

## PARADIGMAS DA RELAÇÃO DA SOCIEDADE COM AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA<sup>1</sup>

Maria Salete Fábio Aranha  
UNESP-Marília

A palavra “inclusão” invadiu o discurso nacional recentemente, passando a ser usada amplamente, em diferentes contextos e mesmo com diferentes significados. Este fato, ao invés de favorecer a compreensão sobre o processo a que a palavra se refere, tem feito dela um simples modismo, uso muitas vezes superficial de um rótulo, vazio de significação social.

Entretanto, não se pode ignorar o longo e importante processo histórico que a produziu, configurado numa luta constante de diferentes minorias, na busca de defesa e garantia de seus direitos enquanto seres humanos e cidadãos. Ignorar tal processo implica na perda de compreensão de seu sentido e significado.

Tendo então por objetivo favorecer a compreensão desse processo e estimular a reflexão e a discussão social a seu respeito, faz-se necessário que se focalize o conjunto de mudanças de idéias que permeou sua história.

A relação da sociedade com a parcela da população constituída pelas pessoas com deficiência tem se modificado no decorrer dos tempos, **tanto** no que se refere aos pressupostos filosóficos que a determinam e permeiam, **como** no conjunto de práticas nas quais ela se objetiva.

Ao se buscar dados sobre o tipo de tratamento dado às pessoas com deficiência na Idade Antiga e na Idade Média, descobre-se que muito pouco se sabe, na verdade. A maior parte das informações provem de passagens encontradas na literatura grega e romana, na Bíblia, no Talmud e no Corão. Encontra-se, por exemplo, uma

---

<sup>1</sup> Artigo publicado na Revista do Ministério Público do Trabalho, Ano XI, no. 21, março, 2001, pp. 160-173.

recomendação feita por Mohammed, no quarto verso do quarto sura, encorajando que se alimente e se abrigue “aqueles desprovidos da razão”, tratando-os com amabilidade (Aranha, 1979).

Na Esparta, os imaturos, os fracos e os defeituosos eram propositalmente eliminados. Consta que os romanos descartavam-se de crianças deformadas e indesejadas...em esgotos localizados, ironicamente, no lado externo do Templo da Piedade”. A busca de compreensão sobre tais procedimentos exige que estes sejam olhados no contexto da organização sócio-política-econômica então vigente na sociedade. As sociedades ocidentais, na Antigüidade, fundamentavam-se economicamente em atividades de agricultura, pecuária e artesanato. Estas, eram executadas pelo povo, massa populacional que não detinha qualquer poder político, econômico e social. Apesar de responsáveis pela produção e sobrevivência da sociedade, os homens do povo eram bens de posse e uso da nobreza, a quem pertenciam, serviam e obedeciam e por quem eram considerados sub-humanos. Assim, a sociedade contava com dois agrupamentos sociais: a **nobreza** – senhores que detinham o poder social, político e econômico e os **serviçais**, servos ou escravos, considerados sub-humanos, dependentes economicamente. Nesse contexto, a vida humana só tinha algum valor enquanto valorada pela nobreza, em função da utilidade que tivesse para a realização de seus desejos e a satisfação de suas necessidades. Multidões de pessoas a perdiam, por exemplo, na execução das grandes construções, como a das pirâmides. Estas vidas, no caso, valiam menos que o projeto, fosse ele de motivação religiosa, política, social ou gosto pessoal. Da mesma forma, muitos outros tinham sua vida obrigatoriamente envolvida em lutas de defesa ou de conquista, pela nobreza. Assim observa-se, na Idade Antiga, a prática de uma organização sócio-política fundamentada no poder absoluto de uma minoria numérica, associada à absoluta exclusão da maioria das

instâncias decisórias e administrativas da vida em sociedade. A pessoa com deficiência, nesse contexto, como qualquer outra pessoa do povo, também parecia não ter importância enquanto ser humano, já que sua exterminação (abandono ou exposição) não demonstrava ser problema ético ou moral.

Kanner (1964) relatou que “a única ocupação para os retardados mentais encontrada na literatura antiga é a de bobo ou de palhaço, para a diversão dos senhores e seus hóspedes” (p. 5).

Com o advento do cristianismo, a situação se modificou, pois todos passaram a ser igualmente considerados filhos de Deus, possuidores de uma alma e portanto merecedores do respeito à vida e a um tratamento caridoso.

A Bíblia traz referências ao cego, ao manco e ao leproso – a maioria dos quais sendo pedintes ou rejeitados pela comunidade, seja pelo medo da doença, seja porque se pensava que Deus estava punindo os doentes.

