi, Rodrigo, Rafa e Mitsuo – pela presença, dúvidas, conversas e aprofundamento teórico e clínico que permeiam toda nossa vida de psicólogos. Às minhas doces amigas de crescimento, Fernanda, Verena, Dri, Vera, Lívia, Anallu, Sasa, Lu, Nane, muito obrigada por trilhar esse caminho lindo e surpreendente de desenvolvimento espiritual. Ao meu grupo de

teatro preferido – Marina, Kayano, Renato e agora Thaís – pelas adoráveis peças, nova a cada apresentação, pelas risadas e reflexões sobre o estar a dois. Aos meus amigos dos forrós, Breno, Terge, Tati, Angel, Diths; e aos amigos das outras farras, Isa, Xuxu, Ana, Lulu, Carol, Sérgio, pela companhia insubstituível e indescritível.

Aos mestres, como esquecer deles? A Inês em primeiro lugar, pela orientação e supervisão desde a graduação. André, Valéria, Penha, Fátima, Liana, Rosana e Gardênia, a vocês devo a estrada que trilhei e os caminhos percorridos.

Aos autores, fontes de grande inspiração, Moreno, Contro, Rey, Morin, Demo, Pereira, e aos meus mestres acima citados também no papel.

Aos meus alunos, que me mostraram a beleza e a alegria de ensinar. Que transformaram o acordar cedo e uma obrigação em uma grande festa, uma conversa interminável e reflexões inesgotáveis. Da turma surgiram também amizades extraordinárias.

À Mônica, minha querida psicóloga, pelos anos de reflexão, crescimento, por me ajudar a caminhar mais consciente de meus passos e das estradas escolhidas, e por torcer e acreditar em mim mesmo nos escorregões. Obrigada também por ser uma excelente profissional, muitas vezes servindo de modelo à minha prática clínica.

Ao grupo de gestantes do HUB e aos estagiários que me acompanharam. Tardes “perdidas” para grandes trocas e conversas, que fugiam do tema do mestrado, mas não do olhar e da relação com o outro.

Aos meus pacientes da clínica social, com desafios diários e pela minha busca incessante de compreensão do outro, do contato e do manejo da prática clínica.

Aos participantes dessa pesquisa, atenciosos e disponíveis. Acessíveis e inteiros. Sem os quais não haveria sequer a reflexão sobre a deficiência.

A cada um de vocês, sou grata!!

Resumo

Percebe-se que ao longo da história os deficientes ocupam um lugar de marginalização e que sua inserção depende, em grande parte, do contexto social. Entretanto, aspectos pessoais e variáveis psicológicas influenciam nessa dinâmica de inclusão *versus* exclusão. A Declaração Universal dos Direitos Humanos desde 1948 preconiza uma sociedade mais justa em que valores fundamentais como a igualdade de direitos e o combate a qualquer forma de discriminação são destacados. No entanto, a educação como lugar do exercício da cidadania e da garantia de direitos está longe de ser uma realidade em nosso país, tendo em vista os altos índices de exclusão escolar, principalmente entre populações mais pobres e pessoas com deficiência. Se as crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência têm o dobro de chance de estar fora da escola do que as demais crianças, na universidade essa desvantagem é ainda mais evidente. O presente trabalho se propôs a mapear as redes sociais de alunos universitários com deficiência física a partir de uma leitura psicodramática. O objetivo principal foi identificar de que forma o aluno vê o seu desempenho de papéis como forma de inclusão nos diferentes contextos por ele vivido. Para tanto, criou-se um instrumento inspirado no átomo social de Moreno (criador do Psicodrama) e no Mapa Mínimo, proposto por Sluzki (Psicologia Sistêmica), que se denominou átomo mínimo. A pesquisa contou com sete participantes com diferentes tipos de deficiência física, três mulheres e quatro homens. As idades variaram entre 23 e 40 anos, com média de 23,87 anos. Os participantes são solteiros e residem com sua família de origem. Os dados foram discutidos a partir da análise construtiva interpretativa proposta por González-Rey. Os resultados indicam que os participantes desempenham diferentes papéis na família e no ambiente de trabalho/estudo. Na esfera familiar, aqueles que sofreram lesões de origem traumática relatam melhora no relacionamento familiar após o acidente, enquanto os deficientes com doenças crônicas relatam dificuldade com relação à superproteção dos pais. A universidade foi apontada como um local em que os deficientes físicos puderam testar seus limites e desenvolver laços de amizade. A maior dificuldade de inserção relatada diz respeito ao problema de locomoção dentro do *campus*, em que o Programa de Apoio aos Alunos com Necessidades Especiais - PPNE desempenha um papel relevante. Como possibilidades de melhoria no programa, foram apontadas a ampliação do acesso ao transporte, a ampliação do horário de atendimento para o turno noturno e a criação de um espaço de convivência. O desejo de ter um relacionamento amoroso e as dificuldades implicadas pela deficiência foram destacados pelos participantes. Nenhum dos entrevistados relatou dificuldades de inserção no mercado de trabalho, o que pode ser justificado pela reserva de vagas nos concursos públicos e pela qualificação profissional. Depreende-se das falas, incerteza quanto o futuro e dificuldade de planejamento, relacionados às limitações que a deficiência física impõe, e ao alcance de objetivos de vida dos participantes. Percebe-se a necessidade de mais subsídios para políticas de inclusão universitária. Sugere-se maior investimento em ações que promovam uma expansão na rede de vínculos principalmente nos contextos universitários e comunitário, e que sejam promovidas ações que mobilizem a universidade como um todo na promoção da inclusão. Sugere-se ainda investigar o grupo de pessoas com necessidades especiais que não contam com o apoio do PPNE, a fim de investigar sua percepção acerca da inserção na vida universitária, e identificar as possíveis causas para essa não procura do programa.

Palavras-chave: inserção social, Psicodrama, deficiência.

Abstract

It is evident that through history handicaps occupies a margin position and that their insertion depends on the social context, although personal aspects and psychological variables influences in this dynamic of inclusion *versus* exclusion. Since 1948, the Universal Declaration of Human Rights praises a fairer society in which fundamental values are detached, such as equality of rights and the fight of all kind of discriminations. In Brazil, education is far away to become a place to exercise citizenship and to guarantee the rights, since the amount of school exclusion, specially in the poorer population and among handicaps. If handicap children and adolescents has double chances to be out of school when compared to other children, in the university this disadvantage is more evident. This study aims to investigate the social networks of handicaps colleges students from a psychodramatic read. The principal objective was to identify how the student sees his performance as a inclusion in different contexts. To reach this goal, a new instrument was created, called *átomo mínimo*. This instrument was proposed from the similarity of the social atom from Moreno (the father of Psychodrama) and the minimal map from Sluzki (Systemic Psychology). The interview and the instrument was applied in seven students, three women and four men, with 23 to 40 years-old. Participants are single and live with their family. Data was discussed from the interpretative constructive analysis proposed by González-Rey. Results indicate that handicaps develop different roles in their families and at their work/college. Although students with spinal cord injury showed improves in the relationship with their families, those with chronic illns have to deal with the overprotection of their parents. The university showed to be a place where handicaps could test their limits and develop friendship. Their bigger difficulty for the inclusion in the university was the problem of locomotion inside the campus, in which PPNE is very helpful. This program of UnB can improve extending the access to transport, the schedule to cover night and creating a space for co-existence. The desire to engage a romantic relationship and the difficulties implied by their condition was pointed by the participants. Any participant had difficulties on getting a job, what can be explained by the reserve of vacant in the public service and their professional qualification. It was noticed the uncertainty of the future and the difficulty of planning, related to the limitation imposed by their physical problems and also by the fact that some of them have already reached their goals. It is evident the importance of fees for inclusion politics in university. Future research can investigate the perception of handicaps that do not use the help that the university has to give them and the reason of their attitude.

Keys-words: social insertion, Psychodrama, handicap.

Lista de Figuras

Figura 1 – Átomo mínimo do participante 1 (P1)	77
Figura 2 – Átomo mínimo do participante 2 (P2)	78
Figura 3 – Átomo mínimo do participante 3 (P3)	79
Figura 4 – Átomo mínimo do participante 4 (P4)	80
Figura 5 – Átomo mínimo do participante 5 (P5)	81
Figura 6 – Átomo mínimo do participante 6 (P6)	82
Figura 7 – Átomo mínimo do participante 7 (P7)	83

Sumário

Resumo	iv
Abstract	v
Introdução	1
Capítulo 1 - Entendendo a deficiência	3
1.1 Conceituando a deficiência	4
1.2 A História da deficiência.....	5
<i>Pré-história</i>	6
<i>Antigüidade</i>	6
<i>Antiguidade Clássica</i>	8
<i>A Idade Média</i>	9
<i>A Primeira Revolução em Saúde Mental</i>	10
<i>A Segunda Revolução em Saúde Mental.....</i>	13
<i>A Terceira Revolução em Saúde Mental.....</i>	15
<i>Momento histórico atual</i>	17
1.3 Diferentes tipos de deficiência	18
<i>Deficiência física</i>	19
1.4 Reações psicológicas frente à deficiência	22
<i>Enfrentamento e espontaneidade</i>	22
<i>Interação sociais e sociometria</i>	25
<i>Suporte/rede social e o átomo social</i>	27
<i>O papel da família</i>	33
<i>Fatores pessoais</i>	35
Capítulo 2 – Inclusão.....	37
2.1 Declaração de Salamanca.....	38
2.2 Entendendo a inclusão.....	40
2.3 A inclusão na escola.....	41
2.4 A inclusão na universidade	43
2.5 A inclusão no mercado de trabalho	46
Capítulo 3 - O PPNE	48
Capítulo 4 - O Psicodrama.....	55
4.1 Moreno e a visão de homem	55
4.2 Entendendo o Psicodrama	59
4.3 Justificativa e objetivos do estudo.....	61

Capítulo 5 - Método	64
5.1 Metodologia	64
<i>Referencial Metodológico</i>	64
<i>Pesquisa Qualitativa</i>	66
5.2 Participantes	67
5.3 Instrumentos	69
<i>Entrevista Clínica</i>	69
<i>Átomo mínimo</i>	71
5.4 Procedimento.....	73
5.5 Análise dos Dados.....	74
Capítulo 6 – Resultados e Discussão	76
6.1 Como estão os átomos mínimos.....	77
6.2 Quem é o deficiente físico?.....	92
6.2.1 Somos iguais, com nossas diferenças	93
6.2.2 Quero um amor	106
6.2.3 Família, família, almoço junto todo dia	110
6.2.4 Não pense que a cabeça agüenta se você parar.....	112
6.2.5 Viva, viva, viva a sociedade capitalista	113
6.2.6 O futuro é hoje	115
6.2.7 Amigo é coisa pra se guardar.....	116
6.2.8 A comunidade sou eu.....	118
Capítulo 7 – Considerações Finais	121
Referências Bibliográficas	128
ANEXOS	137
Anexo A	138
APÊNDICES	139
Apêndice A.....	140
Apêndice B	141
Apêndice C	142

Introdução

Era uma vez uma menina que começou a olhar para os lados. Viu uma porção de crianças. Pequenas e grandes, claras e escuras, com cabelos lisos e encaracolados. Todas correndo e brincando. Olhou de novo, e prestou mais atenção. Viu crianças no canto, que não podiam correr, que ficavam sentadas em cadeiras o tempo todo. Percebeu que outras não podiam ver como ela via. E havia ainda aquelas que nem mesmo a podiam ouvir, por mais alto que gritasse. E a menina se perguntou: “Ué, porque essas crianças ficam no canto? Porque não estudam comigo? Porque ficam lá, ali e acolá com essas carinhas tão tristonhas?”. E ficou um tempo a se perguntar. Mas sabe como é criança, né? Logo começa a brincar, a pintar, a correr, a pensar em outras coisas e se esquece do que estava pensando primeiro.

E muitos anos se passaram. A menina cresceu, e se esqueceu daquelas outras crianças que não brincavam com ela. E foi vivendo, estudando, brincando. Cresceu, mas cresceu tanto, que entrou na faculdade. Coisa de criança que brinca lendo demais, resolveu ler mais um montão. E lá, na faculdade, viu outros jovens, crianças crescidas. Uns parecidos, outros diferentes dela. E viu que aqueles jovens que não tinham brincado com ela, também cresceram. Cresciam, mas cresciam tanto que tinham uma porção de privilégios. Vagas no estacionamento lotado, só para eles. Salas, na biblioteca lotada, só para eles. E os textos? Ah, esses eram lidos e gravados só para eles. “O que eles têm de tão especial? Também quero todos esses diretos, oras!”, pensou a jovem.

Ao invés de tentar achar uma resposta pronta, ou de simplesmente tentar roubar essas regalias, a jovem começou a prestar atenção nessas pessoas. Eram assim, diferentes.

Algumas não andavam direito, e por isso estacionavam os carros próximos. Outras, não conseguiam ler, e por isso ouviam todos aqueles textos intermináveis. Havia ainda aqueles que nem ouviam, mas que passavam despercebidas. Falavam meio engraçado, é bem verdade, mas parece até que ouviam. Dizem que liam o que todo mundo fala, pelos lábios.

Aos poucos, a jovem foi se aproximando dessas pessoas que até então nunca tinha tido contato direto. Afinal, elas nunca estudaram nas mesmas escolas que ela, nem fizeram natação ou ginástica olímpica com ela. *Ballet* então, nem se fala. Nem mesmo nas aulas de inglês eles apareciam! Como será que tinham conseguido chegar à universidade? E se lembrou de seus professores falando: “Tem que estudar muito. Tem que ser inteligente. Não é qualquer um que entra”. E falando tanto, repetiam tanto, que até fizeram a jovem gostar um pouco menos de estudar. “E como será que foram os professores dessas pessoas? Será que elas estudaram tanto quanto eu? Será que elas têm muitos amigos? Será que namoram, trabalham, sonham com que futuro? Como será a família delas? Será que dariam conta de estar aqui sem a vaga no estacionamento, o ledor de seus textos, as salas de atendimento especial?”.

Foi quando a jovem resolveu perguntar para essas pessoas como era a vida delas. Perguntou para uma, para duas, para três, para todas as que encontrou no caminho. Fez tantas, mas tantas perguntas, que deu até em um trabalho. E o que ela descobriu? Ah, para isso você vai ter que ler até o final da história!

Capítulo 1 - Entendendo a deficiência

A Organização Mundial de Saúde – OMS prevê que os países em desenvolvimento tenham aproximadamente 10% de sua população deficiente. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE constatou uma percentual ainda maior no Brasil, de 14,48% da população tem alguma deficiência, sendo que no Distrito Federal, residem 275.580 pessoas com deficiência (2000). Em locais em que a desigualdade e a falta de distribuição de renda são mais evidentes, a população com deficiência é ainda maior, chegando a 34% no estado do Piauí (IBGE, 2000). A deficiência é um tema que está ganhando cada vez mais espaço na mídia e nas regras normativas dos países. Ela evidencia que cada um de nós, membros de uma coletividade, é singular, ninguém é exatamente igual à outra pessoa. Essas diferenças estão se tornando cada vez mais evidentes. Uma sociedade que seja minimamente igualitária pressupõe equidade entre todos os cidadãos, seja de acesso ao mercado de trabalho, à informação, assim como possibilidades de deslocamento na cidade (Correr, 2003).

Imprecisões nos conceitos utilizados nas pesquisas e nas práticas relativos à deficiência dificultam a aplicação e a utilização do conhecimento que é produzido (Amirailan & cols., 2000). Neste contexto, o esclarecimento dos conceitos utilizados faz-se necessário para um melhor entendimento dos objetivos propostos por este trabalho.

1.1 Conceituando a deficiência

Deficiência é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Essa alteração pode ser temporária ou permanente e representa a exteriorização de um estado patológico. A anomalia, o defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais são alguns exemplos (Amirailan & cols., 2000).

Incapacidade é a restrição da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Essa restrição surge como consequência direta da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais à vida diária (Amirailan & cols., 2000).

Segundo Hutchison (1995), a incapacidade é socialmente construída e imposta às pessoas com deficiência. O autor coloca em evidência a estrutura social, atitudes e meios, relacionados à doença, distúrbio ou dano e propõe que as potencialidades das pessoas com deficiência sejam consideradas, e não suas desvantagens. Ele sugere que as dimensões da deficiência, a gravidade, as desvantagens em relação ao ambiente sejam especificados ao avaliar a incapacidade de uma pessoa. É interessante notar que o autor coloca em destaque o contexto como determinante da incapacidade de um indivíduo. Em outras palavras, se o ambiente não impusesse tantas barreiras, a pessoa com alguma deficiência não estaria constantemente confrontada com sua deficiência. Rieser (citado por Amirailan & cols., 2000), ao analisar as diferenças entre o modelo médico e o social de incapacidade, destaca que o modelo médico enfatiza a dependência e a pessoa incapacitada é considerada “um problema”, enquanto o modelo social atribui as desvantagens individuais e coletivas das

pessoas com deficiência principalmente à discriminação institucional. A incapacidade envolve as diferenças culturais em sua determinação, ou seja, uma dada limitação funcional pode ser considerada ou não uma incapacidade, dependendo do contexto cultural. Assim, as impressões do indivíduo sobre suas dificuldades são relevantes na avaliação da condição de incapacidade.

Desvantagem é a limitação ou impedimento do desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais devido a uma deficiência ou incapacidade. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência (Amirailan & cols., 2000).

Compreender o que é deficiência vai além de defini-la. É preciso, ainda, entender como ela é vista ao longo da história.

1.2 A História da deficiência

Até 1995 não havia nenhum documento que compilasse a história de todas as deficiências. Foi Diaz (1995) quem se propôs a esse desafio e que orienta este caminho. O autor destaca que o tratamento dado aos deficientes varia ao longo da história a partir da época e da cultura, mas há uma constante histórica que permanece: a marginalização. Há uma oscilação entre doença e pecado, de enfoques passivos e ativos frente à deficiência. A seguir, re-visitaremos a história da humanidade e das deficiências, guiados por Diaz (1995) desde a Pré-história até a Terceira Revolução em Saúde Mental.

Pré-história

A pré-história caracteriza-se pela existência de inúmeras doenças que o homem primitivo tem que enfrentar, e a deficiência é um desses desafios. Os homens confrontam-se com a deficiência com ambivalência: ora pelo enfoque passivo, ora pelo ativo.

O enfoque passivo considera a deficiência como fruto de causas externas ao homem, em que não cabe nenhum tipo de ação além da aceitação resignada, súplica aos deuses ou eliminação do deficiente. Na pré-história, esse enfoque é representado pelo animismo, apelo a poderes estranhos e aos deuses; pela prática do infanticídio; e pelo abandono dos deficientes devido aos movimentos migratórios. Em oposição ao enfoque passivo, são produzidas manifestações de uma atitude ativa, com certas práticas empíricas, com a introdução da tradição naturalista, e a busca pela modificação da deficiência. Na pré-história, é representado pelo empirismo, utilização de um remédio que tenha sido eficaz em casos similares; pelo tratamento das dificuldades funcionais, a partir da redução das fraturas e cirurgia dos ossos; e pelo afeto e cuidado.

Neste período, os deficientes eram vistos sob um duplo ponto de vista: ora como a expressão do mal, ora como a manifestação do sagrado; algumas vezes rejeitados e em alguns momentos amados.

Antigüidade

Durante a Antigüidade permanece o confronto entre as enfoques passivos, que atribuíam as causas da deficiência aos deuses e demônios, e o ativo, que cuidava dos

deficientes. As crianças com enfermidades graves, em sua maioria, morriam, enquanto as que sofriam enfermidades leves eram integradas à sociedade pelos sacerdotes e magos. Este período pode ser dividido em cinco grupos, que se diferenciam pela localização e práticas culturais: China; Índia; Assíria, Babilônia e Pérsia; Egito; e Palestina.

As práticas sociais da China trazem à tona a relatividade cultural. Os pés das mulheres eram enfaixados para que não crescessem muito, pois mulheres com pés pequenos eram bem vistas. Havia também o costume de deixar crescer uma das mãos como sinal de riqueza. Na cultura ocidental essas práticas seriam consideradas incapacitantes, mas na China antiga eram indicadores de integração social e do alcance de metas reconhecidas socialmente. Deste período datam os primeiros registros de massagens como uma forma de ativar os pontos de acupuntura. Confúcio falava da responsabilidade moral, da amabilidade e da ajuda aos deficientes.

Por sua vez, na Índia entregavam-se as crianças com deformidades a gangues e praticava-se o infanticídio dos cegos. Em contraposição, Buda pregava a compaixão, a caridade e a generosidade.

Na região da Assíria, Babilônia e Pérsia entendia-se a doença como um castigo dos deuses por um pecado cometido – demonologia. Enquanto o Código de Hammurabi previa a adoção das crianças.

O Egito se destaca pela grande quantidade de registros, nos papiros, de doenças e tratamentos, assim como pelo cuidado prestado aos deficientes. Esta civilização elaborou a primeira definição de lesão medular, com descrição clara dos sintomas, prognóstico e terapia com esses pacientes. Data desta época, a primeira manifestação de órtese e a mão artificial mais antiga. A sensibilidade no cuidado das crianças é evidente.

Na Palestina não se praticava o infanticídio nem o aborto, mas a venda das crianças como escravos é permitida. Por detrás dessa prática havia a ideologia demonológica, que se sustentava na Bíblia, que entendia a incapacidade como castigo divino, possessão por um espírito mal. Entretanto, a Bíblia também pregava a ajuda ao cego e ao surdo, assim como a sensibilidade com os pobres e os diminuídos. A grande contribuição desta região foi trazer, pela primeira vez, a descrição de algumas doenças mentais.

Antiguidade Clássica

A Antiguidade Clássica é marcada pelo infanticídio, pelos maus tratos, pela venda das crianças como escravos e pela mutilação de membros para as crianças mendigarem. Entretanto, é neste período que os transtornos e as deficiências mentais passam a ser considerados fenômenos naturais.

A Grécia clássica é um marco do início da medicina técnica e do enfoque naturalista dado às doenças mentais. Havia os templos de culto ao deus da cura, que eram casas de repouso, com banhos, passeios e procissões. Hipócrates, o pai da medicina e da psiquiatria clínica, atribui causas naturais às doenças e deficiências mentais e oferece uma descrição precisa das doenças, seus complicadores, remédios e dietas apropriadas por meio da ingestão de líquidos. É também ele quem introduz vários métodos de redução por tração de deformidades, fraturas e luxações na coluna. Mas em uma cultura em que a beleza física e a saúde eram cultuadas, não é de se estranhar a prática do infanticídio dos bebês nascidos com deformidades, ou apenas com uma aparência singular.

Desde a fundação de Roma até o declínio do Império, houve grande quantidade de mudanças e contrastes no tratamento recebido pelos deficientes. Neste contexto destacam-se a Lei de Rômulo, que proibia o abandono de crianças inválidas, com o confisco de metade dos bens pelo descumprimento. A Lei de Marco Túlio Cícero faz oposição à escravidão, à mutilação com fins medicinais, o infanticídio e a compra de deficientes para diversão. O cristianismo primitivo, por outro lado, influencia positivamente as atitudes com relação às crianças e aos doentes, ao levar a mensagem de Jesus Cristo, de que somos todos iguais perante Deus e falando dos princípios de amor e misericórdia. Sob a influência do cristianismo, foi criado o primeiro hospital de que se tem registro.

A Idade Média

A característica principal da Idade Média é a explosão da tradição demonológica, marcada pela possessão diabólica e pela inquisição. A tradição romana permanece durante o Império Bizantino, mas sob influência do cristianismo. Durante este período são estabelecidas penas para os deficientes e vive-se um dos momentos de maior esplendor do humanitarismo cristão, com a proliferação de hospitais, orfanatos e asilos.

No mundo árabe, o infanticídio é proibido por Mahoma (562-622), ao afirmar que os doentes deveriam receber ajuda e tratamento humanitário por serem, juntamente com os deficientes, os inocentes do Pai. Dentro da psiquiatria desenvolveram-se estudos sobre doenças mentais e foram fundados sanatórios mentais onde era prestado atendimento humanitário aos doentes, com música, dança, espetáculos e prática de massagens e banhos para inúmeras doenças. O médico Maimónides (1135-1240) ocupa um lugar de destaque

nesse período, por ser o primeiro a falar de progressos na deficiência mental e por trazer o otimismo do início da educação especial. Entretanto, junto à obediência às regras de Mahoma, coexistiam práticas brutais, como a mutilação por roubo.

Na Europa ocidental, a igreja católica torna-se a única instituição com propósitos beneficentes. As doenças e transtornos mentais passam a ser entendidos sob a ótica da demonologia e da possessão diabólica. Os deficientes e os loucos são tidos como filhos de pecado e do demônio. A inquisição alcança principalmente os doentes que hoje seriam identificados como pessoas com problemas de conduta. As grandes epidemias, freqüentes guerras e conflitos armados fizeram aumentar consideravelmente o número de deficientes físicos. Por um lado esse aumento gerou o abarrotamento de mendigos, mas também impulsionou o desenvolvimento da técnica de próteses. Data deste período a primeira prótese manual de ferro, com o polegar rígido e os outros dedos flexíveis.

O Renascimento caracteriza-se pela queda do feudalismo e do papado, pelo auge do nacionalismo, da burguesia cidadã e pela criação do Estado moderno. O humanismo desponta com o culto à beleza. O interesse pelo corpo e por sua anatomia impulsionam a cirurgia, em especial a ortopédica. A imutabilidade das doenças começa a ser questionada, mas a idéia de possessão diabólica permanece.

A Primeira Revolução em Saúde Mental

A primeira revolução ocorre no final do século XVI e início do XVII, devido à corrente humanista emergente do Renascimento. Ocorre uma mudança radical, tanto na concepção do transtorno quanto na das doenças mentais. A psicopatologia se liberta da

demonologia e do domínio do clero. Os doentes passam a receber tratamento sob uma nova perspectiva, a partir do surgimento das instituições manicomiais. Essas tinham como objetivo principal oferecer um ambiente em que as pessoas pudessem tratar suas psicopatologias da melhor maneira, em que os doentes mentais não fossem apenas isolados da sociedade. Surgem inúmeros tratamentos que podem ser considerados precursores da psicoterapia e laborterapia, que tinham como finalidade a reinserção no contexto familiar, ocupacional e social. Apesar do tratamento nas instituições manicomiais ser a princípio humanitário e de respeito, com o tempo foram introduzidos aparatos mecânicos, como a camisa de força, correntes e cintas. Neste mesmo período ocorre a consolidação do conceito de loucura, baseada na ordem burguesa, com conotação pejorativa e segregadora. É definido o conceito de neurose, tida como uma doença decorrente do nervosismo.

Apesar de promissora, a primeira revolução não cumpre seus objetivos de reinserção. Ao contrário, transforma as instituições manicomiais em cadeias devido ao seu caráter permanente e definitivo, em parte devido ao abarrotamento das instituições, decorrente do aumento da miséria; em parte devido a fatores conjunturais, como o pouco conhecimento de psicopatologia; e fatores estruturais, próprios das instituições manicomiais, como o estigma social.

A Espanha desponta como pioneira nessa revolução, e vive seu período de ouro. Nela são criadas as primeiras instituições manicomiais da Europa, que receberam muitos deficientes mentais. A crença na imutabilidade das deficiências é superada, e um monge chamado Pedro Ponce Leon ensina um surdo-mudo a falar, colocando em prática, pela primeira vez, um método revolucionário, a surdomudística. Surgem os primeiros tratamentos para as deficiências sensoriais e a educação especial tem início. A questão da

pobreza é polemizada, com vistas à marginalização não apenas dos pobres, mas também dos cegos, surdos, mudos, deficientes físicos e mentais. Alguns deficientes físicos vencem a marginalização, gozam de popularidade, desempenham papéis sociais importantes e têm seus problemas reconhecidos e passam a ser objetos de interessantes iniciativas. Miguel de Cervantes, que perdeu a mobilidade do braço esquerdo na batalha de Lepanto (1571), se destaca pela sua obra, escrita após o acidente: *Don Quijote de La Mancha*. Surgem novos tratamentos da deficiência física, e há grandes avanços nessa área. Várias próteses geniais são criadas, como um braço artificial móvel e a primeira mão estética de couro.

O século XIX constitui a era do progresso, marcada por avanços, reformas e tragédias. Os avanços na medicina interferem diretamente nas deficiências. Pasteur e Kosh criam a teoria dos germes, o que possibilita a imunização e eliminação das epidemias, além da assepsia nos hospitais. Freud, Charcot e Kraepelin impulsionam o estudo da doença mental, e há um crescente interesse pelo estudo da deficiência mental, que se traduz em avanços quanto a sua compreensão, com descrição, classificação e identificação de formas clínicas associadas, com a diferenciação clara entre doença e deficiência mental.

Há o reconhecimento das necessidades dos deficientes físicos, são criados aparelhos ortopédicos para o tratamento de paralisia e surge a primeira cama articulada com sistema de extensão para tratar das contraturas articulares. Continua a preocupação com a escolarização dos deficientes sensoriais. Há melhora na qualidade dos serviços residenciais prestados a todos os deficientes, com assistência física e pedagógica. Ocorre a criação e o desenvolvimento da educação especial.

Apesar de todos esses avanços, a inserção social ainda é precária. A ignorância, o pessimismo, e o negativismo permeiam as atitudes pejorativas e de rejeição, que resulta na

segregação e na internação indiscriminada. Os deficientes continuam excluídos da sociedade, sendo mal-tratados, confinados em asilos e hospícios. A maior parte das famílias mantém seus filhos deficientes escondidos ou os abandona, e há a prática de esterilização dos deficientes, devido à descoberta de causas congênitas e hereditárias da deficiência. A primeira revolução foi, em resumo, um passo necessário, mas insuficiente, contraditório e dual, e que fracassou em seu projeto.

A Segunda Revolução em Saúde Mental

A segunda revolução em saúde mental se inicia no final do século XIX, dentro de um processo mais amplo: o surgimento das ciências sociais, o nascimento da psiquiatria como uma especialidade médica e uma ciência, e dos avanços na psicologia – surgimento da psicologia clínica, da psicopatologia infantil, dos estudos experimentais de comportamento e da avaliação psicológica.

O condutivismo, com destaque à psicologia experimental de Skinner, fundamenta uma série de aplicações clínicas e educativas na área de educação do atraso mental e de técnicas de modificação de comportamento dos deficientes físicos. Enquanto a psicologia clínica surge como uma resposta à dificuldade de aprendizagem e as clínicas psicológicas atenderam muitos deficientes. Havia grande interesse nos desvios intelectuais e na educação das crianças, e o foco da intervenção era na avaliação da privação do ambiente e sua relação com problemas de aprendizagem. A avaliação psicológica responde, em parte, às necessidades dos deficientes. Houve a necessidade de diagnosticar os transtornos neurológicos e psiquiátricos e de avaliar o funcionamento mental dos pacientes. As pessoas

em idade escolar puderam ter sua capacidade de aproveitamento do sistema escolar avaliado, e os alunos incapazes e retardados foram detectados, o que possibilitou inovações quanto à avaliação da fisionomia, idade mental, atraso escolar e coordenação física. As técnicas projetivas também ocupam um lugar de destaque, e aponta anomalias na percepção de corpo dos deficientes físicos além de dar indicativos da percepção de mundo dos deficientes.

A compreensão da deficiência mental perpassa duas frentes: a biologista-social, que centra seus estudos na etiologia e na classificação; e a percepção dos deficientes mentais como um problema social, devido à escolarização obrigatória pós-guerra. Quanto às deficiências físicas e sensoriais, na entrada no século XX destaca-se a responsabilidade assumida pelos governos quanto a essa problemática. São criadas medidas legais e institucionais em favor dos “anormais”, deficientes mentais, surdos, cegos, e principalmente às pessoas vítimas de acidentes de trabalho. A declaração dos direitos humanos é redigida nesse contexto, devido à repercussão deste movimento também nos organismos internacionais.

