

DM
PIMP/1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO

TESE DE MESTRADO

Identidade e Sexualidade na Pessoa com Debilidade

Laura Margarida Alvelos Pimpão – 1232

ORIENTADOR: Eduardo Sá
Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2002

C₁

15675
04/04/05

Em primeiro lugar os meus agradecimentos vão para os meus colegas, trabalhadores em regime de emprego protegido, do Centro de Educação para o Cidadão Deficiente, que me ensinaram a força da perseverança, a prova de uma identidade única, a importância do amor e, mais ainda, a lição de vida que passa por mostrar ao mundo, e a si próprios, a protagonização da conquista que vai “do ser considerado ninguém ao ser considerado pessoa!”. Vão, igualmente, para os meus próximos (familiares, amigos e colegas), que me encorajaram e ajudaram durante a elaboração desta tese, com todo o amor, carinho e compreensão, continentes do “bom porto” a que penso ter chegado este esforço. Dirijo um agradecimento especial ao Professor Doutor Eduardo Sá, que com o seu profissionalismo, espírito crítico e disponibilidade para “o outro”, me aconselhou, instruiu e encorajou ao longo de todo o processo de investigação e elaboração.

Definição do Conceito de Debilidade Mental.....	3
Etiologia da Debilidade Mental.....	30
O Período de Desenvolvimento da Debilidade Mental.....	39
Abordagem Adaptativa da Debilidade Mental.....	40
Abordagem Psicométrica da Inteligência na Debilidade.....	51
Críticas à Abordagem Psicométrica	60
Abordagem Psicopatológica da Debilidade Mental.....	63
Relação Psicopatologia – Cognição	79
Relação Afectividade – Inteligência.....	83
Breve Enquadramento da Noção de Inteligência	89
Inteligência e Contexto.....	91
Inteligência e Emoção.....	93
Inteligência e Criatividade.....	98
Perspectiva Desenvolvimental.....	104
Perspectiva Interactiva.....	104
Relação Inteligência, Criatividade e Atenção.....	107
Relação Inteligência, Criatividade e Memória.....	108
Linguagem, Inteligência e Autonomia	111
Identidade e Sexualidade na Debilidade Mental.....	115
Dificuldades para Construir a Própria Identidade.....	116
A Identidade.....	119
A Construção da Identidade.....	120
Autonomia, Individuação e Construção da Identidade	125
Breve Enquadramento das “Relações de Objecto”.....	134
Noção de Relação de objecto.....	139
Objecto transformacional.....	148
Sob o Nome de Identidade de Risco Deficitário	153
Normalidade / Anormalidade. Psicopatologia / Saúde Mental? :	
Sob o Signo do Epistema da Desordem	170
O Sintoma	172
O Risco de um Desenvolvimento Vulnerável nas Pessoas	

com Debilidade.....	179
A Sexualidade.....	183
Desenvolvimento Sexual no Jovem com Debilidade.....	184
Conhecimento da sexualidade e das relações.....	192
A influência da dependência emocional.....	192
A possibilidade de falar.....	192
As contingências da super-protecção.....	193
Vulnerabilidade face ao abuso.....	195
Educação Sexual: Educar ... O Quê?, Para Quê? e Para Quem?.....	198
Atitudes dos pais.....	202
Impacto do Nascimento de uma Criança com debilidade no Seio de uma Família	202
Atitudes dos Profissionais.....	205
Enquadramento Legal e Normativo.....	210
A Utilidade da Educação Sexual.....	214
Estudo de Caso	222
Escala de Comportamento Adaptativo – ECA / RC	248
Interpretação dos resultados.....	252
Procedimentos Normativos.....	253
Discussão.....	259
Conclusão.....	281
Referências Bibliográficas.....	284
Anexos.....	295
Anexo A: Escala de Comportamento Adaptativo (ECA)	296
Anexo B: Resultados ECA	297

Lista de Figuras

FIGURA 1: Quadro 1.....	22
FIGURA 2: Quadro 2.....	27
FIGURA 3: Quadro 3.....	30
FIGURA 4: Quadro 4.....	40
FIGURA 5: Quadro 5.....	42
FIGURA 6: Quadro 6.....	46
FIGURA 7: Quadro 7.....	46
FIGURA 8: Quadro 8.....	48
FIGURA 9: Quadro 9.....	55
FIGURA 10: Quadro 10.....	65
FIGURA 11: Quadro 11.....	71
FIGURA 12: Quadro 12.....	76
FIGURA 13: Quadro 13.....	83
FIGURA 14: Quadro 14.....	84
FIGURA 15: Quadro 15.....	85
FIGURA 16: Quadro 16.....	86
FIGURA 17: Quadro 17.....	87
FIGURA 18: Quadro 18.....	87
FIGURA 19: Quadro 19.....	99
FIGURA 20: Quadro 20.....	101
FIGURA 21: Quadro 21.....	104
FIGURA 22: Quadro 22.....	105
FIGURA 23: Quadro 23.....	109
FIGURA 24: Quadro 24.....	112
FIGURA 25: Quadro 25.....	113
FIGURA 26: Quadro 26.....	121
FIGURA 27: Quadro 27.....	123
FIGURA 28: Quadro 28.....	127
FIGURA 29: Quadro 29.....	131
FIGURA 30: Quadro 30.....	132
FIGURA 31: Quadro 31.....	147
FIGURA 32: Quadro 32.....	166

FIGURA 33: Quadro 33.....	168
FIGURA 34: Quadro 34.....	168
FIGURA 35: Quadro 35.....	168
FIGURA 36: Quadro 36.....	184
FIGURA 37: Quadro 37.....	228
FIGURA 38: Quadro 38.....	250
FIGURA 39: Quadro 39.....	251
FIGURA 40: Quadro 40.....	251

Aquilo que nos propomos reflectir prende-se com a forma como as características inerentes à debilidade interferem e influenciam a construção das identificações e desta forma, o produto final resultante da multiplicação das várias identificações construídas ao longo do desenvolvimento.

Questionamos assim, se as características próprias de um quadro de debilidade, imprimem, elas mesmas, o desenvolvimento deficitário e/ou vulnerável da identidade, ou se por outro lado, são as dificuldades ocorridas ao longo do processo de construção da identidade, que só por si, podem vir a determinar a inscrição de um quadro deficitário por um lado, e/ou dificuldades ao nível da autonomia, individuação, resolução de problemas, ajustamento social, relacionamento interpessoal, entre outros, determinantes na inscrição de uma desarmonia e/ou heterocronia do desenvolvimento, potencialmente traduzidas num quadro de debilidade.

O nosso objectivo último, é tentar perceber de que forma a debilidade influencia a construção de uma identidade, bem como o papel da inteligência, da criatividade e da afectividade neste jogo relacional. E é aqui que nos surgem as questões directamente relacionadas com a afectividade e sexualidade da pessoa com debilidade

Sendo que as evidências da dificuldade ao nível da construção da própria identidade nas pessoas com debilidade parecem quase “apanágio”, quando relacionadas com o risco eminente de um desenvolvimento que se pode entender como vulnerável, questionamo-nos sobre a influência de factores vários (pessoais e ambientais).

É pegando nesta questão, que procuramos pensar um pouco em torno da pertinência (ou não) e da razoabilidade de uma especificidade metodológica, daquilo que se pretende que seja uma abertura de mentalidades para a incorporação da Educação Sexual nos planos educativos e formativos das pessoas com debilidade, à semelhança do legislado para a população dita normal, tendo em conta aquilo que consideramos ser a noção de debilidade, propriamente dita.

Discutindo mais à frente em torno do epistema da desordem, do sintoma e neste sentido, da diferença, relação e analogia com a questão da psicopatologia e loucura, procuramos, ainda antes, discutir em torno da noção de normalidade para nos questionarmos sobre o que é a debilidade? Do que se fala afinal: de uma debilidade, enquanto entidade nosológica?, ou antes de um conjunto de características que definem uma diferença, para quem as possui? Ao questionarmo-nos sobre a definição do termo debilidade, questionamo-nos indubitavelmente sobre o que é afinal ser normal, já que os

limites da deficiência aparecem substancialmente referidos e historicamente condenados à contraposição à noção de normalidade.

É no cruzamento das questões supra indicadas, que chegamos, àquilo que se considera ser a inscrição de uma patologia de risco deficitário ao longo do desenvolvimento das pessoas com debilidade e/ou vice-versa, procurando também aqui, estabelecer a complementaridade essencial entre a abordagem puramente clínica e a abordagem cognitiva, através da relação interdependente entre afectividade, emoção, criatividade e inteligência.

Em ar de conclusão e como forma de clarificar o nosso objectivo de partida, propomo-nos à discussão de “uma caso da vida real” em que muitas das questões levantadas parecem ganhar forma e contextualidade. É precisamente através do estudo que nos surge a pertinência de inclusão de uma escala de comportamento adaptativo (ECA), como avaliação senão alternativa, certamente complementar a uma avaliação puramente psicométrica da pessoa com debilidade.

Através da revisão bibliográfica e do estudo do caso proposto, pudemos chegar a algumas conclusões como: (a) a qualidade das interacções primárias é determinante no desenvolvimento; (b) a inscrição de mecanismos psicopatológicos, em determinado momento de evolução, pode conduzir à constituição de núcleos deficitários; (c) uma hereditariedade genética e/ou social podem determinar a heterogeneidade da debilidade; (d) o diagnóstico psicométrico refere-se apenas a um modelo de distribuição normal, que poderá ser útil, se assumirmos que nem todos os factores da estrutura psicossomática variam de acordo com a distribuição gaussiana; (e) o carácter desarmonioso da debilidade afasta-a da pseudo-debilidade; (f) a fronteira entre debilidade e “normalidade” é puramente convencional, se nos colocarmos numa perspectiva de descontinuidade; (g) a inteligência constitui um processo relacional dialéctico e construtivo entre o sujeito e o seu meio sociocultural; (h) inteligência e afectividade, geram-se mutuamente, constituindo um todo unido e integrante; (i) dificuldades ao nível da afectividade e inteligência (emocional, criadora), comprometem a capacidade de adaptação ao meio, e reforçam a própria estrutura deficitária, na medida em que mais que a inteligência conceptual (Q.I.), é determinante a forma/estratégias de adaptação às condições de vida e às exigências do meio; (j) dificuldades ao nível da metacognição e dependência afectiva, potenciam a vulnerabilidade; (l) as pessoas com debilidade parecem ter uma vida sexual e relacional mais reprimida, o que não se deve às suas supostas ou reais deficiências, mas sim, à falta concreta de oportunidades de

encontros interpessoais gratificantes, sendo que a negação da sexualidade, pode conduzir a comportamentos socialmente desajustados (a ver com o tipo de estrutura de vida e educação que geralmente recebem) e comprometedores da integridade de cada um, potenciando a dependência afectiva/emocional; (m) super-protecção e ambiente hostil, não contentor, limitam o indivíduo na sua autonomia, aumentam a sua dependência e como tal, a sua vulnerabilidade; (n) esterilização/laqueação, perpetuam a negação da sexualidade, despromovendo o respeito por si, bem como o conhecimento esclarecido da sexualidade; (o) a educação sexual assume-se como uma alternativa positiva e construtiva à negação da sexualidade, à (pouca) valia social da pessoa (com debilidade).

A fragilidade maior deste estudo parece-nos prender-se, essencialmente, com (a) o facto de se tratar apenas de um estudo de caso, não permitindo grandes generalidade. Contudo, não deveremos jamais negligenciar que cada caso é um caso, e por isso, conclusões muito genéricas, poderão comprometer a validade das propostas conclusivas; (b) o facto da escala utilizada não estar ainda aferida para a população portuguesa, permite-nos apenas uma leitura qualitativa, quando enquadrada relativamente à informação existente.

Quanto a propostas para estudos futuros, parece-nos pertinente: (a) a elaboração de projectos integrais e normalizado da debilidade, fomentando a vivência criativa e responsável da vida e da sexualidade, enquanto espaço de compreensão, de autonomia e liberdade, onde a pessoa com debilidade, pratique e vá aprendendo a organizar o seu tempo, a partilhá-lo com os outros solidariamente, a ter e desenvolver iniciativas próprias; (b) o estudo de programas de educação sexual, adaptando alguns dos inúmeros programas já existentes e em que, ainda que não tenham forçosamente que assumir um carácter "especial", sejam ajustados à especificidade individual de cada um dos beneficiados; (c) clarificação do conceito de comportamento social adaptado: adaptado ou inadaptado "porquê?, em quê? e em relação a quê?; (d) aferição da ECA para a população portuguesa.