A síntese de tais informações, entretanto, vai pouco além do fato de que a existência das pessoas hoje chamadas com deficiência era registrada e conhecida. Ela nos diz que a abordagem ao diferente variava de grupo a grupo. Alguns, matavam-nos; outros, advogavam a convivência amigável; outros ainda, puniam-nos por considerarem a doença, a fraqueza e a deficiência resultantes de possessão demoníaca, sendo a punição a única forma de se livrar do pecado, da possessão e de se reparar os pecados. Assim, observa-se que sua desimportância no contexto da organização sócio-político-econômica associava-se ao conjunto de crenças religiosas e metafísicas, na determinação do tipo de relação que a sociedade mantinha com o diferente.

Não há qualquer evidência de esforços específicos ou organizados para se providenciar seu abrigo, proteção, tratamento e/ou capacitação.

Na Idade Média, o sistema de produção continuou o mesmo da Antigüidade, fundamentado em atividades de pecuária, artesanato e agricultura. A grande diferença passou a residir no fato de que o cristianismo veio provocar a formação de uma nova classe social, constituída pelos membros do clero. Estes, guardiões do conhecimento e dominadores das relações sociais, foram assumindo cada vez maior poder social, político e econômico, provenientes do poder maior que detinham, de excomungar (vedando, assim, a entrada aos céus) aqueles que, por razões mais ou menos honestas, os desagradassem. Assim, conquistaram o domínio velado das ações da nobreza, através da qual comandavam a sociedade. Cabia ainda ao povo (servos) o trabalho, seja na produção de bens e serviços, na constituição de exércitos, como no enriquecimento do clero e da nobreza, sem a prerrogativa de participação nos processos decisórios e administrativos da sociedade.

Aparentemente, pessoas com deficiências físicas e/ou mentais eram ignoradas à sua sorte, buscando a sobrevivência na caridade humana.

Devido a essa organização da sociedade sucederam-se, nesse período, dois importantes processos, decisivos na história da humanidade: a Inquisição Católica e a conseqüente Reforma Protestante. Manifestações populares em toda a Europa, aliadas a manifestações dentro da própria Igreja começaram a questionar o abuso do poder e as inconsistências entre credo e ação, desvelados nas determinações e ações do clero. Tal processo se ampliou de tal forma, que passou a colocar em risco a hegemonia do poder da Igreja. Na tentativa de se proteger de tal insatisfação e manifestações, esta inicia, em nome de Deus, um dos períodos mais negros da história da humanidade: o da caça e exterminação dos que passou a chamar de hereges e “endemoniados”. Cartas papais (Pessoti, 1984) orientavam como tais pessoas podiam ser

identificadas, bem como determinavam como deviam ser tratadas. A estes, se recomendava uma “ardilosa inquisição, para obtenção de confissão de heresia”, torturas, açoites, outras punições severas, até a fogueira.

A indignação perante tal processo provocou a cisão dentro da própria Igreja. Martinho Lutero liderando os membros do clero que rejeitavam tal situação e pretendiam uma nova ordem, então sob seu controle e poder, iniciou uma nova igreja, caracterizada por atitudes opostas: uma marcante rigidez ética, religiosa e moral, aliada à mais absoluta intolerância ao desvio, o qual era carregado com a noção de culpa e de responsabilidade pessoal. Conquanto poder-se-ia esperar alguma modificação mais substancial nas relações da sociedade com a deficiência, tal fato não se deu. Segundo o próprio Lutero, “o homem é o próprio mal quando lhe faleça a razão ou lhe falte a graça celeste a iluminar-lhe o intelecto; assim, dementes e amentes são, em essência, seres diabólicos”, considerando a pessoa com deficiência e a pessoa doente mental seres pecadores, condenados por Deus. As ações consequentemente recomendadas eram o castigo, através de aprisionamento e açoitamento, para expulsão do demônio. (Pessoti, 1984)

Na realidade, a partir da Reforma Protestante dois sistemas político-religiosos passaram a coexistir e concorrer, dominando, por muito tempo, o direcionamento da história da humanidade (grandes navegações, descobrimentos, repartição de áreas geográficas, colonizações). Ambos concebiam a deficiência como fenômenos metafísicos, de natureza negativa, ligados à rejeição de Deus, através do pecado, ou à possessão demoníaca.

No século XVI, a Revolução Burguesa, revolução de idéias, mudando o modo clerical de ver o homem e a sociedade, trouxe em seu bojo a mudança no sistema de produção: derrubada das monarquias, queda da hegemonia religiosa e uma nova forma de

produção: o capitalismo mercantil. Iniciou-se a formação dos Estados modernos, com uma nova divisão social do trabalho: donos dos meios de produção e operários. Surge a burguesia, nova classe constituída por pequenos empreendedores que começaram a enriquecer a partir da venda e comercialização de seu trabalho. Nessa época, à existência da visão abstrata, metafísica, do homem, soma-se uma nova visão, a da concreticidade.

No que se refere à deficiência, começaram a surgir novas idéias quanto à organicidade de sua natureza, produto de infortúnios naturais, conforme Paracelso e Sir Anthony Fitz-Hebert. Assim concebida, passou a ser tratada através da alquimia, da magia e da astrologia, métodos da insipiente medicina.