Apesar de todos esses avanços, os estudos em genética criam um ambiente de controle e prevenção social, um estado de alarme eugenésico, com medidas de segregação, esterilização, restrição matrimonial e até eutanásia. As práticas sociais eram caracterizadas por atitudes negativas com relação aos deficientes, e o Estado assumia uma função de paternalismo protetor. Portanto, apesar dos ganhos quanto à melhor compreensão das deficiências a partir do desenvolvimento da ciência e da evolução das leis de proteção e garantia dessa minoria, os deficientes continuaram à margem da sociedade.

A Segunda Guerra Mundial traz uma grande mudança na vida dos deficientes: o nascimento do movimento reabilitador e da psicologia da reabilitação e sua expansão para outros campos. A reabilitação surge com o objetivo de recuperação físico-somática e funcional dos ex-combatentes e mutilados da guerra, mas em pouco tempo a interação de variáveis psicológicas e sociais passam a ser consideradas na recuperação dos pacientes. Com esse enfoque multicondicionado, outros profissionais entram em campo, além dos médicos, e a inserção no mercado de trabalho passa a ser uma das preocupações dessa equipe multiprofissional.

A guerra tornou-se um marco por ter sido um momento em que os deficientes puderam participar diretamente da guerra, devido à falta de combatentes, o que lhes trouxe o ganho de serem reconhecidos por suas capacidades e trouxe à tona o papel da sociedade na inclusão dessas pessoas, uma vez que foram capazes de se adaptar muito bem no período de guerra, em que lhe foram atribuídos um lugar nas sociedades.

Aos poucos, as atitudes públicas frente aos deficientes tornam-se menos negativas, e ocorre certa resistência ao retorno dessa população às instituições, à limitação de seu matrimônio, à esterilização, entre outras práticas comuns. A importância do ambiente começa a ser percebida, e influencia a prática das psicoterapias, com tratamento psicofarmacológicos, e; a educação especial, que busca cada vez mais a integração na sociedade, desenvolvendo as competências pessoais e visando a inserção no mercado de trabalho.

A Terceira Revolução em Saúde Mental

A Terceira Revolução em Saúde Mental começa na década de 1960 em busca de alternativas eficazes na busca pela saúde mental, contemplando os determinantes psicossociais e socioambientais, com foco nas intervenções comunitárias, havendo o resgate dos fatores biológicos. O homem passa a ser visto como um ser bio-psico-social.

As décadas de 1960 a 1980 são chamadas de décadas prodigiosas devido aos grandes avanços produzidos na conceituação e tratamento das deficiências, avanços que fazem deste um dos períodos mais favoráveis e positivos para os deficientes. Há o reconhecimento dos direitos humanos e civis, e ocorre crescente subvenção de serviços humanitários. Ocorre a desinstitucionalização e inclusão escolar dos deficientes, com especial atenção ao período de adaptação.

O governo democrático e o crescimento da subvenção dos serviços comunitários levaram ao surgimento de inúmeros programas. Os programas de educação compensatória, com vistas à reinserção social dos marginalizados sociais ocupa um papel de destaque dentre esses programas pioneiros. Enquanto isso, as práticas sociais apresentam uma melhora significativa, com a sensibilidade pública aos deficientes, o ativismo social e legal do movimento dos direitos civis, a associação de pais e profissionais, e medidas institucionais e legais.

A partir de 1980, nota-se a intensificação das tendências das duas décadas anteriores, o pluralismo conceitual e técnico, a assistência dos deficientes, incapacitados e inválidos, e a crise econômica e suas repercussões nos serviços sociais. Somente na terceira revolução o campo das deficiências encontra um momento de maior conexão com as correntes dominantes da sociedade e com as ciências da saúde, gozando até de certo protagonismo.

Momento histórico atual

Nos dias de hoje, a deficiência é vista como um fenômeno relativo e relacional (OMS, 1997). Assim, a deficiência e a saúde deixam de ser entendidos como conceitos opostos, e passam a ser percebidos como inter-relacionais. Isso significa que ter uma condição médica, uma limitação física, não implica em ter uma deficiência, uma vez que o ambiente no qual o indivíduo está inserido pode não ser limitador de sua participação nas atividades diárias. Nessa perspectiva, Verbrugge e Jette (1994) destacam que a maneira como a pessoa lida com a deficiência depende de fatores sociais, psicológicos e funcionais. As relações estabelecidas entre as pessoas portadoras de alguma necessidade especial e membros da sociedade na qual está inserida são determinantes para sua incapacitação, a desvalorização e a exclusão dessa população (Correr, 2003). A busca pela inclusão social se dá na perspectiva de garantir o acesso da pessoa portadora de necessidades especiais a todos os espaços da sociedade, independente da tipologia ou gravidade de sua deficiência (Correr, 2003).

Nota-se que ao longo da história os deficientes ocupam um lugar de marginalização, e que a inserção destes depende muito mais do contexto social do que das capacidades dos deficientes. As melhoras para o futuro dessa minoria dependem muito mais de atitudes e decisões políticas do que das melhoras proporcionadas pelo desenvolvimento científico (Diaz, 1995). Possibilitar a inserção social das pessoas com deficiência é mais do que permitir que elas tenham acesso à sociedade, é também possibilitar que a sociedade tenha acesso a elas. Segundo Moreno (1994), quanto mais ampliamos nossa rede de contato,

desempenhamos diferentes papéis e temos contatos com diferentes pessoas, mais saudáveis e espontâneos somos. Possibilitar a entrada das pessoas com necessidades especiais é tornar viável a saúde de toda a nossa sociedade.

Após a reflexão sobre a deficiência e sua inserção na história, faz-se necessário compreender sua tipologia.

1.3 Diferentes tipos de deficiência

A deficiência pode se manifestar de diferentes maneiras. A Comissão Especial de Acessibilidade do Senado Federal (2005) destaca sete diferentes tipos de deficiência:

- *Deficiência física* é a alteração parcial ou total de um ou mais segmentos do corpo humano que compromete a função física.
- *Mobilidade reduzida* é quando há dificuldade na mobilidade do indivíduo, que pode ser permanente (em pessoas idosas, por exemplo) ou temporária (como em gestantes e lactantes).
- *Deficiência visual* é a perda total ou parcial da visão.
- *Deficiência auditiva* é a perda da percepção normal dos sons.
- *Deficiência mental* é o funcionamento intelectual inferior à média associada às limitações em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas.
- *Condutas típicas* podem ser observadas por atrasos no desenvolvimento do indivíduo e prejuízos no relacionamento social, decorrentes de quadros psicológicos e neurológicos e/ou de síndromes que implicam em atenção e cuidados especiais.

- *Deficiência múltipla* é quando ocorre a associação de duas ou mais deficiências.

Este trabalho tem como foco a deficiência física, uma vez que não seria possível abordar todas e que é tema de interesse da pesquisadora.

Deficiência física

A deficiência física é o comprometimento do aparelho locomotor – sistemas osteoarticular, muscular e nervoso. Doenças ou lesões que afetam um ou mais desses sistemas, como lesão medular e má formação congênita, podem levar a quadros de limitação física. A violência urbana, acidentes desportivos, tabagismo, maus hábitos alimentares, sedentarismo e falta de saneamento básico são alguns dos fatores de risco para a aquisição de uma deficiência física. Gestação de alto risco, erros inatos do metabolismo, doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas também podem acarretar comprometimento do aparelho locomotor (Monte & Santos, 2004).

A deficiência física pode se apresentar sob a forma de monoplegia, paraplegia, tetraplegia, hemiplegia, amputação, deformidades físicas, paralisia. A locomoção e a coordenação do aparelho locomotor ficam dificultadas, assim como a articulação da fala e o desempenho em algumas atividades (Monte & Santos, 2004).

A deficiência pode ser temporária, permitindo que a pessoa volte às suas condições anteriores; recuperável, quando há melhora diante do tratamento ou suplência por outras áreas que não foram atingidas; definitiva, quando não há possibilidade de cura, substituição

ou suplência; ou compensável, em que a substituição de órgãos permite melhora (MEC, 2006).

As causas da deficiência se dividem em hereditária, quando resulta de doenças transmitidas por genes; congênita, quando existe no indivíduo antes ou ao nascer; adquirida, quando ocorre depois do nascimento, em virtude de infecções, traumatismos ou intoxicações (MEC, 2006).

As doenças e acidentes que podem causar a deficiência física se separam em sete grandes grupos: doença no sistema osteomolecular, doenças musculares, doenças do sistema nervoso, lesão medular, queimaduras, paralisia cerebral. As doenças no sistema osteomolecular provocam destruição, deformidade, má formação ou processo inflamatório comprometendo os ossos e/ou articulações. Enquanto as doenças musculares caracterizam-se por atrofias musculares neurógenas, em que há alteração do sistema nervoso central ou periférico e pela falta de estímulos para a atividade contrátil do músculo; e atrofias miógenas, em que há alteração nas fibras musculares. As doenças no sistema nervoso podem ter causas genéticas, infecciosas, metabólicas, tóxicas, traumáticas, tumorais, vasculares, podendo, inclusive, ter sua causa desconhecida. As doenças do sistema nervoso podem afetar tanto o encéfalo e a medula, sistema nervoso central, quanto os gânglios, raízes e nervos, sistema nervoso periférico (MEC, 2006).

A lesão medular pode ocorrer em consequência de um trauma, acidentes automobilísticos, mergulho, agressão com arma de fogo ou queda, ou pode ter origem não traumática, em doenças como hemorragias, tumores e infecções por vírus. A gravidade da lesão depende da extensão da interrupção e da localização que, por sua vez, determinarão quais as funções do corpo ficaram comprometidas. Dependendo do nível da lesão, esta

pode resultar em paraplegia ou tetraplegia. A gradação do comprometimento da lesão pode ser avaliada por meio da escala ASIA – *American Spinal Injuries Association*, que classifica a lesão medular de acordo com padrões internacionais (Spinal Cord Injury Association, 1992). As conseqüências de uma lesão medular não se limitam à esfera motora. Seus efeitos estendem-se sobre praticamente todas as funções vitais do indivíduo. Dentre as mudanças que mais comumente ocorrem após uma lesão medular destacam-se: alteração nos comportamentos vesical e intestinal, infecção do trato urinário, obstipação intestinal, vasoplegia (podendo levar a uma trombose venosa profunda), dificuldades respiratórias, disreflexia autonômica (reação provocada pelo descompasso no funcionamento dos sistemas nervoso simpático e parassimpático), escaras (úlceras de decúbito) e espasticidade (contrações musculares involuntárias). A lesão medular traz inúmeras conseqüências para a pessoa, sua família, amigos e para a sociedade como um todo (Conceição, 2000).

As queimaduras podem causar o desfiguramento e alterar a elasticidade dos tecidos, o que acaba por limitar os movimentos. Em alguns casos é necessária a amputação de um ou mais membros, a depender da extensão da queimadura (MEC, 2006).

A paralisia cerebral é uma lesão no cérebro em desenvolvimento causada, na maior parte das vezes, pela falta de oxigenação nas células cerebrais. O quadro da paralisia cerebral é muito variável, podendo causar pequenas alterações motoras ou vir associada a distúrbios sensoriais, epilepsia ou deficiência mental.

Após compreender o que é a deficiência, seus tipos e causas, é preciso refletir sobre os aspectos psicológicos da deficiência.

1.4 Reações psicológicas frente à deficiência

As conseqüências de uma deficiência física não se limitam à esfera motora, ela traz inúmeras conseqüências para a pessoa, sua família, amigos e para a sociedade como um todo. Seus efeitos estendem-se sobre praticamente todas as funções vitais do indivíduo e existe um custo emocional incomensurável como conseqüência de uma deficiência (Conceição, 2000). Por exemplo, o bem-estar psicológico dos lesados medulares sofre interferência direta da dor que sentem. Mudanças na intensidade e na freqüência da dor têm mais impacto no bem-estar psicológico que o estresse (Martin Ginis, Latimer, McKechnie & Ditor, 2003). Assim, uma pessoa que sente dor tende a ser psicologicamente menos saudável que uma pessoa que sente freqüentemente muita dor. Além da dor, os aspectos psicológicos interferem diretamente na vida das pessoas com necessidades especiais. Portanto, abordá-los é de suma importância. Serão contemplados os seguintes tópicos referentes aos aspectos psicológicos: enfrentamento, interações sociais, suporte social e o papel da família.

Enfrentamento e espontaneidade

Enfrentamento é o termo que vem sendo utilizado em português para substituir o conceito de *coping*, utilizado nos países de língua inglesa. Esse conceito se refere aos comportamentos que uma pessoa tem ao se deparar com um problema ou inimigo ou situações difíceis (Gimenes, 1997).

A literatura sobre o enfrentamento tem grande parte de suas pesquisas direcionadas às condições de cronicidade e à submissão aos procedimentos médicos. As doenças físicas podem ser consideradas como crises, pois causam transformações, tais como mudanças na identidade; mudanças na localização, de casa e do trabalho para o ambiente hospitalar; mudanças de papéis, de uma pessoa independente a um indivíduo que depende da ajuda de outras pessoas; isolamento social, pelo afastamento do convívio na sociedade no período de hospitalização e pela impossibilidade de acesso a lugares não-adaptados a pessoas com necessidades especiais; e perspectivas de futuro, ou a sua inexistência. São sete as principais tarefas adaptativas no lidar com a doença: (a) lidar com as conseqüências fisiológicas da doença; (b) lidar com o tratamento e ambiente hospitalar; (c) desenvolver e manter boas relações com a equipe de saúde; (d) manter algum equilíbrio emocional; (e) manter um senso de *self*; (f) manter boas relações com família e amigos; e (g) preparar-se para futuras exigências (Aldwin, 1994).

Kennedy, Lowe, Grey e Short (1995) apontam que as pessoas mais jovens são mais flexíveis em suas estratégias de enfrentamento. Apesar desse dado, é importante entender o enfrentamento como processual e individual. Assim, sendo um processo mostra-se mais adequado em alguns momentos e menos em outros, e ser individual indica que varia de pessoa para pessoa. A maneira que os indivíduos lidam com a deficiência é diferente, sendo que o uso das tarefas e habilidades é determinado por três fatores: fatores pessoais e demográficos, fatores físicos e socioambientais e fatores relacionados com a doença (Aldwin, 1994).

O enfrentamento pode ser entendido, então, como uma maneira diferente de responder a um problema ou a alguma situação difícil. É a prontidão de um indivíduo em

responder de acordo com o que lhe é solicitado. Essa maneira de agir, de dar uma resposta adequada a uma situação nova é chamada, em Psicodrama, de espontaneidade (Moreno, 1975; Fox, 2002). A espontaneidade deve ser compreendida a partir de quatro critérios: impulso; aquisição cultural, ou criatividade; criação de livre expressão, originalidade; adequação da resposta, *in situ* (Moreno, 1975). Então, não basta uma pessoa dar qualquer resposta nova frente à sua deficiência, por exemplo. A espontaneidade é percebida quando o deficiente é capaz de emitir uma resposta, que seja nova, criativa, e adequada ao seu contexto cultural.

A espontaneidade só existe devido à conserva cultural. Nenhuma das duas existe em sua forma pura, sendo uma parasita da outra (Moreno, 1975). A conserva cultural tem a função de preservação e continuidade do ego, assim permite a manutenção de uma herança cultural. Por mais que as conservas sejam tranquilizadoras, são também a maior barreira à infiltração da espontaneidade e à criatividade do homem, por diminuir a necessidade de ações espontâneas ou de inspirações momentâneas (Moreno, 1975; Fox, 2002).

As pessoas vivem, na correria do dia-a-dia, a usar suas conservas culturais. Quanto mais velhas ficam, mais conservas usam. Não porque a espontaneidade vá se perdendo ao passar dos anos, uma vez que se trata de uma capacidade inesgotável. O aumento do uso das conservas ocorre porque as pessoas vão se adequando aos estereótipos sociais, à segurança transmitida pelas conservas, que previnem os imprevistos (Moreno, 1975).

Espontaneidade é a capacidade de adaptação do homem de se adequar ao novo, diz respeito à mobilidade e flexibilidade do “eu”, que é uma característica vital e essencial à sua existência. É criada a cada instante, para cada circunstância (Moreno, 1975; 1999). A

liberação dessa espontaneidade permite que as pessoas evoluam psiquicamente, uma vez que as alforria do “*determinismo absoluto*” (Nery, 2003, p. 20).

Portanto, ao se deparar com uma deficiência, a resposta espontânea de um indivíduo sugere uma melhor saúde deste, enquanto o uso da conserva, de adoção de condutas estereotipadas pode ser, a princípio, um caminho mais fácil, sem requerer o novo, mas não necessariamente implica na saúde da pessoa, principalmente no casa das deficiências, em que os estereótipos são respostas de exclusão e isolamento, como percebemos ao longo da história.

Interação sociais e sociometria

A interação social é outro aspecto amplamente estudado pela literatura da área, que tem demonstrado cada vez mais sua relevância. A atividade social se correlaciona diretamente com a rede social das pessoas. Ou seja, quanto maior a quantidade de atividades que um indivíduo pessoa participa, maior será sua rede social. Além disso, os pesquisadores encontraram que quanto maior a rede menor a incidência de problemas psicológicos (Eide & Roysamb, 2002). Sherman, Devinney e Sperling (2004) apontam que a interação social é maior quando o lesado medular mora com companheiro(a). Este é um dado esperado, uma vez que um indivíduo que mora com o companheiro(a) amplia seu círculo de convívio, pois além de interagir com seus amigos, interage com os amigos do companheiro(a).

A resolução de problemas sociais é apontada como preditor da integração na comunidade (Rath, Hennessy & Diller, 2003) e inúmeros critérios de ajustamento na

população de reabilitação, tais como níveis de depressão, ajustamento psicossocial e aceitação da deficiência em adultos com lesão medular (Elliott, 1999; Elliott, Godshall, Herrick, Witty & Spruell, 1991; Elliott, Shewchuk & Richards, 1999). Por resolução de problemas sociais entende-se a resolução de situações que ocorrem diariamente no ambiente social, incluindo todos os problemas intra e interpessoais (D'Zurilla & Maydeu-Olivares, citado por Rath, Hennessy & Diller, 2003). A resolução envolve cinco etapas: identificação do problema, definição e formulação deste, identificação de possíveis alternativas na resolução deste, tomada de decisão e implementação da solução e verificação (D'Zurilla & Goldfried; D'Zurilla & Nezu, citado por Rath, Hennessy & Diller, 2003).

O Psicodrama, ao trabalhar as relações interpessoais, se propõe a resolver conflitos de maneiras novas e criativas, pois entende o homem como um ser espontâneo (Moreno, 1975). A sociometria é um dos pilares que sustenta a socionomia, que é a ciência das leis sociais. É o estudo das características psicossociais de um grupo, uma medida de relacionamento humano. O seu método é o teste sociométrico, a partir dos quais são feitas escolhas positivas, negativas ou neutras, a partir de um critério definido (Moreno, 1999; Knobel, 2004).

Os problemas psicológicos têm base interacional (Fox, 2002). Portanto, perceber as interações de um indivíduo e analisá-las à luz do psicodrama, como de atração, rejeição ou nula, e se essas relações são télicas, possibilita mapear a saúde psicológica das pessoas a partir de sua interação com o meio e da percepção que tem dessa interação.

Suporte/rede social e o átomo social

O suporte social está associado não apenas com uma melhor saúde física e mental, mas é apontado também como um fator que interfere na melhor recuperação de doenças e traumas (Berkman, 1986; Broadhead, Kaplan, James, Wagner, Schoenbach, & Grimson, 1983), incluindo o trauma de lesão medular, considerado como uma das experiências mais incapacitantes que uma pessoa pode passar (Dijkers, 1999; Krause, Sternberg, Lottes & Maides, 1997).

O suporte social também é apontado pela literatura da área como associado ao enfrentamento, à depressão, ao ajustamento e à auto-estima em toda a população, inclusive nos portadores de necessidades especiais (Chwalisz e Vaux, citado por Eide & Roysamb, 2002).

Moreno (1994) tomou o termo átomo - derivado do grego significando "qualquer coisa muito pequena", cunhado na física para determinar as menores partículas do universo físico - para descrever as estruturas microscópicas que surgem no contexto das relações humanas - cujos padrões resumem-se a atração, rejeição e indiferença - e que se tornam visíveis nas configurações de indivíduos dentro de um grupo. Assim, o autor define átomo social como "a menor unidade funcional dentro do grupo social". Afirma que toda pessoa pode estar relacionada positiva ou negativamente a um número indefinido de pessoas, que, por sua vez, respondem a esta relação positiva ou negativamente. É essa configuração que constitui o átomo social. Na medida em que o indivíduo cresce, vai expandindo seu átomo social, na proporção em que amplia sua rede de relações sociais.

Por sua vez,

"(...) o empobrecimento do átomo social é o resultado de qualquer tipo de patologia, constituindo a máxima incapacidade de uma pessoa em conflito: o não-encontro de substitutos para as pessoas básicas de sua matriz" (Bustos, 1979, p.20).

O suporte social é um conceito que está intimamente ligado ao de *átomo social*, que faz referência ao núcleo de relações de um indivíduo (Knobel, 2004). Moreno (1994) o descreve como "*a menor unidade social viva, impossível de ser dividida*" (p. 159), cujos contornos de sua superfície devem ser descobertos. O átomo permite investigar os vínculos que a pessoa estabelece, o seu núcleo de relações (Duric & Velijkocic, 2005). É a rede social e de apoio de um indivíduo, composta de várias estruturas télicas – fluxo de sentimentos existente nas relações que afastam ou aproximam as pessoas – e de várias redes sociométricas, que fazem parte da sociometria de uma sociedade (Moreno, 1994).

Como somos seres em relação, quanto mais relações formos capazes de estabelecer e quantos mais diferentes papéis desempenharmos, mais saudáveis seremos. E se estamos isolados, estamos mais propensos ao sofrimento (Moreno, 1994; Fox, 2002). A filosofia de Moreno afirma que somos todos criadores e co-criadores, vivendo em um mundo de relações interpessoais, interdependentes um do outro (Marineau, 1992). O átomo social de um cidadão normalmente é composto por seus pai, irmãos, professores, colegas de trabalho, amigos, um médico ou profissional de saúde, um representante da religiosidade do indivíduo (padre, pastor, sacerdote), uma pessoa com quem estabelece relacionamento afetivo, amoroso e sexual (namorado(a), esposa, marido) e filhos. O átomo social, utilizado

em seu conceito mais amplo, evidencia os papéis desempenhados pelo indivíduo, além das relações de atração-repulsão-neutralidade (Moreno, 1994).

O conceito de papel diz respeito às diferentes formas assumidas pelo eu, criada pelas experiências passadas e pelos padrões da cultura em que o indivíduo se insere. Todo papel é tanto a fusão quanto a oposição entre o privado e o coletivo (Fox, 2002), que possibilita o surgimento do eu (Moreno, 1975). Os papéis têm grande importância na comunicação entre as pessoas, pois possibilita a compreensão interindividual e intercultural e permeiam a cultura na qual os indivíduos estão inseridos (Moreno, 1975).

Há três diferentes dimensões dos papéis: papéis psicossomáticos, papéis psicodramáticos e papéis sociais. Os papéis psicossomáticos são determinados pelos padrões de interação cuidador-criança, e são anteriores ao surgimento da linguagem. O papel de ingeridor é um desses papéis, que se constitui no processo de alimentação e repercute ao longo da vida de uma pessoa, podendo ser identificada em diferentes momentos da vida. Os papéis psicodramáticos expressam a dimensão psicológica do *self* e se constituem nos jogos de papel, como a identificação de papéis e o espelho. São os papéis que dizem respeito à representação da psique de um indivíduo quando em um coletivo. Os papéis sociais expressam a dimensão social de um indivíduo, e se constituem *a posteriori*, baseados nos papéis psicossomáticos e nos psicodramáticos, que são formas prévias de experiência (Moreno, 1975; Fox, 2002). Os papéis sociais apontam os elementos da vida cotidiana que são incorporados à ação das pessoas e dizem respeito à dimensão simbólica da realidade (Knobel, 2004).

Nery (2003) destaca que além dos papéis sociais, a relação das pessoas também é permeada pelos papéis imaginários, latentes e psicodramáticos. Os papéis imaginários

constituem-se de desejos e sentimentos não realizados ou criados pela atividade imaginativa. Os papéis latentes são aprendidos no contexto social e não foram ativados devido à falta de complementariedade do vínculo. Por exemplo, um adolescente que nunca tenha namorado, mas o deseja, tem o papel latente de namorado: falta uma namorada para desempenhar esse papel, que será articulado ao seu projeto dramático e de seu futuro vínculo.

A importância do átomo social e da discussão do conceito de papel no Psicodrama se assemelha à relevância do conceito de rede social e do modelo de mapa mínimo proposto por Sluzki (1997), na teoria sistêmica.

Rede Social é um conceito de suma importância para a teoria sistêmica. Ele diz respeito à noção de sujeito, que inclui suas interações e vínculos interpessoais. A rede social pessoal é composta por todas as relações que a pessoa percebe como significativas, diferenciadas da “*massa anônima da sociedade*” (Sluzki, 1997, p. 41). É a partir dessa rede que as pessoas constroem seu universo relacional, onde estabelecem suas relações sociais, e investigando-a, é possível compreender quem faz parte da identidade dos indivíduos.

Sluzki (1997) propõe um modelo de *mapa mínimo* para a avaliação das redes sociais de uma pessoa e de todos aqueles com os quais ele interage. O mapa se divide em quatro quadrantes, a saber: amizade, família, relações comunitárias e relações do trabalho ou estudo. Esses quadrantes são divididos em três círculos concêntricos, que delimitam a aproximação ou distanciamento das pessoas da rede: relações íntimas, relações pessoais com menor grau de compromisso, e relações ocasionais. Tamanho, número de pessoas da rede; densidade, conexão entre os membros da rede independente da pessoa; composição, proporção de membros que está localizada em cada contexto; dispersão, distância entre os

membros da rede; homo/heterogeneidade, características sociodemográficas e culturais, são características estruturais importantes no estudo desse mapa. A rede pode exercer diferentes funções: companhia social, apoio emocional, controle social, ajuda material, guia/conselhos e acesso a novos contatos. Os vínculos desse mapa podem ser caracterizados a partir de seus atributos: função predominante, reciprocidade, história da relação, frequência dos contatos, intensidade e multidimensionalidade. Todas essas variáveis são interdependentes.

Sluzki (1997) destaca ainda que os vínculos são importantes por fazer parte da identidade dos indivíduos e por contextualizá-los. A perda ou enfraquecimento dos vínculos de um indivíduo gera “*vazio de identidade, de história, de continuidade, de nutrição emocional, de feed-back social, de cuidados de saúde, de validação, de responsabilidade pelo outro*” (p. 26).

Segundo Eide e Roysamb (2002), os problemas psicológicos tendem a diminuir quanto maior for a rede social de um indivíduo e quanto menor for a limitação de atividades que o lesado medular pode participar, e que as mulheres tendem a ter mais problemas psicológicos, menor rede social e maior limitação de atividades que os homens. É provável que essa diferença de gênero se deva ao fato de a mulher ocupar o lugar de cuidadora, aquela que se preocupa com o marido, os filhos e os parentes idosos e doentes (Siqueira, 2002). Somado ao cuidado da família, as mulheres costumam ter poucas amizades, mas mais íntimas que os homens. Esses relacionamentos não são validados pela sociedade e tendem a diminuir da adolescência para a idade adulta, principalmente com o casamento. (Carter & McGoldrick, 1995). Assim, a mulher ocupa na sociedade o papel de esposa e de cuidadora, o que implica no empobrecimento de sua rede. A mulher deficiente, entretanto, tem o desempenho desses papéis comprometidos, uma vez que nem todas têm filhos,

quebrando o padrão de modelo de esposa. Além disso, algumas deficiências implicam em maior cuidado das deficientes consigo mesmas e dos outros com relação a elas, colocando a outra pessoa da relação também no papel de cuidador.

Outro fator que pode interferir na ampliação da rede social das mulheres diz respeito aos padrões estéticos, que parecem ser mais rígidos com as mulheres do que com os homens. Em um sociodrama de gênero com estudantes universitários, estereótipos foram evidenciados na representação da esposa que se arruma cada vez mais para chamar a atenção do marido e se empenhava em seduzi-lo, e na do homem que deseja que sua mulher tenha boa aparência, mas não percebe que está fora dos critérios que exige de sua mulher (Conceição, Auad & Nery, 2006). A cobrança com relação ao gênero feminino, pode fazer com que a mulher deficiente se sinta inadequada, tenha uma auto-imagem negativa devido ao distanciamento do padrão estético exigido das mulheres, e se isole, o que gera empobrecimento da rede social. O homem, por outro lado, vive menos cobrança de padrões estéticos, o que pode fazer com que ser deficiente seja menos negativo do que é para a mulher.

É notável a semelhança entre os conceitos de Moreno, átomo social; e de Sluzki, mapa mínimo. Ambos fazem referência às pessoas que fazem parte da vida do indivíduo, a quantidade e qualidade das relações estabelecidas, assim como a importância de pessoas que contribuem para a formação da identidade e sentimento de pertença na saúde do indivíduo. Todas essas semelhanças entre os conceitos e suas implicações nas práticas dos profissionais sistêmicos e psicodramatistas levou à elaboração de uma proposta que será apresentada no capítulo 5, Método.

O papel da família

A importância da família na inclusão das pessoas com necessidades especiais tem sido cada vez mais discutida. Maciel (2000) destaca que o nascimento de um bebê com necessidades especiais ou o aparecimento de uma deficiência em algum membro da família provoca intensas mudanças na rotina no lar. Há uma grande preocupação com relação ao futuro, e a dinâmica familiar pode ficar fragilizada devido à insegurança, sentimento de culpa, rejeição e revolta frente à prospecção de um caminho de discriminação e isolamento.

A família é a primeira integradora de uma pessoa com necessidades especiais. Este é o local em que ela tem a possibilidade de aprender por meio de experiências positivas, de formar sua personalidade e de desenvolver sua auto-imagem (Tuleski, Taguchi, Alves, Oliveira & Marques, 2003). Além disso, ocorre uma grande cobrança para que a família aceite uma realidade que não deseja e que é rejeitada pela sociedade. Assim, os membros de uma família que tenha uma pessoa com necessidades especiais também se tornam pessoas com necessidades especiais, por necessitarem de orientação para lidar com suas angústias e para conseguir ajudar na inclusão de seu familiar (Maciel, 2000).

O comportamento dos pais em relação a seu filho com deficiência varia muito. Observa-se que alguns pais buscam minimizar o sentimento de culpa deixando de impor limites à criança, o que dificulta o estabelecimento de regras e disciplinas, e pode ocasionar comportamentos sociais indesejáveis por parte da criança. Mas o ajuste psicológico familiar é um processo fluido, e seus componentes variam (Lopes, Kato & Corrêa, 2002). Por exemplo, o estresse é um dos componentes que interfere no ajuste de uma família.

Estudos sobre as relações familiares de crianças com necessidades especiais apontam um alto nível de estresse nos pais, em especial nas mães e maior tendência desses pais em desenvolverem depressão (Silveira & Neves, 2006). Os dados encontrados remetem à grande quantidade de necessidades e atitudes que são impostas à família (Lopes, Kato & Corrêa, 2002).

Os pais demonstraram grande dificuldade em empreender ações educacionais estabelecendo limites e promovendo a autonomia de suas crianças, percebendo-as como bebês. O descumprimento dos direitos das pessoas com necessidades especiais afetam diretamente a família e a criança. Usuários do transporte coletivo, por exemplo, enfrentam comportamentos de impaciência dos motoristas e atitudes de intolerância e desrespeito por parte dos passageiros, que indica despreparo da população em relação ao convívio e aos direitos das pessoas com necessidades educacionais especiais em termos dos assentos preferenciais (Silveira & Neves, 2006).