O que parece determinar as nossas diferenças não é tanto a natureza dos problemas mas sim a forma como organizamos a nossa identidade. Pois, para além da questão humana, da plenitude de direitos e deveres, afirma-se, uma questão que se prende com os valores e atitudes que têm vindo a assumir-se face à diferença.

Escrevemos acerca das pessoas com debilidade, no culminar de momentos de reflexão e questionamento, ao longo de quatro anos de trabalho no Centro de Emprego Protegido do Centro de Educação para o Cidadão Deficiente.

Face às reacções de alguns profissionais e outros tantos (quanto a nós), “leigos” em questões de humanidade, parece-nos já banalizada a questão da incapacidade, da impessoalidade, da não identidade, na ausência de “vontade” das pessoas com debilidade.

Estes são pois pressupostos culturais com os quais não nos conseguimos identificar, ainda para mais, quando extendidos à prática e falta de “humanismo” com que ainda se fala e se trata aqueles que a sociedade dita como diferentes.

De facto, por mais que a própria humanidade tente “negar” e/ou “esconder” a diferença, encontrando formas e estratégias eficazes de transformar a dor, a frustração e a culpabilidade em ideais de perfeição, não poderemos deixar de lembrar que a pessoa com debilidade é, antes de mais, uma pessoa, um ser humano total, um cidadão, um membro da sociedade com plenos direitos e deveres.

Na nossa sociedade subsistem formas de pensar e de actuar que tendem a marginalizar as pessoas (diferentes), apesar de se proclamar paralelamente e com toda a solenidade, a dignidade de todos os seres humanos.

É certo que num plano material poderão existir (grandes) diferenças, mas a questão consiste em saber se tais diferenças, por sua vez, propiciam uma dignidade humana diferenciada.

Face ao confronto com as angústias e os sentimentos significativos de abandono, experimentados por algumas destas pessoas, no seio da família e da comunidade, e que não deixam, em nosso entender, de permanecer estritamente truncados na falta de informação esclarecida que pais, educadores e profissionais de reabilitação têm sobre a debilidade, surge a necessidade desta reflexão.

A pertinência deste estudo parece-nos prender-se com a necessidade de repensar aquilo que, concluímos e entendemos como identidade, enquanto a

possibilidade de ser diferente. Pretende-se ainda contextualizar a inteligência e a vulnerabilidade das pessoas com debilidade com a dinâmica do desenvolvimento, baseado na interacção entre factores pessoais e ambientais, valores e normas que existem no contexto social.

É pois desta motivação que se prende com o esclarecimento e entendimento dos contingentes da debilidade, que surge a curiosidade intrínseca de tentar perceber, ao longo da revisão bibliográfica, a relação causa-efeito debilidade, identidade, afectividade e inteligência, através de um estudo de caso.

Entendendo-se a identidade enquanto o produto, mais ou menos conseguido das tarefas identificatórias, e face à dificuldade ao nível da construção da própria identidade nas pessoas com debilidade, coloca-se o seguinte Problema: Como é que as características inerentes à debilidade influenciam a construção das identificações e desta forma, a construção de uma identidade: qual o papel da inteligência e da afectividade?

Assim, há sem dúvida que considerar tópicos como, o acesso á linguagem, o contexto, as emoções, a criatividade, a atenção e a autonomia, o conhecimento da sexualidade e relações, a dependência emocional e a possibilidade de falar, entendendo-se as atitudes reprimidas em relação à sexualidade das pessoas com debilidade, enquanto contributos para a sua potencial vulnerabilidade, que fazem com que estas pessoas percam oportunidades de aprender, conhecer e reconhecer. Paralelamente, questionamo-nos face à pertinência (ou não) da elaboração de programas de Educação Sexual dirigidos a pessoas com debilidade.

Estas questões não se arredam de uma questão fulcral que nos parece prender-se com o entendimento da psicosexualidade, da identidade sexual de cada um, da construção efectiva de um self igual a si mesmo, próprio e não dedutível da pessoa enquanto entidade holística.

Sendo pensado e pensando-se, o homem é uma obra de criação ímpar, em que o afecto tem que ser uma constante. Donde, para além da relação de causa efeito existência-pensamento, se delinea uma convicção única do reconhecimento no amor, isto é, o homem existe porque foi amado, existe, criando-se na relação (Matos, 1996).

Assim, a experiência sexual, fantasias e desejos, que ocorrem no curso normal do desenvolvimento, são vistos como organizadores psíquicos, contribuindo

vitalmente para a estruturação do mundo interno, do mundo das representações (Spitz, 1959).

Logo, ao aceitarmos a evidência de uma identidade sexual das pessoas com debilidade, colocamo-nos face à pertinência (ou não) da preconização de planos de educação sexual adaptados à especificidade de cada um, procurando uma aproximação equilibrada ao mundo afectivo-sexual da pessoa.

Acabamos, tomando a liberdade de assemelhar as pessoas (com debilidade) a qualquer coisa outra, senão colocar a tónica na questão ideológica que ultrapassa os limites conceptuais e descritivos. No fundo as pessoas (com debilidade), são tão somente pessoas.

Definição do Conceito de Debilidade Mental

“Uma palavra perdida é uma acesso perdido à realidade: Uma palavra mal definida é um caminho escondido pelo matagal.” (Op. Cit. Marina, 1995, pp.13)

Na história, a atitude social ambivalente ora de rejeição e segregação, ora de protecção face à diferença, pode-se analisar na razão da influência da evolução do conhecimento científico sobre a ordem moral.

Esta atitude pode resumir-se a três períodos, cujo início é objectivado consensualmente por diferentes autores a partir do século XIX.

O primeiro período tem início a partir de 1800 até ao seu final, caracterizando-se por um grande desenvolvimento científico, ao nível da identificação e classificação da debilidade, e em particular, na distinção com a “loucura”, circunscrito nos limites da doença mental (Perron, 1962; Detterman, 1987).

Posteriormente, surge um período que se estende até à segunda Grande Guerra, em que emergem as preocupações de definição e classificação da debilidade. O terceiro período, compreende o pós-guerra até à actualidade e caracteriza-se por uma atitude de mudança marcada pela evolução científica e pelo reforço do

movimento humanitário em prol dos direitos dos grupos socialmente desfavorecidos. Ainda assim, podemos verificar que passados mais que dois séculos depois da revolução científica, persiste uma lentidão na assunção de uma nova ordem moral face à diferença.

Apesar dos consideráveis progressos ao nível dos conhecimentos teóricos, bem como ao nível das práticas reabilitativas, verificados ao longo das últimas décadas, a definição de debilidade permanece envolta em controversia.

As limitações e dificuldades inerentes à definição do conceito, parecem traduzir uma impossibilidade de incluir numa definição unitária todo o espectro da variabilidade interindividual, expresso em termos de etiologias, graus, disfunções e necessidades educativas.

Constitui pois, um problema prático (e teórico) complexo, multideterminado e multidimensional, não redutível a uma dimensão unívoca.

De uma forma geral, as definições de debilidade apresentam um carácter formal, abstraindo o que há de comum a objectos muito diferentes.

Por outro lado, a questão dos valores e das atitudes, não deixou de ter um reflexo inquestionável ao nível da definição do conceito de debilidade, traduzindo-se, ao longo dos tempos, em prioridades sociais, culturais, políticas e administrativas, muitas das vezes, longe de arredadas das orientações científicas.

Confrontamo-nos pois, com a existência de vários tipos de definição do conceito, desde a referência a um nível de eficiência intelectual, menosprezando quaisquer outros elementos estruturais do psiquismo (concepção clássica), com recurso à abordagem psicométrica da inteligência; como através de estudos comparativos ao nível do desenvolvimento (estádios de desenvolvimento) das crianças ditas débeis versus ditas normais; como ainda definições que postulam e privilegiam as questões relacionadas com os factores adaptativos e emocionais, até chegarmos à tendências mais contemporâneas de tentativa de conciliação de vários destes factores, numa visão multifactorial que precede à definição diagnóstica da chamada debilidade mental.

Assim, um dos problemas que mais frequentemente se expressa na literatura

científica desde o pós guerra, é a dificuldade de definição e classificação da debilidade, ligada à dificuldade numa definição conceptual da inteligência com todas as consequências ao nível dos direitos de assistência, da escolarização, sociabilização e integração profissional das pessoas com debilidade (Zigler, Balla & Hodapp, 1984; Barnett, 1986).

A abordagem métrica da inteligência através dos conhecimentos escolares, implementada pelos primeiros psicólogos da educação Binet e Simon (1905), constitui ainda assim, uma referência inquestionável da evolução do pensamento científico sobre a debilidade, pela definição operacional do conceito de inteligência, podendo reconhecer-se nesta operacionalização o adiamento de uma definição conceptual, bem como as suas consequências ao nível da investigação dos processos cognitivos (Morss, 1985; Barnett, 1986; Zazzo, 1976; O'Connor, 1987).

Binet e Simon criaram a “Escala Métrica de Inteligência”, abrindo portas à psicologia aplicada, ligada a uma teoria instrumental da inteligência em função das urgentes necessidades de selecção em contexto escolar (pela urgência na despistagem das pessoas com debilidade nas escolas primárias de Paris) e em contexto industrial (pela urgência de selecção de candidatos para determinados postos de trabalho).

A “Escala Métrica de Inteligência”, tornou-se “modelar” como instrumento de avaliação das capacidades intelectuais (níveis de eficiência). Tendo inicialmente como objectivo a despistagem das crianças incapazes de seguirem a escolaridade primária dita “normal”, ligada a uma noção psicométrica da debilidade mental, veio a ser adaptada em função de inúmeros objectivos.

A grande descoberta de Binet, centrou-se no Índice Mental (I.M.) ou nível mental, em função do qual, a pessoa com debilidade surge definido enquanto um indivíduo incapaz de seguir o ensino regular, na medida em que o seu nível intelectual se situa, na idade adulta, entre os 7 e os 10 anos (Simões, M., 1969).

Daqui surge a definição de debilidade mental, enquanto sistema de referência, traduzido em termos de I.M.. Contudo, esta referência não legitima a consideração de uma “inteligência pura”, independentemente de qualquer cultura (Zazzo, R., 1969) ou a tradução em termos de medida.

A noção de I.M. não traduzia assim, um nível mental, mas sim, um nível de acesso a um grau de cultura institucionalizada (Simões, M., 1969).

Daqui decorre que os níveis de escolarização formalmente estabelecidos, vão traduzir-se na escala de Binet (como nas escalas que nele se filiam) em chamados “Níveis de Inteligência”, em que a cultura geral do indivíduo dito “normal”, vai servir de norma à delimitação dos níveis de idade mental, quando na realidade parecem ser os níveis mentais (níveis de progressiva estruturação dos processos de criatividade) os critérios lógicos de definição dos níveis de escolaridade e das modalidades de aprendizagem (Simões M., 1969).

Ainda assim, estes paradoxos inerentes à Escala Métrica de Inteligência (que não é mais que um modelo de eficiência referível a níveis de escolaridade), não invalidam a obra de Binet, nem o valor do I.M. (quando referido a processos genéticos de estruturação pessoal).

A grande lacuna parece estabelecer-se na inexistência dos meios experimentais e diagnósticos que permitam situar o indivíduo em relação aos níveis de integração da sua criatividade, ou seja, que permitam situá-lo sincronicamente, por referência de cada modelo pessoal de integração ao ritmo genético de formação pessoal.

Nesta perspectiva, a debilidade resulta da incompatibilidade verificável entre os resultados da análise sincrónica e as características dinâmicas típicas do nível de desenvolvimento psico-somático revelado pela análise diacrónica.

Assim, dentro da chamada concepção clássica da debilidade, dois elementos afirmam-se como essenciais na caracterização da criança com debilidade: o número do quociente intelectual e a etiologia, como uma referência à oposição entre debilidade “simples” ou “harmónica” e “debilidade com problemas associados” ou “desarmonica”.

No interior deste quadro encontram-se reunidas (separadas somente pelas diferenças de grau no “defice intelectual”), as crianças com atraso profundo e as debilidades ligeiras.