O primeiro hospital psiquiátrico surgiu nessa época e se proliferou, mas da mesma forma que os asilos e conventos, eram lugares para confinar, ao invés de tratar as pessoas. Tais instituições eram pouco mais do que prisões.

No século XVII, a organização sócio-econômica foi se encaminhando para o capitalismo comercial, fortalecendo o modo de produção capitalista e consolidando a classe da burguesia no poder. Passou-se a defender, no ideário da época, a concepção de que os indivíduos não são essencialmente iguais e que se havia que respeitar as diferenças. Nisto se fundamentou a classe dominante para legitimar a desigualdade social, a prática da dominação do capital e dos privilégios. A educação, conquanto semelhante ao padrão de ensino tradicional até então assumido exclusivamente pela Igreja, passou também a ser oferecida pelo Estado, com objetivos claros de preparo da mão de obra que se mostrava necessária no ainda novo modo de produção.

Concomitantemente, novas idéias foram sendo produzidas tanto na área da medicina, como na da filosofia e na da educação. Continuou o fortalecimento da visão organicista, voltada para a busca

de identificação de causas ambientais para a deficiência. Locke, por outro lado, defendendo que o homem é uma tábula rasa a ser preenchida pela experiência, encaminhou para a crença na educabilidade do deficiente mental, com ênfase na necessidade e importância da ordenação sensorial.

A relação da sociedade com a pessoa com deficiência, a partir desse período passou a se diversificar, caracterizando-se por iniciativas de Institucionalização Total, de tratamento médico e de busca de estratégias de ensino.

Na Medicina, o século XVIII foi um período mais de assimilação e de consolidação do conhecimento já produzido, do que de grandes descobertas. Lentos avanços no conhecimento da fisiologia, da bioquímica e da patologia foram obtidos e assim, sementes foram plantadas para o desenvolvimento do campo da medicina preventiva.

A deficiência mental continuava sendo considerada hereditária e incurável e assim, a maioria das pessoas com deficiência mental eram relegadas a hospícios, albergues, asilos ou cadeias locais. Pessoas com deficiência física “ou eram cuidadas pela família ou colocadas em asilos” (Rubin & Roessler, 1978, p. 7).

Dentre os primeiros passos dados, entretanto, na direção de mudar as características da relação da sociedade com as pessoas com deficiência, encontram-se os esforços de Jacob Rodrigues Pereira, em 1747, na tentativa de ensinar surdos congênitos a se comunicar. Tais tentativas foram tão bem sucedidas que estimulou a busca de formas para lidar com outras populações, especialmente a de pessoas com deficiência mental.

Em meados de 1800, Guggenbuhl abriu uma instituição para o **cuidado** e **tratamento** residenciais de pessoas com deficiência mental, em Abendberg, Suíça. Os resultados de seu trabalho chamaram a atenção para a necessidade de uma reforma significativa no sistema, então vigente, da simples internação em prisões e

abrigos. Embora tenha deteriorado posteriormente, este foi o projeto que deu origem à idéia e à prática do **cuidado** institucional para pessoas com deficiência mental, inclusive no continente americano. Da mesma forma que na Suíça, entretanto, de instituições para tratamento e educação, elas logo mudaram para instituições asilares e de custódia, ambientes segregados, denominados Instituições Totais, constituindo o primeiro paradigma formal adotado na caracterização da relação sociedade – deficiência: o **Paradigma da Institucionalização**.

Este caracterizou-se, desde o início, pela retirada das pessoas com deficiência de suas comunidades de origem e pela manutenção delas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, freqüentemente situadas em localidades distantes de suas famílias. Assim, pessoas com retardo mental ou outras deficiências, freqüentemente ficavam mantidas em isolamento do resto da sociedade, fosse a título de proteção, de tratamento, ou de processo educacional.

Apesar de existirem desde o século XVI, as instituições totais não foram criticamente examinadas até o início da década de 60, quando Erving Goffman publicou *Asylums* (tendo por título em português “Manicômios, Prisões e Conventos), que se tornou uma análise clássica das características da instituição e de seus efeitos no indivíduo. Sua definição de Instituição Total é amplamente aceita até hoje - “um lugar de residência e de trabalho, onde um grande número de pessoas, excluídos da sociedade mais ampla por um longo período de tempo, levam juntos uma vida enclausurada e formalmente administrada” (Goffman, 1962, XIII).

O referido autor argumentou que estar institucionalizado é uma experiência que afasta significativamente o indivíduo da sociedade, bem como o liga à vida institucional, constituindo um estilo de vida difícil de ser revertido.

Desde a manifestação de Goffman, em 1962, muitos autores passaram a publicar estudos que enfocavam tanto as características de uma Instituição Total, como seus efeitos no indivíduo institucionalizado. A maioria dos artigos apresentam uma dura crítica a esse sistema, no que se refere a sua inadequação e ineficiência para realizar aquilo a que seu discurso se propõe fazer: favorecer a recuperação das pessoas para a vida em sociedade.