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pela família de uma pessoa com necessidades especiais, o seu suporte familiar é o aspecto mais benéfico em sua educação (Lopes, Kato & Corrêa, 2002). Entretanto, nem sempre as famílias se sentem competentes no papel que devem desempenhar junto a um filho(a) com deficiência. Esse sentimento das famílias pode ser em parte devido ao fato de que historicamente, a psicologia tem atribuído uma grande responsabilidade aos pais, culpando-os pelos erros e defeitos de seus filhos. Ausloos (1998) defende um novo modelo, em que as competências tornam-se o foco, ao invés das dificuldades e fracassos. Ao invés de confessar os erros, atitude originária da tradição judaico-cristã, a intervenção junto à família deve visar à circularização da informação. A partir do conhecimento, as famílias tornam-se capazes de inovar e resolver

seus problemas. Devolver a competência aos pais os imbuí da suas responsabilidades, e da capacidade de enfrentá-las.

Além dos aspectos psicológicos e da avaliação do contexto dos indivíduos, identificar os fatores pessoais é de suma importância.

Fatores pessoais

Os fatores pessoais, tais como gênero, idade e estado civil são relevantes. A idade em que ocorreu a lesão medular, por exemplo, é preditora de mobilidade dos lesados medulares (Sherman, Devinney & Sperling, 2004). Esta variável prediz a atividade social e os problemas psicológicos que um paciente pode apresentar. Segundo Eide e Roysamb (2002), quanto maior a idade, menor a atividade social e maior a incidência de problemas psicológicos. E quanto mais jovem for a pessoa na idade da lesão, maior a probabilidade de se adaptarem à lesão medular (Kennedy & cols., 1995). A idade interfere nas atividades, na rede social, nas limitações das atividades e nos problemas psicológicos. Quanto maior for a idade do indivíduo, menor é a quantidade de atividades que participa e menor é a rede social. À medida que a idade avança, maiores são as limitações de atividades e é maior a incidência de problemas psicológicos. Assim, quanto mais velha a pessoa for, menores são as chances de ele ter uma boa qualidade de vida (Eide & Roysamb, 2002).

Quanto às diferenças de gênero, os dados de pesquisa sugerem que as mulheres tendem a aceitar melhor a lesão do que os homens, talvez porque a sociedade aceita mais

facilmente um estilo de vida dependente e passivo para a mulher do que para o homem (Craig, Hancock, Dickson & Chang, 1990).

O estado civil é um fator que tem sido amplamente levado em consideração nos estudos sobre lesados medulares. Sherman, Devinney e Sperling (2004) apontam que as pessoas que moram com seu companheiro(a) estão mais satisfeitos com seu estado civil e estudam mais anos que aquelas pessoas que não moram ou não tem um(a) companheiro(a). Entretanto, essa é a população que faz mais visitas ao médico.

Capítulo 2 – Inclusão

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 já preconizava uma sociedade mais justa em que valores fundamentais como a igualdade de direitos e o combate a qualquer forma de discriminação são resgatados. Ainda hoje a questão da inclusão é uma temática emergente. Da escola ao mercado de trabalho, o tema tem sido cada vez mais abordado. Os dados divulgados pela Unicef (2003) assinalam a relevância do tema ao evidenciar que: ter deficiência aumenta em quase quatro vezes a possibilidade de um adolescente chegar aos 17 anos ainda analfabeto; 40% de todas as crianças e adolescentes que estão fora da escola são deficientes; crianças e adolescentes com deficiência, entre 14 e 17 anos, têm o dobro de chance de estar fora da escola; adolescentes que apresentam paralisia, falta ou amputação de algum membro, ou que apresentam deficiência mental têm quatro vezes mais possibilidade de estar fora da escola; e que 11 milhões de pessoas com deficiência, com 15 anos ou mais, não têm nenhuma ou baixíssima escolaridade. Portanto, a deficiência é uma situação crítica de iniquidade a ser superada com uma educação que ensine a tolerância e o respeito à diversidade.

Leis têm sido promulgadas na tentativa de inserir as pessoas com deficiência nos diferentes contextos sociais. Desde 1965, quase 40 leis, inúmeros decretos, portarias e resoluções foram promulgadas na tentativa de facilitar o acesso dessas pessoas à sociedade. A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei Nº 9.394, por exemplo, prevê a garantia de vagas na escola regular para pessoas com necessidades especiais desde a educação infantil, além de contemplar a compra de vagas pelos governos em escolas especiais, instituições privadas sem fins lucrativos, para os casos que necessitam de uma

condição de ensino especializado. Outro exemplo é a Lei Nº 8.213 que busca garantir à pessoa com deficiência um espaço no mercado de trabalho reservando um percentual de cotas proporcionalmente ao número de funcionários de uma empresa. Talvez o documento mais importante nesse sentido seja a Declaração de Salamanca (Unesco, 1994), por sua repercussão internacional e pelo estabelecimento de princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais.

2.1 Declaração de Salamanca

A Declaração de Salamanca foi elaborada em 1994 pela Unesco na ocasião de uma reunião com vistas à inclusão social de pessoas com deficiência e com a preocupação advinda da exclusão histórica dos deficientes. Essa exclusão é decorrente da atitude da sociedade, que inabilita o indivíduo ao focar os impedimentos dessas pessoas, ao invés de evidenciar seus potenciais.

Inclusão e participação são fundamentais para o exercício pleno dos direitos humanos. O que implica em uma educação desenvolvida a partir de estratégias de promoção de oportunidades iguais. A escola inclusiva deve desenvolver sua pedagogia centrada na criança e deve ser capaz de educar a todas, a fim de modificar atitudes discriminatórias, em busca de uma comunidade acolhedora e inclusiva, na qual haja aceitação das diferenças e reciprocidade no relacionamento. A integração de todos os alunos deve acontecer sob três formas: física, social e funcional.

O termo "necessidades educacionais especiais" abrange todas as pessoas que tenham necessidades especiais devido a alguma deficiência ou dificuldade de aprendizagem. A

Declaração de Salamanca aponta a prática de desmarginalização de crianças com necessidades especiais como prioritária nos planos nacionais para o alcance da educação para todos, em que se deve investir em uma rede contínua de apoio. Essa rede baseia-se na ajuda que perpassa o espaço da sala de aula e prevê programas adicionais de apoio à aprendizagem dentro e fora da escola. Neste contexto, a universidade ocupa um papel importante na inclusão das pessoas com necessidades especiais, no desenvolvimento de pesquisa, na avaliação, na preparação de formadores de professores e no desenvolvimento de programas e materiais de treinamento.

Os jovens com necessidades especiais devem receber auxílio na transição da escola para o trabalho, com a preocupação de se tornarem economicamente ativos e dotados de habilidades necessárias ao cotidiano da vida. Especial atenção deve ser dada à educação de meninas, que se encontram em dupla desvantagem por fazerem parte de duas minorias: deficiente e mulher. Elas devem ter acesso à informação, orientação e modelos que as auxiliem a fazer escolhas realistas e as preparem para desempenhar seus futuros papéis de mulheres adultas.

A Declaração de Salamanca serve como guia no processo de inclusão, por destacar aspectos de marginalização e por traçar os passos em busca da inclusão com o apoio da comunidade e com a otimização de recursos disponíveis. As repercussões da declaração são enormes. No Brasil é facilmente percebida pela grande quantidade de leis que visam a inclusão que foram promulgadas a partir de 1994, assim como a mudança de diretrizes curriculares propostas pelo Ministério da Educação – MEC. Mas talvez o mais importante da declaração seja entender o que é a inclusão e suas conseqüências.

2.2 Entendendo a inclusão

Compreender os conceitos de *integração* e *inclusão* é prioritário para o desenvolvimento deste trabalho. A palavra inclusão remete a uma definição mais ampla, indicando uma inserção total e incondicional, enquanto integração visa a inserção parcial e condicionada às possibilidades de cada pessoa. Portanto, a inclusão exige a transformação da escola para se adaptar às necessidades dos alunos, exigindo a ruptura com o modelo tradicional de ensino (Batista & Enumo, 2004). Sasaki (1997) aponta que a integração é a inserção da pessoa com necessidades especiais que foi preparada para conviver na sociedade. A inclusão é a mudança *sine qua non* da sociedade, para que a pessoa com necessidades especiais possa se desenvolver e exercer a cidadania. A inclusão implica a equiparação de oportunidades, a interação mútua entre as pessoas com e sem deficiência e acesso pleno e irrestrito aos recursos da sociedade (Maciel, 2000).

O desafio da inclusão está em compreender as necessidades especiais como mutáveis e na revisão do papel da escola, que dentro da sociedade deve se conscientizar de sua responsabilidade na educação de todos (Kafrouni & Pan, 2001). Apesar de todo o esforço no sentido de possibilitar a inclusão dos deficientes, constata-se uma imensa dificuldade da sociedade para efetivar essas propostas, o que gera a constante revisão de suas práticas inclusivas. Práticas essas que chegam muitas vezes a ser excludentes e discriminatórias. Isso porque não basta entrar nas instituições para que inclusão ocorra, uma vez que os princípios da exclusão encontram-se imbuídos nas relações (Quintão, 2005).

2.3 A inclusão na escola

A escola inclusiva implica nova postura, em que a dinâmica curricular favoreça a integração social e a partir de uma nova postura do professor que coloque o aluno no centro das ações pedagógicas e co-responsáveis pelo coletivo (Miranda, 2006). A inclusão de crianças com necessidades especiais no ensino regular lhes permite interagir espontaneamente em situações diferenciadas, enquanto adquirem conhecimento e se desenvolvem. Mas a inclusão não é facilmente resolvida a partir de uma resolução de cunho legal ou teórica, pois há variáveis relacionadas a processos grupais e reações de preconceito que podem influenciá-la, seja facilitando seja dificultando sua integração. Na prática, percebe-se que mesmo aqueles alunos que se encontram inseridos no sistema regular de ensino continuam isolados dos seus companheiros de turma não-deficientes (Batista & Enumo, 2004). Isso ocorre porque a sociedade necessita passar por constantes revisões de suas práticas inclusivas, que às vezes se tornam excludentes e discriminatórias quando saem no papel e entram na prática. Estar dentro das instituições não é o suficiente para haver inclusão, uma vez que a exclusão permeia as relações (Quintão, 2005).

Um estudo desenvolvido por Batista e Enumo (2004), em que eram aplicados testes sociométricos em classes de alunos com necessidades especiais revelou que estes são aceitos com menos frequência e são mais rejeitados do que seus companheiros de turma de classes regulares. Os resultados apontam que a rejeição está intimamente ligada à percepção que os alunos têm dos comportamentos das crianças com necessidades especiais, considerados inadequados pelos colegas, como, por exemplo, não saber obedecer às regras de um jogo.

Entretanto, estudos apontam a importância da escolarização e profissionalização para o alcance da inclusão. Kafrouni e Pan (2001) destacam que uma das medidas mais urgentes para possibilitar a inclusão efetiva de pessoas com necessidades educativas especiais é a elaboração de um projeto de inclusão, a ser efetuado pelas escolas, em que as dificuldades possam ser abordadas. A capacitação de professores e equipes pedagógicas é essencial, pois a elaboração do projeto de inclusão requer preparo da equipe de professores e técnicos da escola. Entretanto, as equipes não sabem como implementar uma proposta de inclusão na rede regular de ensino (Kafrouni & Pan, 2001). Uma das maiores dificuldades para a inclusão refere-se à formação de professores em níveis teóricos, práticos e pessoais, em que as áreas da saúde, trabalho e assistência social sejam integradas. É preciso edificar práticas que estimulem autonomia, criatividade e ampliação das competências dos alunos com necessidades especiais (Silveira & Neves, 2006; Miranda, 2006).

Cabe destacar que a questão não se restringe a incluir, mas como incluir. É necessário que seja adotada uma política educacional que promova mudanças curriculares, efetivando a participação dos pais no processo de inclusão, instrumentalizando as escolas, capacitando e apoiando os profissionais que lidam com essas crianças, que devem desenvolver competências sociais e cognitivas úteis para sua vida. Habilidades que, se não aprendidas a tempo, podem acarretar desajustes sociais, reafirmando a condição de deficiente. É preciso intervir junto aos alunos com necessidades especiais, mas também junto aos colegas a fim de assegurar a inclusão. A aceitação e o desenvolvimento das interações sociais contribuem na criação de um ambiente inclusivo, e assim, em uma prática educacional inclusiva, em que haja interação e aceitação social de todos os estudantes (Batista & Enumo, 2004).

Apesar da importância da inclusão escolar, é preciso refletir se ela deve ser feita a qualquer custo, como no caso de crianças com acentuada deformidade física, que pode levar à baixa auto-estima e à necessidade de intervenção psicológica. As peculiaridades de cada deficiência e a importância da reabilitação apontam para a necessidade de a escola se preparar para receber os alunos com necessidades especiais. É preciso promover a acessibilidade, com a remoção de barreiras arquitetônicas, adaptação do mobiliário, produção de material didático adequado à necessidade do aluno. Além disso, todos os alunos devem participar juntos das atividades oferecidas pela escola, em que o desempenho de tarefas e papéis deve ser adaptado para os alunos com necessidades especiais de acordo com suas possibilidades (MEC, 2006).

2.4 A inclusão na universidade

Os Estados Unidos são um país que pode ser considerado pioneiro na inclusão das pessoas com necessidades especiais na universidade. Desde a criação da *Rehabilitation Act*, em 1973, os campus das universidades começaram a desenvolver políticas inclusivas para estudantes com deficiências físicas. Na década de 1980, começaram a ser desenvolvidas ações para atender às dificuldades de aprendizagem. Durante a década de 1990, a *Americans with Disabilities Act* - ADA ofereceu instruções específicas de como as Instituições de Ensino Superior tornarem-se mais inclusivas (Unesco, 2005).

O relatório da Unesco (2005) destaca que as organizações do terceiro setor - ONGs ocupam um papel importante na discussão e na luta pelos direitos das pessoas com deficiência, tais como a AHEAD - *Association of Higher Education and Disability*, e a

“Adiante!” - Associação acerca de Educação Superior e Deficiência. As ONG's visam a inclusão real das pessoas com necessidades especiais em todas as áreas do ensino superior, e buscam desenvolver políticas e oferecer serviços de apoio de qualidade.

Várias universidades da Europa têm programas ou serviços de apoio aos estudantes com deficiências proporcionados pelo Programa *Unichance*, por iniciativa da *Horizon II* da União Européia. O *Unichance* visa garantir a igualdade de condições e a plena integração dos alunos universitários com algum tipo de deficiência na vida acadêmica universitária. Nessa perspectiva, o ADU - *Asesoramiento sobre Discapacidad y Universidad* foi criado. Pertencente ao *Instituto de Integración en la Comunidad* da Universidade de Salamanca, constitui-se em um serviço para estudantes com deficiência, comunidade universitária, pesquisadores, voluntários, famílias e pessoas interessadas na temática (Unesco, 2005).

Até o início da década de 1980, poucas pessoas com necessidades especiais tinham acesso a educação superior no Brasil, consequência direta do não-acesso desta população à educação básica e aos serviços de reabilitação. Com a instituição do Ano Internacional da Pessoa com Deficiência em 1981 e da Década das Nações Unidas para a Pessoa com Deficiência, entre 1983 e 1992, iniciou-se contenda sobre a exclusão social vivenciada por estas pessoas. Ocorreu, então, ampliação do número de acessos a educação superior, mas sem as adaptações necessárias, o que implicou a entrada restrita dos candidatos que não exigiam mudanças mais acentuadas nos processos seletivos. Havia ainda as barreiras arquitetônicas, atitudinais e de aprendizagem que dificultavam a permanência com sucesso deste aluno na universidade (Unesco, 2005).

A legislação brasileira tem alcançado avanços consideráveis e a inserção do aluno com deficiência está ocorrendo de uma forma gradativa. É preciso viabilizar o acesso e a

permanência desses alunos no ensino superior, formar profissionais e proporcionar quebra das barreiras. As restrições de acesso e permanência das pessoas com necessidades educacionais especiais – NEEs na Educação Superior estão associadas às condições sócio-econômicas e a própria história de exclusão peculiar à educação superior no país, com forte tendência a privatização e elitismo (Unesco, 2005).

Na literatura brasileira constam apenas dois relatos de experiência institucional de inclusão universitária: o da Universidade de Brasília e o da Universidade Estadual do Ceará. O grupo de pesquisa em Educação Especial da Universidade Estadual do Ceará – UECE se destaca por ser o primeiro projeto no Brasil que visa à inclusão no ensino superior. O grupo investigou a inclusão dos NEEs na UECE, desde seu ingresso até a sua graduação, proporcionando reflexão sobre o tema e ajudando a universidade na inclusão. A pesquisa visou criar políticas e programas dirigidas à inclusão das pessoas com necessidades especiais, incluindo serviços de apoio e acesso a tecnologias e recursos para facilitar a integração (Unesco, 2005). O Programa de apoio às Pessoas com Necessidades Especiais da UnB foi criado em 1999 para oferecer soluções aos NEEs e permitir sua inserção na universidade, como será explorado no capítulo 3 – O PPNE.

Apesar de existirem diversas produções científicas sobre a inclusão de alunos com NEEs no ensino regular, estas dão ênfase ao ensino fundamental, o que torna mais distante a efetivação do processo de inclusão na educação superior (Unesco, 2005). Um dos poucos estudos que estuda a inclusão na universidade sugere que a formação de professores seja um dos grandes desafios enfrentados hoje, devido à dificuldade de lidar com a diversidade e de identificar alternativas no atendimento de alunos com necessidades especiais (Raposo, 2006).

2.5 A inclusão no mercado de trabalho

O trabalho marca a entrada das pessoas na sociedade produtiva e proporciona condições para a satisfação de necessidades básicas, a auto-valorização e o desenvolvimento de suas potencialidades. Entretanto, a dificuldade de incluir as pessoas com necessidades especiais no mercado de trabalho é notória. Essa dificuldade pode ser decorrente da segregação dessas pessoas em instituições, o que dificulta a integração social e favorece a exclusão, ou ainda pela falta de profissionalização (Piveta, Marquezine & Faleiros, 2003; Araújo & Schmidt, 2006). A pesquisa realizada por Tanaka e Manzini (2005) aponta que a contratação de pessoas com deficiência nas empresas ocorre, predominantemente, devido à obrigatoriedade da lei. As dificuldades enfrentadas decorrem da falta de escolaridade e preparação profissional e social das pessoas com deficiência; das condições inadequadas na empresa – ambiente físico e falta de conhecimento sobre a deficiência; da inadequação dos programas de treinamento profissional e social das instituições especiais; e do governo, que não proporciona acesso à escola, além da falta de incentivo às empresas.

Por outro lado, nota-se que a globalização e os novos modelos de produção implicaram a inserção das pessoas com necessidades especiais no mercado formal de trabalho. As empresas que contratam os NEEs vivem a dualidade de sua preocupação com o social, com vistas ao fortalecimento da imagem das empresas *versus* a necessidade de gerar lucros. Assim, a contratação das pessoas com necessidades especiais tem ocorrido para realização de uma função determinada por sua deficiência. Deficientes auditivos são contratados para trabalhar em ambientes com muito ruído; deficientes visuais, para

trabalhos que exigem sensibilidade tátil; deficientes mentais para trabalhos repetitivos. Muitas vezes as empresas não estão preocupadas com a inclusão nem têm a intenção de lidar com a diversidade, contratando os NEEs para cumprir determinações legais ou atingir padrões de responsabilidade social. Algumas empresas não se preocupam com a adaptação do ambiente de trabalho, tampouco em facilitar o acesso dessas pessoas (Batista, 2003).

As práticas segregativas perpetuam a exclusão e ignoram os ganhos da contratação de NEEs para as empresas. A presença de um “estranho” na organização pode facilitar a quebra da rotina de trabalho e possibilitar relações mais afetivas no ambiente de trabalho, o que pode implicar a melhora da produtividade, diminuição da rotatividade e fortalecimento do desempenho financeiro (Batista, 2003).

Pelo exposto, é possível perceber a importância do trabalho de inclusão desde a escola, no desenvolvimento de habilidades, no contato com o “diferente” e na construção da auto-imagem, pois a evolução das leis não garante, por si só, a inclusão. É preciso continuar investindo na inclusão para termos uma sociedade minimamente igualitária.

Capítulo 3 - O PPNE

Desde a década de 1980, a Universidade de Brasília – UnB busca oferecer soluções para as pessoas com necessidades especiais. Essa iniciativa resultou em propostas de programas vinculados ao Sistema de Orientação ao Universitário - SOU e na criação do Programa de Apoio a Pessoas com Necessidades Especiais da UnB - PPNE (Unesco, 2005).

O PPNE foi criado em 22 de outubro de 1999, a partir da reunião de grupos isolados preocupados com políticas de inclusão dessa população com necessidades especiais na UnB, antecipando a Portaria do MEC n. 1679 de 2 de dezembro de 1999, que dispõe sobre a acessibilidade das pessoas com necessidades especiais (Souza, Soares & Evangelista, 2003). O PPNE está vinculado à Vice-Reitoria da Universidade e seu objetivo é mediar o relacionamento entre a comunidade universitária com deficiência e a Universidade como um todo, proporcionando livre exercício de cidadania para alunos, professores e funcionários (www.unb.br/ppne). O diferencial do PPNE está em ser uma política social que garante o direito à cidadania, não sendo estritamente compensatória (Souza, Soares & Evangelista, 2003).

O PPNE possibilitou à UnB consolidar uma política permanente de atenção às pessoas com deficiência e assegurar sua integração à vida acadêmica, desde o ingresso na Universidade, com especial atenção à permanência em igualdade de condições, inclusive no acesso e no uso dos espaços e instalações da UnB. No dia em que estes alunos passam no vestibular, o programa entra em contato com o aluno por meio do registro da inscrição no qual consta se é portador de alguma NEE, convida o aluno para uma entrevista, analisa a demanda e o aluno decide voluntariamente se quer ou não participar do programa. Além da

preocupação com o acolhimento ao aluno, há preocupação quanto à formação de profissionais para atendimento das pessoas com deficiência visual, auditiva, física, e múltipla (Unesco, 2005).

Portadores de qualquer tipo de deficiência, temporárias ou permanentes, são o público-alvo do programa. A equipe do PPNE entende que as necessidades especiais dessas pessoas não devem, absolutamente, representar uma barreira para que tenham acesso à formação superior. Para isso, desenvolve uma política de convivência universitária, visando à integração e à formação de cidadãos plenos (<http://www.unb.br/ppne>). O PPNE também pode ser considerado um programa para todos, por acolher pessoas com deficiência e habilidades reduzidas, como disléxicos, pessoas com transtornos de conduta e pessoas com incapacidade temporária, por exemplo. O pioneirismo da UnB se evidencia mais uma vez ao levar em conta outras categorias como a Dislexia e o Transtorno de Déficit de Atenção, que não são deficiências e não se incluem nas Portarias 1679/99 e 284703, mas foram contempladas por serem reconhecidas como Necessidades Educacionais Especiais (Unesco, 2005).

O Programa funciona por meio da ação conjunta de nove Grupos de Trabalho – G.T. com funções específicas: o G.T. CESPE é responsável pelo atendimento em Sala Especial no Programa de Avaliação Seriada – PAS, Vestibulares e concursos promovidos pelo centro de seleção da Universidade de Brasília – UnB (CESPE); o G.T. DAC proporciona a socialização e política de integração com o Decanato de Assuntos Comunitários; G.T. DEG organiza o banco de dados acerca dos Portadores de Necessidades Especiais – PNEs na comunidade universitária identifica e encaminha as necessidades de adaptação curricular desses alunos; o G.T. Educação Especial proporciona suporte

acadêmico e tecnológico para os PNEs da UnB; G.T. PNE - Universitário tem caráter reivindicatório e participativo e fazem a co-gestão nos projetos do Programa; G.T. PRC planeja e executa os projetos urbanos no âmbito do campus universitário; o G.T. ACS Divulgação do Programa é responsável pelos meios de comunicação internos e externos à Universidade; o G.T. Tecnologia é responsável pelas plataformas para os edifícios mais antigos do *campus* e viabiliza transporte adaptado para pessoas da comunidade universitária com deficiência; e o G.T. Psicologia (<http://www.unb.br/ppne>).

O Grupo de Trabalho da Psicologia desenvolve atividades de capacitação e sensibilização de funcionários da UnB e de outras instituições para o atendimento de pessoas com deficiência. Dentre as atividades de capacitação, destaca-se Coordenação de curso do PPNE para o Fórum Permanente de Professores do CESPE, e atividades de promoção de eventos de conscientização em que as pessoas possam vivenciar as diferentes deficiências que vem sendo realizadas sistematicamente (<http://www.unb.br/ppne>).

O apoio ao ingresso de candidatos com necessidades especiais nos eventos de acesso, Programa de Avaliação Seriada - PAS e Vestibular se destacam como uma importante frente de trabalho do PPNE. Em 2004 foram atendidos 255 candidatos em Sala Especial, com aprovação de nove destes – 3,52% do total. Soares e Rabelo (2003) descrevem os procedimentos adotados nos processos seletivos pela UnB para pessoas com necessidades especiais:

- *Sala Especial para Candidatos com Deficiência Motora*: Salas situadas no térreo, mesa e cadeira separadas, ledor, auxiliar para o preenchimento da folha de respostas, ampliação do tempo de prova de acordo com a legislação;

- *Sala Especial para candidatos com Deficiência Auditiva:* Provas realizadas em uma sala à parte, com um intérprete para a linguagem de sinais e à ampliação do tempo de prova.
- *Sala Especial para candidatos com Deficiência Visual:* Provas ampliadas, superampliadas, em Braille, ledor, auxiliar para a marcação da folha de respostas e auxiliar para a transcrição do texto definitivo das provas discursivas. As provas para ledor e em Braille passam por uma revisão acadêmica, que busca minimizar as desvantagens causadas pela deficiência do candidato, em especial as questões que requeiram interpretação visual. Os candidatos têm leitores distintos para as provas de Língua Portuguesa, Língua Estrangeira, Matemática, Ciências Sociais – História e Geografia, e Ciências da Natureza – Biologia, Química e Física.

Também há atendimento a candidatas com bebês em fase de amamentação, candidatas com gravidez de risco, bem como candidatos com problemas de saúde diversos e atendimento em hospitais (Unesco, 2005). Este trabalho, cada vez mais aperfeiçoado, tem resultado no aumento do ingresso de estudantes com necessidades especiais na Universidade de Brasília. O número de alunos cadastrados no PPNE em 1999 era 13, e aumentou para 65 em 2004 (Unesco, 2005).

Normas internas foram aprovadas com o objetivo de garantir aos NEEs igualdade de condições para o desempenho acadêmico, com adaptação de recursos físicos e instrucionais, apoio de pessoal especializado, adaptação curricular, exercício domiciliar ou trancamento geral de matrícula justificado e ampliação do tempo de permanência na universidade (Unesco, 2005).

O apoio à permanência conta com o suporte acadêmico e tecnológico, que é contemplado pelo Laboratório de Atendimento ao Deficiente Visual – LDV, localizado na Faculdade de Educação. O laboratório disponibiliza ferramentas como digitalização de textos, retirada da formatação dos programas de edição de texto e aplicação do sistema Braille, impressão de textos em Braille ou em tinta com ampliação e uso dos softwares DOS-VOX, Virtual vision, Jaws e Motrix (Unesco, 2005).

Em 2004 foi criado um serviço de apoio aos NEEs, chamado de monitoria especial. No 2º semestre letivo de 2004, contou-se com 21 monitores treinados, que eram os próprios colegas de disciplina dos NEEs. Este serviço visa não apenas a dar apoio aos alunos com necessidades especiais, mas, principalmente, disseminar a instrumentalização e a cidadania entre a comunidade universitária. Atualmente, este serviço se chama Tutoria Especial, que conta com 38 tutores cadastrados, sendo que apenas sete são remunerados, e os voluntários ganham dois créditos por semestre (Unesco, 2005).

A eliminação de barreiras arquitetônicas no *campus* da UnB seguem as Normas de Acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e o Programa conta com uma arquiteta em sua equipe para execução dos projetos. Nos últimos cinco anos efetivou-se a colocação de vagas especiais e o rebaixamento de meio-fios nos estacionamentos dos prédios; a adequação de mobiliário; rampas de acesso a diferentes níveis; adaptação de parte dos banheiros, adequação de entrada nos anfiteatros e construção e reforma de calçadas (Unesco, 2005).

A Biblioteca Central da UnB tem um projeto de montagem de uma Audioteca para disponibilização de acervo digitalizado ou gravado em CD e fita K7. Sua adequação física contará com três cabines de gravação e audição. Como execução deste projeto, foram

treinados 60 voluntários, internos e externos à Universidade, para gravar leituras de livros. Há ainda um projeto que visa a facilitar a acessibilidade dos alunos com dificuldades de locomoção pelo *campus*, em que poderão fazer os empréstimos na Biblioteca via *Internet* e os livros serão entregues na sala do PPNE (Unesco, 2005).

Segundo dados obtidos em entrevista realizada com as coordenadoras do programa, estas acreditam que o cadastramento no PPNE, por si só, já auxilia bastante o aluno, pois a partir desse cadastramento conversa-se com os professores dos alunos, busca-se colocar as aulas em horário seguido em localidades próximas, é definido um monitor para repassar a matéria dada em sala para o aluno, entre outras iniciativas. Essas iniciativas surgem das sugestões que os alunos fazem no PPNE, a partir das dificuldades que enfrentam diariamente na vida universitária e pela busca de resolução desses problemas por parte do grupo de trabalho. Mas a maior ação do PPNE é informar. Isso porque, uma vez que as pessoas têm acesso à informação, elas mesmas se mobilizam e abrem espaço para a discussão e reflexão sobre o assunto.

Atualmente, o PPNE atende somente àqueles alunos com necessidades educacionais especiais, mas há uma crescente preocupação em atender todas as pessoas que tenham outras necessidades especiais, como as pessoas que têm doenças ou distúrbios mentais, destaca uma das coordenadoras. Em 2006, o PPNE voltou seus investimentos para a tecnologia, para dar mais autonomia para os alunos. Buscou-se colocar livros em áudio, investiu-se no treinamento para o uso de microcomputadores, e o CEAD buscou fazer cursos acessíveis. No presente momento, os grupos de trabalho do programa vêm discutindo e estabelecendo suas prioridades de ação com vistas a realizar com maior eficácia a inclusão social dos deficientes da comunidade universitária.

Apesar de todas as frentes de trabalho e dos projetos de inclusão dos alunos NEEs, o PPNE considera que há muito a ser feito nesta área. Várias adequações tidas como prioritárias têm sido trabalhadas, dentro do recurso disponível pela Universidade, que é a principal dificuldade enfrentada. Ainda sim, a UnB se destaca entre as universidades federais ao respeitar e se adiantar às leis vigentes, buscando sempre a mudança de postura e conscientização da sociedade da sua capacidade de organização na luta pelo reconhecimento e respeito aos direitos das pessoas com necessidades especiais. O programa está conseguindo mudar na Universidade a concepção da diversidade e de diferença (Unesco, 2005).

Capítulo 4 - O Psicodrama

Antes de definir o que é Psicodrama, é importante entender quem foi seu pai e criador, Moreno. Para isso, sua história resumida nas páginas a seguir.

4.1 Moreno e a visão de homem

Jacob Levy Moreno é o pai do psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo. Desde a data de nascimento até a morte de Moreno, a trajetória de vida desse homem é única e surpreendente (Marineau, 1992).