Certamente, a tradição psicométrica aberta por Binet, acentuou esta simplificação pela ilusão facilitada que consiste em caracterizar simplesmente um

sujeito pelo seu Q.I., conduzindo ao desconhecimento das diferenças nosográficas e funcionais, em benefício de uma simples variação quantitativa.

Nos critérios tradicionais da debilidade mental (definida como atraso ligeiro), ter um diagnóstico de debilidade mental, é formular, igualmente, o prognóstico.

Estes diagnósticos perante os seus graus, prendem-se, mais ou menos, às abordagens educativas, mas impõem-se-lhes constantemente um limite definido até pela natureza da lesão fundamental.

Esta inclusão do prognóstico foi fortemente criticada por diversos autores, nomeadamente, Benton (1960, cit. in Misés & Perron, 1995).

Na prática, o que se preconizava era o desencorajamento do conjunto da acção terapêutica e educativa para a classificação a priori dos sujeitos como “educáveis”, “semi-educáveis”, “não educáveis”, etc. Esta inscrição do destino no indivíduo, suscitou críticas indo, por vezes, até um retrocesso simplista onde se inscrevem as ilusões originais de Itard (Misés & Perron, 1995).

É pois, da constatação de algumas das limitações teóricas em que se inscreve a prática do conceito de índice mental (I.M.), que William Stern, considerando o psiquismo enquanto estrutura totalitária, deu o primeiro passo no sentido de evitar as limitações da noção de I.M., substituindo-a pela noção de Q.I. (referente a um quociente de idades), confinado à relação dos níveis sincrónicos e diacrónicos de aproximação diagnóstica dos processos mentais, preconizando (na avaliação dos níveis mentais), um exame pluridimensional e polissintomático.

Terman deixou também o seu contributo, pela utilização sistemática do critério de Q.I. e pela criação de um instrumento de diagnóstico melhor adaptado às finalidades a que se propunha (estabelecer, através da proporcionalidade das idades, um diagnóstico mais rigoroso; prever a evolução mental de cada indivíduo, estabelecendo um prognóstico, baseado na hipótese da constância do desenvolvimento).

A partir das revisões de Terman, o critério operacional de fixação da zona de debilidade passou a referir-se em termos de Q.I. (em que o Q.I. de uma pessoa com debilidade, variaria entre 60 e 70, prevendo-se uma zona dita “border-line”, em que o Q.I. variaria entre 70 e 80).

Embora o critério de Terman seja mais seguro relativamente ao critério de I.M. (torna mais adequada a estrutura da escala e diminuindo consideravelmente o

“verbalismo” típico da escala de Binet - número exagerado de provas verbais -), também este critério não permite um diagnóstico mais válido, nem uma caracterização mais ampla de debilidade, na medida em que (a) continua a referir-se a um grau ou nível de eficiência intelectual; (b) sem referência a outros elementos estruturais do psiquismo intervenientes nas formas limite da debilidade (ex: como nas “pseudo-debilidades”); (c) o nível de eficiência intelectual (em que se apoia o cálculo do Q.I.) é estabelecido a partir de sub-testes diferentes, utilizados diagnosticamente para determinação de um nível global de eficiência;

Neste âmbito, Pressey, estudou a variação dos sucessos e insucessos (valor do scatter) aos diferentes níveis de idade da escala Terman na revisão Stanford, embora com insucesso, devido à própria estrutura da escala.

Contudo, o método do Q.I. alargou-se a testes diferentes, debatendo-se com as dificuldades e equívocos da incomensurabilidade de Q.I. diversos obtidos pela utilização de uma bateria heterogénea. Este inconveniente persiste actualmente (apesar do contributo de Zazzo).

Por sua vez Kurt Lewin (1935, cit. in Simões, 1969), vem a explicar a dificuldade destes sujeitos em instaurarem ligações simples e diferenciadas, em função da “rigidez das barreiras” entre actividades mentais diferentes, sendo que estas actividades estarão sempre em perigo (numa lógica de tudo ou nada), de se confundirem ou se oporem radicalmente.

Em 1939, surge a Escala de Wechsler-Belevue, permitindo uma nova abordagem da noção de Debilidade Mental, que passa a ser traduzida não só em termos estatísticos (utilização de uma escala em T; técnica de perfis: cálculo do scatter, sub-testes, sub-escalas), como implica uma definição mais ampla que as anteriores.

No contexto da fixação nocional de debilidade, Wechsler referia três tipos de Debilidade Mental: (a) simples defice mental (situável por recurso aos testes comumente usados); (b) correlativo de uma deficiência no plano da adaptação social; (c) ligado a uma deficiência emocional.

Entre os três mantem-se, geralmente, segundo o autor, um certo grau de correlação, mas que não é suficientemente elevado para que um deles possa constituir um indicativo do diagnóstico do outro (Simões, 1969).

Simões (1969) ao analisar a tipologia supra indicada, verificou o seguinte:

1. O primeiro, corresponde à debilidade intelectual descrita por Anré Collin - a debilidade mental (enquanto insuficiência de diversas funções mentais), comporta elementos dos três tipos enumerados por Wechsler - . Donde, segundo o autor, a debilidade só seria situável ao nível da chamada "imbecilidade" e da chamada "idiotia" (onde seria legítimo considerar casos de psicotização que integrariam as três modalidades de debilidade mental).
2. O segundo, corresponde ao conceito de debilidade mental proposto por Chaslin - a debilidade mental enquanto insuficiência adaptativa que não tem relação directa com o nível intelectual, ou seja, que evidencia uma resposta adequada aos testes de nível, mas com limitações no plano da compreensão das situações humanas e sociais;
3. O terceiro, parece encontrar a sua caracterização em causas psicógenas radicadas nas relações afectivas com a mãe, ou em mecanismos de autopunição, sempre referíveis ao grupo parental (e não apenas em causas endógenas).

Segundo Weschler (cit. in Simões, 1969), esta escala preconiza o emprego de testes aferidos, mas esclarece a possibilidade que um mesmo I.M., ou um Q.I. idêntico, denotem a debilidade no caso de um indivíduo, mas não dêem a mesma indicação no caso de um outro, em função de três factores (a) derivando da definição biológica de inteligência, em que esta comporta outros factores além dos de ordem puramente intelectual; (b) derivando da definição puramente estatística dos graus de aptidão relativa; (c) derivando da resistência em aceitar a noção de debilidade enquanto entidade unitária.

Pode-se assim concluir que o critério exclusivo do "défice intelectual" apenas permite situar as formas de debilidade profunda, donde, o critério de eficiência intelectual que caracteriza as escalas de inteligência não permite uma classificação definitiva das pessoas com debilidade dita média ou ligeira. Por outro lado, muitos indivíduos, embora revelem um Q.I. superior a 70, apresentam ao nível do comportamento, sinais de debilidade, enquanto outros, que traduzem um Q.I. inferior a 60, revelam um nível de integração social satisfatório. Igualmente, o rigor diagnóstico não aumenta, se recorrermos complementarmente a testes mais analíticos do que as escalas, nomeadamente aos testes fortemente saturados em factor g;

Assim, podemos constatar que no percurso histórico, que patenteou a evolução da noção de debilidade, começa-se a tecer desde 1948, a preocupação de conciliação de vários critérios (genéticos, clínicos e patológicos), em que Zazzo deixou, indubitavelmente, um forte contributo (Ruivo, 1969).

Ao levar a cabo uma série de análises críticas que conduziram, por um lado, à reformulação da noção de Q.I., bem como, da falsa noção de “inteligência”, e por outro lado, à reposição do Q.I. nos seus devidos termos de quociente de idades, Zazzo fez precipitar a emergência da noção de Q.D. (quociente de desenvolvimento), assim como a referência a um critério triplo: genético, patológico e diferencial.

Zazzo (1978), vem a introduzir no estudo da debilidade a noção de heterocronia do desenvolvimento, que assenta na constatação experimental de que, tal como diz o autor, “a criança, débil-tipo se desenvolve a velocidades diferentes segundo os diferentes sectores do crescimento psico-biológico” (Op. cit. Zazzo, 1978, pp.221).

Esta noção de heterocronia do desenvolvimento, traduz em termos psicométricos, a aproximação estrutural sugerida por Simões (1969), consistindo na referência diagnóstica à intercepção da análise sincrónica e do ritmo diacrónico de estruturação de uma personalidade concreta e situada.

O termo heterocronia exprime, simplesmente, o facto da pessoa com debilidades se desenvolver, em comparação com a criança dita “normal”, a velocidades diferentes consoante os diversos sectores de desenvolvimento psico-biológico.

É através da ilustração da relação entre o nível da idade atingido para um teste e a idade cronológica, que Zazzo vai tentar responder às quatro hipóteses fundamentais ilustradas (numa primeira fase), numa constatação psicométrica, mas cheias de outras implicações (psicológicas, pedagógicas, neurofisiológicas). As aludidas hipóteses são as seguintes (Ruivo, 1969), (a) a estrutura psíquica da pessoa com debilidade, é diferente da estrutura da criança dita “normal” com a mesma idade mental; (b) a estrutura psíquica da pessoa com debilidade (definida pelo “défice” global do seu desenvolvimento mental), é diferente da estrutura dos ditos “deficientes mentais”, em virtude de alterações particulares (ex: perturbações graves e específicas da linguagem); (c) a debilidade reveste formas diversas; (d) a

diversidade das formas psíquicas da debilidade corresponde, mais ou menos directamente, a uma diversidade de etiologias;

E assim se organizam e apuram os resultados à bateria de testes (provas de eficiência psicomotora e de organização espacial, provas escolares) onde se obtem o perfil tipo, obtido a partir dos Q.D.

É também com a noção de quociente de rendimento (Q.R.) - relação entre a idade de desenvolvimento mental obtida num teste e a idade mental de Binet-Simon, que Zazzo ilustra a noção de heterocronia.

Na prática, o perfil heterocrónico da debilidade mental apresenta um certo número de vantagens (Ruivo, 1969), (a) denuncia o mito do Q.I. e a noção global de nível mental, dando ao Q.I. o seu verdadeiro valor: o do quociente de idades; (b) permite distinguir entre hierarquia típica e desarmonia; (c) dá indicações úteis à pedagogia, à reeducação, à orientação profissional; (d) faz progredir o diagnóstico no âmbito da debilidade e da pseudo-debilidade; (e) incita-nos a procurar, caso existam, heterocronias de perfil diferente entre formas de debilidade de etiologias diferentes.

Segundo Simões (1969), a noção de velocidade de desenvolvimento, faz todo o sentido, se for justaposta às noções de ritmo psíquico e de ressonância, tal como são entendidas pela psicologia projectiva. Assim, quando entendidas diacrónicamente representam verdadeiros processos de auto-regulação psíquica.

Neste sentido, pode-se situar a pessoa com debilidade, não só em relação ao quantum deficitário, mas também à maneira como esse "défice" é investido pela sua estrutura temperamental e acentuado pelas situações sociais em que esse temperamento se exerce.

Zazzo e seus colaboradores (cit. in Athaíde, 1973), conseguiram estabelecer um perfil intelectual da pessoa com debilidade mental de causa endógena (poligénica - "débilidade mental de causa genética desconhecida"). Neste perfil, encontram-se mais atingidas, as capacidades de estruturação espacial e as que se exprimem nas provas verbais, e menos atingidas as capacidades que se exprimem nas provas de performance e na psicomotricidade.

Wechsler (cit in. Athaíde, 1973), referia também que nos chamados "débeis mentais de causa genética" e nas personalidades psicopáticas se revelava, em regra,

um mais baixo rendimento nas provas verbais que nas provas de performance, enquanto que nas situações psicogénicas de baixo rendimento intelectual e nas lesões orgânicas de causa exógena, se verificava, em regra, o contrário.

Segundo Zazzo (cit. in Athaíde, 1973), apesar da heterocronia que apresentam as várias capacidades, existe uma “harmonia” no perfil mental da generalidade dos chamados “débeis de causa poligenética”, a qual exprime uma estrutura.

Segundo Chiva, M.(1973, cit. in Athaíde, 1973), esta “estrutura psíquica” de numerosas pessoas com debilidade de causa poligenética (que seriam os que normalmente se encontram em qualquer população e a que se poderiam chamar “débeis mentais normais” ou “pobres de património hereditário”), corresponderia a uma assincronia, que se verifica igualmente, mas em sentido inverso (com maior elevação das eficiências nas provas verbais e sobretudo nas de estruturação espacial), nas crianças ditas “superdotadas”.