Vail (1966), enfatizou, por exemplo, no contexto institucional, a prática de demandas irrealistas, na maioria das vezes inconsistentes com as características e exigências do mundo externo. Tal contexto torna a pessoa incapaz de enfrentar e administrar o viver em sociedade **quando** e **se** jamais sair da Instituição. Discutiu os procedimentos institucionais tais como o de admissão, sistemas de recompensa e de punição, a uniformidade de massa e a impersonalidade automatizada da interação entre os provedores de serviços e seus usuários. Pauline Morris (1969), em relatório de estudo desenvolvido na Inglaterra, com o objetivo de identificar a amplitude e a qualidade do atendimento institucional disponível para os deficientes mentais naquele país, reconheceu que embora se detectassem mudanças na filosofia do tratamento, os resultados das pesquisas “indicavam claramente que estas não eram acompanhadas por mudanças correspondentes, nos serviços disponíveis para esses pacientes” (p. 309). Os resultados obtidos indicavam a existência de condições decadentes dos prédios, o uso de roupas comunitárias, a falta de incentivo e mesmo de permissão para a manutenção de objetos pessoais, dados limitados e não fidedignos sobre os pacientes, muito pouca estimulação e treinamento, o que leva a pessoa a uma dependência infantil, o tratamento em massa, a falta de pessoal especializado, o isolamento da comunidade e a prática da criação de regras e regulamentações vindas de cima para baixo –

feitas por pessoas que não se encontravam cientes das reais necessidades dos pacientes.

Além de estudos mais antigos indicarem conseqüências negativas da Institucionalização (Skeels & Dye, 1939; Kirk, 1958), Heber (1964) descreveu distúrbios de personalidade (processo de construção de doença mental) também encontrados por Rosen, Floor e Baxter (1972) em indivíduos com deficiência mental institucionalizados. Dentre os distúrbios descritos observou-se baixa auto-estima, ausência de motivação para a vida, desamparo aprendido e distúrbios sexuais.

Valerie J. Bradley, em 1978, apresentava a desinstitucionalização como um movimento que havia se iniciado, na realidade, há muito tempo, tendo envolvido passos e etapas diferentes, os quais se congregaram em seu encaminhamento:

1. A melhoria do sistema de recursos e serviços da comunidade
2. A exigência dos consumidores pelo acesso a esses recursos e serviços
3. O início do uso de antibióticos, que reduziu o índice de mortalidade nas instituições
4. A resultante sobrecarga de pessoas institucionalizadas exigia que ou se construíssem novas instituições, ou se criassem novas alternativas comunitárias

Vê-se, portanto, que o questionamento e a pressão contrária à institucionalização vinha, naquela época, de diferentes direções, determinados também por interesses diversos; primeiramente, tinha-se **o interesse do sistema**, ao qual custava cada vez mais manter a população institucionalizada na improdutividade e na condição de segregação; assim, interessava para o sistema político-econômico o discurso da autonomia e da produtividade; tinha-se, por outro lado, o **processo geral de reflexão e de crítica** (sobre direitos humanos e mais especificamente sobre o direito das minorias, sobre a liberdade

sexual, os sistemas de organização político-econômica e seus efeitos na construção das sociedades e da subjetividade humana), que no momento permeava a vida nas sociedades ocidentais; somando-se a estes, tinha-se ainda a crescente manifestação de duras **críticas, por parte da academia científica e de diferentes categorias profissionais**, ao paradigma da Institucionalização.

Tais processos, embora diversos quanto a sua natureza e motivação vieram a convergir, determinando, em seu conjunto, a reformulação de idéias e a busca de novas práticas no trato da deficiência.

A década de 60 tornou-se, assim, marcante na promoção de mudanças no padrão de relação das sociedades com a pessoa com deficiência. Considerando que o paradigma tradicional de institucionalização tinha demonstrado seu fracasso na busca de restauração de funcionamento normal do indivíduo no contexto das relações interpessoais, na sua integração na sociedade e na sua produtividade no trabalho e no estudo, iniciou-se no mundo ocidental o movimento pela desinstitucionalização, baseado na ideologia da normalização, como uma nova tentativa para integrar a pessoa com deficiência na sociedade.

A palavra desinstitucionalização tem um prefixo que per se sugere o afastamento de uma instituição. Os primeiros usos da palavra descreviam os esforços para tirar as pessoas de instituições, colocando-as num sistema, o mais próximo possível, do que fosse o estilo de vida normal numa comunidade.

Segundo conceitualização de Braddock, proposta em 1977, “normalização é uma ideologia – um conjunto de idéias que reflete as necessidades e aspirações sociais de indivíduos extraordinários na sociedade” (p.4). Ela presumia a existência de uma condição “normal”, representada pelo maior percentual de pessoas na curva da

normalidade e uma condição de “desvio”, representada por pequenos percentuais de pessoas, na mesma curva.