Moreno afirma ter nascido em 20 de maio de 1892 em uma noite de tempestade em um navio não identificado no mar negro (Moreno,1997) quando na verdade sua mãe deu a luz a ele, sozinha e em casa, em 18 de maio de 1889 às 16h (Marineau, 1992). Essa verdade poética pode ser explorada sobre diferentes vertentes. A data escolhida para seu nascimento marca 400 anos da expulsão dos judeus sefarditas, dos quais Moreno é descendente, da Espanha pelos reis católicos, em que muitos judeus embarcaram com Cristóvão Colombo em busca de um novo mundo. Em 1892 nasceu Willian, irmão de Moreno, por quem ele tinha real apreço e que o ajudou tanto financeiramente como emocionalmente em momento de mudanças e dificuldades, como a migração para os Estados Unidos. A ausência de uma bandeira no navio em que teria nascido justifica-se pelo anonimato desejado de sua nacionalidade, e por assim poder se definir como um cidadão do mundo (Knobel, 2004).

Moreno foi o primeiro de uma linhagem de seis filhos, e era o preferido de sua mãe, Paulina. Com um ano de idade teve raquitismo, mas uma cigana disse para Paulina colocá-

lo sentado sobre um monte de areia com o sol a pino que ele se curaria e se tornaria um homem muito importante, reconhecido em todo o mundo. Paulina, que apesar de ter sido criada em uma escola de freiras, onde aprendeu a admirar Jesus Cristo, vinha de uma família judia e era supersticiosa. Obedeceu à cigana, e com a cura de seu filho, teve a certeza de que ele não era uma criança comum, ao contrário, era muito especial (Marineau, 1992).

Reforçado pela visão da cigana e pela crença de sua mãe, Moreno foi uma criança incomum. Era muito comunicativo, tinha muitos amigos e sempre ocupou papel de liderança. Moreno se sobressaia por usar os desafios que enfrentou como razões para vencer, e não para desistir ou se desanimar. Um exemplo dessa atitude é quando sua família se mudou para Viena. Moreno teve muita dificuldade de aprender o alemão, e por isso resolveu sentar-se na primeira carteira da sala e ofereceu-se como ajudante das professoras. Logo ganhou simpatia delas, o que facilitou sua adaptação à nova realidade (Marineau, 1992).

A separação e a morte de seu pai fez com que Moreno se revoltasse contra a mãe, se afastasse da família, abandonasse a escola e se conectasse com sua missão. Para tanto, foi morar sozinho, dava aulas particulares para se sustentar, entrou em sua busca espiritual e afastou-se de todas as mulheres. Fundou a Religião do Encontro com a ajuda de mais três estudantes, a Casa do Encontro, que abrigava refugiados e imigrantes. Esse foi um período interessante da vida de Moreno, que analisada hoje em dia pode indicar um evento de depressão, marcada pela grande produção e amadurecimento pessoal, que influenciaram na criação do Psicodrama (Knobel, 2004).

Moreno dedicou-se às minorias ao longo de sua vida, e principalmente em sua estada em Viena. Contava histórias e ensinava às crianças a usar sua criatividade e potencialidades, ajudou as prostitutas a lutarem por seus direitos e a criar um sindicato, e trabalhou junto aos refugiados de guerra na organização dos abrigos a partir de afinidades e agrupamentos individuais (Marineau, 1992).

Com o fim da guerra, Moreno voltou sua atenção ao teatro ao perceber sua potencialidade terapêutica. Trabalhou com atuação imaginária com um homem que chega até ele com ideação suicida, em que a cena de sua morte foi encenada repetidas vezes. Moreno criou o teatro recíproco, em que as cenas são vividas repetidas vezes até se tornarem cômicas; fundou um grupo de teatro em que acolhe homens e mulheres, o que na época era inovador, e; criou o teatro da espontaneidade, em que busca-se quebrar as conservas culturais e trabalha-se com jornal vivo (Marineau, 1992), em que as manchetes dos jornais são reproduzidas pelos atores sem ensaio prévio (Gonçalves & Almeida, 1988).

A migração para os Estados Unidos é um marco na vida de Moreno. Convidado para levar o gravador que tinha desenvolvido junto com o irmão de Marianne, sua então esposa, a recepção não foi como esperava. Ainda sim resolveu ficar no país, contando com a ajuda financeira de seu irmão Willian e fugindo dos jovens que importunavam ele e Marianne em Vöslau e das dívidas que contraiu. Conseguiu cidadania americana com um casamento forjado e casou-se mais duas vezes: com Florence Bridge, com quem teve sua primeira filha, Regina; e com Celine Zerka Toeman, com quem teve seu segundo filho, Jonathan, e ao lado de quem passou os restos de seus dias. Zerka ajudou Moreno a se organizar. Escreveu com ele grande parte de seus livros, deu aulas e deixou um notável legado. Nesta fase, Moreno trabalhou muito – na prisão de Sing-sing, na escola de Hudson

para Moças, no hospital de Beacon – e organizou-se financeiramente. Em 1971 começou a escrever sua autobiografia, ao perceber que estava envelhecendo e que a morte se aproximava. Em 1974 teve derrames e paralisia. Decidiu parar de comer e viveu apenas mais três semanas, tempo suficiente para que a notícia da proximidade de sua morte se espalhasse e para que seus alunos e outras pessoas queridas viessem de todo o mundo vê-lo pela última vez (Marineau, 1992).

Moreno sofreu forte influência do hassidismo, seita judaica que pregava o fim da dualidade bom *versus* mal, certo *versus* errado, profano *versus* sagrado; que via como pecado a ignorância e o corpo como um santuário. Pregava o contato com a natureza e a alegria para a purificação da alma, e visava a des-elitização da prática religiosa. O ser humano era visto como centro da criação, e o mundo como dependente de suas ações. Moreno transformou esses ensinamentos em ação. Ao invés de ir à igreja, freqüentava parques; ao invés de mutilar seu corpo, vivia com júbilo; e buscou um sentido para sua existência (Nudel, 1994). Há correspondência dos pensamentos de Buber e de Moreno, mas não é possível afirmar se eles chegaram a se conhecer. Ambos pensadores acreditavam em um Deus próximo e percebiam o homem como um ser cósmico unido à Deus pela criação. As crenças na impossibilidade do homem viver sozinho e no eu que só existe a partir do outro, nas relações eu-tu ou eu-isso, se repetem nos dois autores. O encontro, o eu-tu, o momento, o instante vivido no aqui-agora, e a relação télica são conceitos que perpassam os dois pensadores (Fonseca Filho, 1980; Aguiar, 1990).

As influências do hassidismo e as correlações com as idéias de Buber são pilares da filosofia de Moreno e de sua percepção do homem. Moreno afirmava que todos os homens são infinitamente criativos e que vivem em um mundo de relações interpessoais, o que os

torna interdependentes um do outro (Marineau, 1992), e que evidencia que uma pessoa nunca está sã ou doente sozinha, mas sempre na relação com o outro e com seu meio (Fonseca Filho, 1980). Os homens são seres dotados de centelhas divinas, de “*latências cósmicas à espera de libertação*” (Fonseca Filho, 1980, p. 55).

Moreno reforça a importância de a pessoa ser capaz de emitir respostas novas por acreditar que os homens são centelhas divinas, que somos representantes de Deus na terra, e como tal, temos a capacidade de criar. É essa capacidade de criar que nos permite lidar de diferentes maneiras com conflitos semelhantes, em busca de uma maneira mais adaptativa, que cause menos sofrimento ao indivíduo (Moreno, 1997). Moreno atribui, portanto, um grande poder aos homens: o de criadores de sua própria história, de autores de seus roteiros e de diretores de suas vidas.

4.2 Entendendo o Psicodrama

Revisitar a história de Moreno e entender quem foi esse homem ajuda a compreender melhor a sua teoria. O Psicodrama é uma metodologia que surgiu da paixão de Moreno pelo teatro (Gonçalves, Wolff & Almeida, 1988). A partir da ação espontânea e criativa, as pessoas têm a oportunidade de vivenciar seus sofrimentos e conflitos em um ambiente protegido e de ressignificá-los.

O ambiente protegido utilizado no psicodrama é o espaço do “como se”. É um espaço imaginário em que se pode ser bruxa, monstro, super-herói, pai e/ou mãe, sem limites e sem restrições de papéis. Procura-se delimitar fisicamente esse espaço em que a fantasia contracenava com a realidade, denominado tablado. O tablado pode ser um palco

real, um tapete, ou apenas uma marca delimitada por fita crepe no chão. Antes de entrar nele é preciso reforçar o contrato, de que nele se pode tudo, inclusive falar e fazer coisas que não são possíveis na vida real, como conversar com um pai que já morreu, ou ensaiar uma conversa com um namorado (Duric & Velijkocic, 2005).

Fox (2002) aponta que o Psicodrama pode ser definido como a ciência que explora a “verdade” por meio de métodos dramáticos a partir dos quais se tratam relações interpessoais e mundos privados. Neste ponto, é importante explorar dois aspectos: a “verdade” trazida para o espaço psicodramático e a importância das relações interpessoais. O objetivo do Psicodrama é construir um espaço em que a vida seja utilizada como modelo, e a ela sejam integradas suas diversas modalidades.

No Psicodrama, a veracidade dos fatos narrados e dramatizados não é relevante, pois compreender e penetrar no mundo do outro para resolver conflitos é mais importante do que identificar se o que o sujeito fala é realmente verdade ou não. Não importa se trabalhamos com verdades ou mentiras no espaço do “como se”, mas importa se podemos ou não compreender o mundo do outro. É somente acreditando no que nos é dito que seremos capazes de entrar no mundo privado da pessoa que nos pede ajuda, e somente assim seremos capazes de realmente ajudá-la.

As relações que as pessoas têm com outras são de suma importância para o Psicodrama, pois Moreno afirmava que somos seres em relação. Antes mesmo de termos nossa identidade formada, já desempenhamos papéis nas interações com outras pessoas (Moreno, 1999). O desempenho dos papéis é direcionado e motivado pela afetividade e é capaz de modificar tanto o contexto no qual os indivíduos estão inseridos quanto a si próprios. A maneira como desempenhamos papéis nos diferentes contextos aponta para a

lógica afetiva de conduta. Este é um conceito muito importante no psicodrama, por apontar para o alimento emocional no alcance de determinados objetivos, a dinâmica psicológica e marcas afetivas (Nery, 2003).

4.3 Justificativa e objetivos do estudo

A educação como lugar do exercício da cidadania e da garantia de direitos está longe de ser uma realidade em nosso país, tendo em vista os altos índices de exclusão escolar, principalmente entre populações mais pobres e entre pessoas com deficiência. Se as crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência têm o dobro de chance de estar fora da escola do que as demais crianças, na universidade essa desvantagem é ainda mais alarmante. Portanto, a importância deste trabalho está em conhecer a realidade de pessoas que venceram todas as adversidades e conseguiram ingressar na universidade, para fornecer subsídios para a adoção de políticas de inclusão universitária, que é um tema incipiente em nosso país. O psicodrama é um recorte teórico que permite compreender as pessoas com necessidades especiais em seu meio, identificando os papéis que desempenham e as relações que estabelecem, e, portanto, compreendê-los melhor.

A partir da literatura revisada, algumas questões nortearam esse estudo, a saber:

- Como o aluno PNE da Universidade de Brasília vê a sua inserção social?
- Como avalia seus vínculos?
- Como se dá a inserção na comunidade, na família, nas amizades, na universidade e no trabalho?
- De que forma as instituições de ensino efetivamente promovem a sua inserção?

- Em que medida a diferença se evidencia em sua rede de relacionamentos?
- Em que âmbitos da vida da pessoa com deficiência física se evidenciam os principais obstáculos?
- Que ações o PNE acredita que deveriam ser adotadas por parte das instituições de ensino para facilitar sua inclusão?
- Quais os principais papéis e contrapapéis desempenhados pelo aluno PNE?

Tais questões auxiliaram na elaboração dos objetivos deste estudo.

Objetivo Geral

- Mapear as redes sociais de alunos universitários com deficiência física.

Objetivos Específicos

- Identificar como os alunos universitários deficientes físicos percebem sua inserção em diferentes esferas: familiar, social, universitária, e no mercado de trabalho;
- Identificar as esferas em que a inclusão universitária ocorre;
- Identificar as esferas em que a exclusão predomina;
- Avaliar papéis desempenhados pelos participantes;
- Identificar expectativas com relação ao futuro;
- Verificar se as iniciativas de inclusão de pessoas com necessidades especiais promovidas pela Universidade de Brasília são percebidas de forma favorável pelos usuários;

- Identificar possíveis aspectos que levam pessoas com deficiência que ingressam na Universidade de Brasília a não fazer parte do Programa de Apoio a Pessoas com necessidades especiais, na ótica dos seus usuários.

Capítulo 5 - Método

5.1 Metodologia

Referencial Metodológico

A metodologia psicodramática compreende diferentes maneiras de fazer pesquisa ou de articular essa ação com o referencial teórico (Contro, 2004). Brito (2006) destaca que “*A escolha da metodologia psicodramática diz respeito a um modo específico de compreender-descrever os fenômenos humanos e não apenas de observá-los e registrá-los*” (p. 53).

A teoria do Núcleo do Eu e da Matriz de Identidade, por outro lado, se insere melhor no método explicativo-causal, ao estabelecer parâmetros para as etapas do desenvolvimento psíquico (Contro, 2004). Enquanto Naffat Neto (1997), em *Descolonizando o Imaginário*, apresenta a perspectiva da dialética na compreensão do processo psicodramático, Aguiar (1998) baseia suas idéias no construtivismo, “*em prol da criação coletiva e de suas interfaces com a arte*” (Contro, 2004, p. 100). Monteiro (2000) destaca o pós-modernismo como uma leitura mais apropriada para o momento atual, repleta de transformações, ao permitir “*focalizar o relativismo da relação interpessoal*” e a “*ultrapassagem do discurso para uma prática engajada*” (p. 83).

Almeida (1982, 1999) discute amplamente a questão da metodologia psicodramática e aponta o método *fenomenológico-existencial* como o que melhor subsidia não só a prática, mas também a teoria de Moreno. Esse método, que norteará esta pesquisa, tem três

exigências: ser *a priori*, que é ser o fenômeno em si, antes de qualquer coisa e sem nenhuma influência; ser evidente por si mesmo; e ser aberto, o que implica estar em aberto, sem ter sido concluído, o que permite atravessar diferentes gerações e culturas. A premissa básica é de que “ser” e “fenômeno” não podem estar desvinculados. Assim, cada um é sujeito e objeto em relação ao outro. Ocorre uma intercomunicação entre consciências, chamada de intersujeitividade, ou co-consciente e co-inconsciente. Para trabalhar a partir do método fenomenológico-existencial é preciso fazer o exercício da redução, que implica colocar o seu mundo entre parênteses e ver o outro sem os seus *a priori*; adotar uma atitude ingênua, de não-saber, para que o outro possa mostrar como é; e a arte da compreensão, que é estar inteiro na relação com o outro (Almeida, 1982). A pesquisa psicodramática reconhece a importância dos dois pólos do vínculo e contempla os processos de inter-relação propostos pelo método fenomenológico-existencial (intuição, intencionalidade e intersujeitividade) em seus conceitos e técnicas (Contro, 2004).

São inúmeras as maneiras de se fazer psicodrama, mas apesar de todas as diferenças, a dramatização, que vai além de um teatro, e a maneira de os psicodramatistas verem o homem, como ser dotado de centelhas divinas e da habilidade de criar, são seus alicerces em comum. Os psicodramatistas estão munidos dos referenciais fenomenológico-existencial, dialético e construtivista, que se entrelaçam e se retroalimentam “*uma vez que a ação se dá simultaneamente às reflexões e compreensões conjuntamente construídas*” (Contro, 2004, p. 102).

Pesquisa Qualitativa

A partir da reflexão sobre os referenciais epistemológicos do psicodramatista, em que ciência e cientista se implicam e se constroem. No presente trabalho proponho uma metodologia de investigação qualitativa.

Demo (2001) destaca a origem etimológica da palavra qualidade, que significa “‘essência’, conotando no fenômeno o que lhe seria mais próprio e definidor, além da expectativa comum de que representaria a parte central na qual tudo pode se resumir” (p. 13). Assim, fazer uma pesquisa qualitativa é buscar a essência do fenômeno estudado, é a busca do que pode resumir o fenômeno em questão. González-Rey (2002) corrobora essa idéia ao afirmar que o termo qualitativo se define pelos processos implicados na produção do conhecimento, e não por seus instrumentos ou dados. Portanto, a pesquisa define-se como qualitativa pela maneira como os dados são construídos, pela relação estabelecida entre o pesquisador, pesquisado e dados.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados ou os dados que foram coletados não são tão relevantes quanto a construção dos dados, pois os instrumentos não podem falar do fenômeno por si só, nem os dados podem ser compreendidos fora de seu contexto. A metodologia qualitativa se alicerça nos “*pressupostos compreensivos e interpretativos em relação ao fenômeno estudado*” (Brito, 2006, p. 27). Assim, a essência do qualitativo, ou a essência da essência, está na construção dos dados, na relação com os participantes da pesquisa, da implicação do pesquisador na pesquisa e na maneira pela qual ele dialoga com esses dados.

Tendo em vista o caráter interativo da construção do conhecimento, destacada por González-Rey (2002), a interação pesquisador-pesquisado é o alicerce da pesquisa qualitativa. Uma boa interação é aquela que permite construir o vínculo com confiança na relação, na qual cada sujeito é tratado na sua individualidade e imprevisibilidade. Estes aspectos facilitam a comunicação e contribuem para compreensão do fenômeno estudado e informações obtidas.

A pesquisa em psicologia, assim como a pesquisa nas outras ciências sociais, exige a implicação subjetiva do sujeito na pesquisa (Demo, 2001). A subjetividade é o complexo sistema que permite a expressão de aspectos objetivos da vida social por meio dos sentidos subjetivos (González-Rey, 2005). Por valorizar a metodologia em detrimento da teoria, o psicodrama pode ser considerado uma pesquisa qualitativa da subjetividade (Brito, 2006).

O rigor da pesquisa qualitativa está na descrição do contexto em que a informação foi coletada, e essa informação é resultado da comunicação discutida, *“na qual o sujeito pode questionar o que diz, e o sujeito-objeto também”* (Demo, 2001, p. 30).

5.2 Participantes

Participaram desta pesquisa alunos da UnB com deficiência física atendidos pelo PPNE que expressaram o desejo de participar de uma entrevista investigativa. O contato com os participantes foi feito por intermédio de um dos grupos de trabalho do PPNE: o Grupo de Trabalho de Educação Especial, que avisou os alunos sobre a pesquisa. Em seguida, foi feito contato telefônico com os alunos e agendada uma entrevista.

Há 22 alunos cadastrados no PPNE como deficientes físicos. Desses, três recusaram-se a participar da pesquisa; seis mudaram de telefone e não fizeram a atualização junto ao PPNE; quatro agendaram a entrevista e não compareceram. Ao tentar contatá-los, disseram que entrariam em contato quando estivessem com tempo livre, mas não retornaram mais a ligação e nem atenderam mais aos telefonemas da pesquisadora ou da aluna de pesquisa. Não foi possível contatar três dos alunos, apesar de os contatos estarem corretos – nos telefones do trabalho, seus colegas sempre diziam que não estavam na sala. Assim, sete concordaram em participar da pesquisa e compareceram à entrevista.

Dentre os sete participantes, três eram mulheres e quatro eram homens. As idades variaram entre 23 e 40 anos, com média de 23,87 anos. A renda familiar variou entre R\$ 1.200,00 e 13.000,00, com média de R\$ 5.075,00. Cinco dos participantes são funcionários públicos e dois não exercem atividade profissional remunerada, dedicando-se exclusivamente aos estudos. Todos os participantes são solteiros e residem com as famílias de origem. Com relação à religiosidade, dois participantes não consideram ter uma religião, um se declarou ateu, um kardecista, um católico e dois cristãos. Nenhum dos participantes desta pesquisa tem filhos. Dois participantes moram em Regiões Administrativas do Distrito Federal - DF, os outros no Plano Piloto.

A pesquisa ocorreu nas dependências do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – CAEP. Essa escolha se justifica por sua localização geográfica, dentro do *Campus* Universitário, e por facilitar o acesso dos participantes. A pesquisa não foi realizada nas dependências do próprio PPNE para facilitar a criação de um espaço terapêutico, de acolhimento e de escuta.

5.3 Instrumentos

Entrevista Clínica

A entrevista pode ser entendida como uma “*arena de conflitos e contradições*” na qual a interação pesquisador-pesquisando está em jogo (Minayo, 1996, p. 109). A linguagem e o emocional se entrelaçam (Maturana & Verden-zoller, 2004). O pesquisando é um sujeito interativo, motivado e intencional (González-Rey, 2002).

São inúmeros os tipos de entrevista, as maneiras de compreendê-las e realizá-las. Neste trabalho, escolheu-se a entrevista clínica, que segundo Tavares (2000):

“...é um conjunto de *técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido* por um *entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar* aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos...” (p. 45).

A entrevista clínica é capaz de se adaptar a diversas situações e evidenciar particularidades individuais. Portanto, nenhuma entrevista clínica será igual à outra, ao contrário dos instrumentos padronizados. Cabe destacar que as entrevistas, por mais livres que sejam, são dirigidas pelo entrevistador, seus objetivos com a entrevista, o qual ocupa uma posição privilegiada, de detentor de poder do conhecimento. O entrevistado tem o papel de prestar informações, o que evidencia uma desigualdade intrínseca na relação, sendo o resultado de uma entrevista diretamente relacionado à experiência, domínio da técnica e habilidade do entrevistador (Tavares, 2000). Nas entrevistas, o psicólogo se

depara com sujeitos que têm a mesma capacidade de objetivação e distinção que ele, e que também está inserido em uma cultura e em um social que dotam de significado sua história (González-Rey, 2002).

No caso de uma pesquisa, ocorre uma reestruturação da relação proposta por Tavares (2000). O entrevistado é quem tem o poder do conhecimento, e o pesquisador depende dele para coletar seus dados e poder fazer sua pesquisa. O participante pode ou não concordar em dar uma entrevista, por exemplo, e dando, pode ou não falar de si, expor sua subjetividade à análise de um outro que se diz detentor de um saber. Ainda sim, ele pode se sentir privilegiado por ser estudado, por ter outro olhando e em relação de cuidado com ele. Assim, temos configurada uma relação em que os “*Pesquisadores sabem como conhecer, dominam métodos; pesquisados conhecem o que pode ser conhecido em sua experiência; e a atuação conjunta gera um saber específico que beneficia ambos.*” (Brito, 2006, p. 37).

A entrevista clínica foi o instrumento escolhido para essa pesquisa, devido à sua capacidade de adaptação à individualidade de cada participante e devido à prática clínica da autora, que implica treinamento e habilidade no manejo da técnica. O foco da entrevista esteve na escuta, naquilo que o participante disse. Foi utilizada uma lista de tópicos, criadas a partir das questões norteadoras do estudo e dos objetivos geral e específico. Não havia perguntas previamente formuladas. Foram abordados os temas da pesquisa, a saber: *Vida Atual*, relacionamento familiar, vida social, saúde física, rede de suporte, inserção no mercado de trabalho, relato de um dia típico; *Vida universitária*, relação com colegas, professores e funcionários, PPNE; *História de Vida*, trajetória escolar até ingresso na universidade, ciclo saúde e doença, uso de medicamentos, avaliação das conquistas e perdas; *Expectativa com o*

Futuro, sonhos, perspectiva profissional, como se imagina daqui a cinco, dez, quinze anos (Apêndice B).

Átomo mínimo

O átomo social e o mapa mínimo são semelhantes: evidenciam as pessoas que fazem parte da vida do indivíduo, apontam a quantidade e a qualidade das relações estabelecidas, permitem investigar a importância de pessoas na formação da identidade e no sentimento de pertença de um indivíduo. O presente estudo propõe um novo modelo que integra as teorias psicodramática e sistêmica, facilitando a visualização dos vínculos afetivos significativos em seus respectivos contextos.

Átomo mínimo é o nome que sugiro para o modelo que proponho a seguir que visa integrar as teorias supracitadas a partir de um instrumento que possibilita outras maneiras de compreender e investigar o contexto social no qual os indivíduos se inserem. A partir dele, o pesquisador pode investigar o átomo social e os papéis desempenhados pelo indivíduo a partir de quatro quadrantes: família, amizade, trabalho/estudo, comunidade. Diferentes aspectos da rede podem ser utilizados na análise deste instrumento: a aproximação ou distanciamento das pessoas da rede, tamanho, densidade, composição e dispersão, homo/heterogeneidade, e função da rede. Neste novo modelo, pede-se ao indivíduo que mostre as pessoas importantes de sua vida no espaço do “como se” – que pode ser representado de diversas formas: com desenho, em massinha, com recortes de jornal e o que mais a espontaneidade permitir –, e em quatro partes: amizade, família, comunidade, estudo/trabalho. A distância do centro diz respeito à proximidade que a pessoa

percebe com relação à outra: relações próximas, relações com menor grau de compromisso, e relações ocasionais. A quantidade e a qualidade das relações descritas pelo sujeito, assim como a diversidade de papéis desempenhados, evidenciam inserção do indivíduo e, portanto, sua saúde psíquica na medida em que evidencia a capacidade de se relacionar com o mundo.

O átomo mínimo permite explorar os papéis desempenhados por um indivíduo no espaço do “como se”, identificar as funções de sua rede e as esferas em que o indivíduo está mais ou menos inserido. Sabendo os papéis que são desempenhados por uma pessoa e as esferas em que ela não se sente incluída é possível, por exemplo, planejar campanhas de inclusão em diferentes contextos ou, ainda, vislumbrar papéis que podem ser trabalhados e ambientes de exclusão que podem vir à tona no espaço de escuta. Portanto, esta é uma ferramenta especialmente útil para os pesquisadores por possibilitar as análises psicodramática e sistêmica, pensar em frentes de ação para inclusão de minorias, identificar papéis pouco desenvolvidos, planejar intervenções comunitárias a partir das demandas de uma população, entre outros. O psicólogo clínico também pode se beneficiar de tal instrumento, uma vez que tem a possibilidade de usufruir das vantagens das duas ferramentas relevantes na prática psicoterapêutica (átomo social e mapa mínimo). Assim, o psicólogo pode identificar a rede de seu paciente, avaliar sua inserção social, identificar papéis mais ou menos desenvolvidos, perceber as relações harmoniosas e conflituosas, entrar em contato com a percepção das diferentes esferas da vida do paciente, visualizar a lógica afetiva de conduta e perceber como esses pacientes se colocam e se comportam em seu mundo.

Neste estudo, os materiais utilizados para a confecção do átomo mínimo foram: massinha de modelar, revistas, folhas de papel e lápis de cor. Dois participantes não quiseram representar graficamente seu átomo mínimo, posição que foi respeitada inclusive em vista das limitações físicas e dificuldade de movimentos motores finos destes. Ambos optaram por relatar quem eram as pessoas importantes de sua vida e falaram dessas relações. Os outros cinco participantes desenharam seu átomo mínimo com lápis de cor. Os desenhos e as falas foram transpostos para o computador, no programa *Microsoft Paint* - versão 5.1. No átomo mínimo, as pessoas destacadas como importantes foram representadas graficamente: os homens por quadrados e as mulheres por círculos.

Buscou-se resguardar o anonimato dos participantes. Para tanto, os átomos mínimos serão apresentados e analisados a partir das semelhanças e diferenças evidenciadas, sem aprofundar em cada participante individualmente. A análise em conjunto se justifica por não ser a proposta do trabalho o estudo de caso individual e pela preservação da identidade dos participantes que fazem parte da comunidade acadêmica. Por isso poderiam ser facilmente identificados caso os dados encontrados nos átomos fossem apresentados individualmente.

5.4 Procedimento

O recrutamento dos participantes aconteceu após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Registro do Projeto: 036/2006, Anexo A). Foi feito o contato telefônico com os alunos cadastrados no PPNE e, para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, agendou-se a entrevista. Antes do início da entrevista foi mostrada a

autorização do Comitê de ética de Pesquisa com Humana emitida pela Faculdade de Saúde da UnB a cada participante. Então foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o contato da pesquisadora (Apêndice A). Então, a entrevista com cada interessado foi feita de acordo com roteiro (Apêndice B).

O registro de todos os dados foi feito por gravação em gravador de voz digital e por registro escrito.

5.5 Análise dos Dados

Os dados gravados em áudio foram transcritos. A análise feita foi qualitativa, fundamentada no método construtivo-interpretativo proposto por González-Rey (2002; 2005), contemplando também os principais conceitos do Psicodrama – análise dos papéis a partir da teoria dos papéis e avaliação do átomo social. Os temas abordados também foram contemplados na análise dos dados.

González-Rey (2005) destaca que conhecimento é fruto da construção *“que encontra sua legitimidade na capacidade de produzir, permanentemente, novas construções no curso da confrontação do pensamento do pesquisador com a multiplicidade de eventos empíricos coexistentes no processo investigativo”* (p. 7). A construção do conhecimento ocorreu, na presente pesquisa, a partir da interação com o participante na entrevista. A subjetividade se fez presente à medida que o participante se implicou em sua expressão e a pesquisa adquiriu sentido para ele (González-Rey, 2005). A partir dos dados e de seu contexto foi possível pensar em *indicadores*, que é *“o conjunto de expressões que relacionamos com o mesmo sentido interpretativo (...) e que pode se definir por um*

elemento ou por um conjunto de elementos” (González-Rey, 2002, p. 112). O indicador permite ao pesquisador formular uma hipótese associada a um momento interpretativo que não se reduz ao dado (González-Rey, 2002). A partir dessa interação foram pensadas zonas de sentido, que são “espaços de inteligibilidade que se produzem na pesquisa científica e não esgotam a questão que significam, senão pelo contrário, abrem a possibilidade de seguir aprofundando um campo de construção teórica” (González-Rey, 2005, p. 8).

A análise dos dados coletados foi, portanto, um processo de operações interpretativas que, como destaca Pereira (2003), permite a legitimação do conhecimento.

Capítulo 6 – Resultados e Discussão

Neste capítulo apresentam-se os dados encontrados com relação à percepção dos deficientes físicos da Universidade de Brasília sobre sua inserção social. A discussão dos resultados é feita com base na teoria psicodramática e nos estudos da literatura sobre o tema.

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira, serão analisados os átomos mínimos gerados pela entrevista de cada um dos sujeitos, com vistas à qualidade e quantidade de papéis desempenhados pelos participantes da pesquisa. Os círculos representam pessoas do gênero feminino e os quadrados, do masculino. A descrição dos átomos mínimos será apresentada de forma coletiva para preservar a identidade dos participantes. A análise coletiva não comprometeu a análise das informações coletadas.

Na segunda parte serão apresentadas as zonas de sentido derivadas dos indicadores extraídos das entrevistas. Os principais temas abordados resultaram em oito zonas de sentido e são apresentados de acordo com os diferentes contextos de inclusão e exclusão vividos pelos participantes. As zonas de sentido serão apresentadas em **negrito**, e as falas dos participantes, em *itálico*.