Assim, Zazzo (1979) pode mostrar sobre um grupo com debilidades moderadas e ligeiras, que as provas menos conseguidas, eram aquelas que implicavam uma organização de actividades dentro dos quadros representativos do espaço e do tempo (as provas psicométricas têm melhores resultados). Existe uma analogia entre os resultados obtidos, por meios comparáveis nas crianças que, sem deficiência intelectual global, apresentam dificuldades de aquisição de linguagem oral e escrita (dislexia). Daqui surgiu a ideia de que, em muitos casos de debilidade, o problema central toca a elaboração de significados, em particular no plano da linguagem.

Pode-se assim colocar em evidência as conclusões iniciais de Zazzo, que consideram a existência de um “perfil típico” de debilidade mental, assumindo um valor de diagnóstico diferencial. Segundo o autor, o que designa por “débil mental”, seria um “indivíduo que se desenvolve em velocidades diferentes”, o que define a debilidade como síndrome, estruturalmente desarmonioso.

Diversas correntes de investigação ajustam-se ou opõem-se nos ensaios de uma melhor compreensão destes mecanismos psicopatológicos. Estes trabalhos precedem as preocupações pedagógicas (analisar o handicap para concluir qual a melhor acção educativa) mas desenvolvem-se, igualmente, através das tentativas de análise funcional (são exemplo, os estudos realizados sobre a percepção e a motricidade, como os levados a cabo por, Stamback & Zazzo (1969) e Pécheux

(1994).

Uma importante corrente de investigação desenvolveu-se durante uma vintena de anos na base da distinção entre os chamados “débeis exógenos” (supostamente presente nas deficiências sensoriais e motoras específicas) e os chamados “débeis endógenos”(Chiva, 1973). Mesmo que a distinção nosográfica que serviu de base a estes trabalhos pareçam hoje desajustados, os resultados ficam. A análise destas dificuldades mostra a sua intricação com problemas da personalidade, como mal estar, em que a hipertonia, também participa nas tabelas complexas dominadas pelos mecanismos defensivos, que aparecem a limitar severamente as possibilidades adaptativas. Os problemas sensoriais e motores mais graves, mesmo que precedam de compromissos neurológicos, não serão cumpridos sem embargo destes mecanismos.

Mais, fundamentalmente, descobriu-se que estes problemas das funções de recepção e de realização aparecem antes no desenvolvimento da criança, como as dificuldades de organização dos primeiros esquemas sensorio-motores e as praxies, e traduzem-se ao nível da elaboração das suas representações no espaço e no tempo dos quadros do pensamento: é desde então que o desenvolvimento se encontra afectado.

Certos autores foram conduzidos a postular um modo particular de funcionamento psíquico presente em certos sujeitos, e que seria a origem destas dificuldades de aquisição, ou seja, de insuficiência intelectual. É o caso por exemplo, da tese de Lúria (1973).

Numa perspectiva pavloviana, o que se designa por “oligofrenias” serão fundamentalmente caracterizadas, pela dificuldade de elaborar os condicionantes onde esta abordagem pretende visualizar os ditos “materiais do psiquismo”; mais, entendendo-se enquanto uma montagem, constrói-se na fase rígida (difícil de modificar) e frágil (destruída por um mau condicionamento que não consegue contradizer a montagem).

Inhelder (1963), colocou em evidência uma “viscosidade genética”: a lentidão do desenvolvimento cognitivo destes sujeitos, qualquer que seja a causa, implica um uso prolongado dos mecanismos intelectuais, que conduzem à sua fixação de uma forma mais sólida. De forma que, um nível do desenvolvimento cognitivo, subsiste numa coexistência de nível funcional que não se observa na criança dita “normal” (em termos piagetianos, o “reequilíbrio maior” efectua-se mal ou não se efectua).

Tal como já vimos, Zazzo (1976) e Chiva (1973) numa perspectiva vizinha colocam em evidência a heterogeneidade dos níveis funcionais que se observam usualmente mesmo em casos das chamadas “debilidade simples” e que os impossibilita de assimilar nas crianças ditas “normais” mais jovens; se nestes casos as funções perceptivo-motoras são relativamente pouco atingidas, os quadros representativos do espaço e do tempo, a linguagem e as actividades simbólicas são notoriamente mais deficitárias. Estes resultados constantes, tendo sido estabelecidos pelo uso de testes de desenvolvimento, traduz-se por uma heterogeneidade em termos de níveis etários para um mesmo sujeito, segundo as actividades intelectuais em jogo; é o que, tal como já referimos, Zazzo qualificou de “heterocronia” proposta como característica fundamental da debilidade mental.

A “viscosidade genética” invocada por Inhelder, encontra-se em contradição com a teoria Piagetiana, que assume o princípio de que o desenvolvimento cognitivo é necessariamente uma trajectória que passa em todas as crianças por uma sucessão de estruturas equilibradas bem definidas, e onde esta estrutura resulta e anula funcionalmente a estrutura de nível precedente.

Entre aqueles que contestam o significado geralmente dado à diferença entre os resultados das provas verbais e de performance no teste de Wechsler e noutras provas habitualmente usadas, destacam-se Misés e Perron Borelli, que reforçam a ideia de que a natureza das actividades intelectuais nem sempre corresponde ao material sobre que estas se exercem, nem à forma de expressão das respostas dadas.

Para estes autores, as provas verbais do teste de Wechsler nem sempre correspondem a processos de abstracção nem as de performance a um raciocínio concreto, assim como partilham a ideia de que a bateria de Zazzo, não corresponde, igualmente, aos objectivos desejados.

É neste sentido que estes dois autores, elaboraram e passaram a utilizar as escalas diferenciais de eficiência intelectual (E.D.E.I.), em que introduziram outras provas, que segundo os mesmos, parecem distinguir melhor os processos de abstracção e de inteligência lógica dos de inteligência concreta, de adaptação a uma situação prática e de desenvolvimento das condutas sociais.

Contudo, também estas provas parecem igualmente discutíveis, na medida em que embora não tenhamos, muitas vezes, perfis intelectuais estritamente equivalentes

para efeitos de comparação e muitas outras vezes não tenhamos perfis, propriamente ditos, podemos criar uma opinião pessoal, não só das características das capacidades ditas intelectuais de cada pessoa com debilidade, mas também das suas características psíquicas em geral, e integrá-lo em grupos, desde que latos (Athaíde, 1973).

Decorrente destas correntes de investigação, a relação débil-pseudo-débil vai sendo igualmente reformulada. Parece certo excluir do quadro da debilidade propriamente dita, os atrasos simples, as neuroses, as psicoses e os problemas prevalentes de linguagem ou da psicomotricidade. Contudo, os desvios evolutivos, os defeitos de investimento, os insucessos do processo de individuação, as carências instrumentais comportam, a longo prazo, o défice no modo de elaboração das estruturas cognitivas. A observação longitudinal revela assim, em numerosos casos, o caminho em direcção a uma organização cada vez mais estável que adquire, definitivamente, o estatuto de uma debilidade mental autêntica.

A partir daí, e desta vez perante certas debilidades caracterizadas, descobertas tardiamente (8-9 anos), estamos em posição de questionar se uma despistagem precoce não permitirá reconhecer os sinais premonitórios de um momento em que a insuficiência intelectual não esteja ainda irremediavelmente inscrita.

A este nível coloca-se o problema da distinção, não mais entre uma debilidade de base orgânica e uma pseudodebilidade de outra origem, mas entre as organizações que comportam um défice durável da eficiência longe dos problemas evolutivos incluindo os intervalos transitórios que uma acção enredada em tempo oportuno permite também e ainda reduzir.

Esta fixação dos limites teóricos não fará esquecer que os dois grupos assim reconhecidos são de facto ligados por formas de transição. Para a criança em que a sintomatologia deficitária aparece hoje em dia reversível, resta ainda fixar as transições observadas no plano cognitivo. Este processo, uma vez iniciado, ordena a evolução global para uma extensão e um pêsso cada vez mais considerável dos mecanismos que se desenvolvem, no sentido da estruturação deficitária.

Em função das inúmeras posições adoptadas no âmbito da fixação nocional, da classificação, bem como, da diferente nomenclatura utilizada, Athaíde (1973) adoptou a seguinte nomenclatura, estabelecida segundo critérios dinâmicos, cujos

princípios resumimos no quadro 1 (ver pp 22):

1º Grupo: Debilidades Mentais Harmónicas, em que se revelam características intelectuais diferentes da média dos indivíduos ditos “normais”, mas com uma certa harmonia embora com alguma dispersão (específica) das eficiências. Trata-se pois de uma harmonia dentro da heterocronia. As crianças inscritas neste grupo, não revelam alterações afectivas constantes e graves, embora a afectividade revele algum compromisso (pouca profundidade na elaboração dos afectos; existência de frequentes reacções imediatas e primárias de “birra” - em contraste com a sugestionabilidade geralmente verificada -; reacções auto-eróticas e fóbicas; auto-referência de tipo pueril; falta de mecanismos de defesa, ainda que primitivos - como a negação infantil e a fabulação -). Tratam-se de crianças sociavelmente adaptáveis, colaborantes e susceptíveis de se interessarem por trabalhos simples.

Quando estas debilidades dizem respeito à Debilidade Mental Ligeira ou de grau médio, encontram-se características intelectuais que se aproximam das do perfil típico descrito por Zazzo, para as Debilidades Mentais de causa poligenética, em que os valores mais baixos correspondem por vezes às provas de organização espacial, e na maior parte, às provas verbais, dando estas sempre valores mais baixos que a generalidade das provas de performance; em que às provas (ou a certas provas) de pontilhação e barragem correspondem os índices mais elevados, e em que se verifica grande ingenuidade, sugestionabilidade e concepção pueril dos acontecimentos, bastantes vezes desproporcionada ao nível mental médio do indivíduo.

Athayde (1973), encontrou características deste grupo, na grande maioria dos casos (em que o principal factor de debilidade parecia ser de causa genética não conhecida e em que não havia síndrome convulsivo ou mesmo suspeita de comicialidade, traços psicóticos nem deficiências motoras ou sensoriais).

2º Grupo: Debilidades mentais desarmónicas, sobretudo no plano intelectual: As crianças que se inscrevem neste grupo, emocionalmente, não se afastam muito da dita “normalidade”; são socialmente adaptadas;

Aqui se incluem numerosos casos em que um acidente de origem exógena veio causar no cérebro uma alteração lesional mais ou menos localizada, perturbando certas capacidades, mas permitindo que as restantes se mantenham (pelo menos

durante algum tempo) “normais”. Essa lesão de causa exógena pode ter originado, também, além de deficiência intelectual, alterações epileptogêneas e alterações nas capacidades instrumentais, sensoriais ou motoras, mas estas não conduziram ou durante largo tempo não conduziram a outras alterações evidenciáveis do psiquismo.

Em alguns dos casos, predomina a incapacidade de concentrar a atenção, noutros a deficiência de memória, alterações da psicomotilidade, da estruturação temporo-espacial, etc., havendo sempre desarmonia no perfil intelectual.

Aqueles casos em que foram também perturbados, em consequência do processo lesional, as características emocionais e afectivas não podem ser integrados neste grupo.

Quando nestas Debilidades Mentais de desarmonia somente (ou predominantemente) intelectual, se verifica descida progressiva do nível mental, devem ser classificadas como Debilidades Mentais evolutivas intelectualmente desarmónicas (7º Grupo).

Entre os indivíduos pertencentes ao 2º Grupo, distinguem-se aqueles a que Chaslin chamou “des sots”, embora haja neles também certas alterações afectivas e emocionais, que geralmente não comprometem e até facilitam a sua adaptação social. Nestes indivíduos, características como, capacidades mnésicas; facilidade de expressão; por vezes, o apreço pela música e o desejo de revelar cultura (“complexo de inteligência”), mascaram neles a real debilidade de que sofrem.

É de notar que, em alguns casos, há desarmonias psíquicas mais acentuadas e graves, mas, na generalidade, estas se limitam ao exposto.

3º Grupo: Debilidades Mentais Desarmónicas em que, embora a desarmonia incida fortemente, ou quase somente, nas características afectivas, o indivíduo não deixa de ser adaptado e mesmo colaborante. Tratam-se então, de débeis mentais colaborantes com desarmonia sobretudo das características afectivas.