Assim, segundo a autora, “o local típico de residência é o lar privado do indivíduo; o modelo educacional normal (típico) é a educação convencional, numa sala de aula comum; o modelo típico de emprego é o competitivo, para o auto-sustento. Em contraste marcante com tais arranjos – na extremidade anormal do continuum de serviços – têm se congregado as instituições totais, o ensino segregado e a não participação no mercado de trabalho “ (p. 5).

**Em função do incômodo** representado pela institucionalização em diferentes setores da sociedade e **à luz das concepções de “desvio” e de “normalidade”** é que foi se configurando, gradativamente, um novo paradigma de relação entre a sociedade e a parcela da população representada pelas pessoas com deficiência: o **Paradigma de Serviços**.

Este teve, desde seu início, o objetivo de “ajudar pessoas com deficiência a obter uma existência tão próxima ao normal possível, a elas disponibilizando padrões e condições de vida cotidiana próxima às normas e padrões da sociedade.” (American National Association of Rehabilitation Counseling - A.N.A.R.C., 1973).

É interessante observar manifestações que acompanharam o movimento de construção e implementação do novo paradigma, nas palavras de autores da época, em países em que tal processo estava ocorrendo. Nos Estados Unidos, por exemplo, Jones et al (1975) apontaram dois problemas principais provocados pela desinstitucionalização em massa:

1. “sabemos muito pouco sobre o que acontece com pessoas com deficiência mental, quando estas são tratadas como normais” (p. 190)
2. “o processo de normalização se torna mais tenso quando concentra pacientes que não se ‘encaixam’ na política da

desinstitucionalização; quando concentra profissionais cujas atitudes faz deles pessoas incapazes de administrá-la e finalmente e quando impõe a ambos expectativas que são manifestamente irrealistas” (p. 190).

Valerie J. Bradley (1978) também tratou de problemas resultantes da implementação de um programa de desinstitucionalização mal planejado:

1. insegurança dos pais – pais que vêm seus filhos sendo retirados de uma instituição e encaminhados para serviços na comunidade, os quais, por diferentes razões não são capazes de oferecer um cuidado global e estável
2. sistema de financiamento – a falta de uma abordagem sistemática ao desenvolvimento e à expansão de recursos obriga entidades a se apoiar em uma variedade de fontes de financiamento, as quais freqüentemente impõem exigências e expectativas conflitantes
3. prestadores de serviço irritados – funcionários de instituições, temendo perder seus empregos devido ao movimento da desinstitucionalização, formaram um núcleo de oposição a essas atividades
4. baixa confiabilidade – o esforço de descentralizar o sistema, através da transferência das pessoas das instituições para serviços da comunidade, tem provocado lacunas na competência com que tais pessoas são cuidadas. Novos mecanismos têm se mostrado necessários após a pessoa já estar na comunidade
5. o papel do setor privado – a competição e outros conflitos entre provedores de serviços nos setores públicos e privados dividiram os esforços e têm obstruído o desenvolvimento de recursos para as pessoas com deficiência

Muitas manifestações surgiram do mundo acadêmico, do espaço profissional e da comunidade leiga que vivenciava as conseqüências do processo. Por força de tais reflexões e críticas, foi-se desenvolvendo uma nova concepção de institucionalização. Considerando a tendência da sociedade de se afastar do modelo anterior e a necessidade de se planejar um sistema de recursos e serviços na comunidade, Braddock (1977) e Bradley (1978) defendiam que:

1. era necessário prevenir encaminhamentos inadequados a instituições totais
2. a prevenção devia ser acompanhada pela descoberta e desenvolvimento de métodos alternativos para o cuidado e o tratamento da pessoa com deficiência na comunidade
3. era necessário promover-se a reforma de programas institucionais
4. o retorno de todos os residentes à comunidade devia ser antecedido por um preparo, feito através do desenvolvimento de programas de habilitação e de treinamento para que pudessem funcionar adequadamente na vida em comunidade
5. se estabelecesse e mantivesse um ambiente residencial responsivo que protegesse os direitos humanos e civis da pessoa com deficiência e que contribuísse com o rápido retorno da pessoa à vida normal na comunidade

Em suma, a literatura da época, nos países do mundo ocidental que primeiro vivenciaram o processo da desinstitucionalização, indica que interesses de diferente origem e natureza se congregaram na determinação da construção do processo. Poder-se-ia dizer que a luta pela defesa dos direitos humanos e civis das pessoas com deficiência utilizou-se das brechas criadas pelas contradições do sistema sócio-político-econômico vigente (o qual defendia a

diminuição das responsabilidades sociais do Estado e buscava diminuir o ônus populacional) para avançar na direção de sua **integração** na sociedade.