6.1 Como estão os átomos mínimos

Figura 1 – Átomo mínimo do participante 1 (P1)

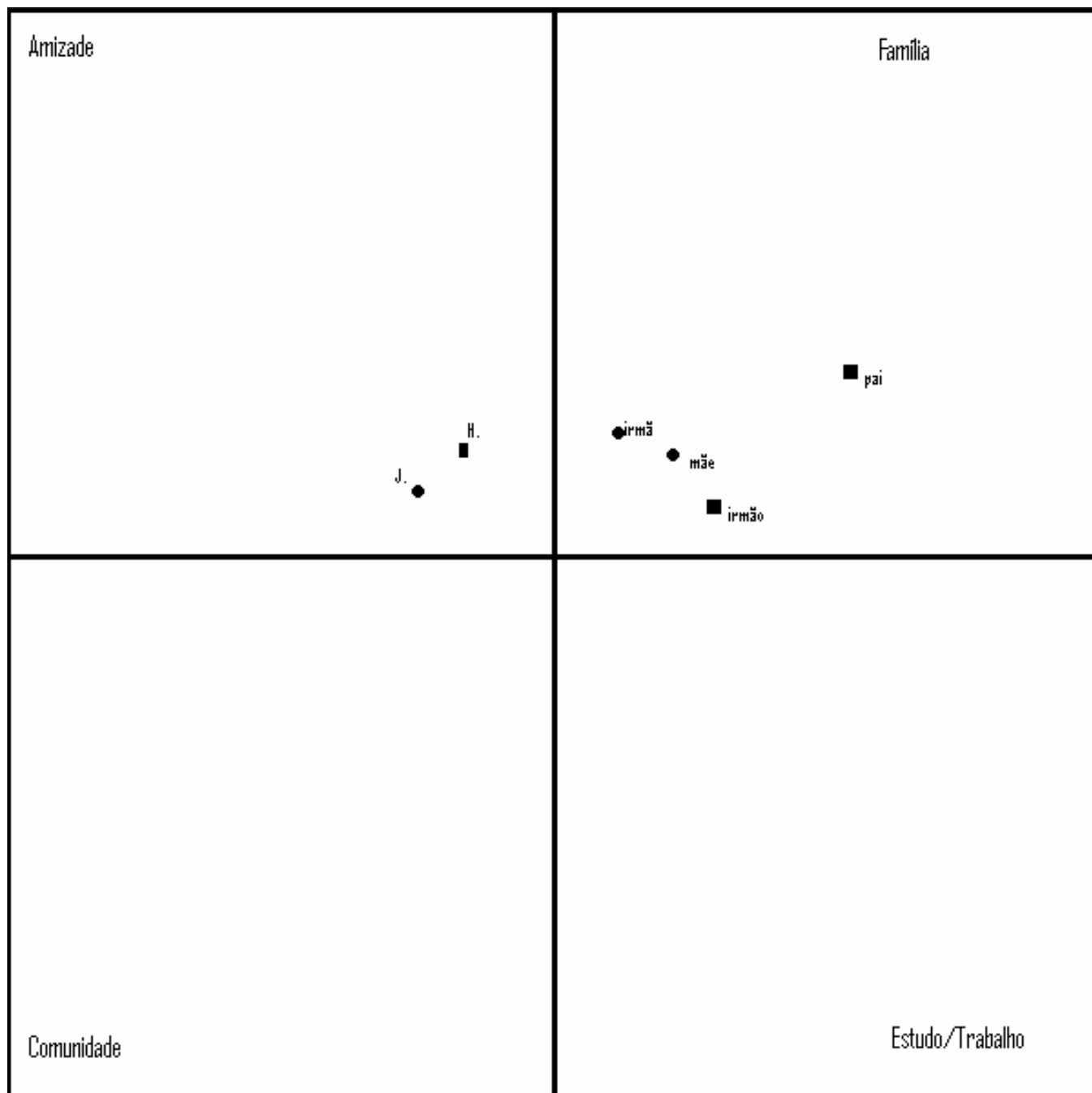


Figura 2 – Átomo mínimo do participante 2 (P2)

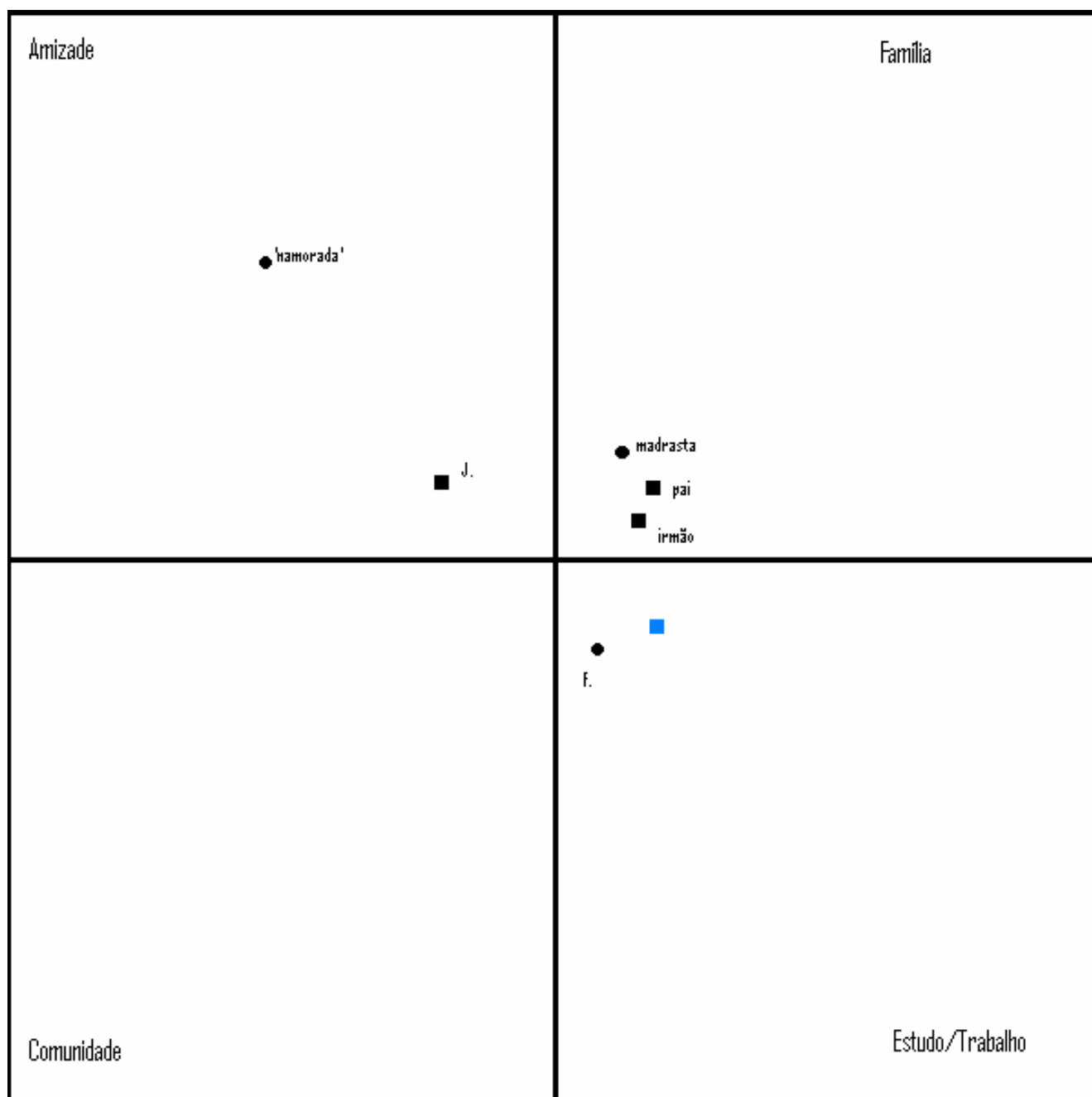


Figura 3 – Átomo mínimo do participante 3 (P3)

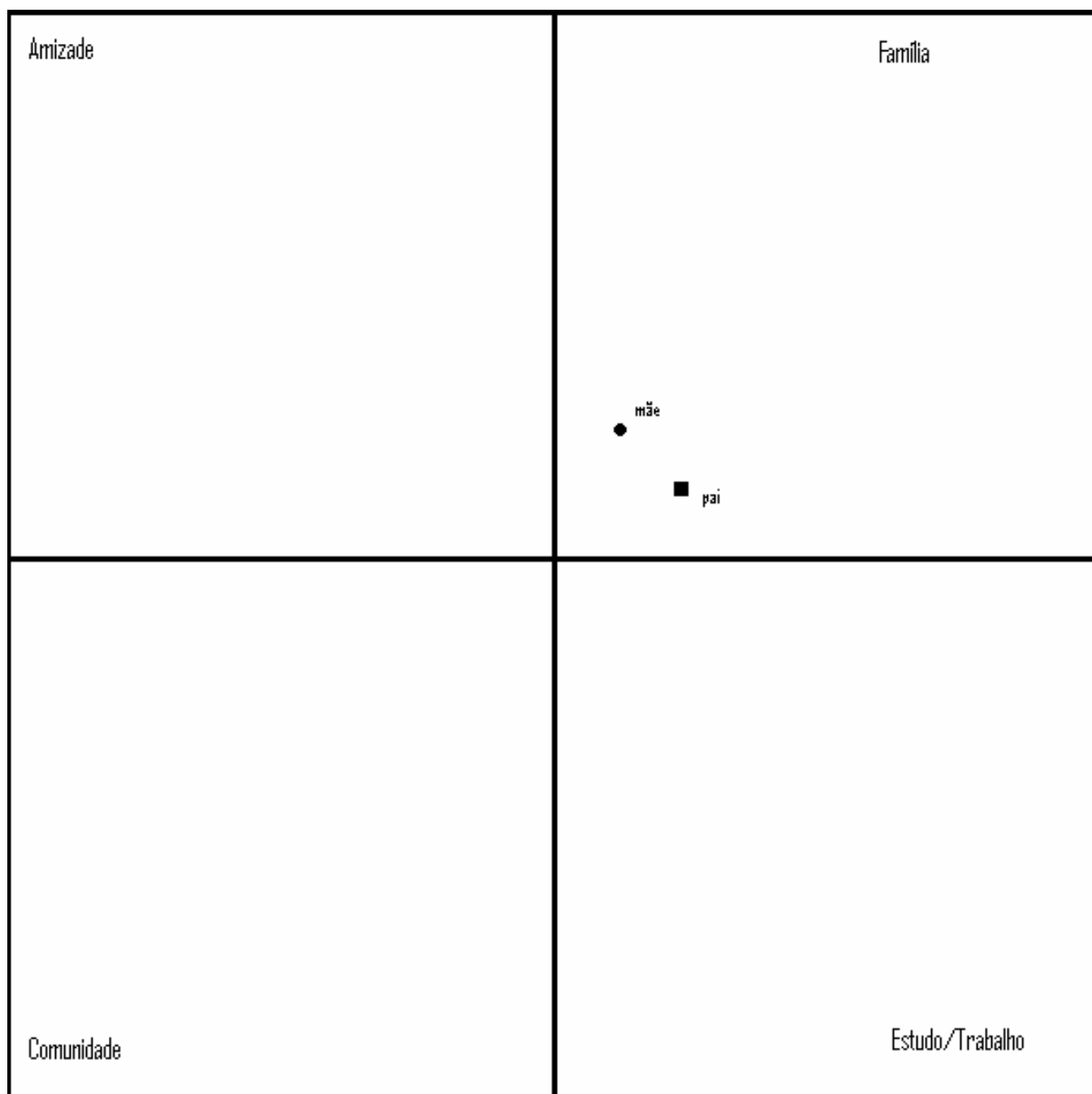


Figura 4 – Átomo mínimo do participante 4 (P4)

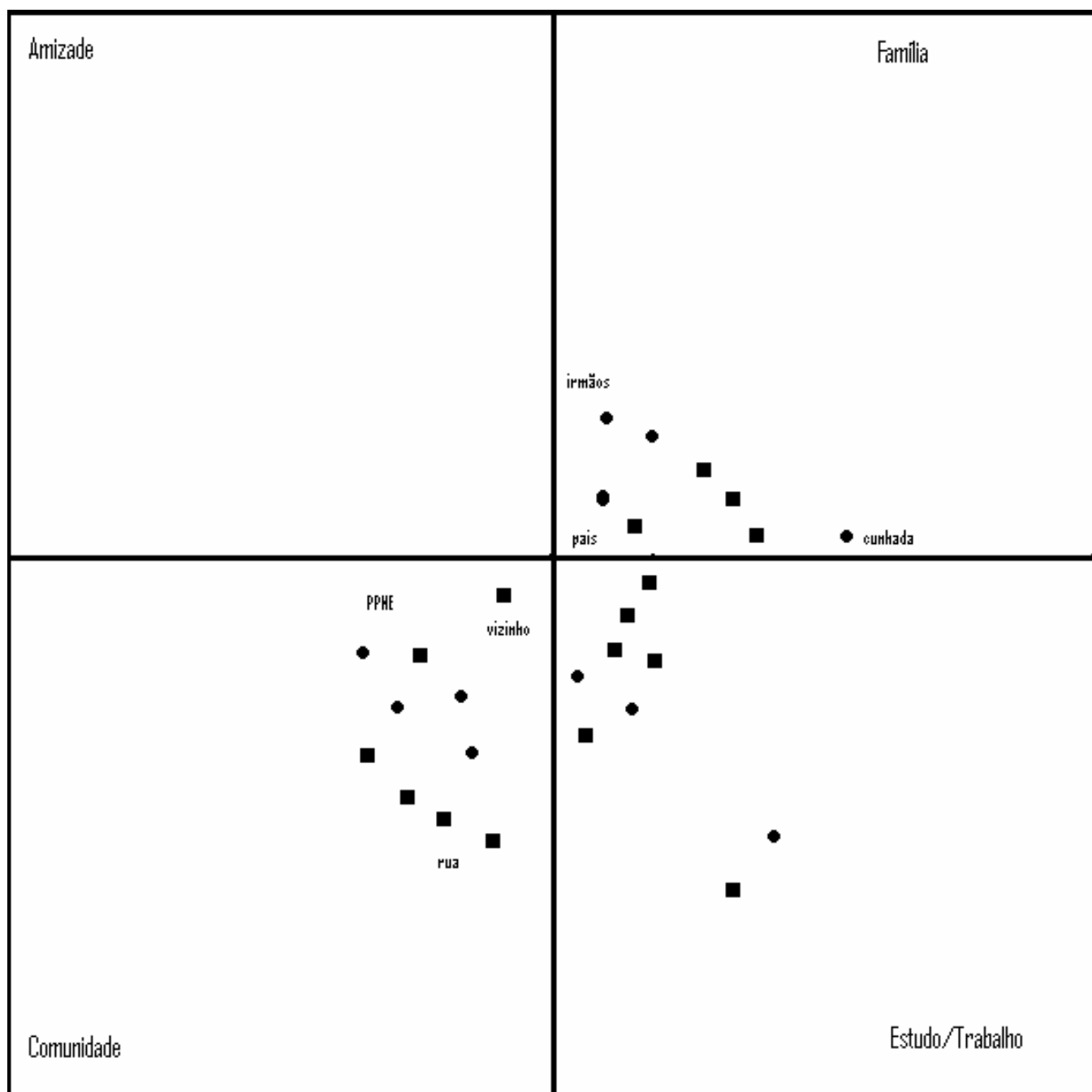


Figura 5 – Átomo mínimo do participante 5 (P5)

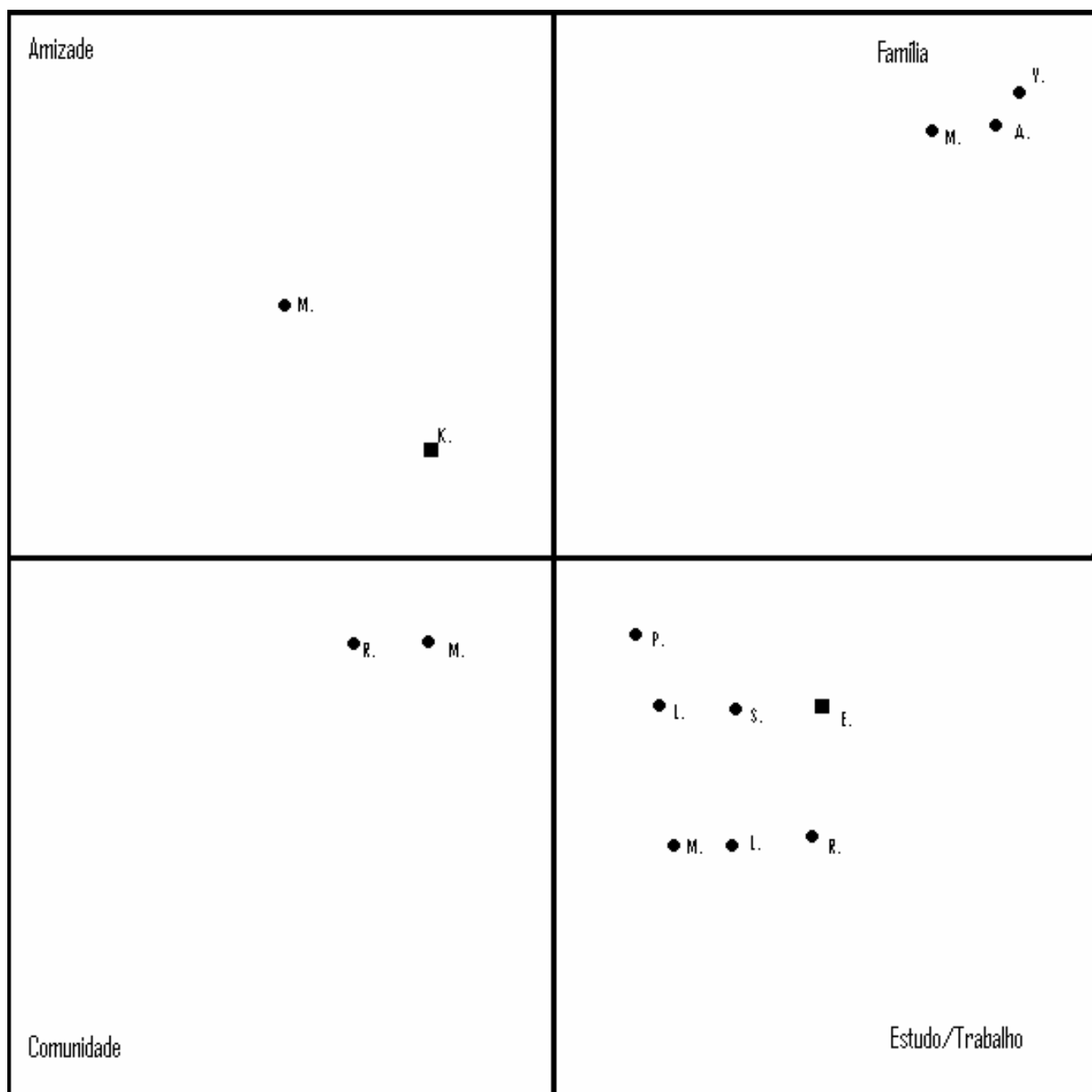


Figura 6 – Átomo mínimo do participante 6 (P6)

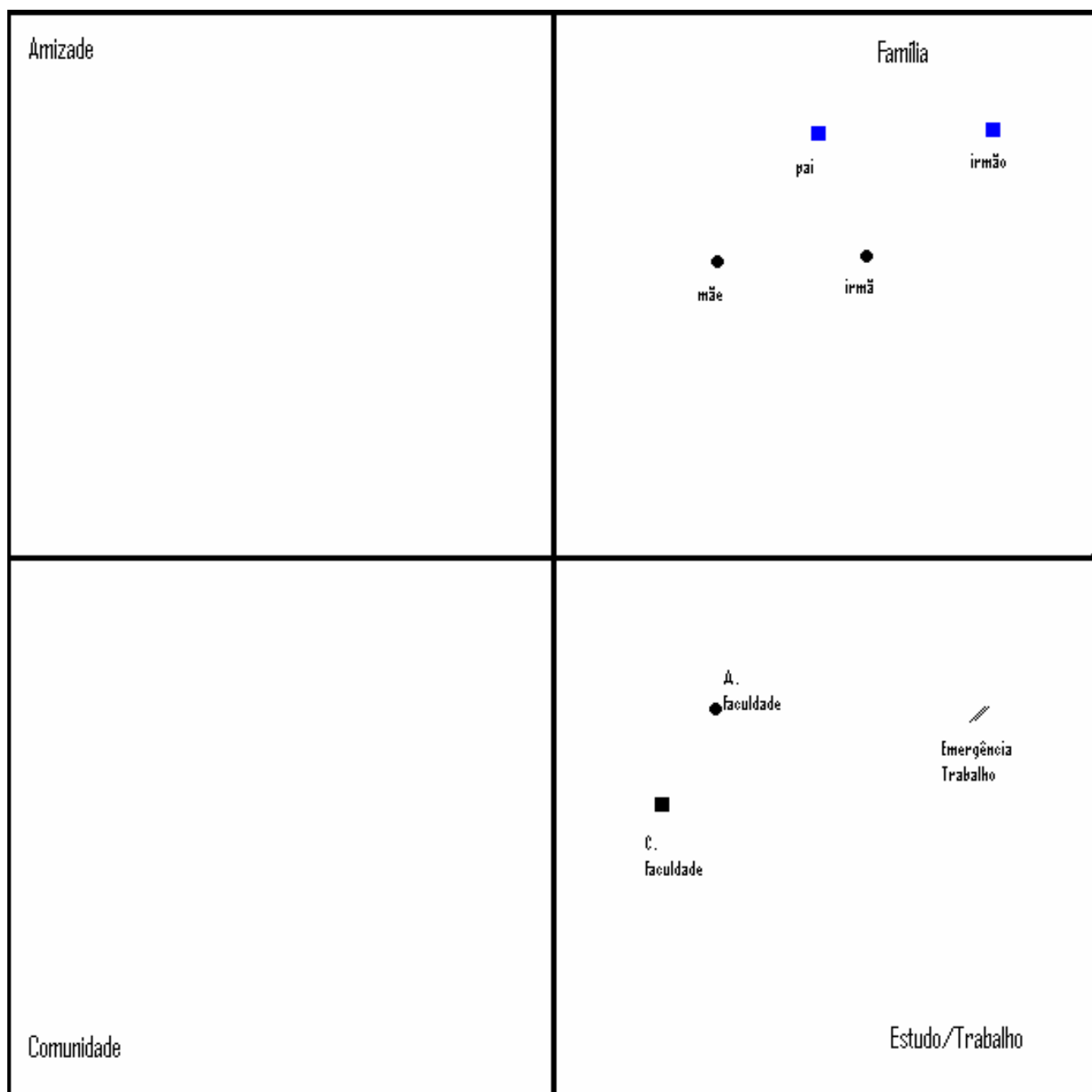
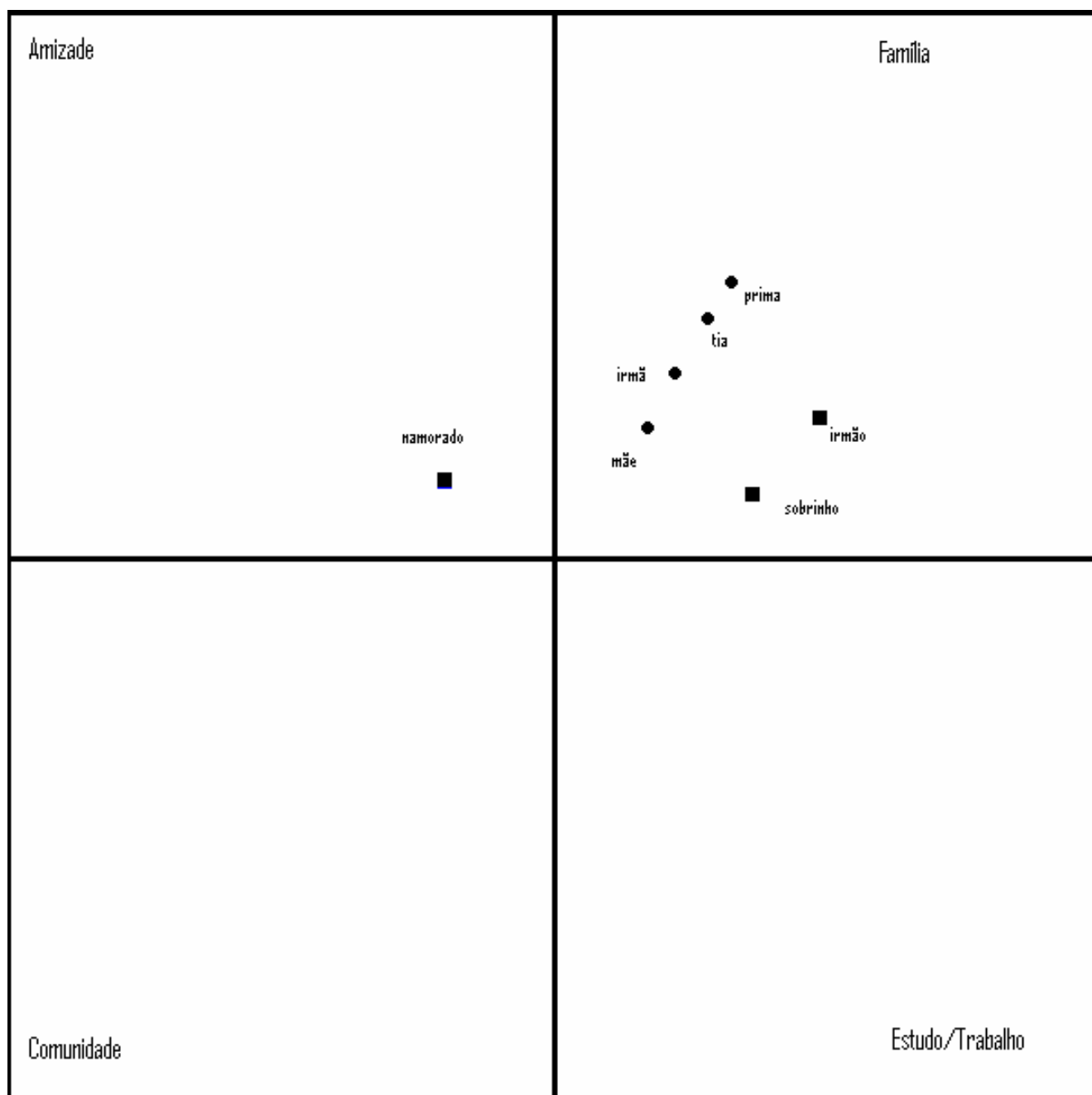


Figura 7 – Átomo mínimo do participante 7 (P7)



Os átomos mínimos dos participantes evidenciam a importância da família como contexto de maior riqueza de interações sociais. É nessa esfera que os participantes têm mais vínculos, na qual desempenham diferentes papéis e contam com apoio e suporte. Lopes e cols. (2002) destacam que o suporte familiar é o aspecto mais benéfico na educação das pessoas com necessidades especiais. Tuleski e cols. (2003), a família é a primeira integradora de uma pessoa com necessidades especiais. Empoderar essas famílias e devolver-lhes sua capacidade e responsabilidade na educação de seus filhos é fundamental (Ausloon, 1998). Pelo observado nos átomos mínimos, o suporte da família é também importante no desempenho de diferentes papéis, na sua inserção social e na percepção de existência de uma fonte de apoio e suporte. Apesar da importância da família, cabe salientiar a queixa recorrente dos participantes quanto ao aspecto da superproteção e a necessidade de experimentar os limites e a liberdade. Cabe aos pais o difícil papel de medir até onde dar apoio aos seus filhos.

Os átomos mínimos dos participantes são compostos de poucas relações e nem todas as esferas são contempladas. A pobreza dos átomos pode estar associada a alguma dificuldade de inserção desses universitários na sociedade. Um número limitado de amigos, colegas de trabalho, a grande importância atribuída à família e a presença de relações conflituosas podem sugerir que os participantes não são incluídos em todas as esferas da sociedade.

A rede social diz respeito à inserção do indivíduo na sociedade, e também da sociedade na vida das pessoas. Assim, cabe questionar em que medida a sociedade promove a exclusão dessas pessoas, por exemplo, ao perpetuar idéias preconceituosas e ao dificultar o acesso das pessoas com necessidades especiais.

Além da sociedade, as características pessoais também podem facilitar ou dificultar a inserção das pessoas com necessidades especiais nos diferentes grupos, assim como observa-se na população geral. A maneira de enfrentamento, as crenças e valores individuais são alguns dos fatores individuais que determinam, em grande parte, a forma de inserção. Ao observar o átomo mínimo do Participante 4 - P4, por exemplo, nota-se que ele é mais rico que os demais. Este participante faz uso da comunidade, vem de uma família grande e tem muitos amigos no trabalho. Ao mesmo tempo, ele não destaca ninguém na esfera da amizade. P4 desempenha seis diferentes papéis: filho, irmão, cunhado, amigo, vizinho e colega de trabalho. A utilização da comunidade, em especial de sua vizinhança, se destaca no átomo do participante, e evidencia a diferença da relação que as pessoas das Regiões Administrativas do DF estabelecem quando comparadas às pessoas do Plano Piloto. Holston (1993) discute a dicotomização centro *versus* periferia em Brasília, e aponta que as relações estabelecidas no Plano Piloto, o centro, são mais frias e distantes, enquanto nas Regiões Administrativas, a periferia de Brasília, as relações são mais próximas e há um senso de comunidade. Esta crítica ao modernismo e à utopia da capital do país pôde ser percebida, em que os participantes que residem no Plano Piloto tiveram dificuldades em destacar pessoas da comunidade que fossem importantes em sua vida, enquanto o participante que reside em Região Administrativa do DF trouxe vizinhos e amigos de rua.

P4 estabelece uma relação ecológica com sua cidade. Associa sua história de vida com a história de sua cidade: crescimento, pavimentação/ acessibilidade, investimento em educação e melhoria de qualidade de vida. Observa-se ainda a preocupação em devolver à comunidade o investimento que recebeu. Sonha em poder dar aulas a crianças e jovens para

que eles também possam ter acesso à educação, chegar à universidade e ter uma melhor inserção no mercado de trabalho.

Percebe-se que há diferentes maneiras de estar no mundo, de se adequar à sociedade e de estar inserido ou excluído de diferentes grupos. Essas diferenças individuais remetem à importância conceitual de papel e contrapapel. O papel aponta diferentes formas assumidas pelo eu, que surgem de experiências passadas e de padrões culturais (Fox, 2002; Moreno, 1975). Os papéis são desempenhados na interação com o outro, e por isso necessitam de um contrapapel, que é complementar. Desempenhar o papel de mãe exige o papel complementar de filho, o papel de professor exige o de aluno (Bustos, 2001). Assim, uma pessoa só assume o papel de excluída se tiver um outro que a exclui. Entretanto, a sociedade só exclui as minorias na medida em que essas desempenham tal papel. Por mais difícil que seja sair dos vínculos e quebrar a complementariedade de papéis, como de vítima e algoz, as pessoas enfrentam diariamente este desafio em busca de sua saúde.

Uma pessoa com deficiência enfrenta ainda mais dificuldades em quebrar seus contrapapéis, devido às barreiras físicas que lhe são impostas. Uma pessoa em cadeira de rodas que queria sair do papel de doente que fica dentro de casa, tem que enfrentar o meio-fio na porta da sua casa, e correr o risco de cair. Alguns conseguem dar respostas criativas, como pegar uma marreta e quebrar o meio-fio para poder exercer seu direito de ir e vir, mas outros se sentem imobilizados. Cabe destacar aqui o impacto da espontaneidade desses indivíduos na sociedade como um todo, que fica mobilizada frente a essas atitudes e responde noticiando e divulgando essas ações.

O desejo de se engajar em um relacionamento afetivo-amoroso é um aspecto que se destaca nos átomos mínimos de alguns participantes, em especial do Participante 2 - P2,

que chega a colocar o desejo de ter uma namorada em seu átomo. A imperfeição corporal e as exigências estéticas podem levar à redução das possibilidades de relacionamentos afetivos e sexuais, pois a pessoa com deficiência não corresponde ao ideal de corpo (Montanari, 1999). A imagem corporal e a impossibilidade de alcançar o padrão ideal exigido em nossa sociedade foram também percebidas durante as entrevistas.