Estão nestas condições a quase totalidade dos casos de síndrome de Down reeducados ou reeducáveis. Estes apresentam, geralmente: perfil intelectual, geralmente, difícil ou impossível de determinar, em função do muito baixo nível mental; a desarmonia do perfil intelectual esbate-se em face das alterações do carácter e da afectividade (muito afectivos; docilidade marcada - geralmente colaborantes, de fácil adaptação, prestáveis, sociáveis, simpáticos -). Contudo, há excepções muito raras de desadaptação e violência (geralmente em função de

condições opulentas do meio, superprotecção, gametopatia, etc.).

4º Grupo: Debilidades Mentais desarmónicas, em que a disarmonia incide simultaneamente, quer nas capacidades intelectuais, quer por vezes ou sobretudo, na afectividade e no carácter, e em que há desadaptação ao meio, sem que, contudo, se verifiquem alterações de tipo psicótico. Tratam-se das Debilidades Desarmónicas com Desadaptação (embora noutros casos incluídos em grupos diferentes também possa haver desadaptação e disarmonia psíquica, observa-se que o psiquismo apresenta características muito especiais).

Temos a considerar nestes grupo em que há um controlo deficitário quer psicomotor, quer afectivo, aqueles casos em que dominam a confabulação e mitomania, o erotismo, a excessiva emotividade, a turbulência, as modificações rápidas de humor, as reacções violentas, explosivas, destruidoras, perversas, os que apresentam a modalidade de carácter dito "epileptoide", etc.

Nas desarmonias emocionais e afectivas dos débeis mentais, haveria em princípio, que distinguir: as de carácter psicopático, em que o débil (cujas capacidades de resistência às pulsões instintivas - mesmo as mais primitivas - frequentemente alteradas pelo processo patológico que conduziu à debilidade, são manifestamente insuficientes) assume ele mesmo a conduta que tais pulsões lhe imprimem. Aqui se podem incluir bastantes condutas eróticas e perversas; as de carácter neurótico (ou "formas de vertente neurótica", segundo Misés) em que o Eu, apesar de débil, reage contra tais pulsões e às condições ambientais, embora por mecanismos primários de defesa, sendo a sintomatologia observada resultante, sobretudo, dos referidos mecanismos. Aqui se podem incluir a confabulação e certas formas fóbico-obsessivas de comportamento.

Não obstante, na generalidade dos casos, observam-se condutas de um e de outro tipo ou ainda formas de comportamento cuja patogenia é discutível, tais como, reacções violentas e tendências destruidoras, na medida em que o Eu, resistente a determinadas pulsões e reagindo patologicamente aos estímulos ambientais pode desencadear uma sintomatologia neurótica que se sobreponha a uma outra correspondendo a impulsos primários, porventura alterados, a que lhe não é possível resistir.

No que diz respeito à distinção na sintomatologia psíquica entre o que é de atribuir

aos factores causais básicos da debilidade e a uma acção psicógena secundária, o autor insiste em considerar tal distinção difícil e, em muitos casos impossível.

5º Grupo: Formas em que a deficiência de rendimento intelectual é reduzida em relação às perturbações caracteriais e afectivas, mas em que, contudo, não se verifica desadaptação, excepto a que resulta do baixo rendimento escolar. São as Debilidades Mentais (ou falsas Debilidades Mentais – Pseudo-debilidades-) em que a neurose domina o quadro clínico, sem que haja desadaptação social.

Trata-se, geralmente, de crianças neurotizadas, cujo rendimento mental é afectado pelas condições emocionais (a dita “inibição neurótica”).

Estes casos dão, em regra, valores mais elevados nas provas verbais que nas de performance, que segundo o autor, revelam uma certa “harmonia na heterocronia” em sentido inverso da descrita por Zazzo como própria dos débeis endógenos.

O facto de diferenciarmos as crianças inscritas neste grupo das do grupo anterior, reside sobretudo no facto de frequentemente estas crianças não serem consideradas desadaptadas pela família e pelos professores.

Desde que haja desadaptação que perturbe o meio gregário há que as inscrever nesse grupo.

Por vezes a inibição exercida pelas alterações afectivas é transitória e, mesmo sem que o conflito neurótico se resolva totalmente, a modificação de certas condições ambientais que o mantinham mais activo é suficiente para que o rendimento intelectual se eleve. Aqui se inscrevem as chamadas Pseudo-Debilidades (segundo o autor estas dizem igualmente respeito a certas formas em que se verifica passividade e hipobúlia incluíveis no 6º grupo e ainda aquelas formas em que há desadaptação, susceptíveis de inscrever no grupo 4, e em que o baixo rendimento mental se apresenta como secundário a outras alterações do psiquismo).

Contudo, em outros casos, sobretudo quando as condições neurotizantes que causaram a baixa de rendimento persistem, se agravam ou se complicam com o isolamento e novas frustrações, o fraco rendimento intelectual mantém-se ou acentua-se e torna-se irreversível, podendo estabelecer-se uma evolução diferente, com características psicóticas. Quando isto acontece, inscrevem-se no 8º ou no 9º grupo.

A existência de um conflito neurótico nem sempre reduz o rendimento intelectual. Ao contrário, situações conflituais desse tipo correspondem muitas vezes aos

períodos de evolução mais acelerada do desenvolvimento psíquico e aos períodos criadores de certos artistas e de alguns cientistas.

6º Grupo: Determinadas Debilidades Mentais (ou falsas Debilidades Mentais) Desarmónicas em que, no plano intelectual, há sobretudo deficiência da atenção, das possibilidades mnemónicas e, por vezes, da orientação espaciotemporal e no plano caracterial, diminuição de interesses, do esforço volitivo e também da afectividade, excepto no que se refere a certas reacções violentas de aparecimento esporádico que nelas se podem verificar. O autor designa os indivíduos que se inscrevem neste grupo de Débeis mentais Passivos (ou Abúlicos).

Este é um grupo formado, essencialmente, por casos em que a Debilidade Mental sucedeu situações carenciais ou altamente frustrantes, sobretudo quando iniciadas na primeira infância (embora seja de admitir que, em bastantes, outros factores possam ter tido influência), nos quais não se deu ou ainda não se deu a evolução psicótica.

7º Grupo: A Debilidade Mental que se acentua ou Debilidade Mental Evolutiva no sentido de deterioração, sem que se apresentem alterações de tipo psicótico. Na descida progressiva do nível mental, verificam-se, por vezes, surtos de mais rápida degradação intelectual.

A noção de Debilidade Mental Evolutiva tem sido utilizada por outros autores como envolvendo os casos de psicotização.

O autor faz incluir neste grupo os casos em que a Debilidade mental, devida a anoxia, a hemorragia (peri-natais ou não) ou a processo infeccioso apresentam um carácter progressivo, bem como os de deterioração mental epiléptica, quando esta se mantem com carácter progressivo e que com frequência se estabelece sobre uma Debilidade Mental congénita que já acompanhava o síndrome inicial.

Na medida em que, entre os primeiros, se verificam muitas vezes crises convulsivas e, entre os últimos a debilidade mental é frequentemente congénita, e torna-se difícil dizer, em determinado momento da evolução, se é a Debilidade Mental inicial que é ela própria progressiva ou se sobre ela se instalou uma deterioração determinada pelas crises ou pelos factores que as causaram, o autor englobou-as em conjunto, ressaltando que em cada caso se deve sempre fazer ou tentar fazer o diagnóstico étio-patogénico.

8º Grupo: Atraso Mental - Psicose, é o termo utilizado por Lang para sublinhar a dimensão deficitária em relação à psicótica, nos casos em que se deu a psicotização do débil, mas que o autor entende dever abranger igualmente aqueles casos de deterioração mental em psicóticos em que o aspecto deficitário passou a dominar o quadro clínico, muito difíceis de resto, de em dado momento, distinguir dos outros.

Às situações que exprimem psicotização do débil também se tem chamado, de acordo com a sua gravidade, reacção psicótica em oligofrenia, debilidade mental com psicotização, esquizofrenia enxertada em oligofrenia, e ainda, no caso da Debilidade Mental ser consequente a um processo encefalopático, encefalopatia esquizofreniforme (embora esta também se empregue em situações que não envolvam deficiência mental).

Contudo, na ideia do autor, a expressão “atraso mental-psicose” é, mais lata e ao valorizar o aspecto deficitário, não envolve qualquer ideia quanto à patogenia, donde, se adapta melhor a uma classificação de base sintomática.

Os casos do 6º grupo podem considerar-se, do ponto de vista patogénico, e ainda sob outros aspectos, muito semelhantes a grande número de casos deste grupo, contudo, sem que se evidencie ainda neles características psicóticas.

9º Grupo: Psicoses de Expressão Deficitária (segundo Misés), envolve o tipo de casos inscritos por Athayde, S. (1973) no grupo anterior, mas que, na opinião do mesmo, e dado que acentua a palavra “psicose” se deve limitar àqueles em que a sintomatologia psicótica sobreleva a de deficiência mental.

Este grupo inclui as esquizofrenias com défice intelectual, em que este, embora evidente, não domina o quadro clínico (como frequentemente acontece nas esquizofrenias infantis), e grande número de outras formas de autismo, com origem na infância e com deterioração, desde que esta não seja muito acentuada (porque então são de integrar no grupo anterior), mas envolve ainda aqueles casos de Debilidade Mental ligeira ou de grau médio em que posteriormente (mas por vezes muito precocemente) se instalou um processo psicótico, que depois dominou o quadro clínico.

Poderemos pois analisar de uma forma resumida e sistematizada, a classificação proposta por Athaíde, através da leitura do quadro 1.

8º Grupo: Atraso Mental - Psicose, é o termo utilizado por Lang para sublinhar a dimensão deficitária em relação à psicótica, nos casos em que se deu a psicotização do débil, mas que o autor entende dever abranger igualmente aqueles casos de deterioração mental em psicóticos em que o aspecto deficitário passou a dominar o quadro clínico, muito difíceis de resto, de em dado momento, distinguir dos outros.

Às situações que exprimem psicotização do débil também se tem chamado, de acordo com a sua gravidade, reacção psicótica em oligofrenia, debilidade mental com psicotização, esquizofrenia enxertada em oligofrenia, e ainda, no caso da Debilidade Mental ser consequente a um processo encefalopático, encefalopatia esquizofreniforme (embora esta também se empregue em situações que não envolvam deficiência mental).

Contudo, na ideia do autor, a expressão “atraso mental-psicose” é, mais lata e ao valorizar o aspecto deficitário, não envolve qualquer ideia quanto à patogenia, donde, se adapta melhor a uma classificação de base sintomática.

Os casos do 6º grupo podem considerar-se, do ponto de vista patogénico, e ainda sob outros aspectos, muito semelhantes a grande número de casos deste grupo, contudo, sem que se evidencie ainda neles características psicóticas.

9º Grupo: Psicoses de Expressão Deficitária (segundo Misés), envolve o tipo de casos inscritos por Athayde, S. (1973) no grupo anterior, mas que, na opinião do mesmo, e dado que acentua a palavra “psicose” se deve limitar àqueles em que a sintomatologia psicótica sobreleva a de deficiência mental.

Este grupo inclui as esquizofrenias com défice intelectual, em que este, embora evidente, não domina o quadro clínico (como frequentemente acontece nas esquizofrenias infantis), e grande número de outras formas de autismo, com origem na infância e com deterioração, desde que esta não seja muito acentuada (porque então são de integrar no grupo anterior), mas envolve ainda aqueles casos de Debilidade Mental ligeira ou de grau médio em que posteriormente (mas por vezes muito precocemente) se instalou um processo psicótico, que depois dominou o quadro clínico.

Poderemos pois analisar de uma forma resumida e sistematizada, a classificação proposta por Athaide, através da leitura do quadro 1.