**Tal processo, fundamentou-se, então, na ideologia da normalização**, que representava a necessidade de **introduzir a pessoa com deficiência na sociedade, ajudando-a a adquirir as condições e os padrões da vida cotidiana o mais próximo do normal, quanto possível**. O princípio da normalização, portanto, deu o apoio filosófico ao movimento da desinstitucionalização, favorecendo tanto o afastamento da pessoa das instituições, como a provisão de programas comunitários planejados para oferecer serviços que se mostrassem necessários para atender a suas necessidades.

Como principais resultantes do movimento começaram a surgir novas alternativas institucionais, então denominadas organizações ou entidades de transição – mais protegidas do que a sociedade externa, conquanto menos protegida e menos determinante de dependência que uma instituição total típica.

Tais entidades foram planejadas e delineadas para promover a responsabilidade e enfatizar um grau significativo de auto-suficiência da pessoa com deficiência, através do trabalho ou do preparo para o trabalho, envolvendo treinamento e educação especiais, bem como um processo de colocação cuidadosamente supervisionado.

O ambiente social planejado, que em muitos casos se constituía de experiências de pequenos grupos especiais, era visto como instrumento fundamental para a promoção da normalização do indivíduo.

Ao se afastar do paradigma da institucionalização (não mais interessava sustentar uma massa cada vez maior de pessoas, com ônus público, em ambientes segregados; interessava desenvolver meios para que estes pudessem retornar ao sistema produtivo), criou-

se o conceito da **integração**, fundamentado na ideologia da normalização, a qual advogava o “direito” e a necessidade das pessoas com deficiência serem “trabalhadas” para se encaminhar o mais proximamente possível para os níveis da normalidade, representada pela normalidade estatística e funcional. Assim, **integrar**, significava, sim, localizar **no sujeito** o alvo da mudança, embora para tanto se tomasse como necessário mudanças na comunidade. Estas, na realidade, não tinham o sentido de se reorganizar para favorecer e garantir o acesso do diferente a tudo o que se encontra disponível na comunidade para os diferentes cidadãos, mas sim o de lhes garantir serviços e recursos que pudessem “modificá-los” para que estes pudessem se aproximar do “normal” o mais possível.

Como exemplos das organizações provenientes dessa filosofia tem-se, por um lado, as Casas de Passagem e os Centros de Vida Independente; no âmbito da educação, as escolas especiais e as classes especiais, mais claramente voltadas para o ensino do aluno visando sua ida ou seu retorno para as salas de aula denominada normais; na área profissional, os melhores exemplos são as oficinas abrigadas e os centros de reabilitação.

Nestas, equipes de diferentes profissionais oferecem treinamento para a vida na comunidade, tais como atividades da vida diária (higiene, cuidados pessoais), atividades de vida prática (preparo de alimentos, limpeza doméstica, planejamento orçamentário, administração orçamentária) e outras habilidades consideradas necessárias para sua sobrevivência e para a vida independente.

O **modelo de atenção** adotado passou a se constituir de **três etapas**: a **primeira**, de avaliação, onde uma equipe de profissionais identifica o que, em sua opinião, necessita ser modificado no sujeito ou em sua vida, de forma a torná-lo o mais “normal” possível. A **fase seguinte**, conseqüência desta e a ela conseqüente, chamada de

intervenção (ensino, treinamento, capacitação, etc.), onde profissionais passam a oferecer atendimento formal e sistematizado ao sujeito em questão, norteados pelos resultados e decisões tomados na fase anterior. À medida que os objetivos vão sendo alcançados e a equipe considera que a pessoa se encontra pronta para a vida independente na comunidade, efetiva-se a **última fase**, constituída do encaminhamento ou re-encaminhamento desta para a vida na comunidade.

Constata-se, assim, que embora se tenha passado a assumir a importância do envolvimento maior e mais próximo da comunidade no trato da integração de seus membros com deficiência, o **objeto principal da mudança centrava-se, ainda, essencialmente, no próprio sujeito.**

O paradigma da Institucionalização se manteve sem contestação por vários séculos. O paradigma de serviços, entretanto, iniciado por volta da década de 60, logo começou a enfrentar críticas, desta vez provenientes da academia científica e das próprias pessoas com deficiência, organizadas em associações e outros órgãos de representação.

Parte delas provenientes das dificuldades encontradas no processo de busca de “normalização” da pessoa com deficiência. Conquanto muitos alcançavam os objetivos de vida independente e produtiva, quando submetidos à prestação de serviços formalmente organizada na comunidade, muitos ainda mostraram que dificilmente se pode esperar que alcance uma aparência e um funcionamento semelhante aos não deficientes, devido às próprias características do tipo de deficiência e seu grau de comprometimento.

Outra crítica importante referia-se à expectativa de que a pessoa com deficiência se assemelhasse ao não deficiente, como se fosse possível ao homem o “ser igual” e como se ser diferente fosse razão para decretar a menor valia enquanto ser humano e ser social.