Há mitos que ofuscam a visibilidade da sexualidade das pessoas com deficiência, que estão associados à imagem depreciativa desses indivíduos, tidos como “inválidos”, “submissos” e “impotentes”. Os lesados medulares têm sua imagem corporal alterada devido à perda física, mas a sua identidade sexual permanece inalterada. Há pesquisas que apontam melhora nos relacionamentos amorosos devido à transformação na sexualidade, gerada pelo inevitável o diálogo com o parceiro(a) e a proximidade afetiva após a lesão medular (Conceição & Silva, 2004).

A dificuldade de namorar, percebida nas falas dos participantes, pode ser um indicador de exclusão. A sociedade pode discriminar a pessoa com necessidades especiais e não aceitá-lo(a) como parceiro por fugir da imagem tida como “ideal”. Mas o contrário também pode estar acontecendo: o PNE pode ter como *a priori* que ninguém da sociedade desejaria namorar com ele(a). Por mais rigorosos que sejam os padrões estéticos de nossa sociedade, Conceição e Silva (2004) destacam que a lesão medular não torna uma pessoa nem mais nem menos atraente. A sensualidade dessa população tem sido explorada pela mídia, de forma positiva. Um exemplo é o filme “Carne trêmula” (*Carne trémula*) produzido em 1997 do diretor Pedro Almodóvar.

A utilização do átomo mínimo e os *insights* dele decorrentes demonstraram o potencial diagnóstico e interventivo desse instrumento. Os participantes tiveram a

oportunidade de visualizar a configuração de sua rede e assim acessar a geografia de sua existência. Após a entrevista, alguns participantes relataram satisfação por ter tido a oportunidade de refletir sobre suas relações, sobre a importância das pessoas de seu dia a dia e das diferentes esferas de interação social. Alguns falaram que nunca tinham percebido a importância da família como uma rede de suporte, outros falaram da relevância da amizade e dos poucos vínculos estabelecidos. Houve ainda quem se incomodou com a ausência da comunidade em seu átomo mínimo, manifestando o desejo de passar a dispor mais desse espaço para ampliar seus relacionamentos.

A questão da comunidade é um aspecto que merece especial destaque. A pós-modernidade e o advento da *internet* reorganizaram a sociedade e criaram um espaço até então inexistente: o virtual. A criação de comunidade na rede de relações virtuais, de amigos de *internet* é um aspecto hoje ainda pouco explorado. Nicolaci-da-Costa (2005) discute os espaços contemporâneos e o impacto na vida dos indivíduos a partir do surgimento da *internet* e de espaços privativos móveis – os celulares. O ciberespaço é tido como um espaço autônomo em que a humanidade vive atualmente. É um local em que solidariedade, coesão social, resistência, movimentos políticos, e vida comunitária são colocadas em prática de diferentes maneiras e em uma realidade imaginária, compartilhada por uma rede de computadores. Neste espaço são criadas novas formas de vigilância, poder e controle (Nicolaci-da-Costa, 2005). O *orkut*, por exemplo, possibilita a aglomeração de pessoas em comunidades com interesses afins, a exposição de idéias e pensamentos na rede e possibilita o encontro de pessoas que fazem parte dos relacionamentos reais em um espaço virtual (Conceição & Auad, 2006).

A *internet*, presente na vida dos participantes da pesquisa e apontada como importante fonte de interação social por um deles, talvez possibilite uma outra dimensão da inserção social das pessoas com necessidades especiais. No espaço virtual, a deficiência física não é evidenciada e nem fica em destaque. Ao contrário, ela pode ser acobertada e disfarçada. O espaço virtual também não impõe as barreiras que essas pessoas enfrentam diariamente em suas interações sociais, o que pode fazer com que se sintam mais à vontade e menos testadas em suas limitações, como a presença de barreiras físicas e a dificuldade de locomoção. Ao facilitar as interações sociais e quebrar barreiras físicas e psicossociais, a *internet* pode ser benéfica às pessoas com necessidades especiais, mas a limitação das interações a este espaço pode empobrecer a qualidade dos vínculos. As relações no espaço virtual acontecem sem o contato, sem o tato. Sem o olho no olho, sem o toque, sem um abraço. Contato este que é fundamental na constituição do eu.

Percebe-se diferença de gênero, quanto à configuração dos átomos mínimos. Os átomos mínimos da Participante 1 - P1 e da Participante 7 - P7, duas das mulheres entrevistadas, estavam mais pobres do que dos homens. Dados da literatura apontam o empobrecimento da rede das mulheres, que tendem a ter menor tecido social e maior limitação de atividades que os homens (Eide & Roysamb, 2002) e costumam ter poucas amigas (Carter & McGoldrick, 1995). Os padrões estéticos, que tendem a ser mais rígidos com as mulheres que com os homens (Conceição, Auad & Nery, 2006), podem potencializar o empobrecimento da rede nas mulheres com deficiência, ao gerar um sentimento de inadequação e auto-imagem negativa devido ao distanciamento à exigência do padrão estético. Essa hipótese se sustenta na pequena quantidade de relações e de papéis desempenhados. Carter e McGoldrick (1995) destacam que as amigas, no caso das

mulheres, não são validadas pela sociedade e tendem a diminuir da adolescência para a idade adulta, principalmente com o casamento. Este dado pode ser percebido nos átomos mínimos, em que na esfera da amizade, P1 tem dois amigos e P7 destaca o namorado, com quem tem relacionamento longo. Outro aspecto que se destaca no átomo das duas participantes é o fato das esferas trabalho/estudo e comunidade não terem sido contempladas, o que pode indicar que elas não se percebem como incluídas nessas esferas.

O relatório da Unesco (2005) destaca que nas décadas de 1980 e 1990 ocorreu ampliação do número de acessos a educação superior. Entretanto, a entrada foi restrita aos candidatos que não exigiam mudanças acentuadas nos processos seletivos devido à falta de adaptações. Barreiras arquitetônicas e atitudinais dificultavam a permanência com sucesso deste aluno na universidade. Entretanto, a pequena quantidade de relações destacada nos átomos mínimos, evidencia que algumas barreiras são ainda hoje enfrentadas pelos alunos com necessidades especiais.

Batista e Enumo (2004) destacam que, em classes em que havia alunos com necessidades especiais, estes são aceitos com menos frequência e são mais rejeitados do que seus companheiros de turma de classes regulares. Talvez esse dado se repita e se perpetue na universidade, pois percebe-se a pequena quantidade de relações de amizade estabelecidas pelos participantes.

A inclusão no mercado de trabalho é ainda um obstáculo às pessoas com necessidades especiais, apesar do avanço da legislação brasileira e da reserva de vagas a essa população. Essa dificuldade pode ser decorrente da segregação dessas pessoas em instituições, como a APAE ou escolas especiais, por exemplo, que dificulta a integração social e favorece a exclusão, ou ainda pela falta de profissionalização (Piveta, Marquezine

& Faleiros, 2003). Algumas empresas não se preocupam com a adaptação do ambiente de trabalho, tampouco em facilitar o acesso dessas pessoas, perpetuando práticas segregativas. A presença de um “estranho” na organização pode facilitar a quebra da rotina de trabalho e possibilitar relações mais afetivas no ambiente de trabalho, o que pode implicar na melhora da produtividade, diminuição da rotatividade e fortalecimento do desempenho financeiro (Batista, 2003).

Apesar da reserva de vagas e de grande parte dos participantes estar no mercado de trabalho, a exclusão pode ser percebida pela pequena quantidade de relações estabelecidas no local de trabalho e até pela ausência de pessoas consideradas como importantes na vida dos participantes nesta esfera.

Ao evidenciar a exclusão em diferentes esferas da vida do deficiente, é preciso refletir sobre as barreiras na ampliação de seus átomos mínimos. Os alunos que chegaram à universidade já ultrapassaram muitas barreiras, como a taxa de escolaridade em pessoas com deficiência: 11 milhões de pessoas com deficiência, com 15 anos ou mais, não têm nenhuma ou têm baixíssima escolaridade (Unicef, 2003). A barreira a enfrentar é outra: a da real inclusão. O preconceito talvez seja a barreira mais evidente e a necessidade de fortalecer a auto-imagem pode ser percebida na leitura clínica das falas dos participantes. Mas, afinal, quem é deficiente? As pessoas com necessidades especiais ou a sociedade que não permite que elas sejam verdadeiramente incluídas?

A diversidade é muito enriquecedora para as empresas, não apenas por reforçar sua imagem na sociedade, mas também por gerar melhoras no desempenho organizacional. A qualidade dos serviços prestados, a produtividade e eficiência, assim como a síndrome de *burnout* são os impactos gerados nas empresas que adotam políticas de inserção plural, que

gera aumento de lucro (Cox, 1994). Torres (texto não publicado) destaca a dificuldade da inclusão das pessoas com deficiência física, em especial no mercado de trabalho. Frente a essa dificuldade e dos ganhos no desempenho promovidos pela diversidade nas empresas, as organizações poderiam oferecer suporte para as pessoas aprenderem sobre deficiência, pagar salários iguais aos de seus funcionários sem deficiência, usar seu poder corporativo para influenciar a legislação e promover a inclusão.

É preciso pensar em maneiras de enriquecer os átomos em especial no ambiente de estudo/trabalho e na comunidade, que se destacaram como os mais empobrecidos, tendo em vista que os princípios da exclusão encontram-se imbuídos nas relações. A inclusão torna-se possível na medida em que seja ensinada a tolerância e o respeito à diversidade, uma vez que os princípios da exclusão encontram-se imbuídos nas relações.

6.2 Quem é o deficiente físico?

Os principais temas que emergiram na entrevista serão apresentados a seguir. São oito as zonas de sentido encontradas, em negrito, exemplificadas pelas falas dos participantes, em itálico.

6.2.1 Somos iguais, com nossas diferenças

A percepção de ser uma pessoa igual, com limitações como todas as outras é um aspecto que foi percebido na fala de todos os participantes da pesquisa, e que chama a atenção por apontar a real possibilidade de inclusão dessas pessoas em todas as etapas. Foi incluído nesta zona, a necessidade de inclusão, os relacionamentos na universidade, apoio da Universidade e a necessidade de testar os limites.

- Eu sou normal

A percepção de “normalidade” ou “anormalidade” perpassa o meio, e interfere diretamente na percepção de eu das pessoas com deficiência. A aceitação das limitações e a percepção de que todas as pessoas têm suas limitações e que devem se adequar a elas ajuda nesse sentimento de “normalidade”, como pode ser percebido nas falas abaixo.

“Eu sou incluída” – P1.

“Hoje eu me considero uma pessoa bastante normal; aliás, assim, acho até que faço mais coisas que muita gente faz. Então sei lá, falar que eu sou deficiente é até meio estranho pra mim.” – P6

“Eu avalio [minha vida] de uma maneira muito boa. Eu tenho problemas como qualquer outra pessoa, me considero uma pessoa privilegiada porque, dentro do que diz respeito à pessoa com dificuldade de locomoção, por exemplo, tive que mudar de serviço público.” – P7

“As limitações, elas existem para todas as pessoas em níveis diferentes.” – P7

“Não é muito auxílio que eu preciso.” – P6

A literatura aponta que ter uma limitação física não implica em ter uma deficiência, devido ao ambiente no qual o indivíduo está inserido, que pode ou não ser limitador de sua participação nas atividades diárias (Correr, 2003). Destaca-se na fala dos participantes a evidência de que todas as pessoas têm limitações. Como os entrevistados têm sua participação garantida ao menos nas atividades universitárias, em parte supridas pelo PPNE, em parte pela própria família, a percepção de normalidade dessas pessoas se destaca. Mas, talvez se tivéssemos investigado pessoas com deficiência física que não conseguem estudar ou trabalhar, essa percepção de normalidade não ocorresse. Neste sentido, a inclusão foi alcançada, pois o acesso da pessoa com necessidades especiais aos espaços comuns ocorreu, ao menos dentro da universidade.

- O Primeiro Impacto da Deficiência

A percepção do outro sobre a pessoa com deficiência física é um aspecto relevante na fala dos participantes. Se por um lado, uma pessoa que não têm uma deficiência aparente sofre discriminação por ser tida como uma caluniadora, a deficiência aparente causa um impacto inicial que deve ser vencido diariamente, como pode ser percebido nas falas abaixo.

“E no meu caso, a deficiência não é aparente. Então eu tive muito problema, porque ficou parecendo que eu tava mentindo.” – P5

“Passei a usar cadeira. No início não foi muito simples não, não gostei muito da idéia. Depois eu acabei me adaptando fácil. Foi bom que eu comecei com a cadeira motorizada, era legal que eu me divertia pra caramba. De vez em quando o pessoal pedia pra usar. Eu deixava.” – P2

“Eu sempre me dei bem com os professores e acho até que a cadeira desperta uma simpatia. ‘Pô o cara está numa situação ruim e ta querendo estudar’” – P6

“Assim, o PNE tem uma prerrogativa de que a gente fica meio que conhecido, né? O professor que dá aula vai lembrar do seu nome, né? Claro, que quando a gente entra em uma turma nova, um ambiente novo, né? É aquele ‘opa’! É diferente, né? - ‘Como eu trato essa coisa de diferente?’ Aí com o tempo ele vai vendo que a diferença não é tão grande e com o tempo vai ficando normal. O tratamento é totalmente igual. O mesmo tratamento que eu recebo é o mesmo tratamento que o meu colega recebe, entendeu? É porque é o que eu chamo de primeiro impacto, que é natural. Claro que o que é diferente chama realmente a atenção. Isso não tem como você querer que alguém que tem uma deficiência passe despercebida. Eu acho que não tem lógica, não tem como...” – P4

O impacto inicial, o aprender a lidar com o diferente, a ver a pessoa e não a sua limitação é destacada nas falas acima. É este contato que permite a inserção social das pessoas com deficiência, ao possibilitar que a sociedade tenha acesso a elas. Ampliando nossos átomos e desempenhando diferentes papéis, como destaca Moreno (1994), permite que a sociedade tenha mais oportunidades de ser espontânea. Somente entrando em contato com o diferente é que temos a possibilidade de entrar em contato com os nossos pré-

conceitos, refletir sobre eles, e modificar nossa percepção sobre o mundo. Entrar em contato com pessoas com deficiência leva a um impacto inicial, que gera a reflexão sobre os pré-conceitos, as conservas culturais. Por mais que a conserva cultural possibilite a manutenção de uma herança cultural, é também uma barreira à espontaneidade (Moreno, 1975; Fox, 2002). Entrar em contato com o novo, o diferente, exige o uso das centelhas divinas, da capacidade criadora e adaptativa do homem, que o mantém vivo e saudável.

- A presença da dor física

A dor se destaca na fala dos participantes, como pode ser percebido abaixo:

“No começo eu sentia dores (...) Eu tava sentindo muita dor.” – P5

“Porque a dor é uma coisa inerente à lesão. Foi uma coisa que eu tive que aprender a conviver. É uma batalha importante porque dor é uma coisa significativa na vida de uma pessoa.” – P7

A presença da dor física é um grande limitador na vida dessas pessoas, ao impedir que saiam, trabalhem e estudem, prejudicando até suas relações sociais.

“Eu acabo ficando doente com certa frequência, e de vez em quando sinto dores, é?” – P3

“Porque você sente dor, vai sair. Se vai pra uma festa e começava a doer, você começa a falar que ta sentindo muita dor. Ai o povo já pensa que você tem mania de doença...” – P5

- Termos politicamente corretos.

A fala de um participante se destaca ao levar à reflexão sobre o uso de termos politicamente corretos.

“Pra mim eu tenho o pé calejado, viu? Rapaz, fala ‘Ô, aleijado’ que eu atendo.” – P6.

Os termos usados para falar dessa população mudaram muito ao longo do tempo. Aleijado, excepcional, deficiente, portador de deficiência, portador de necessidades educativas especiais, eram usados no passado até chegarmos ao atual, PNE - Pessoas com Necessidades Especiais. Os termos foram criados com vistas a uma postura politicamente correta. Por trás de palavras bonitas, a sociedade tenta esconder seus preconceitos. Percebendo isto, alguns deficientes satirizam os termos politicamente corretos e preferem usar os mais antigos e carregados da história da discriminação para se autodenominarem. Os usuários de cadeira de rodas (ou cadeirantes) de algumas regiões do Rio de Janeiro, por exemplo, pedem para serem chamados de “chumbados”. Essa postura pode ser vista como uma reivindicação velada de uma mudança que não acontece com alteração de termos, mas que exige uma verdadeira revolução na percepção de homem e do outro: o reconhecimento dos deficientes como pessoas.

- Testar os limites

Muitos alunos ao chegarem à universidade se vêem em num novo mundo, em que as regras são mais flexíveis, os mecanismos de controle são menores, o que torna os limites menos claros, como pode ser percebido nas falas abaixo.

“Em função desse baque, desse choque que eu tive em função da acessibilidade e do entusiasmo que tipo, esse campus tão grande, olho prum lado, não tem pai, olho pro outro, não tem mãe. To por minha conta, então vamos lá.” – P1

“Aqui na UnB tem aquela diferença, né? Na escola comum você é mais controlado. E aqui você vê que é uma liberdade toda. Dá um choque, uma estranheza” – P4

Essa mudança faz com que alguns alunos busquem testar seus limites, como pode ser percebido a seguir:

“Já tinha o transporte do seu João e eu não mudava, exatamente por essa questão de testar os meus limites, de saber até onde eu vou. Aqui eu não sou protegida, então deixa eu experimentar, sabe? Essa coisa, de me testar mesmo.” – P1

A importância da família é amplamente discutida pela literatura (Lopes, Kato & Corrêa, 2002; Maciel, 2000; Silveira & Neves, 2006; Tuleski, Taguchi, Alves, Oliveira & Marques, 2003;). A partir da entrevista, percebe-se que as famílias se ocupam no cuidado da pessoa com necessidades especiais, e nesta esfera elas desempenham diversos papéis.

Entretanto, percebe-se que uma postura superprotetora das famílias, que impossibilita que os deficientes testem seus limites.

A adolescência é apontada pela Psicologia Social e Teoria de Campo como uma fase marcada pela busca de independência emocional dos pais e de outros adultos (Muss, 1962/1966). Montanari (1999) destaca que os jovens buscam diversão, a experimentação de novos prazeres e emoções, a inovação e o rompimento do antigo. Para os deficientes, essa atitude de experimentação normalmente é desfavorecida pelas suas limitações. Eles ocupam uma posição marginal na sociedade. Deve-se percebê-los como sujeitos sociais que se inserem em um contexto no qual sua liberdade é cerceada pela sociedade e por barreiras físicas e psicológicas.

P1 afirma que sua adolescência começou com a entrada na Universidade, em que se viu livre da proteção dos pais e capaz de alçar vôos com suas próprias asas. A entrada na UnB possibilitou a vivência de uma tarefa desenvolvimental da adolescência, que pode ter sido postergada em parte pela superproteção dos pais, em parte pelas próprias limitações impostas pela deficiência.

Após testar até onde dão conta, chegando até o ponto de ter escaras e outras dificuldades, complicações e doenças, alguns alunos resolvem aceitar a ajuda que a universidade tem a lhes oferecer.

- O aceitar a ajuda do outro

Aceitar a ajuda do outro é um aspecto percebido na fala dos participantes como algo ao mesmo tempo desafiador e saudável. Por um lado, destaca-se a dificuldade de assumir suas limitações, que por mais difícil que possa parecer no começo, facilita em muito o dia a

dia e torna os obstáculos encontrados menos desgastantes, como pode ser percebido nas falas abaixo.

“Eu me joguei de volta na vida muito rápido. Não permiti que a deficiência me melindrasse externamente, ainda que internamente tenha...” – P7

“Pra pessoa que tem dificuldade de locomoção, que sai muito, sai sozinha, precisa da ajuda das outras pessoas. Por exemplo, eu estacionei meu carro ali e a primeira pessoa que passou, eu pedi pra tirar minha cadeira do porta-malas. Se não for assim, é muito custoso, sabe? Vou ter que tirar tudo e... Não é nada demais. Aprender a aceitar ajuda é um passo importante pra quem tem algum limite, uma limitação, um impedimento.” – P7

“Inclusive a boa vontade, a noção de ajudar, eu percebo muito generalizada aqui dentro da UnB.” – P1

“Eu sou meio cara dura nesse sentido. Eu procuro não me privar de nada. Tem escada e tal, só quero saber se tem escada. Mas eu não vou deixar de ir pra lá só porque tem escada. Eu só quero saber. Eu dou logo um jeito. Mas eu gosto de saber com antecedência, justamente pra já ir pensando em que jeito é esse.” – P1

“E a comunidade, a comunidade da UnB é muito boa. Tá sempre disposta a ajudar. Quando eles vêm alguém para ajudar, já até propõe a ajudar de forma automática. Então, quando chega no campus não tem tanto problema e quando tá fora o pessoal...” – P4

O destaque dado à disponibilidade das pessoas em ajudar se destaca na fala dos participantes, em especial no espaço universitário. Assim, mais uma vez pode-se perceber os indivíduos interagindo com as pessoas com necessidades especiais, que historicamente estiveram à margem da sociedade (Diaz, 1995), mas que aos poucos começam a ser reconhecidos, percebidos e tendo suas limitações, muitas vezes devido à falta de adaptação do meio, e em especial dos deficientes físicos devido à própria geografia dos espaços físicos, tais como árvores, aclives e declives, e à falta de planejamento, em que se destacam a grande quantidade de degraus e a ausência de rampas nos prédios mais antigos. Esse é um aspecto muito importante, pois por mais que a UnB ainda não tenha conseguido se adaptar para atender aos PNEs, a comunidade universitária tem se disponibilizado para corrigir essa falha e permitir o livre acesso dessas pessoas aos espaços em comum.

- O PPNE

Na perspectiva de aceitar a ajuda do outro, o PPNE se destaca como um espaço de ajuda aos alunos com necessidades especiais, como destacado pelos participantes.

“o PPNE, além de ser um espaço onde a coisa tá aberta, pra resolver pequenos problemas práticos como, por exemplo, mudar a sala de lugar, é... Além dele cuidar dessa parte prática.... Se tá precisando de sala, se precisar ir numa biblioteca, eu tenho uma pessoa pra me acompanhar, se eu precisar ir no banco... Foi a maneira que eu tive de começar a querer ensaiar a voltar a trabalhar.” – P7

Em relação ao PPNE eu destacaria essas duas coisas: o apoio logístico e o apoio prático. (...) Eu acho que, em termos práticos, as pessoas perdem ao não se

aproximar do PPNE. As pessoas perdem porque o PPNE, concretamente, eu acho que pode ajudar muito. É porque às vezes, talvez as pessoas tenham um certo preconceito no que diz respeito a grupo de convivência de pessoas com deficiência.” – P7

“Ajuda! Sempre eu faço contato com ele primeiro. Com essa coisa de troca de sala e isso é o que eu mais peço, porque o resto, não tenho muita dificuldade não. Eu prefiro a troca de sala, acho que eles têm um serviço de transporte.” – P2

“Me ajuda. Uma vez eu peguei carona. E também, teve uma vez que corri o risco de ser jubilado. (...) Tava passando por um momento complicado e ai eles me deram orientação.” – P3

“Olha, pra mim, porque eu ia largar esse curso. Nesse ponto, realmente a UnB, o PPNE, me ajudou nesse ponto porque eu tava fazendo uma coisa que eu gostava, tava ocupando a mente, né? E no começo eu sentia dores, não agüentava nem ficar sentada na cadeira.” – P5

A partir das falas pode-se perceber que o PPNE fornece suporte com relação à matrícula, troca de salas, à negociação prazos de trancamento e processos de jubramento na Universidade, com o transporte dentro do *campus* e atendimento psicológico. Cabe destacar que nenhum dos participantes abordou os laboratórios na Faculdade de Educação que foram destaque no relatório da Unesco (2005). Este fato pode ser devido ao recorte dessa população, que enfrenta como maior obstáculo a dificuldade de locomoção dentro do *campus*, e não na leitura ou escrita dos textos, ou ainda pelo desconhecimento das ferramentas disponibilizadas aos PNEs dentro do *campus*.

Dentro desse aspecto, se enquadram as possibilidades de melhoria apontadas pelos participantes sobre a prática do PPNE.

“Eu acho que podia ter o serviço de transporte pra fora da UnB.” – P2

“Poderiam oferecer um serviço de transporte, a um preço acessível. O certo seria a gente poder pegar ônibus, mas como não tem jeito, né?” - P2

“...transporte público em Brasília é totalmente inadequado para portador de necessidades especiais. É inadequado até mesmo para quem não é portador de necessidades especiais. Quem precisa andar de ônibus em Brasília sofre, sofre mesmo. Então multiplica isso prum PNE. Então, eu acho que poderia buscar em casa. Facilita muito. Mas para mim o transporte tinha que pegar, claro não sei se isso é viável, tinha que pegar na casa”– P4

“Mas eu acho que é função do PPNE e não vem sendo bem cumprida. A questão de grupo apoiador, sabe, aquela questão de um grupo que tem... que tem situações parecidas, vivências parecidas, que podem trocar idéias. Eu considero isso um pouco falho. Talvez pelos próprios usuários mesmo. Talvez seja o ambiente, acadêmico, corrido, né? Isso fica um pouco defasado.” – P1

Além de facilitar o acesso ao transporte, pode-se perceber a solicitação de um espaço de convivência e de construção de uma identidade de grupo. Mas a identificação com um grupo de necessidades especiais foi apontada como um dos aspectos que pode dificultar a procura e a utilização dos serviços do PPNE por parte das pessoas com necessidades especiais, como pode ser percebido abaixo.

“Às vezes, as pessoas podem não se sentir bem dentro de um grupo, onde teoricamente, ela deveria se espelhar. E você não sabe. Cada um tem seus problemas, as suas dificuldades. E dificuldades internas, dificuldades interiores. Eu acho, em termos práticos, que as pessoas perdem ao não se aproximar do PPNE. As pessoas perdem porque o PPNE, concretamente, eu acho que pode ajudar muito. É porque às vezes, talvez as pessoas tenham um certo preconceito no que diz respeito a grupo de convivência de pessoas com deficiência.” – P7

Além do preconceito, a necessidade da ajuda do PPNE e a falta de informação foram apontadas como outros possíveis fatores para que as pessoas com necessidades especiais não utilizem os recursos do PPNE.

“Eu acho que, eu acho que se ele não procura é porque não precisa. Eu, por exemplo, só procuro no que eu preciso.” – P2

“Primeiro divulgando o PPNE, porque ele é muito pouco conhecido. E outra é mostrando exemplos de pessoas, na prática, de pessoas que estão estudando, que estão trabalhando, e que um momento ou outro o serviço do PPNE facilitou a vida. Facilitou até a competência... Ele mostrar a competência dele. Eu acho que mostrar os casos, as experiências, ajudaria muito.” – P1

A solicitação da extensão dos serviços para o turno noturno foi apontada por alunos que estão regularmente matriculados em cursos noturnos.

“Que eu acho assim, que o PPNE não tem né? Alguém que esteja aqui, que possa vir aqui e chamar. ‘Será que você pode me ajudar, não sei o que? Isso que eu acho problemático aqui no PPNE. Só tem atendimento de dia.’ – P2

A partir da fala dos participantes, percebe-se que o PPNE ajuda bastante os alunos. A facilidade na matrícula e a mudança de sala são os aspectos que mais se destacam. As possibilidades de melhoria apontadas nas entrevistas referem-se à extensão do horário de funcionamento do programa para o turno noturno, extensão do serviço de transporte para a residência dos alunos a um preço acessível, e criação de um grupo de convivência.

- Professores e Funcionários

A relação com professores e funcionários da UnB foi destacada como boa, e inclusive como mais um apoio que recebem na vida acadêmica, como pode ser percebido pela fala abaixo.

“Aí eu sempre tive apoio dos professores. Não sei se é porque eu chegava, sentava e conversava com eles, e aparentemente, ne? Eu não faltava as aulas, se eu faltava, eu explicava.” – P5

O bom relacionamento com professores e funcionários merece destaque, por marcar uma mudança dentro da Universidade. No relato dos próprios participantes percebe-se que há pouco tempo problemas eram comuns, em especial no período de matrícula e nos

pedidos de mudança de sala. Esta melhora pode ser tanto devido à mudança no processo de matrícula, em que os PNEs não têm mais que fazer a matrícula na secretaria, podendo recorrer ao DAA, ao PPNE ou ainda à matrícula WEB, pela *internet*. Hoje os PNEs têm sua vaga garantida nas turmas que solicitarem e a alteração das salas é feita automaticamente, sem que o aluno ou o PPNE tenha que solicitar ao professor, como era feito antigamente. Paralelamente às transformações burocráticas, foram ofertados vários cursos pelo PPNE para os professores, funcionários e alunos. Nestes cursos as necessidades especiais foram discutidas e até vivenciadas, visando sensibilizar a comunidade universitária quanto às necessidades dos alunos PNEs.

6.2.2 Quero um amor

O desejo de ter um relacionamento afetivo amoroso se destacou na fala dos participantes da pesquisa.

“Mas eu pretendo, e acho que não vai demorar muito. Pra ter uma namorada.” –

P6

“To quieto! Eu parei de ficar caçando. Agora eu sou a caça! Só esperando mesmo! É melhor ser a caça.” – P4

“Eu não sei direito iniciar um namoro assim entendeu? Tenho dificuldade de... Acho que de expressar o sentimento, sei lá. Coisas mais emotivas.” – P3

“Ah, eu não ter namorada, acho que o que mais me incomoda. Falta empenho meu mesmo. Já fiquei com umas meninas ai e tal. Mas nunca tive nada sério. Eu não sei

se eu tenho muita vontade de namorar muito sério. Eu só queria que as coisas acontecessem comigo de forma mais natural. Ah, que acontecesse naturalmente. Me interesse por alguém, vou lá falo e tudo bem e a gente fica junto.” – P2

As razões para a insatisfação sobre a falta ou as dificuldades de um relacionamento amoroso podem ser inerentes à faixa etária e à população universitária, não se restringindo aos PNEs, mas o impacto visual da deficiência pode dificultar a aproximação em uma relação afetivo-amorosa. Os preconceitos com relação à pessoa com necessidades especiais e os mitos sobre sua sexualidade funcionam como uma barreira na vinculação com o outro. O pré-conceito dos próprios participantes pode dificultar o estabelecimento de um relacionamento afetivo-amoroso, ao julgarem que ninguém deseja estar com um PNE ou que ao avaliarem que não têm os mesmos atributos que as pessoas “normais”, como pode ser percebido na fala abaixo.

“Existem vários fatores pra você namorar alguém. Então você tem que encontrar alguém que seja interessante, tem que encontrar uma pessoa que te aceite; meu caso é um pouco mais difícil; os atributos que eu tinha que podiam interessar as meninas, nem todos eu tenho mais. Eu tinha um corpinho legal. Hoje eu sou muito magrelo porque os músculos atrofiaram e tem a história da dependência e tal, não é toda menina que aceitaria. Eu tenho que encontrar alguém que me aceite, alguém que eu queira.” – P6

Ao denegrirem sua auto-imagem e desconstruírem o papel latente de namorado(a), podem deixar de investir em outros atributos que interessariam a um(a) parceiro(a) em potencial, tais como cuidado com o corpo, papo interessante, auto-confiança, ser uma pessoa divertida e de explorar seu próprio *sex appeal*.

A dificuldade em conciliar diferentes tarefas do dia a dia, que pode ser outro aspecto que dificulta um relacionamento afetivo-amoroso, como pode ser percebido pelas falas abaixo.

“Atualmente não. Mas já tive namorada... Terminou porque a UnB nos separou....

Aí a UnB destruiu tudo porque aí não tem mais como... A gente separa, né? Porque eu passo muitas horas aqui...” – P4

“O que atrapalhou foi a questão da distância, ele morava longe, trabalhava muito e eu estudando muito, os horários não batiam. Acabou que a gente não se via muito.”