Quadro 1

	Afectividade	Sociabilidade	Características intelectuais	<i>ESPECIFICIDADES</i>
D. M. harmónicas	Algum compromisso	Adaptação	Harmonia dentro da heterocronia	Pouca profundidade na elaboração dos afectos; reacções primárias de birra; reacções auto-eróticas e fóbicas; falta de mecanismos de defesa
D. M. desarmónicas	Sem compromisso	Adaptação	Desarmonia Def. intelectual Alter. epileptogéneas Alter. Capacidades : instrumentais, sensoriais ou motoras	Posterior a acidente de causa exógena
D. M. desarmónicas	Desarmonia	Adaptação	Desarmonia	Colaborantes Desarmonia incide na afectividade
D. M. desarmónicas	Desarmonia	Desadaptação	Desarmonia	Não há alterações de tipo psicótico
Pseudo-debilidades	Algum compromisso	Adaptação	Desarmonia	Baixo rendimento escolar Rendimento mental afectado pelas emoções
Falsas D. M. desarmónicas (passivas / abúlicas)	Diminuição de: Esforço volitivo afectividade	Diminuição de: Interesses	Deficiência da : atenção memória Orientação espaciotemporal	Posterior a situações carenciais ou altamente frustrantes na 1ª infância
D.M. Evolutiva (deterioração)	Deterioração progressiva	Dificuldades progressivas	Descida progressiva do nível mental	Surtos de mais rápida degradação intelectual, sem alterações do tipo psicótico Origem: Anoxia, hemorragia, deterioração epiléptica progressiva
Atraso mental- Psicose	Psicotização	Desadaptação	Aspecto deficitário domina o quadro clínico	Psicotização da pessoa com debilidade E Deterioração mental em psicóticos
Psicose de expressão deficitária	Psicotização	Desadaptação	Sintomatologia psicótica domina o quadro clínico	Psicotização da pessoa com debilidade E Deterioração mental em psicóticos

Como já pudemos constatar, o conceito de “debilidade”, parece irreduzível, mas igualmente inseparável do conceito de inteligência, sendo que, conforme a linha teórica que sustenta este último, assim se define o conceito de debilidade.

Campione, Brown & Ferrara (1986), vêm a conceptualizar a questão da fixação nocional da debilidade, em torno do conceito de inteligência, que concretizam enquanto assumindo uma enorme complexidade, pela variedade ou tipo de relações que se podem enunciar como ilustrativas do que é a inteligência. Como pré-conceito de inteligência, assume-se enquanto capacidade de adaptação relativamente a uma ou várias tarefas ou, por outras palavras, a capacidade de realização/adaptação num determinado domínio de actividade (Detterman, 1987; Campione et al., 1986; Mittler, 1977).

Note-se que a aceitação desta formulação assenta na omissão das tarefas ou domínios de actividade, significando por isso, que se aceita que existam diferentes tipos de inteligência (social, académica, prática, entre outras).

Então, diferentes tipos de inteligência de acordo com diferentes tipos de actividades exigem diferentes teorias que sustentem a sua fundamentação. Perante este quadro de referência e das suas implicações no âmbito da classificação da debilidade, importa equacionar até que ponto, é que as possíveis diferentes teorias de uma inteligência social/adaptativa ou académica se comprovam como distintas, ou seja, que índices de garantia destes dois tipos de inteligência tendem a ser correlacionados, ou por outro lado se revelam como independentes (Campione et al., 1986).

Por outro lado, a referência ao comportamento adaptativo associado a um funcionamento intelectual inferior à média constitui uma permissa de definição da debilidade proposta pela Associação Americana para a Deficiência Mental (A.A.D.M.), que é o órgão científico mais antigo na abordagem do problema da debilidade.

Desde 1959 que a referência ao comportamento adaptativo surge como elemento de definição de debilidade da A.A.D.M. Posteriormente, a Organização Mundial de saúde (O.M.S.) reforça a relação entre adaptação e aprendizagem, propondo que se defina a debilidade como: “Funcionamento intelectual geral inferior à média, com origem no período do desenvolvimento associado a uma alteração do ajustamento ou da maturação, ou dos dois, na aprendizagem e na sociabilização” (Ajuriaguerra, 1974).

Nesta definição, é verificável a abrangência de um funcionamento deficitário que se pretende situar o seu início em termos ontogenéticos apontando o período do desenvolvimento, mas associado às consequências objectivas que se podem evidenciar na adaptação ao meio, incluindo a aprendizagem, mas não apenas esta como domínio particular de uma definição. No entanto e apesar da evolução positiva que sobre o conceito de debilidade se tem vindo a acentuar, os critérios da sua definição permanecem discutíveis pelas implicações determinantes do carácter estigmatizante das classificações. Neste sentido, um dos objectos de estudo mais polémicos da investigação tem sido a questão da avaliação da inteligência, sobre o qual, será importante sintetizar as suas principais perspectivas. A este objectivo, dedicar-nos-emos mais à frente na nossa reflexão.

Resumindo, o conceito de debilidade mental vem merecendo, sobretudo ao longo da segunda metade do século XX, um certo consenso entre os estudiosos da matéria, podendo ser entendida enquanto atraso no desenvolvimento intelectual e incapacidade para o indivíduo se adaptar às exigências sociais (Wechler, 1944), em que não sendo uma doença, mas sim transtorno permanente da personalidade (que pode ser resultado de uma doença) com origem num momento em que a maturação psicossomática ainda não está terminada, constitui um défice da totalidade ou de alguma das funções intelectuais e orgânicas e uma perturbação da personalidade, condutores de uma atitude, geralmente, não adequada face a problemas e situações da vida (Grunspun, 1966).

Assim, a pessoa com debilidade pode ser conceptualmente entendida, enquanto um indivíduo que, por razões de bloqueio ou diminuição intelectual, é incapaz de se adaptar ao meio, de tal modo que necessita de cuidados especiais (Stevens, 1965).

Mais uma vez, a A.A.D.M., abordou esta problemática, separando claramente os tipos de deficiência mental, que podem ser consequência de disfunções cerebrais (lesões orgânicas - cerebrais) ou de atraso mental propriamente dito (processo de inadaptação sem que sejam conhecidas quaisquer lesões orgânicas). Neste sentido, a debilidade é definida enquanto subrendimento intelectual originado durante o período de desenvolvimento por dificuldades de adaptação ao meio. Contudo, um baixo Q.I. não é suficiente, por si só, para se definir a debilidade. Deve verificar-se também uma incapacidade de adaptação às exigências naturais e sociais do meio

ambiente (Grossman, 1973, in Gonzalez-Ibañez, 1991).

Esta definição, proporciona uma visão dinâmica da debilidade, em que o defice na função intelectual deixa de ser a principal característica para ser um dos requisitos para o diagnóstico.

Assim, e numa perspectiva de referência ao dinamismo das estruturas sócio-pessoais, e não apenas a referência a uma normalidade estatística, poder-se-à evitar os equívocos de uma definição nocional de debilidade mental, resultante da rigidez formal dos critérios psicométricos que a situam entre os limites insignificativos de duas idades mentais ou de dois Q.I., base precária de um diagnóstico, extendendo-se a uma fixação nocional que pouco ou nada informa sobre as possibilidades reais do indivíduo, como nada esclarecem sobre a sua estrutura pessoal (Simões, 1969).

Sumariamente e segundo Juan, Marquez & Rubio (cit. in Gonzalez-Ibañez, 1991), pode-se constatar das revisões delineadas ao longo da história do estudo da debilidade, que a avaliação e respectivo diagnóstico, devem ser dirigidos aos aspectos maturativos e aos aspectos relacionados com o ajuste social da pessoa com debilidade. Para efectuar esta avaliação, estes autores entendem como relevantes os seguintes aspectos:

1. Avaliação das condutas representativas da maturação do sujeito, ou seja, dos padrões de conduta sensoriais e motores mediante escalas de desenvolvimento (como o diagnóstico de desenvolvimento de Gessel) e mediante avaliação de perfis específicos.
2. Avaliação do ajuste social em contextos específicos.
3. Avaliação do ajuste social no grupo mediante o estudo de condutas relevantes e/ou facilitadoras do contacto interpessoal tais como a linguagem (receptivo/expressivo) e as capacidades sociais, interpessoais e sexuais.
4. Avaliação de contextos institucionais, familiares e avaliação situações contextuais.

Parece claro que um quociente de inteligência isolado nada significa, mas um funcionamento intelectual estabelecido dentro do contexto clínico e com a avaliação do potencial de aprendizagem (maturativo e de adaptação social) pode-nos fornecer dados úteis para dar enfoque à intervenção específica de cada sujeito.

Por outro lado, parece claro que a terminologia adoptada para a definição das debilidades é por vezes, pouco esclarecedora, e redundante. Daí que muitas vezes a debilidade, propriamente dita, seja confundida com a doença mental, na medida em que esta, quando crónica ou de evolução prolongada, é entendida como uma deficiência do foro mental. Contudo, há que não perder de vista que, em sentido lato, todas as deficiências que impliquem uma disfunção da “mente” integram-se no grande grupo das deficiências mentais, mas em sentido restrito, debilidade mental constitui uma entidade nosológica própria e isolada das doenças mentais crónicas (Vicente, 1995), para além de que capacidades intelectuais são distintas da organização do pensamento, o que explica que pessoas que têm capacidades intelectuais normais, sejam incapazes de utilizar as suas competências para apreender, compreender, resolver problemas, apreender as interacções sociais (Gibello, 1999).

Parece do conhecimento geral, que além da dificuldade em, muitas vezes, se averiguar dos factores causais da debilidade mental, também mesmo à parte os casos (frequentes) em que estes são vários e de igual importância, a par dos factores mais importantes, actuam outros, tornando-se por vezes difícil, quer a comprovação, dos pontos de vista de Zazzo e de Wechsler, quer a utilização dos critérios destes investigadores para o diagnóstico etiopatogénico (quando sobre a pessoa com debilidade incidiram já através dos anos, influências de vária ordem).

No seguimento de uma perspectiva integrativa aberta pelos contributos de Zazzo, ao pretender ao longo do seu trabalho, sistematizar a tentativa de conciliação do método clínico (baseado na análise desarmada, na comparação genética, na intuição) e o método experimental, com o seu rigor de constatação e objectividade (Simões, 1969), começa a surgir uma tendência de desvalorização do dogma tradicional assente na pureza das teses mecanicistas, em benefício da coerência, enfatizando de forma insolúvel, os três termos da debilidade, a etiologia dos problemas, o seu modo de expressão e a sua transformação.

As revisões propostas conduziram a alterações suportadas sobre diferentes termos, tocando a construção nascida de Esquirol prolongada pelas reduções psicométricas, até uma visão multidimensional da debilidade, segundo a qual vem a ser estudada, com base nos modelos dinâmicos e estruturais.

Podemos observar as alterações sofridas nas várias propostas, ao longo do tempo, no quadro 2.

Quadro 2

AUTORES (ano)	DEFINIÇÃO DE DEBILIDADE
Esquirol (1818)	Idiotia: Défices de desenvolvimento das faculdades intelectuais precoces, mensuráveis, permanentes e irreversíveis. Influência das perspectivas de Pinel: separação de loucos e criminosos dos deficientes.
Binet (1905)	Baixo nível de eficiência intelectual (IM), que não permite ao indivíduo seguir o ensino regular (7 anos < IM idade adulta < 10 anos). Inteligência = fenómeno unitário, singular, indivisível = feixe de tendências
William Stern	Substitui a noção de IM pela de QI
Terman	A zona da debilidade passa a referir-se em termos de QI: Débil: 60 < QI < 70 (Border Line: 70 < QI < 80)
Kurt Lewin (1935)	Dificuldade em instaurar ligações simples e diferenciadas em função da "rigidez das barreiras" entre actividades mentais diferentes (em eminente perigo de se confundirem ou de se oporem radicalmente)
Wechsler (1939)	Defice mental, um defice na adaptação social, uma deficiência emocional. Inteligência = fenómeno agrupado, composto por muitas aptidões mentais distintas (um mesmo IM / QI, podem indicar debilidade num indivíduo e noutro não, na medida em que os sinais de integração social podem ser diferentes.)
Zazzo (1948)	Assenta num critério triplo: genético, patológico e diferencial, pressupondo uma noção de heterocronia do desenvolvimento que determina um "perfil típico de debilidade", enquanto síndrome estruturalmente desarmonioso
(1979)	Críticas técnicas e ideológicas ao Q.I.
1950	<i>Ênfase nos factores ambientais: socioculturais, socio económicos, no ritmo e nas modalidades de desenvolvimento intelectual</i> <i>Perspectiva: níveis de funcionamento intelectuais / escolares / sociais podem ser alterados significativamente</i>
A.A.D.M. Heber (1959)	Comportamento adaptativo deficitário, que surge durante o período de desenvolvimento, associado a um funcionamento intelectual inferior à média
Luria (1963)	Modo particular de funcionamento psíquico que está na origem das dificuldades de aquisição (insuficiência intelectual)
Inhelder (1963)	Lentidão do desenvolvimento cognitivo que implica um uso prolongado dos mecanismos intelectuais (um nível de desenvolvimento subsiste numa coexistência de nível funcional que não se observa na criança dita normal ("viscosidade genética"))
Athaide (1973)	Cada pessoa com debilidade tem as suas características intelectuais e as suas características psíquicas em geral, podendo ser integrados dentro de grupos latos. A criança pode ter uma sintomatologia deficitária reversível mas há que ter em conta as transições cognitivas (que se podem organizar no sentido do desenvolvimento de uma estrutura deficitária)
Payne e Mercer (1975)	Diagnóstico baseado no Q.I: desfavorece as crianças de meios socioculturais desfavorecidos e grupos minoritários
1º Congresso Mundial: Futuro da Educação Especial (1978)	Funcionamento cognitivo geral inferior à média, independentemente da etiologia, manifestando-se durante o período de desenvolvimento (...), limita a capacidade para aprender e para tomar decisões lógicas, fazer escolhas e julgamentos, limitando a sua capacidade de auto-controlo e de relação com o envolvimento
Morgenstein	Os testes de inteligência: reduzido valor preditivo em situações extra-escolares e