Inúmeros autores foram em busca de compreensão sobre as razões que determinam a desqualificação da pessoa com deficiência.

Dentre estas, tem-se a reflexão etológica, apontando que muitas espécies excluem aqueles que representam menor valor de sobrevivência para a espécie (lêmures, elefantes).

Tem-se ainda leitura da deficiência como uma condição social que embora aparentemente iniciada na consideração da diferença, é construída socialmente, a partir da reação de desvalorização, por parte da audiência social (Omote, 1995)

Aranha (1995) propõe ser a deficiência uma **condição social** caracterizada pela limitação ou impedimento da participação da pessoa diferente nas diferentes instâncias do debate de idéias e de tomada de decisões na sociedade. A autora atribui o processo de desqualificação ao fato da pessoa com deficiência ser considerada, no sistema capitalista, um peso à sociedade, quando não produz e não contribui com o aumento do capital.

Em função de tal debate, a idéia da normalização começou a perder força. Ampliou-se a discussão sobre o fato da pessoa com deficiência ser um cidadão como qualquer outro, detentor dos mesmos direitos de determinação e usufruto das oportunidades disponíveis na sociedade, independente do tipo de deficiência e de seu grau de comprometimento.

De modo geral, passou-se a discutir que as pessoas com deficiência necessitam, sim, de serviços de avaliação e de capacitação, oferecidos no contexto de suas comunidades. Mas também se começou a defender que estas não são as únicas providências necessárias, caso a sociedade deseje manter com essa parcela de seus constituintes uma relação de respeito, de honestidade e de justiça. Cabe também à sociedade se **reorganizar de forma a garantir o acesso de todos** os cidadãos (inclusive os

que têm uma deficiência) a tudo o que a constitui e caracteriza, independente de quão próximos estejam do nível de normalidade.

Assim, cabe à sociedade oferecer os serviços que os cidadãos com deficiência necessitam (nas áreas física, psicológica, educacional, social, profissional). Mas lhe cabe, também, garantir-lhes o acesso a tudo de que dispõe, independente do tipo de deficiência e grau de comprometimento apresentado pelo cidadão.

Foi fundamentado nestas idéias que surgiu o terceiro paradigma, denominado **Paradigma de Suporte**. Este tem se caracterizado pelo pressuposto de que a pessoa com deficiência tem direito à convivência não segregada e ao acesso aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Para tanto, fez-se necessário identificar o que poderia garantir tais prerrogativas. Foi nesta busca que se buscou a disponibilização de suportes, instrumentos que viabilizam a garantia de que a pessoa com deficiência possa acessar todo e qualquer recurso da comunidade. Os suportes podem ser de diferentes tipos (suporte social, econômico, físico, instrumental) e têm como função favorecer o que se passou a denominar **inclusão social**, processo de ajuste mútuo, onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e à sociedade, a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado.

A **inclusão** parte do mesmo pressuposto da **integração**, que é o direito da pessoa com deficiência ter igualdade de acesso ao espaço comum da vida em sociedade. Diferem, entretanto, no sentido de que o **paradigma de serviços**, onde se contextualiza a idéia da integração, **pressupõe o investimento principal na promoção de mudanças do indivíduo, na direção de sua normalização**. Obviamente que no paradigma de serviços também se atua junto a diferentes instâncias da sociedade (família, escola, comunidade).

Entretanto, isto se dá **na maioria das vezes** em **complementação** ao processo de intervenção no sujeito. A ação de intervenção junto à comunidade tem mais a conotação de construir a aceitação e a participação externa como **auxiliares** de um processo de busca de **normalização** do sujeito. Já o **paradigma de suportes**, onde se contextualiza a idéia da **inclusão**, prevê **intervenções decisivas e incisivas, em ambos os lados da** equação: no processo de **desenvolvimento do sujeito** e no processo de **reajuste da realidade social**. Conquanto, então, preveja o trabalho direto com o sujeito, adota como objetivo primordial e de curto prazo, a **intervenção** junto às **diferentes instâncias** que contextualizam a vida desse sujeito na comunidade, no sentido de nelas **promover os ajustes** (físicos, materiais, humanos, sociais, legais, etc..) que se mostrem **necessários** para que a **pessoa com deficiência** possa **imediatamente adquirir condições de acesso ao espaço comum da vida na sociedade**.

Embora se possa encontrar muitos equívocos devidos à insuficiente compreensão do conceito, contextualizado em seu processo histórico de construção, a grande **diferença** de significação **entre** os termos **integração e inclusão** reside no fato de que enquanto que no primeiro se procura investir no “**aprontamento**” do sujeito para a vida na comunidade, no outro, **além de** se investir no processo de desenvolvimento do indivíduo, busca-se a criação **imediate** de condições que garantam o **acesso** e a **participação** da pessoa na vida comunitária, através da **provisão de suportes** físicos, psicológicos, sociais e instrumentais.