– P1

O desejo de constituir sua própria família se destaca na fala de alguns dos participantes.

“Quem não quer, né? Qual ser humano que não pretende? Que nunca sonhou com isso? Eu também! Sim, filhos! Claro! Uma mulher, uma esposa.” – P4

“Eu espero casar também.” – P3

“Talvez daqui a cinco talvez não mas até dez espero estar casado. Espero ter família, ter filho” – P6

“Tenho, tenho muita vontade. Não sei assim se eu vou ter filhos naturais, mas adotados, com certeza. Com certeza. Eu penso muito em adotar uma criança, mesmo que eu tenha os meus naturais. Eu adoro crianças.” – P1

“Nunca tive vontade de ter filhos. Mas também, nunca tive ninguém pra dividir uma vontade dessas, né? Por que às vezes, você tando com alguém, né? Acaba surgindo mais. Mas essa idéia não é uma idéia que tenha uma aprovação muito grande na minha cabeça. De ter filhos. Mas acho que pode mudar. (...) Eu sou bem paternal com meu irmão mesmo” – P2

Os dados acima remetem aos do estudo de Sherman, Devinney e Sperling (2004), que apontam que as pessoas que moram com seu companheiro(a) estão mais satisfeitos com seu estado civil do que as aquelas que não estão em um relacionamento formal. Entretanto, cabe aqui questionar até que ponto a inclusão dessas pessoas está sendo efetiva. A universidade é um local onde os jovens ficam e namoram muito, e os participantes destacam essa insatisfação. É importante, ainda, remeter a dicotomia dos papéis assumidos pelos deficientes, ora tido como “coitadinho”, ora como “herói” (Montanari, 1999). O desejo de constituir uma família pode ser o desejo de uma pessoa que amadureceu, alcançou a idade adulta e deseja ter filhos. Mas pode também ser um indicador da necessidade de superar e ultrapassar a deficiência para ser reconhecido como normal.

6.2.3 Família, família, almoça junto todo dia

A família é destacada na fala dos participantes como fonte de apoio, mas também de conflitos, devido, entre outros fatores, à superproteção.

“Com meus irmãos... eu tenho uma relação tranqüila. Eu acho que... por exemplo, minha irmã, ela nunca se sentiu obrigada em relação a mim e nem eu em relação a ela. Mas essa relação de ajuda acontece muito. A mesma coisa com meu irmão. Já com os meus pais, a coisa é um pouquinho mais tensa, por essa relação de proteção e deu tentar conseguir o meu espaço. Essas coisas assim, acabam sendo um pouco mais tensas.” - P1

“Ah, minha família, meu pai, minha mãe, meus irmãos, principalmente, meus irmãos. Conto muito com eles pra tudo, né, não só no sentido físico, mas a gente é bastante unido assim..” – P1

“E em termos sociais, eu pude ter uma família que me trouxe, que deu condições de eu ta finalizando o meu estudo. Isso não é pouca coisa. Suporte da família. Minha mãe me ajudou e foi muito forte em me mostrar o caminho, a me estimular a voltar pro mundo, a ir pro que eu queria, a me estimular mesmo.” – P7

“Em casa é bom, mas sei lá. Família é fogo né? Família sempre briga.”

“Eu gosto bastante do meu irmão, gosto muito da minha madrasta. E acho que ela gosta de mim como um filho”. – P2

“Essa questão da proteção tava atrapalhando muito essa coisa da vida social. Quando os outros podem sair, eu tô estudando e quando eu quero sair, tem um ou

dois que podem ou que querem sair. Então eu tive que negociar, porque, por exemplo, pra minha mãe, um ou dois, dependendo de quem são esses um ou dois é como se eu tivesse saindo sozinha e se eu sair sozinha, é perigoso. Tive que negociar muito”. – P1

A família ocupa um papel central na vida das pessoas com necessidades especiais (Lopes, Kato & Corrêa, 2002) e o local em que o aprendizado, a formação da personalidade e o desenvolver da auto-imagem pode ocorrer a partir de experiências positivas (Tuleski, Taguchi, Alves, Oliveira & Marques, 2003).

Frente ao desafio de educar filhos com deficiências, os pais encontram dificuldade em estabelecer limites e promover a autonomia (Silveira & Neves, 2006), o que pode gerar os conflitos percebidos nas falas dos participantes. Apesar da capacidade de inovar e resolver seus problemas, percebe-se ainda resquícios dessa postura de culpabilização com relação aos pais, na fala de um participante.

“Porque eu era muito protegido. Só ficava em casa quando eu era criança, então isso cortou um pouco o contato com o mundo exterior.” – P3

“Eu culpo um pouco meus pais que foram um pouco... Que me protegeram demais e também... Eu acho que por outro lado eles tentaram fazer com que eu não me frustrasse.” – P3

Ausloos (1998) destaca a importância do resgate da responsabilidade e capacidade dos pais de encontrar soluções criativas na educação de seus filhos. Essa capacidade tem

sido aos poucos devolvida pelas ciências que antes se preocupavam em culpabilizá-los e apontar os erros, em especial a Psicologia. Já diz o senso comum: “a culpa é da mãe...”

6.2.4 Não pense que a cabeça agüenta se você parar

Os relatos a seguir fazem referência à necessidade de continuidade da vida, de estar em atividade e evitar ficar parado. São abordados aspectos como trabalho e estudos.

“Minha conquista foi eu não ter parado de fazer coisas. Ah, to numa cadeira aqui, vou ficar em casa o dia inteiro? Não vou fazer nada da vida? Acho que o maior mérito meu é não parar. Continuar vivendo normal.” – P2

As pessoas com necessidades especiais ainda sofrem discriminações na inserção no mercado de trabalho, como pode ser percebido nas falas abaixo:

“Eu não tive problema porque na época, eu não tive deficiência. E passei logo pra Secretaria de Educação.(...) no meu caso da deficiência, eu não tive muito porque eu tava trabalhando.” – P5

“Eu queria emoldurar minha primeira nota. Não queria gastá-la. Porque claro, eu não tinha perspectiva de trabalho, pensei que eu não ia trabalhar.” – P4

Apesar das dificuldades enfrentadas na entrada e na permanência no mercado de trabalho, o emprego ocupa um lugar de destaque na vida dos participantes.

“Eu gosto de trabalhar, mas eu... A minha condição física já não ta permitindo muito isso, de eu manter uma rotina de trabalho. Eu trabalho oito horas por dia.” –

P2

“Já to querendo sair, ir pro tribunal. E aí... evoluir sempre.” – P4

“O trabalho é uma coisa importante pra qualquer pessoa. Eu preciso, se possível, de ter um emprego que me proporcione uma qualidade de vida boa. Um emprego, por exemplo, que não me sugue demasiadamente.” – P7

Estes dados confirmam o estudo de Piveta, Marquezine e Faleiros (2003), que afirma que o trabalho marca a entrada dos PNEs na sociedade produtiva, mas que há grandes dificuldades nesse inclusão.

6.2.5 Viva, viva, viva a sociedade capitalista

Neste tópico será abordada a necessidade de independência financeira, como uma ferramenta que possibilita uma independência plena, a liberdade no ir e vir. O custo elevado de viver com uma necessidade especial também se destaca nos relatos a seguir.

“É. Que pesa no bolso.” (...) “Pra uma pessoa que tem uma dependência a mais como eu é muito importante ter uma fonte de renda mais gordinha, né? Se eu tiver que pagar, por exemplo motorista, alguém pra me dar banho” – P6

“Agora, pra gente, a gente tem que... A gente precisa de mais dinheiro. Infelizmente, eu preciso de um carro não há transporte que funcione nessa cidade. Eu preciso de um carro. Um carro que me atenda bem.” - P7

“Nervoso, começaram as dívidas, né? Ai essa foi a parte pior, você ter que lidar com tudo isso e ter que começar a se virar pra sustentar. Por exemplo, o dinheiro dava sim. Qualquer outra pessoa que não tivesse o gasto que eu tenho de doença. Apertado, mas dá. Você quer uma vida melhor, você corre atrás e vai fazer algum outro bico, né?” – P5

“Hoje em dia só to trabalhando pelo dinheiro mesmo, pra ter melhor qualidade de vida. Hoje em dia só to querendo mais, ter condições pra uma vida melhor. Eu só quero ter conforto.” – P2

“Eu queria ganhar bem o suficiente para contratar uma pessoa para me ajudar, mas nesse sentido, que minha independência... A minha independência física depende de ter independência financeira” – P2

É interessante notar a preocupação dessa população em ter um bom salário para garantir uma boa qualidade de vida. Eles afirmam que precisam de mais dinheiro do que as pessoas “normais”, que têm mais gastos, com motorista, casa, cuidador, remédios, material para cateterismo, cadeira de rodas e acessórios, fisioterapia. Esse dado nos remete ao sucateamento dos serviços públicos de saúde e da grande quantidade de dinheiro gasto pela população na tentativa de se manterem saudáveis, um direito garantido pela Constituição (Art. 5º). As pessoas com deficiência têm ainda mais gastos, com medicamentos, carros adaptados – uma vez que não é possível andar de ônibus em nossa cidade -, uma pessoa que tome conta e ajude na higiene pessoal.

A desigualdade e a exclusão ficam evidentes ao se constatar as barreiras enfrentadas por essa população. Uma solução talvez seja o estímulo ao investimento profissional, que

gera um ganho duplo para o governo, que terá menos gasto com aposentadorias em uma população jovem, e maior ganho em impostos na inserção dessa população no mercado de trabalho.

6.2.6 O futuro é hoje

Nos relatos dos participantes percebeu-se a incerteza com relação ao futuro e a dificuldade de planejamento. Esse aspecto esteve relacionado às limitações que a deficiência física impõe, mas também aponta o alcance de objetivos de vida dos participantes, que se centravam em estudar e trabalhar.

“Não tenho grandes pretensões pro futuro não, só tocar a vida mesmo” – P2

“Eu quero poder trabalhar. Ter minha independência.” – P3

“Prejudica um pouco a tua visão de futuro, porque você está habituado até as tuas limitações e infelizmente você acaba tendo sonhos limitados também. Entende? (...)

Às vezes, você quer sonhar. Você sonha em fazer isso e aquilo, mas aí você pensa

“Ah! Mas eu tenho essa doença, acho que eu não vou conseguir poder fazer isso, poder fazer aquilo”. – P3

“Depois que eu coloquei essas metas de passar na universidade, de um emprego, eu imagino que eu estou do jeito que eu me imaginava há dez anos. Hoje eu me imagino, claro, trabalhando no Senado... uma coisa assim... pode até parecer um pouco... pensar pequeno, né? Mas pra mim, a partir de agora, o que vier é lucro. Se bem que quando eu fiquei doente, o médico falou para a minha mãe que eu só iria

viver até os 12 anos, né? Então, esses 12 anos para cá é lucro, né?” “Hoje, meu objetivo é trabalhar no Senado Federal e depois comprar um apartamento...” – P4

“Bem, pretendo tá formada, me estabilizando, eu me imagino assim... Então eu me imagino assim, bem centrada no meu trabalho, imagino que eu vá estar numa área que eu goste muito. Imagino assim, que eu tenha muitos pacientes que eu tenha lembranças boas deles. Sabe aquela coisa assim, fazer diferença pra alguém? Eu quero muito isso. Imagino que eu esteja, talvez num apartamento, porque eu não tenho paciência pra casa, pra casa grande, pra... Imagino que eu esteja num apartamento já próprio, já com um relacionamento mais firme, talvez casada ou quase, não sei.” – P1

A literatura sobre o enfrentamento destaca a perspectivas de futuro, ou a sua inexistência como um fator importante no trato da deficiência (Aldwin, 1994). A falta de planejamento pode ser um sinal de alerta. Afinal, se esses jovens não têm perspectiva com relação ao futuro deles, o que poderão conquistar?

6.2.7 Amigo é coisa pra se guardar

Neste tópico são abordados os relatos que falam das relações de amizade dos participantes, de sua timidez, e das mudanças provocadas pela entrada na universidade com relação aos amigos.

“Ele sabe tudo que acontece comigo. (...) Ele é meu melhor amigo aqui na UnB” – P2

“Eu nunca fui de andar muito com as pessoas de conversar muito. Eu era bastante tímido Não deu tempo de conhecer as pessoas. Fica pulando de lugar em lugar. Assim, eu nunca tive de ter amigo assim próximo de casa.” – P2

“Eu não sou muito de me abrir assim com as pessoas. Acabou ficando um pouco quieto.” “É. Tenho bons amigos assim. A gente conversa assim e tal. Eu não saio muito. Eu não tenho muitos amigos, tenho poucos. Apesar de ser bons amigos. Não sou muito sociável.” – P3

“Minha saúde é sempre instável.” “Minha doença é um dos motivos da minha dificuldade com o social, assim.” – P3

“Aqui [na UnB] eu acho que eu tenho o convívio social melhor que eu já tive na escola. Na escola meu convívio social era mais, mais... Como eu posso dizer. Não era tanto, não era tanto, num era tanto de falar com as pessoas. Era mais tímido, mais retraído. Depois eu acho que eu melhorei nesses últimos anos. (...) Aqui eu me sinto mais à vontade.” – P2

Os relatos são bons indicadores de saúde física e mental dos participantes, uma vez que o suporte social está associado com uma melhor saúde física e mental (Berkman, 1986; Broadhead & cols., 1983; Moreno, 1994; Fox, 2002) e ao ajustamento e à auto-estima (Chwalisz & Vaux, citado por Eide & Roysamb, 2002). Assim, a melhora apontada nas falas dos participantes a partir do ingresso na universidade evidencia que o PPNE tem

conseguido cumprir seu objetivo, de proporcionar o exercício de cidadania (Souza, Soares & Evangelista, 2003; www.unb.br/ppne).

6.2.8 A comunidade sou eu

A comunidade se destaca na fala de um dos participantes da pesquisa, como um fator que contribui na formação de sua identidade e do sentido de pertença e inclusão. Cabe destacar que apesar da pequena representatividade, a análise dos dados se fundamenta na pesquisa qualitativa, em que a intensidade é um dos pilares para essa análise.

O destaque dado à comunidade chamou muito a atenção por ser objeto de muitos estudos, apontado como fator de saúde e proteção (Sluzki, 1997) e por ter sido citado apenas pelo participante que pareceu mais incluído. A perda ou enfraquecimento dos vínculos de um indivíduo gera *“vazio de identidade, de história, de continuidade, de nutrição emocional, de feedback social, de cuidados de saúde, de validação, de responsabilidade pelo outro”* (Sluzki, 1997, p. 26).

“O pessoal aqui é Brasília é muito solidário... É difícil negar a ajuda. Se você está em um estacionamento para descer do carro e precisa pegar a cadeira no portamalas, qualquer pessoa que você pede vai e ajuda... Pelo menos eu nunca recebi um “não, to apressado e tal” ... Quando eu pegava ônibus também... Sempre que eu precisava de alguém para pegar, subir a cadeira o pessoal da parada era só dar um sinal que já vinham uns quatro ou cinco e já estava jogando lá dentro.” – P4

“Eu quero que a comunidade ganhe alguma coisa com isso. Eu quero que a rede ajude uma pessoa que não tem perspectiva para recolocá-la no mercado de trabalho, que ela tenha uma percepção maior do mundo, que é uma possibilidade que ele pode trazer, né? Então, provavelmente eu vou trabalhar na área da formação mesmo. Coordenar aulas... projetos mais comunitários, né? Voltado para a comunidade mesmo.” – P4

“A evolução dela [da cidade em que reside] tem muito a ver com a minha porque quando a gente foi pra lá a cidade era uma bagunça, uma verdadeira favela. E hoje já não é. Essa evolução, quando você faz parte, você viu toda essa evolução desde os tempos em que estava ficando os postes até as coisas mais modernas (...) que na época seria supérfluo, né? Então, você vai criando um certo amor, né?”. – P4

O fato de a comunidade ter sido destacada apenas por um dos outros participantes é um dado que merece destaque dentro do contexto e da história de nossa cidade, em que não há espaços comuns para serem compartilhados (Holston,1993). Pode, ainda, ser um indicador do preconceito de nossa sociedade e conseqüente exclusão vivida pelos deficientes na comunidade.

A partir dos dados apresentados, percebe-se que os deficientes começam, aos poucos, a vivenciar a inserção em algumas esferas. Mas, há ainda a exclusão em diversos âmbitos da vida dessas pessoas, como a inserção na comunidade e o estabelecimento de um relacionamento afetivo-amoroso. A inclusão pressupõe que todos possam transitar na sociedade apesar de suas limitações. As barreiras que os deficientes físicos apontam ter que vencer são, ainda, as barreiras físicas e o preconceito.

Capítulo 7 – Considerações Finais

Este trabalho se propôs a identificar como as pessoas com deficiência física percebem sua inclusão social. Primeiramente, explorou-se o tema da deficiência: seu conceito, sua história e os efeitos dos aspectos psicológicos na vida das pessoas com necessidades especiais, à luz da teoria psicodramática. Em seguida, a inclusão foi discutida em diferentes contextos: escola, universidade e mercado de trabalho. O Programa de Apoio às Pessoas com Necessidades Especiais - PPNE, como uma proposta de inserção das pessoas com necessidades especiais no ambiente universitário, foi apresentada e explorada. Posteriormente, o método de investigação foi apresentado e um novo instrumento foi proposto: o átomo mínimo. Por fim, os dados encontrados foram discutidos a partir da análise construtiva interpretativa proposta por González-Rey (2002).

Houve uma limitação na composição da amostra e dificuldade na participação dos alunos na pesquisa. Muitos alunos trocaram de telefone e não comunicaram ao PPNE, o que impossibilitou o contato. Outros não atendiam aos telefones celulares ou ao telefone do trabalho. Houve aqueles que agendaram a entrevista e não compareceram, houve ainda aqueles que se recusaram expressamente a participar da pesquisa. Este é um dado relevante, pois sugere certa dificuldade de se aproximar desse grupo, que pode ser em parte devido à grande quantidade de pesquisas que são feitas e que não há devolução à população, ou devido ao período em que as entrevistas ocorreram – próximo ao período eleitoral, que segundo a fala de alguns participantes recebem muitas ligações para darem entrevistas e participarem de programas eleitorais.

É importante destacar que após a entrevista e utilização do mapa mínimo, os participantes relataram terem gostado muito daquele momento, por terem tido a oportunidade de falar como se sentem, de contar de suas vidas e de serem ouvidos, sem ter que responder a perguntas do tipo “sim” ou “não”. Este último pode ter sido um dos motivos que levou grande parte dos alunos a não quererem participar da pesquisa.

O fato de terem reconhecido a entrevista como um dos raros momentos em que puderam se expressar livremente sugere a necessidade da criação de um espaço continente de escuta para esses alunos, uma vez que, apesar de todas as políticas de inserção, ainda sofrem a exclusão em diversas esferas de suas vidas. Um espaço clínico com foco na liberação da espontaneidade/criatividade e libertação. Destaca-se a importância da reflexão sobre as diferentes maneiras de a quebra de conservas culturais poder auxiliar na expansão e no enriquecimento do átomo social das pessoas com necessidades especiais e favorecer um melhor acolhimento pela sociedade. É preciso implementar ações que alcancem tanto os PNEs, para que se sintam pertencentes à sociedade; quanto a sociedade, para os percebam como sua parte integrante.

O objetivo desta pesquisa foi mapear as redes sociais de alunos universitários com deficiência física. Os resultados deste estudo indicam que os deficientes físicos da UnB desempenham diferentes papéis em suas famílias e no ambiente de trabalho/estudo. A maior parte deles tem relações de amizade, mas não destacam ninguém importante na comunidade. Sua maior dificuldade de inserção na universidade diz respeito ao problema de locomoção dentro do *campus* universitário, e o PPNE desempenha um papel relevante no cotidiano dessas pessoas.

Um dos objetivos específicos do estudo foi identificar como os deficientes físicos percebem sua inserção em diferentes esferas: familiar, social, universitária, e no mercado de trabalho. Para tanto, construiu-se uma ferramenta inspirada na ferramenta do psicodrama – átomo social – e o mapa das redes sociais de Sluzki, que foi denominado de átomo mínimo. Na esfera familiar, percebe-se que os deficientes que sofreram lesão medular relatam melhora no relacionamento familiar após o acidente. Os deficientes que têm doenças crônicas relatam dificuldade com relação à superproteção dos pais e necessidade de negociar sua liberdade e independência. A universidade, para a maior parte dos entrevistados, foi percebida como um ambiente em que se sentiram mais acolhidos e onde desenvolveram laços de amizade e afetividade. O desejo de ter um relacionamento amoroso e as dificuldades implicadas pela deficiência, como o impacto visual, foram destacados pelos participantes. Entretanto, nenhum dos entrevistados relatou dificuldades de inserção no mercado de trabalho, o que pode ser justificado pela reserva de vagas nos concursos públicos, principalmente quando todos os participantes que trabalham são funcionários públicos. Este dado indica que a reserva de vaga para essa população é uma política eficaz em sua inserção no mercado de trabalho. Por sua vez, os participantes, apesar das adversidades sofridas pelos deficientes físicos em geral, conquistaram uma melhor qualificação profissional do que as previstas pelas estatísticas da Unicef (2003), o que lhes garantiu um lugar no disputado mercado de trabalho.

Diversos papéis desempenhados pelos participantes puderam ser mapeados neste estudo: concentram-se na esfera familiar, onde desempenham papel de filho(a), irmã(o), tia, entre outros; e no caso daqueles que trabalham, também no ambiente de trabalho. Apesar das outras esferas não terem apresentado muitos elementos, a concentração no âmbito

familiar não é de todo ruim, uma vez que neste ambiente os sujeitos têm a possibilidade de desempenhar diferentes papéis. Entretanto, indica empobrecimento do átomo e dificuldade de inserção nas outras esferas. Desde os tempos imemoráveis cabe à família o cuidado da prole. Em se tratando de deficientes, sabe-se que durante muito tempo prevaleceu a tendência das famílias manterem-os mesmos restritos e ocultados em seus lares. Seria a restrição à esfera familiar um resquício dessa tendência e uma das rígidas conservas a serem desconstruídas?

Identificar as expectativas com relação ao futuro foi outro objetivo deste estudo. Nos relatos percebeu-se a incerteza com relação ao futuro e a dificuldade de planejamento, que esteve relacionado às limitações que a deficiência física impõe, e ao alcance de objetivos de vida dos participantes. A maior parte dos participantes relata que já alcançou o que desejava para sua vida: estudar, ter um emprego. Os participantes destacam a necessidade de concluir e/ou aprimorar esses sonhos, que se resume ao desejo de concluir a graduação e de ser aprovado em um concurso que pague melhor.

Outro objetivo desse estudo foi verificar se as iniciativas de inclusão de pessoas com necessidades especiais promovidas pela UnB são percebidas de forma favorável pelos usuários. Nesse sentido, constatou-se que o PPNE destaca-se como um espaço de ajuda aos alunos com necessidades especiais, fornecendo suporte com relação à matrícula, troca de salas, negociação dos prazos de trancamento e orientações em processos de jubramento, com o transporte dentro do *campus* e com atendimento psicológico. Como possibilidades de melhoria, foram solicitados a ampliação do acesso ao transporte, a ampliação do horário de atendimento para o turno noturno, a criação de um espaço de convivência e a construção de uma identidade de grupo. Destaca-se ainda que o PPNE é um programa formado por e

para as pessoas com necessidades especiais da universidade. Os próprios alunos participam do programa, fazem suas reivindicações, propõe melhorias e se implicam nesse projeto.

A identificação de possíveis aspectos que levam pessoas com necessidades especiais ingressadas na Universidade de Brasília a optarem por não se inserir no programa, sob a ótica dos usuários, foi um dos objetivos deste estudo. Nas entrevistas, além do preconceito e da falta de informação, o não precisar da ajuda do PPNE foi relatado como um fator possível para não utilização dos recursos do PPNE. Este achado foi surpreendente, pois acreditava-se que a resposta mais comum seria de que muitos deficientes teriam vergonha de se considerar como tal, e não por motivo de desconhecimento da existência do programa.

O átomo mínimo, uma nova ferramenta que une dois importantes conceitos de linhas teóricas da psicologia, tem seus pilares e práticas bastante semelhantes. Neste modelo, pede-se ao indivíduo que mostre as pessoas importantes de sua vida no espaço do “como se”, o que permite ao pesquisador investigar o átomo social; os papéis desempenhados pelo indivíduo a partir da família, amizade, trabalho/estudo, comunidade, e; explorar características da rede. O átomo mínimo pode subsidiar o planejamento de campanhas de inclusão, ainda incipiente em nosso país. Além disso, é uma ferramenta com potencial diagnóstico e interventivo. Isso porque na utilização dessa ferramenta, os participantes tiveram a oportunidade de acessar a geografia de sua existência, a configuração de seus átomos sociais, sua rede de relacionamentos. Esse instrumento de apelo visual foi fonte de *insight* ao levar os participantes à reflexão sobre suas relações, sobre a importância das pessoas de seu dia a dia e das diferentes esferas nas quais eles se inserem.

Este estudo, apesar de apresentar apenas um recorte da realidade das pessoas com necessidades especiais, ajuda no cumprimento de uma das metas da Declaração de Salamanca:

“Estimular a comunidade acadêmica no sentido de fortalecer pesquisa, redes de trabalho e o estabelecimento de centros regionais de informação e documentação e da mesma forma, a servir de exemplo em tais atividades e na disseminação dos resultados específicos e dos progressos alcançados em cada país no sentido de realizar o que almeja a presente Declaração”.

A partir deste recorte, é possível constatar que em alguma medida a inclusão está ocorrendo na universidade.

Em suma, a partir dos dados encontrados, percebe-se a importância da criação de um espaço de escuta e acolhimento dessa população, a fim de perceberem sua rede de contato e desenvolverem habilidades para expandi-la. Um serviço de atendimento psicológico seria adequado, na medida em que o átomo pudesse ser trabalhado e em que atendimentos individuais e em grupo ocorressem. O atendimento psicológico aos PNEs pode ultrapassar as barreiras da universidade e permitir a participação da sociedade, com atendimentos externos, psicodramas públicos em que o tema “deficiência” fosse trabalhado, atendimento à família, entre outras atividades que permitam que a universidade seja realmente para todos.

Sugere-se que novas pesquisas investiguem a inserção social na vida universitária de pessoas que não tenham necessidades especiais. Com esses dados em mãos, torna-se

possível comparar a inserção das pessoas com e sem necessidades especiais na universidade e identificar as semelhanças e diferenças. Sugere-se ainda investigar o grupo de pessoas com necessidades especiais que não contam com o apoio do PPNE. Tendo acesso a esse grupo, será possível investigar como é a percepção deles de sua inserção na vida universitária, e identificar as possíveis causas para essa não procura – falta de conhecimento, preconceito, dificuldade de se perceber como deficiente.

Existem muitas outras possibilidades na infindável criatividade humana. Resta-nos transpor os limites impostos pelas conservas culturais que perversamente distribuem os papéis sociais em normal e anormal, capaz e incapaz, eficiente e deficiente, “sexy” e assexuado, dominador e dominado...

Referências Bibliográficas

- Aguiar, M. (1998). *Teatro da Anarquia – um resgate do psicodrama*. Campinas: Papirus.
- Aguiar, M. (Org.) (1990). *O Psicodramaturgo – J. L. Moreno (1889- 1989)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development – an integrative perspective*. London: The Guilford Press.
- Almeida, W. C. (1982). *Psicoterapia Aberta: o Método do Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- Almeida, W. (Org.) (1999). *Grupos: a proposta do Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- Amiralian, M. L. T., Pinto, E. B., Ghirardi, M. I.G ., Lichtig, I., Masini, E. F.S. e Pasqualin, L. (2000). Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, 34(1): 97-103.
- Araújo, J. C. & Schmidt, A. (2006). A inclusão de pessoas com necessidades especiais no trabalho: A visão de empresas e de instituições educacionais especiais na cidade de Curitiba. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 12(2), 241-254.
- Ausloos, G. (1998). *Las Capacidades de la Família - Tiempo, Caos y Proceso*. Barcelona: Herder.
- Batista, C. A. M. (2003). A inclusão da pessoa portadora de deficiência no mercado formal de trabalho e suas correlações com a prática de responsabilidade social. Em A. dos S. Teodósio, C. A. M. Batista & L. J. V. B. Givisiéz (Orgs.). *Gestão Inclusiva: primeiro, segundo e terceiro setor* (pp. 9-27). Belo Horizonte: Armazém das idéias.
- Batista, M. W. & Enumo, S. R. (2004). Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 101-111.

- Berkman, L. F. (1986). Social networks, support, and health: Taking the next step forward. *American Journal of Epidemiology*, 123, 559–562.
- Brito, V. (2006). Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e psicodrama. Em Monteiro, A., Merengue, D., Brito, V. *Pesquisa Qualitativa e Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- Broadhead, W. E., Kaplan, B. H., James, S. A., Wagner, E. H., Schoenbach, V. J., & Grimson, R. (1983). The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *American Journal of Epidemiology*, 117, 521–537.
- Bustos, D. (1979). *O teste sociométrico: fundamentos, técnica e aplicações*. São Paulo: Brasiliense.
- Bustos, D. (2001). *Perigo... Amor à vista! Drama e Psicodrama de casais*. (N. de P. Lima, Trad.). São Paulo: Aleph.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar-uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Conceição, M. I. G. (2000). *Biofeedback eletromiográfico na reabilitação de portadores de lesão medular*. Tese de Doutorado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Conceição, M. I. G. & Silva, M. C. R. (2004). Mitos sobre a sexualidade do lesado medular. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 15(2), 101-110.
- Conceição, M. I. G., Auad, J. C. & Nery, M. P. (2006). Sociodrama de Gênero. Em Federação Brasileira de Psicodrama (Org.). [Texto completo]. *XV Congresso Brasileiro de Psicodrama*. São Paulo: FEBRAP.
- Conceição, M. I. G. & Auad, J. C. (2006). Orkut psicodramático. Em Federação Brasileira de Psicodrama (Org.). [Resumo]. *XV Congresso Brasileiro de Psicodrama*. São Paulo: FEBRAP.

- Contro, L. (2004). *Nos jardins do Psicodrama*. São Paulo: Alínea.
- Correr, R. (2003). *Deficiência e inclusão social*. Bauru, São Paulo: Edusc.
- Cox, T. (1994). *Cultural Diversity in Organizations: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Craig, A.R., Hancock, K.M., Dickson, J.M. & Chang, E. (1990). Psychological consequences of spinal injury: a review of the literature. *Journal of Psychiatry*, 24, 418-425.
- Demo, P. (2001). *Pesquisa e Informação Qualitativa: Aportes Metodológicos*. Campinas: Papirus.
- Diaz, A. L. A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial.
- Dijkers, M. P. (1999). Correlates of life satisfaction among persons with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 867–876.
- Duric, Z. & Veljkovic, J. (2005). *Psicodrama em HQ – Iniciação à teoria e técnica*. São Paulo: Daimon.
- Eide, A. & Roysamb, E. (2002). The Relationship Between Level of Disability, Psychological Problems, Social Activity, and Social Networks. *Rehabilitation Psychology*, 47(2), 165-183.
- Elliott, T. R. (1999). Social problem-solving abilities and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 44, 315–332.
- Elliott, T. R., Godshall, F. J., Herrick, S. M., Witty, T. E., & Spruell, M. (1991). Problem-solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 387–398.