(1983)	na adaptação social na idade adulta Avaliação: sofre influência de variáveis individuais, sociais e situacionais
Campione Brown Ferrara (1986)	Capacidade de realização / adaptação num determinado domínio de actividade, preconizando a existência de diferentes tipos de inteligência.
O.M.S. (1988)	Funcionamento intelectual geral inferior à média com origem no período de desenvolvimento, associado a uma alteração do ajustamento / maturação, na aprendizagem e na socialização. Deficiência ≠ Incapacidade ≠ Desvantagem: dimensão médica, funcional e social Desvantagem (social) corresponde às dificuldades resultantes da deficiência / incapacidade, reflectindo a adaptação e interacção com o meio
Juan Marquez Rosio (1991)	Está relacionada com os aspectos maturativos e os aspectos relacionados com o ajuste social do indivíduo
A.A.D.M. (1992)	Limitações substanciais no funcionamento actual; Coexistência de dois défices: -funcionamento intelectual significativamente abaixo da média; -limitações em dois ou mais das seguintes áreas de comportamento adaptativo: comunicação, independência pessoal, vida em casa, comportamento social, utilização dos recursos da comunidade, tomada de decisões, cuidados de saúde e segurança, aprendizagens escolares (funcionais), ocupação dos tempos livres, trabalho. - Manifesta-se antes dos 18 anos. - O diagnóstico não implica o prognóstico
Misés Perron-Borelli (1995)	Incapacidade de aceder ao pensamento simbólico, na medida em que se assiste, na maioria das vezes, a uma falha primordial na organização da vida psíquica sobre os seus aspectos fundamentais e fundadores. Esta evidência deverá ser sempre restituída perante outros elementos contextuais.
Gibello (1999)	Tripla atraso (linguagem, sociabilidade e escolaridade) pensamento cognitivo deficitário capacidades intelectuais deficitárias

Resumindo, as variações ao nível do prisma pelo qual se conceptualiza a natureza da inteligência, determinam necessariamente variações correlativas nos diversos conceitos de debilidade mental.

Se se partir do pressuposto que a inteligência é uma característica unitária, temos que assumir que a debilidade resulta de um problema nessa única característica. Mas, se pelo contrário, sustentarmos que a inteligência é uma capacidade agregada, composta por aptidões específicas, então a debilidade será um tanto mais complexa na sua conceptualização.

Assim, atribuir a alguém um nível determinado de inteligência, segundo uma escala rígida, parece-nos ter deixado de fazer sentido, uma vez que há que dar importância à forma como cada pessoa se adapta às condições de vida e às exigências do seu meio social.

Mais do que classificar e rotular, assiste-se a uma tendência em classificar os apoios de que as pessoas necessitam de forma a melhorarem, consistentemente, o seu funcionamento e o controlo da sua afectividade.

Concluindo, a questão que se prende com os limites da fixação nocional da debilidade é pois, ainda hoje, uma área de alguma divergência, tanto ao nível de autores como de organismos científicos.

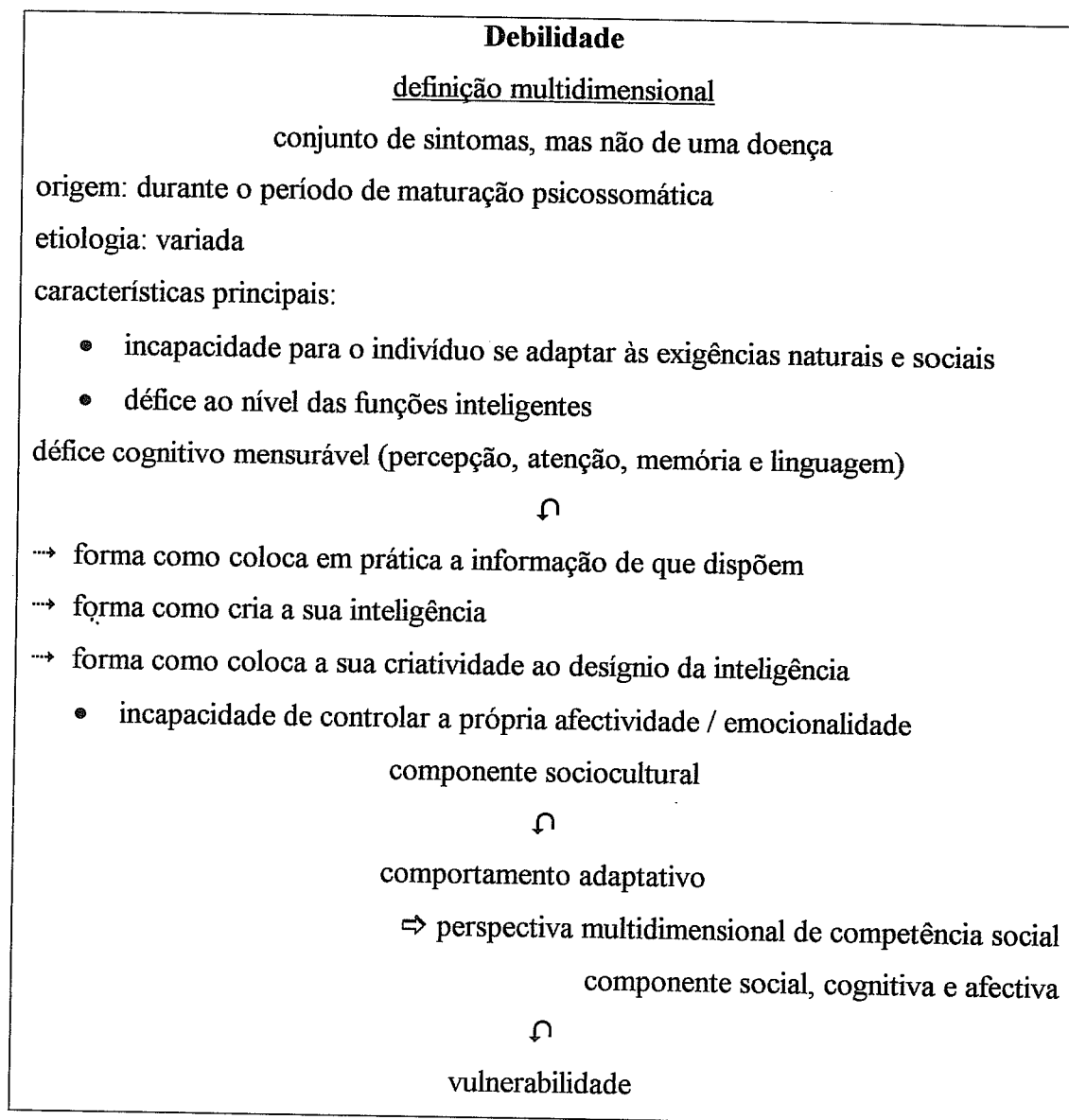
Ainda assim, vão-se afirmando alguns pontos de convergência.

Da revisão supra apresentada, parece-nos pois exigir-se para o diagnóstico de debilidade, partir de uma definição multidimensional, enquanto conjunto de sintomas, mas não de uma doença, com origem durante o período de maturação psicossomática, de etiologia variada, cujas características principais são a incapacidade para o indivíduo se adaptar às exigências naturais e sociais e um défice ao nível das funções inteligentes (dimensão esta, entendida enquanto défice cognitivo mensurável, ao nível da percepção, atenção, memória e linguagem, que passa não pelo saber fazer, mas pela forma como coloca em prática a informação de que dispõem, isto é, a forma como cria a sua inteligência, como coloca a sua criatividade ao desígnio da inteligência, bem como, incapacidade de controlar a própria afectividade / emocionalidade, no sentido dado por Goleman, àquilo que designou enquanto inteligência emocional). Sendo que, para além de ser perspectivada no âmbito de um quadro conceptual que traduz a sua natureza multidimensional, é essencial reforçar a sua componente sociocultural (ainda que esta pareça estar insatisfatoriamente equacionada na noção de comportamento adaptativo, se este não incluir uma perspectiva multidimensional de competência social : componente social, cognitiva e afectiva).

Assim, o sentido do enquadramento da noção de debilidade, justifica-se pela natureza do défice generalizado, que expõe a pessoa com debilidade a uma vulnerabilidade social que a limita na expressão plena do seu direito a ser pessoa, na construção de uma identidade, com toda a dignidade que esta condição “deveria” acarretar.

Resumindo,

Quadro 3



Etiologia da Debilidade Mental

Tal como vimos anteriormente, a exaltação das noções de nível mental, depois do quociente intelectual (Q.I.), deram crédito, durante muito tempo, a uma visão global, unitária de inteligência.

Do ponto de vista etiopatogénico, os abusos da concepção organogenética suscitaram reacções múltiplas. Os estudos do desenvolvimento de inteligência demonstraram a influência de factores socioculturais e económicos; eles permitiram estabelecer uma ligação, estatisticamente clara, entre as condições de vida mais ou menos favoráveis e o nível intelectual das crianças.

As debilidades não são pois redutíveis a uma causa unívoca. A escolha não é entre manter as concepções organogenéticas clássicas e a adopção de novas teses psicogenéticas puras, na medida em que todas as crianças quer tenham ou não debilidade, constroem-se, com efeito, pela interacção de factores orgânicos relacionais e sociais. A evolução é calendarizada pelas etapas do curso daquelas em que a estruturação das funções cognitivas são inseparáveis do movimento global da organização da personalidade.

Isto torna a colocar em questão a ideia de que o Q.I. oferece uma estimacão de capacidades inatas que exprimirão, ao limite, um genótipo de inteligência. Os dados assim fornecidos, podem ser importantes para examinar os problemas manifestados por uma criança, mas não se pode deduzir que o teste mede as “aptidões”, os “dons”, independentemente dos outros elementos que contribuem para fazer a personalidade.

Assim, ao longo dos tempos de evolução da noção de debilidade, foi-se percebendo que tanto os testes que visam avaliar os aspectos fundamentais do funcionamento cognitivo e as provas de inteligência prática/verbal, bem como os que visam avaliar o volume dos conhecimentos adquiridos em diferentes direcções, permitem perceber que o prognóstico não é inteiramente contido no resultado de um teste, sobretudo, se o reduzimos ao algarismo do nível global.

Estas conclusões, resultaram do contributo de várias correntes de investigação e aplicação prática, nomeadamente as escalas “globais” de inteligência (Terman, Nemi, Wisc, etc.) que contêm todas as questões acima referidas; outros desenvolveram de forma mais analítica (Perron-Borelli & Perron R., 1993) o problema do papel da “inteligência” numa perspectiva suficientemente académica, em que se avalia uma parte do potencial adaptativo da criança. Aqui a criança está

supostamente disposta a tal idade e ao seu meio de vida, para responder às exigências que esta envolvimento faz, usualmente, pesar na idade. A insuficiência destas aquisições assinalaram utilmente a incapacidade da criança responder a estas exigências. Entretanto, a criança pode assinalar dificuldade em adquirir os conhecimentos e os esquemas racionais adaptativos, que correspondem bem a uma das definições possíveis de inteligência.