A inclusão social, portanto, não é processo que diga respeito somente à pessoa com deficiência, mas sim a todos os cidadãos. Não haverá inclusão da pessoa com deficiência enquanto a sociedade não for inclusiva, ou seja, realmente democrática, onde todos possam igualmente se manifestar nas diferentes instâncias de debate e de

tomada de decisões da sociedade, tendo disponível o suporte que for necessário para viabilizar essa participação.

Assim, que as pessoas com deficiência freqüentem os serviços que necessitem para seu melhor tratamento e desenvolvimento. Mas que a sociedade também se reorganize de forma a garantir o acesso imediato da pessoa, através da provisão das adaptações que se mostrem necessárias.

Não adianta prover igualdade de oportunidades, se a sociedade não garantir o acesso da pessoa com deficiência a essas oportunidades. Muitos são os suportes necessários e possíveis de imediato. Outros, demandam maior planejamento a médio e longo prazos. Todos, entretanto, devem ser disponibilizados, caso se pretenda alcançar uma sociedade justa e democrática.

Não há modelos prontos, nem receitas em manuais. A sociedade brasileira ainda precisa tornar sua prática consistente com seu discurso legal. Há que buscar soluções para a convivência na diversidade que a caracteriza, enriquece, dá sentido e significado. Há que efetivamente favorecer a convivência e a familiaridade com as pessoas com deficiência, derrubando as barreiras físicas, sociais, psicológicas e instrumentais que as impede de circular no espaço comum.

O Brasil mantém ainda, no panorama de suas relações com a parcela da população representada pelas pessoas com deficiência, resquícios do paradigma da institucionalização total e uma maior concentração do paradigma de serviços. Em qualquer área da atenção pública (educação, saúde, esporte, turismo, lazer, cultura) os programas, projetos e atividades são planejados para pessoas não deficientes. Quando abertos para o deficiente são, em geral, desnecessariamente segregados e/ou segregatórios, deixando para a pessoa com deficiência ou sua família quase que a exclusividade da responsabilidade sobre o alcance do acesso.

Embora encontre-se na literatura brasileira divergência entre os autores sobre as concepções de integração e de inclusão, constata-se, a partir da revisão aqui feita, que o país continua centrando na pessoa com deficiência os motivos e razões para sua segregação e exclusão. Busca-se aqui, sim, a integração, através da oferta de serviços, na comunidade, que objetivam “melhorar” o nível da pessoa com deficiência. Muito distante se está, entretanto, da implementação das adaptações, disponibilização dos suportes e planejamento de ações que garantam o acesso imediato de todas as pessoas aos recursos e instâncias da vida em comunidade, tenham elas deficiência ou não, no nível e grau que for.

A inclusão social da criança especial no Brasil, portanto, é um projeto a ser construído por todos: família, diferentes setores da vida pública e população leiga. Necessita planejamento, experimentação, de forma a se identificar o que precisa ser feito em cada comunidade, para garantir o acesso das pessoas com deficiência do local e de outras comunidades aos recursos e serviços nela disponíveis. Não se instala por decreto, nem de um dia para o outro. Mas há que se envolver efetiva e coletivamente, caso se pretenda um país mais humano, justo e compromissado com seu próprio futuro e bem-estar. **A democratização da sociedade brasileira passa pela construção de efetivo respeito a essa parcela da população, que a duras custas procura conquistar um espaço ao qual, por lei, tem direito.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranha, M.S.F. (1980). **Overview of the Rehabilitation Movement in the United States and proposals for an extended rehabilitation model in Brazil**. Carbondale, Il.: Southern Illinois University, Dissertação de Mestrado.
- Aranha, M.S.F. (1995). Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica. **Temas em Psicologia**, nº 2, pp. 63-70.
- Braddock, D. (1977). **Opening closed doors – the deinstitutionalization of disabled individual**. Virginia: The Council for Exceptional Children.
- Bradley, V.J. (1978). **Deinstitutionalization of developmentally disabled persons – a conceptual analysis and guide**. Baltimore, Maryland: University Park Press.
- Goffman, E. (1962). **Asylums**. Chicago, Illinois: Aldine Publishing Company.
- Jones, K. et al (1975). **Opening the door – a study of new policies for the mentally handicapped**. London, England: Routledge and Kegan Paul, Ltd.
- Kanner, L. (1964). **A History of the care and study of the mentally retarded**. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Morris, P. (1969). **Put Away**. London, England: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Omote, S. (1995). A Integração do Deficiente: um pseudo-problema científico. **Temas em Psicologia**, nº 2, pp. 55-62.
- Pessotti, I. (19....) **Deficiência Mental: da Superstição à Ciência**. São Paulo: T.A. Queiroz, Editor, Ltda.

Rubin & Roessler (1978). **Foundations of the vocational rehabilitation process.** Baltimore, Maryland: University Park Press.

Vail (1966). **Dehumanization and the Institutional Career.**