- Elliott, T. R., Shewchuk, R. M., & Richards, J. S. (1999). Caregiver social problem-solving abilities and family member adjustment to recent-onset physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 44, 104–123.
- Fonseca Filho, J. de S. (1980). *Psicodrama da Loucura – correlações entre Buber e Moreno*. São Paulo: Ágora.
- Fox, J. (2002). *O Essencial de Moreno. Textos sobre Psicodrama, terapia de grupo e espontaneidade*. (M. Aguiar, Trad.). São Paulo: Ágora.
- Gimenes, M. G. G. (1997). A Teoria do Enfrentamento e suas Implicações para Sucessos e Insucessos em Psiconcologia. p. 111- 147. Em M. G. Gimenes & Fávero, M. H (Orgs.), *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editoryal Psy.
- Gonçalves, C. S. Wolff, J. C. & Almeida, W. C. (1988). *Lições de Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- González-Rey , F. G. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia – caminhos e desafios*. (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González-Rey , F. G. (2005). *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. (M. A. F. Silva, Trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Holston, J. (1993). *A cidade modernista – uma crítica de Brasília e sua utopia*. (M. Coelho, Trad). São Paulo: Companhia das Letras.
- Hutchison, T. (1995). The classification of disability. *Archives of Disease in Childhood*, 73(2), 91-93.
- IBGE - Sistema de Dados Agregados – Censo Demográfico 2000. Amostra - Características Gerais da População – Acessado em 20 de março de 2006 - <http://www.ibge.gov.br/>.

- Kafrouni, R. & Pan, M. A. G. de S. (2001). A inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais e os Impasses Frente à Capacitação dos Profissionais da Educação Básica: um Estudo de Caso. *InterAÇÃO*, 5, 31-46.
- Kennedy, P., Lowe, R., Grey, N., Short, E. (1995). Traumatic spinal cord injury and psychological impact: A cross-sectional analysis of coping strategies. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 627-639.
- Knobel, A. M. (2004). *Moreno em ato. A construção do Psicodrama a partir das práticas*. São Paulo: Ágora.
- Krause, J. S., Sternberg, M., Lottes, S., & Maides, J. (1997). Mortality after spinal cord injury: An 11-year prospective study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 815–821.
- Lopes, G. B., Kato, L. S. & Corrêa, P. R. C. (2002). Os pais das crianças com deficiência: reflexões acerca da orientação em reabilitação motora *Psicologia: Teoria e Prática*. 4(2):67-72.
- Maciel, M. R. C. (2000). Portadores de Deficiência - a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, 14(2).
- Marineau, R. F. (1992). *Jacob Levy Moreno. O Pai do Psicodrama, da Sociometria e da Psicoterapia de Grupo*. (J. S. e M., Werneck, Trad.). São Paulo: Ágora.
- Martin Ginis, K. Latimer, A. Mckechnie, K. Ditor, D. (2003). Using Exercise to Enhance Subjective Well-Being Among People With Spinal Cord Injury: The Mediating Influences of Stress and Pain. *American Psychological Association*, . 48(3), 157.
- Maturana, H. R. & Verden-zoller, G. (2004). *Amar e brincar: Fundamentos Esquecidos do Humano*. São Paulo: Palas Athena.

- MEC (2006). *A inclusão escolar de alunos com necessidades educacionais especiais – deficiência física*.
- Minayo, M.C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- Miranda, J. R. (2006). A formação do professor e a educação especial. *Revista Técnico-científica do SENAC-DF*, 1(1), 39-54.
- Montarini, P. M. (1999). Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. *Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento*, 1, 97-108.
- Monte, F. R. F. do & Santos, I. B. dos (2004). *Saberes e práticas da inclusão: dificuldades de comunicação e sinalização: deficiência física*. Brasília: MEC, SEESP.
- Monteiro, A. (2000). Projeto Psicodramático e conexões epistemológicas com o pós-modernismo. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 8 (2).
- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Cultrix.
- Moreno, J. L. (1994). *Quem sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama. Volume II*. (D. L. Rodrigues & M. A. Kafuri, Trad.). Goiânia: Dimensão.
- Moreno, J. L. (1997). *J.L. Moreno: Autobiografia* (L. Cuschnir, Trad.). São Paulo: Saraiva.
- Moreno, J. L. (1999). *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*. (J. C. V. Gomes, Trad.) São Paulo: Mestre Jou.
- Muss, R. (1966). *Teorias da adolescência* (2ªed). Belo Horizonte: Interlivros.
- Naffat Neto, A. (1997). *Descolonizando o Imaginário*. São Paulo: Plexus.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (2005). O Cotidiano nos Múltiplos Espaços Contemporâneos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 365-373.
- Nery, M. P (2003). *Vínculo e Afetividade – Caminhos das relações humanas*. São Paulo: Ágora.

- Nudel, B. W. (1994). *Moreno e o Hassidismo - Princípios e Fundamentos do Pensamento filosófico do Criador do Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- OMS – Organização Mundial de Saúde - World Health Organization (1997). *International classification of impairments, activities, and participation (ICIDH-2)*. Geneva, Switzerland: Author. Acessado em 20 de março de 2006. <http://www.who.int/en/>
- Pereira, S. E. F. N. (2003). *Drogadição e Atos infracionais entre jovens na voz do adolescente em conflito com a lei no DF*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- PPNE - Programa de Apoio aos Portadores de Necessidades Especiais —Acessado em 20 de fevereiro de 2006 - www.unb.br/ppne.
- Quintão, D. T. (2005). Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social. *Psicologia & Sociedade*; 17(1), 17-28.
- Rath, J., Hennessy, J., Diller, L. (2003). Social Problem Solving and Community Integration in Postacute Rehabilitation Outpatients With Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Psychology*, 48(3), 137-144.
- Raposo, P. N. (2006). *O impacto do sistema de apoio da Universidade de Brasília na aprendizagem de universitários com deficiência visual*. Tese de Mestrado. Brasília: Universidade de Brasília.
- Sasaki, R. K. (1997). *Inclusão. Construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA.
- Sherman, J., Devinney, D., Sperling, K. (2004). Social Support and Adjustment After Spinal Cord Injury: Influence of Past Peer-Mentoring Experiences and Current Live-In Partner. *American Psychological Association*, 49(2), 140-149.
- Silveira, F. F. & Neves, M. M. B. da J. (2006). Inclusão Escolar de Crianças com Deficiência Múltipla: Concepções de Pais e Professores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 79-88.

- Siqueira, M. C. B. (2002). *Mulher - Um papel em construção*. Acessado em 29/09/06 - <http://www.sistemica.com.br>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, M. V. A. & Rabelo, M. L. (2003). Atendimento a Candidatos com Necessidades Especiais nos Processos Seletivos da Universidade de Brasília. *Linhas Críticas*, 9(16), 127-140.
- Souza, A. M., Soares, D. L. & Evangelista, G. B. M. G. (2003). A Universidade de Brasília e a Inclusão do aluno com necessidades educativas especiais. *Linhas Críticas*, 9(16), 105-126.
- Spinal Cord Injury Association (1992). Annual Review. London: *Spinal Injuries Association*.
- Tanaka, E. D. O. & Manzini, E. J. (2005). O que os empregadores pensam sobre o trabalho da pessoa com deficiência? *Revista Brasileira de Educação Especial*, 11(2), 273-294.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. Em J.A. Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico – V.* (p. 45-56). Porto alegre: ArtMed.
- Torres, C. V. [Texto não publicado]. Deficiência física e inclusão: muitas vezes são como água e óleo. Texto baseado no trabalho de Jamilson-Carlen (1995). *The Kaleen Jamilson Consulting Group*.
- Tuleski, S. C., Taguchi, D. M., Alves, L., Oliveira, P. P. & Marques, S. P. (2003). Educação Especial: a Família como Foco. Em M. C. Marquezine, M. A., Almeida, S. Omote (Orgs.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais* (pp.97-109). Londrina: Eduel.
- Unesco (1994). *Declaração de Salamanca e Linhas de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais*. Brasília: Corde.

Unesco (2005). *A integração das pessoas com deficiência na educação superior no Brasil*.

Unicef – Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2003). *Relatório da Situação da Infância e Adolescência Brasileiras, Diversidade e Equidade*. Acessado em 10 de janeiro de 2007 - <http://www.unicef.org/brazil/>.

Verbrugge, L. M., & Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science & Medicine*, 38, 1–14.

ANEXO

Anexo A

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, aceito o convite de participar do projeto “Psicodrama: uma ferramenta de inserção social”, coordenado pelas psicólogas Maria Inês Gandolfo Conceição – Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UnB e Juliana Cal Auad – mestranda em Psicologia na UnB.

O objetivo dessa pesquisa é investigar o Psicodrama como uma ferramenta de inserção social, em especial no grupo de universitários com necessidades especiais. Todos os dados coletados são confidenciais.

Concordo em participar de entrevistas ao longo do 2º semestre letivo de 2006 coordenado pela mestranda e acompanhado por estagiários da Universidade. Concordo que essas atividades sejam gravadas em áudio e registradas por escrito.

Estou ciente de que posso desistir das atividades propostas a qualquer momento, sem prejuízo para o meu atendimento no PPNE, e que posso contactar as psicólogas abaixo identificadas.

Nome: _____

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Psicólogas:

Juliana Cal Auad – (Telefone)

Inês Gandolfo Conceição – (Telefone)

Apêndice B

Roteiro de entrevista clínica

Entrevistador: _____ Ego-aux.: _____

Nome do Participante: _____ Data: ____/____/____

Dados sociodemográficos

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____ anos

Estado civil: _____

Religião: _____

Renda familiar: R\$ _____

Nº de filhos: _____

Escolaridade: _____

Endereço: _____

Telefones para contato: _____

E-mail: _____

Vida Atual

- Relacionamento familiar
- Vida social
- Saúde física
- Relato de um dia típico
- Vida universitária
 - Relação com colegas, professores e funcionários
- Rede de suporte
- Inserção no mercado de trabalho

História de Vida

- Trajetória escolar até ingresso na Universidade
- Saúde e doença – uso de medicamentos?
- Conquistas e perdas

Expectativa com o Futuro

- Sonhos
- Perspectiva profissional
- 5, 10, 15 anos – quem eu vou ser?

Átomo Mínimo

- Pessoas importantes na minha vida hoje

Apêndice C

Zonas de sentido

1. **Eu sou normal** - testar os limites, inclusão, relacionamentos na universidade, apoio do PPNE (somos iguais, com nossas diferenças)

“Eu sou incluída” - P1.

“Porque eu sou obrigado a conviver com alguém, que, me auxiliando, ainda que pouco. Não é muito auxílio que eu preciso.” – P6

“Hoje eu me considero uma pessoa bastante normal; aliás assim, acho até que faço mais coisas que muita gente faz. Então sei lá, falar que eu sou deficiente é até meio estranho pra mim. (...) Pra mim eu tenho o pé calejado, viu? Rapaz fala o aleijado que eu atendo.” – P6

“Eu avalio [minha vida] de uma maneira muito boa. Eu tenho problemas como qualquer outra pessoa, me considero uma pessoa privilegiada porque, dentro do que diz respeito à pessoa com dificuldade de locomoção, por exemplo, tive que mudar de serviço público.” – P7

“As limitações, elas existem para todas as pessoas em níveis diferentes.” – P7

“E no meu caso, a deficiência não é aparente. Então eu tive muito problema, porque ficou parecendo que eu tava mentindo.” - P5

“Pra pessoa que tem dificuldade de locomoção, que sai muito, sai sozinha, precisa da ajuda das outras pessoas. Por exemplo, eu estacionei meu carro ali e a primeira pessoa que passou, eu pedi pra tirar minha cadeira do porta-malas. Se não for assim, é muito custoso, sabe? Vou ter que tirar tudo e... Não é nada demais. Aprender a aceitar ajuda é um passo importante pra quem com algum limite, uma limitação, um impedimento.” – P7

“Eu me joguei de volta na vida muito rápido. Não permiti que a deficiência me melindrasse externamente, ainda que internamente eu tenha... Eu sempre... Eu acumulei muitas atividades.” – P7

“o PPNE, além de ser um espaço onde a coisa tá aberta, pra resolver pequenos problemas práticos como, por exemplo, mudar a sala de lugar, é... Além dele cuidar dessa parte prática.... Se tá precisando de sala, se precisar ir numa biblioteca, eu tenho uma pessoa pra me acompanhar, se eu precisar ir no banco... Foi a maneira que eu tive de começar a querer ensaiar a voltar a trabalhar. Em relação a PPNE eu destacaria essas duas coisas: o apoio logístico e o apoio prático” ““Eu acho, em termos práticos, que as pessoas perdem ao não se aproximar do PPNE. As pessoas perdem porque o PPNE, concretamente, eu acho que pode ajudar muito. É porque às vezes, talvez as pessoas tenham um certo preconceito no que diz respeito a grupo de convivência de pessoas com deficiência.” – P7

“Olha, pra mim, porque eu ia largar esse curso. Nesse ponto, realmente a UnB [o PPNE] me ajudou nesse ponto porque eu tava fazendo uma coisa que eu gostava, tava ocupando a mente, né? E no começo eu sentia dores, não agüentava nem ficar sentada na cadeira.” – P5

“[O PPNE] Ajuda! Sempre eu faço contato com ele primeiro. Com essa coisa de troca de sala e isso é o que eu mais peço, porque o resto, não tenho muita dificuldade não. Eu prefiro a troca de sala, acho que eles têm um serviço de transporte. - - P2

“Eu acho que, eu acho que se ele não procura é porque não precisa. Eu, por exemplo, só procuro no que eu preciso. Mas essa coisa de relação em si, troca de sala, eles sabem com trabalhar isso melhor. (...) Que eu acho assim, que o PPNE não tem né? Alguém que esteja aqui, que possa vir aqui e chamar. ‘Será que você pode me ajudar, não sei o que?’. Isso que eu acho problemático aqui no PPNE. Só tem atendimento de dia.” - - P2

“Eu acho que podia [ter o serviço de transporte pra fora da UnB]. Acho que também não é assim. Acho que podia ser uma coisa além do esperado entendeu? Eu acho que já até suficiente o serviço aqui dentro.” - P2

“Poderiam oferecer um serviço de transporte, a um preço acessível. O certo seria a gente poder pegar ônibus, mas como não tem jeito, né?” - P2

“[O PPNE] Me ajuda assim. Uma vez eu peguei carona. E também, teve uma vez que corri o risco de ser jubilado. (...) Tava passando por um momento complicado e ai eles me deram orientação.” - P5

“...transporte público em Brasília é totalmente inadequado para portador de necessidades especiais. É inadequado até mesmo para quem não é portador de necessidades especiais. Quem precisa andar de ônibus em Brasília sofre, sofre mesmo. Então multiplica isso prum PNE. Então, eu acho que poderia buscar em casa. Claro que Brasília não tem uma estrutura para isso. Não tem o número de carros adequados, mas então a gente resolveu pegar pelo menos na rodoviária que onde todas as linhas param... Facilita muito. Mas para mim o transporte tinha que pegar, claro não sei se isso é viável, tinha que pegar na casa” - P4

“mas eu acho que é função do PPNE e não vem sendo bem... bem cumprida. A questão de grupo apoiador, sabe, aquela questão de um grupo que tem... que tem situações parecidas, vivências parecidas, que podem trocar idéias. Eu considero isso um pouco falho. Talvez pelos próprios usuários mesmo. Talvez seja o ambiente, acadêmico, corrido, né? Isso fica um pouco mais... um pouco defasado. A questão de apoio físico mesmo, na estrutura da UnB, a gente tá sendo muito bem atendido, no sentido de que a UnB é um grupo muito grande e o PPNE é um grupo pequeno. É um programa pequeno, então o esforço pra atender uma demanda grande, tá sendo grande, tá sendo efetivo, e a gente tá vendo as mudanças acontecendo, né. Devagar, em função dos entraves burocráticos, financeiros, mas tá acontecendo.” - P1

“Eu sempre me dei bem com os professores e acho até que a cadeira desperta uma simpatia. ‘Pô o cara está numa situação ruim e ta querendo estudar’. Então eu sempre tive uma relação boa, e melhorou, então está muito boa a relação com os professores.” - P6

“Aí eu sempre tive apoio dos professores. Não sei se é porque eu chegava, sentava e conversava com eles, e aparentemente, ne? Eu não faltava as aulas, se eu faltava, eu explicava.” - P5

“Passei a usar cadeira. Normal assim, eu não me alterei muito não. No início não foi muito simples não, não gostei muito da idéia. Depois eu acabei me adaptando fácil. Foi bom que eu comecei com a cadeira motorizada, era legal que eu me divertia pra caramba. De vez em quando o pessoal pedia pra usar. Eu deixava.” - P2

“Eu gostei! Surpreendente até! Achei muito legal! A UnB é realmente um local que com certeza daqui a trinta anos nós ainda vamos estar lembrando, né?” “E a comunidade, a comunidade da UnB é muito boa. Tá sempre disposta a ajudar. Quando eles vêm alguém para ajudar, já até propõe a ajudar de forma automática. . Então, quando chega no campus não tem tanto problema e quando tá fora o pessoal...” - P4

“Inclusive a boa vontade, a noção de ajudar, eu percebo muito generalizada aqui dentro da UnB.” - P1

“Ah! Eu diria que é normal, né? É uma relação como qualquer um... A gente... Com os colegas de trabalho muitas amizades nesses anos, né? Muitas, muitas mesmo, né? Professores também. Assim, o PPNE tem uma prerrogativa de que a gente fica meio que conhecido, né? O professor que dá aula, é até ruim, vai lembrar do seu nome, né? Então, o esqueminha do colega assinar a chamada já mela, infelizmente, né? Então, tem essas coisas, mas é um relacionamento sem problemas! O ambiente de trabalho também. Tudo na mega, absoluta normalidade. Claro, que quando a gente entra em uma turma nova, um ambiente novo, né? É aquele “opa”! É diferente, né? Como eu trato essa coisa de diferente? Aí com o tempo ele vai vendo que a diferença não é tão grande e com o tempo vai ficando normal. O tratamento é totalmente igual. O mesmo tratamento que eu recebo é o mesmo

tratamento que o meu colega recebe, entendeu? É porque é o que eu chamo de primeiro impacto, que é natural. Claro que o que é diferente chama realmente a atenção. Isso não tem como você querer que alguém que tem uma deficiência é... passa despercebida por que eu acho que não tem lógica, não tem como..." – P4

"Eu sou meio cara dura nesse sentido. Eu procuro não me privar de nada. Tem escada e tal, só quero saber se tem escada. Mas eu não vou deixar de ir pra lá só porque tem escada. Eu só quero saber. Eu dou logo um jeito. Mas eu gosto de saber com antecedência, justamente pra já ir pensando em que jeito é esse." – P1

"Mãe, você enfiou na minha cabeça que eu sou normal, que eu posso fazer o que os outros fazem, agora agüenta. Ué, porque quem me enfiou auto-estima na cabeça foi você, agora agüenta." – P1.

"Já tinha o transporte do seu João e eu não mudava, exatamente por essa questão de testar os meus limites, de saber até onde eu vou. Aqui eu não sou protegida, então deixa eu experimentar, sabe essa coisa bem...bem de me testar mesmo." – P1

2. **Quero um amor** maior, amor maior que eu – relacionamentos afetivos amorosos, desejo de constituir sua própria família

"Talvez daqui a cinco talvez não mas até dez espero estar casado. Espero ter família, ter filho" – P6

"Mas eu pretendo, e acho que não vai demorar muito. Pra ter uma namorada." – P6

"Não é uma coisa [ter filhos] que me... assim que eu queira muito, né?" – P7

"Ah, eu não ter namorada, acho que o que mais me incomoda. [Falta] Empenho meu mesmo. Já fiquei com umas meninas ai e tal. Mas nunca tive nada sério. Eu não sei se eu tenho muita vontade de namorar muito sério. Eu só queria que as coisas acontecessem comigo de forma mais natural. Ah, que acontecesse naturalmente. Me interesse por alguém, vou lá falo e tudo bem e a gente fica junto." – P2

"Nunca tive vontade de ter filhos. Mas também, nunca tive ninguém pra dividir uma vontade dessas, né? Por que às vezes, você 'tando com alguém, né? Acaba surgindo mais. Mas essa idéia não é uma idéia que tenha uma aprovação muito grande na minha cabeça. De ter filhos. Mas acho que pode mudar. (...) Eu sou bem paternal com meu irmão mesmo" – P2

"Eu não sei direito iniciar um namoro assim entendeu? No geral, eu acabo me tornando amigo das mulheres. Tipo, sei lá. Tenho dificuldade de assim. Acho que de expressar o sentimento, sei lá. Coisas mais emotivas." – P3

"Eu espero casar também." – P3

"Quem não quer, né? Qual ser humano que não pretende? Que nunca sonhou com isso? Eu também! Sim, filhos! Claro! Uma mulher, uma esposa." – P4

"To quieto! Eu parei de ficar caçando. Agora eu sou a caça! Só esperando mesmo! É melhor ser a caça." – P4

"Tenho, tenho muita vontade. Não sei assim se eu vou ter filhos naturais, mas adotados, com certeza. Com certeza. Eu penso muito em adotar uma criança, mesmo que eu tenha os meus naturais Eu adoro crianças." – P1

3. **Família**, família, almoça junto todo dia – a família como fonte de apoio, mas também como superproteção

"Com meus irmãos... eu tenho uma relação tranqüila. Eu acho que... por exemplo, minha irmã, ela nunca se sentiu obrigada em relação a mim e nem eu em relação a ela. Mas essa relação de ajuda acontece muito. A mesma coisa com meu irmão. Já com os meus pais, a coisa é um pouquinho mais

tensa, por essa relação de proteção e deu tentar conseguir o meu espaço. Essas coisas assim, acabam sendo um pouco mais tensas. Eu costumo dizer que minha adolescência começou aos 18. Porque foi quando eu consegui me lançar, nesse sentido de conquistar o meu espaço. E as coisas começaram a ficar um pouco mais tensas nesse sentido. Eu acho que foi por aí.” “Ah, minha família, meu pai, minha mãe, meus irmãos, principalmente, meus irmãos. Conto muito com eles pra tudo, né, não só no sentido físico, mas a gente é bastante unido assim. Eu e meus irmãos, a relação é bem legal.” – P1

“E em termos sociais, eu pude ter uma família que me trouxe, que deu condições de eu ta finalizando o meu estudo. Isso não é pouca coisa. Suporte da família. Minha mãe me ajudou e foi muito forte em me mostrar o caminho, a me estimular a voltar pro mundo, a ir pro que eu queria, a me estimular mesmo. Eu não fui superprotegida em nenhum momento. Eu fui protegida. É diferente.” – P7

“Em casa é bom, mas sei lá. Família é fogo né? Família sempre briga.” “Ajudo [em casa]. Sou eu que pago a escola do meu irmão. Eu gosto de estar contribuindo em alguma coisa para ele. Eu gosto bastante dele. Meu irmão é o cara”. “Eu gosto muito dela [madrasta]. Queria até que ela fosse minha mãe. Mas não é algo controlável. Ela me adotou muito, mas não é mãe, não é exatamente igual. Eu acho que ela gosta de mim como um filho”. – P2

“Porque eu era muito protegido. Só ficava em casa quando eu era criança, então isso cortou um pouco o contato com o mundo exterior.” – P3

“Perda assim, acho que perdi muito contato com a minha família” – P3

“Eu culpo um pouco meus pais que foram um pouco... Que me protegeram demais e também... Eu acho que por outro lado eles tentaram fazer com que eu não me frustrasse.” – P3

“Porque foi quem cuidou de mim quando eu era novo e eu acho que eu tenho obrigação de cuidar quando fica mais velho. Então, enquanto eles estiveram aqui sobre a terra e enquanto eu estiver também, a minha responsabilidade é cuidar. Não posso virar as costas, independente do que estiver acontecendo.” – P4

“Essa questão da proteção tava atrapalhando muito essa coisa da vida social. Quando os outros podem sair, eu to estudando e quando eu quero sair, tem 1 ou 2 que podem ou que querem sair. Então eu tive que negociar, porque, por exemplo, pra minha mãe, 1 ou 2, dependendo de quem são esses 1 ou 2 é como se eu tivesse saindo sozinha e se eu sair sozinha, é perigoso. Tive que negociar muito”- P1

4. Não pense que a cabeça agüenta se você parar – trabalho, vida social, vida afetiva, religiosidade

“Minha conquista foi eu não ter parado de fazer coisas. A to numa cadeira aqui, vou ficar em casa o dia inteiro? Não vou fazer nada da vida? Tem hora que eu até queria fazer isso, mas não é o tempo todo. Eu canso de ficar à toa. Acho que o maior mérito meu é não parar. Continuar vivendo normal.” - P2

“Eu fiquei praticamente cinco anos limitada em termos de ir e vir. Eu demandava minha mãe o mínimo possível. Então eu demandava minha mãe pra ir pra aula e pra trabalhar. E os amigos, as saídas, as farras. Mas deixava de fazer muita coisa.” – P7

“Eu não tive problema porque na época, eu não tive deficiência. E passei logo pra secretaria de educação.(...) no meu caso da deficiência, eu não tive muito porque eu tava trabalhando. – P5

“Aqui [na UnB] eu acho que eu tenho o convívio social melhor que eu já tive na escola. Na escola meu convívio social era mais, mais... Como eu posso dizer. Não era tanto, não era tanto, num era tanto de falar com as pessoas. Era mais tímido, mais retraído. Depois eu acho que eu melhorei nesses últimos anos. (...) Aqui eu me sinto mais à vontade.” – P2

“Eu gosto de trabalhar, mas eu... A minha condição física já não ta permitindo muito isso, de eu manter uma rotina de trabalho. Eu trabalho oito horas por dia. Mas eu queria trabalhar com o curso que eu faço.” - P2

“Eu queria emoldurar minha primeira nota. Não queria gastá-la. Porque claro, eu não tinha perspectiva de trabalho, pensei que eu não ia trabalhar.” - P4

“Já to querendo sair, ir pro tribunal. E aí... evoluir sempre.” - P4

5. Viva, viva, viva a sociedade capitalista – independência financeira → independência plena = liberdade no ir e vir

“É. Que pesa no bolso.” (...) “Pra uma pessoa que tem uma dependência a mais como eu é muito importante ter uma fonte de renda mais gordinha, né? Se eu tiver que pagar, por exemplo motorista, alguém pra me dar banho” - P6

“Mas desde o início essa questão da independência, do trabalho eu acho que é a minha principal preocupação. O trabalho é uma coisa importante pra qualquer pessoa. Agora, pra gente, a gente tem que... A gente precisa de mais dinheiro. Infelizmente, eu preciso de um carro não há transporte que funcione nessa cidade. Eu preciso de um carro. Um carro que me atenda bem. Eu preciso, se possível, de ter um emprego que me proporcione uma qualidade de vida boa. Um emprego, por exemplo, que não me sugue demasiadamente.” - P7

“Nervoso, começaram as dívidas, né? Ai essa foi a parte pior, você ter que lidar com tudo isso e ter que começar a se virar pra sustentar a... por exemplo, o dinheiro dava sim. Qualquer outra pessoa que não tivesse o gasto que eu tenho de doença. Apertado, mas dá. Você quer uma vida melhor, você corre atrás e vai fazer algum outro bico, ne?”. “Então, era tudo isso [que gastava de remédio de remédio] e tendo que pagar as contas no final do mês.” - P5

“Hoje em dia só to trabalhando pelo dinheiro mesmo, pra ter melhor qualidade de vida. Hoje em dia só to querendo mais, ter condições pra uma vida melhor. Eu só quero ter conforto.” - P2

“Querida ter mais liberdade, poder morar sozinho, poder sair de casa. Minha vontade maior é independência. (...) Eu queria ganhar bem o suficiente para contratar uma pessoa para me ajudar, mas nesse sentido, que minha independência... A minha independência física depende de ter independência financeira” - P2

“Eu acho que o fato de ter essa doença, prejudica em relação até a independência. Certa vez, meu pai disse que eu não posso morar sozinho.” - P3

6. Futuro – incertezas, dificuldade de planejamento e de concluir tarefas

“Não tenho grandes pretensões pro futuro não, só tocar a vida mesmo” - P2

“Eu quero poder trabalhar. Independência.” - P3

“Prejudica um pouco a tua visão de futuro, porque você está habituado até as tuas limitações e infelizmente você acaba tendo sonhos limitados também. Entende? (...) Às vezes, você quer sonhar. Você sonha em fazer isso e aquilo, mas ai você pensa “Ah! Mas eu tenho essa doença, acho que eu não vou conseguir poder fazer isso, poder fazer aquilo”. - P3

“Depois que eu coloquei essas metas de passar na universidade, de um emprego, eu imagino que eu estou do jeito que eu me imaginava à dez anos. Hoje eu me imagino, claro, trabalhando no Senado... uma coisa assim... pode até parecer um pouco... pensar pequeno, né? Mas pra mim, a partir de agora, o que vier é lucro. Se bem que quando eu fiquei doente, o médico falou para a minha mãe que eu só iria viver até os doze anos, né? Então, esses doze anos para cá é lucro, né?” “Hoje, meu objetivo é trabalhar no Senado Federal e depois comprar um apartamento...” - P4

“Bem, pretendo tá formada, me estabilizando, eu me imagino assim... Então eu me imagino assim, bem centrada no meu trabalho, imagino que eu vá estar numa área que eu goste muito. Imagino

assim, que eu tenha muitos pacientes que eu tenha lembranças boas deles. Sabe aquela coisa assim, fazer diferença pra alguém? Eu quero muito isso. Imagino que eu esteja, talvez num apartamento, porque eu não tenho paciência pra casa, pra casa grande, pra... Imagino que eu esteja num apartamento já próprio, já com um relacionamento mais firme, talvez casada ou quase, não sei.” – P1

7. Amizade

“Ele sabe tudo que acontece comigo. (...) Ele é meu melhor amigo aqui na UnB” “Eu nunca fui de andar muito com as pessoas de conversar muito. Eu era bastante tímido Não deu tempo de conhecer as pessoas. Fica pulando de lugar em lugar. Assim, eu nunca tive de ter amigo assim próximo de casa.” – P2

“Eu não sou muito de me abrir assim com as pessoas. Acabou ficando um pouco quieto.” “É. Tenho bons amigos assim. A gente conversa assim e tal. Eu não saio muito. Eu não tenho muitos amigos, tenho poucos. Apesar de ser bons amigos. Não sou muito sociável.” - P3

“Minha saúde é sempre instável.” “Minha doença é um dos motivos da minha dificuldade com o social, assim.” – P3

8. Comunidade

“O pessoal aqui é Brasília é muito solidário... É difícil negar a ajuda. Se você está em um estacionamento para descer do carro e precisa pegar a cadeira no porta malas, qualquer pessoa que você pede vai e ajuda... Pelo menos eu nunca recebi um “não, to apressado e tal” ... Quando eu pegava ônibus também... Sempre que eu precisava de alguém para pegar, subir a cadeira o pessoal da parada era só dar um sinal que já vinha um quatro ou cinco e já estava jogando lá dentro. Então, quanto à isso eu acho bem legal.” – P4

“Eu quero que a comunidade ganhe alguma coisa com isso. Eu quero que a rede ajude uma pessoa que não perspectiva para recolocá-la no mercado de trabalho, que ela tenha uma percepção maior do mundo, que é uma possibilidade que ele pode trazer, né? Então, provavelmente eu vou trabalhar na área da formação mesmo. Coordenar aulas... projetos mais comunitários, né? Voltado para a comunidade mesmo.” – P4

“A evolução dela [da cidade em que reside] tem muito a ver com a minha porque quando a gente foi pra lá a cidade era uma bagunça, uma verdadeira favela. E hoje já não é, claro que não é uma coisa chique de outro mundo, mas já é uma cidade, já pode ser chamada de cidade. Então, vai se evoluindo. Então, essa evolução, quando você faz parte, você viu toda essa evolução desde os tempos em que estava ficando os postes até as coisas mais modernas: construção de teatros, estágios de futebol, essas coisas assim que na época seria supérfluo, né? Então, você vai criando um certo amor, né? Por aquele local, né?” – P4