Por outro lado, as provas projectivas orientadas, principalmente, sobre a avaliação dos aspectos gerais da personalidade, permitirem uma análise em termos dos processos cognitivos, avaliando a dinâmica conflituosa das representações - afectos suscitadas por algum material (tinta permanente, placas desenhadas, bonecos e objectos, etc.). Sendo que uma dimensão importante de procura interpretativa consiste em avaliar a elaboração defensiva, este tipo de provas pode constituir um ponto importante na análise de certos modelos de funcionamento deficitário. Nestas direcções, os numerosos trabalhos realizados por psicólogos, sublinham a importância dos aspectos qualitativos da deficiência intelectual, procurando clarificar a especificidade do funcionamento mental da criança com debilidade do ponto de vista psicopatológico.

Podemos assim concluir que mesmo nos casos onde os factores orgânicos são inseparáveis, têm apenas um registo maturativo, a conceber sobre um ângulo limitado do disfuncionamento neurobiológico: eles incluem também as perturbações relacionais (de onde surgem os problemas graves nas experiências primárias estruturantes da relação mãe-filho). Seguem-se os efeitos sobre a evolução das pulsões, sobre o acesso ao processo de individuação, sobre a elaboração da função simbólica, sobre a introdução do registo da linguagem.

Encontramo-nos aqui perante os processos complexos em que não podemos perceber o sentido sem dar destaque à perturbação da relação objectal no momento chave da evolução primária da criança. A disfunção cerebral tem como centro a incapacidade de estabelecer o objecto dentro da sua integridade, a mediar as pulsões, em elaborar os conflitos precoces, mas os traços dos primeiros inquéritos são igualmente inscritos na distorção dos modos de investimento mútuos estabelecidos entre mãe - filho.

Isto verifica-se mesmo nos casos onde os factores afectivos ou socioculturais

parecem desempenhar um papel preponderante. Com efeito, o dito “atraso” de uma criança já não é somente entendida enquanto resposta ao desejo da mãe nem somente a consequência de uma patologia da falha ligada às carências afectivas precoces. As indicações fornecidas por estas vias de abordagem são seguramente de um grande interesse, mas é necessário integrá-las numa história.

Assim, a desarmonia, desde o momento em que ela se instala, mesmo quando é ordenada por factores psicogenéticos patentes, terá efeitos sobre os diversos registos onde se estruturam os instrumentos de integração, de adaptação, de comunicação, em particular, pela inscrição durável de disfunções de nível neurobiológico que pesam pela sua vez sobre a elaboração de estruturas cognitivas, e compreendida no plano do investimento pulsional.

Ao mesmo tempo, tornou-se evidente que o ritmo das modalidades do desenvolvimento de inteligência é fortemente influenciado pelas condições de vida da criança (os factores socioculturais e económicos).

As controversias conduzidas sobre este terreno, fazem sobressair, de um lado, o problema da utilização de testes, visto que o modo de aferição e de utilização das provas não é estranho ao facto de que o número de crianças declaradas, psicometricamente, enquanto “débeis mentais”, aumentam com as condições desfavoráveis oferecidas pelo meio do ponto de vista cultural e educativo, nomeadamente nas chamadas “debilidades ligeiras ou moderadas (isto mais ou menos até um certo ponto, porque nas debilidades graves, estas diferenças desaparecem ou tornam-se muito ténues).

A interpretação destes factos deu lugar a controversias agora suficientemente dispersas, pois não há dúvida de que aqui se põe em evidência o peso dos factores ambientais, susceptíveis de influenciar a estruturação das funções cognitivas, e não o jogo de uma qualquer diferença de “qualidades biológicas inatas” segundo as classes sociais.

Isto torna-se particularmente evidente no que concerne ao desenvolvimento da linguagem, as crianças filhos de pais cultos adquirem uma linguagem mais diversificada, mais correcta (o que a coloca na posse de um instrumento de desenvolvimento intelectual mais eficaz que aquele de uma criança culturalmente menos favorecida).

Este tipo de diferenças estabelecem-se muito cedo, desde o terceiro ano de vida, e, estatisticamente acentua-se desde logo.

É neste nível que se combinam e se elaboram, sobre um novo plano de causalidade, as condições e factores em jogo através de mecanismos que se inscrevem como organizadores da personalidade da criança. Estas já não aparecem inteiramente predeterminadas pela hereditariedade nem totalmente submissas à influência da envolvente. Ao contrário e dentro de uma larga escala, a criança pela sua própria estrutura, influencia a elaboração de factores inscritos em si mesmo ou que se situam no seu ambiente.

Uma abordagem compreensiva de um caso de debilidade procura, antes de tudo, avaliar os modos de funcionamento actual do sujeito.

Os trabalhos inscritos nesta área abriram caminho à concepção da criança com debilidade, enquanto uma criança simplesmente mais nova, em comparação aos perfis típicos da idade descrita, pondo em avaliação a existência de desarmonias estruturais características.

Desta análise e da constatação da pluralidade de modelos, de tipo ou de modalidades de debilidade mental, susceptíveis de caracterização psicológica, percebe-se que o critério de fixação nocional da debilidade, em psicologia diferencial, deverá ser estrutural e pluridimensional, de modo a referir a debilidade mental a formas concretas de existência, e de etiologia variada.

Zazzo, aproxima-se deste conceito estrutural, susceptível de integrar, nocionalmente e diagnósticamente as diferentes modalidades de debilidade mental, situando o indivíduo sincronicamente em relação ao modelo de integração das suas componentes psico-somáticas e diacronicamente por referência de tal modelo de integração ao ritmo genético de formação pessoal.

O interesse destas diversas correntes de investigação é inegável. Ele é, por vezes, reduzido - sobretudo nos trabalhos estritamente experimentais - ao seu postulado subjacente, segundo o qual existirá uma classe nosográfica única onde se investiga "a essência", em que toda a debilidade se explica pelo mesmo problema ou défice; fundamental é reconhecer a extrema diversidade dos modos de evolução e das estruturas. Podemos questionar uma tal unidade causal, na medida em que no plano

clínico, uma visão unitária não é hoje em dia sustentada. Reconhece-se a diversidade das organizações deficitárias que incluem a debilidade.

Assim, aqui, tal como noutros campos da psicopatologia, é necessário manter a distinção entre o início (onde se realiza o inventário dos factores em jogo) longe daquele onde se tenta cercar os mecanismos psicopatológicos e os modelos relacionais específicos - sendo admitida a ligação dialéctica entre os dois planos. Sobre estas bases falamos sobre uma interpenetração dos domínios antes nitidamente separados da patologia deficitária e não deficitária. Uma parte das revisões “modernas” nascem, com efeito, de uma observação das debilidades recrutadas sobre os critérios tradicionais, mas uma outra parte toma em linha de conta, o estudo longitudinal das desarmonias evolutivas graves da idade jovem onde a dimensão deficitária representa um perigo não negligenciável (Misés, 1975; Lang, 1985).

São inúmeros os factores que influenciam, geralmente, a estruturação da personalidade da pessoa com debilidade, conduzindo assim a formas variadas de comportamento, inclusivamente naqueles casos em que a principal causa da debilidade é a mesma. Apesar disso, é de admitir que a cada forma etiológica de debilidade mental correspondem determinadas características que lhe são próprias (Athaíde, 1973).

Na concepção clássica, a etiologia orgânica é a regra, ao ponto de excluir como “pseudo-débeis”, os sujeitos com influência do meio, os problemas instrumentais, as carências afectivas (que parecem ter um papel patogénico determinante). A etiologia orgânica é investigada de todos os lados e os elementos mais discretos de ordem anamnesica, clínica e paraclínica vêm sustentar esta hipótese (Misés & Perron, 1995)

Neste contexto, as causas da debilidade são classificadas sobre duas rubricas, (a) factores exógenos (falha/lesão cerebral surgindo durante o aumento de peso, a gravidez, os primeiros meses de vida); (b) factores endógenos (de origem genética) - na falta de etiologia reconhecida, aparecem, tradicionalmente, as hipóteses que fazem apelo à hereditariedade -. A maioria das debilidades ligeiras são consideradas como “endógenas”.

Esta distinção entre debilidades “exógenas” e debilidades “endógenas” deve-

se a Strauss, Werner e Lehtinen, que alimentaram entre os anos 1950 e 1965, uma importante corrente de investigação.

Em todo o caso, dentro da concepção clássica, qualquer que seja a “etiologia”, as anomalias do funcionamento cerebral são constantemente invocadas por postulados que trazem uma explicação directa dos défices de inteligência e, eventualmente, dos problemas instrumentais ou do comportamento encontrados em certos sujeitos, e isto mesmo na ausência de lesão neurológica reconhecida.

Reciprocamente, o papel do meio e a influência da história vivida assumem pouca importância; a sociedade reage à problemática da debilidade tanto pela rejeição como pela super - protecção, fazendo despoletar interrelações que, por seu lado, desenvolvem dentro da criança efeitos nocivos: sentimentos de exclusão, comportamentos de insucesso, condutas agressivas. Ainda assim, dentro deste quadro teórico estas particularidades são concebidas como as “reações”, facilmente compreensíveis e secundárias a uma deficiência de base que é inscrita à primeira vista, na organização neurobiológica.

Numa visão mais abrangente que, invariavelmente, se afasta das contingências redutoras da concepção clássica, reafirma-se a propósito das debilidades, a importância de se manter um quadro organoclínico. Esta abertura conceptual permite compreender que a partir de observações cromossómicas idênticas, há alterações lesionais comparáveis inerentes a organizações morbidas diversas. Ainda mais, com um substrato orgânico semelhante, se uma encefalopatia se estabiliza dentro de um atraso harmónico, um segundo apresenta-se no tabela de uma deficiência desarmonica. Essas evoluções não podem ser incluídas através das modificações estruturais sustentados por uma lesão do sistema nervoso, embora não sejam redutíveis a um défice simples sobre o qual se introduzem ou não as manifestações exteriores ao processo basal. Assim se discute no âmbito das desarmonias evolutivas globais, a influência de factores num sentido tanto favorável como desfavorável - especialmente através do lugar reservado à criança nas redes sócio-familiares envolventes.

Neste plano, se procedermos à observação longitudinal de crianças que se encontram em risco de protagonizarem uma evolução deficitária, constata-se que ao

atingirem as funções cognitivas, evidenciam muitas vezes influência das condições afectas à criança e sobretudo das medidas adoptadas.

Sem dúvida, os limites das modificações são aceitáveis e variam de um caso para outro, tanto que a gravidade da falha orgânica, a idade já avançada do sujeito, a associação a “handicaps” neurológicos constituem naturalmente elementos de valor prejudrativo. Apesar disso, é importante não reduzir a criança às suas falhas encefalopáticas nem ao resultado das primeiras investigações.

Os atrasos desmetabólicos ilustram bem a complexidade das interações entre os factores neurobiológicos inegáveis e os modos de trocas que se tecem entre a criança e o seu ambiente num contexto onde as hospitalizações, a instituição de regimes frustrantes, desempenham um papel agravante. Em certos casos onde um tratamento eficaz conduz a uma normalização no plano biológico, com ausência de sequelas neurológicas, os mecanismos inscritos no plano psicopatológico e as posições assumidas pela sociedade podem, a partir de um atraso desarmónico inicial, sustentar um processo de debilização que não tem mais de base orgânica e que se revela carente de uma acção essencialmente psicoterapêutica.

Estas reavaliações reduzem igualmente o afastamento estabelecido por Esquirol entre debilidade e demência. Aplicando o mesmo modelo às inflexibilidades secundárias evolutivas que conduzem a uma “deficiência intelectual fixa”, o estudo sobre as encefalopatias epilêpticas evolutivas (Misés, 1975) mostram de uma parte a diversidade das organizações incluídas que são a rubrica da demência epilêptica, e faz ver também que a deterioração ganha sentido dentro de um movimento contínuo, no cruzamento de tentativas de restabelecimento/restauração e de fases de ruptura. Estes momentos férteis restituem o valor das alterações impostas pelos processos neurológicos mas também as modalidades de elaboração e de integração que fazem reconhecer e analisar o estabelecimento de um quadro organoclínico.

Não consideraremos aqui isoladamente, de um lado os elementos directamente ligados à disfunção cerebral, e de outro, os problemas relacionais ou de personalidade. O campo estrutural que se liberta a um dado momento resulta de convergências de factores diversos onde os fenómenos de ordem neurobiológica aparecem, frequentemente, determinantes mas onde, de outras vezes, o quadro psicoterapêutico e a atitude (no sentido de uma compensação das debilidades) é

determinante.

Assim, as debilidades serão apreendidas dentro de um movimento complexo através das tentativas para encontrar um equilíbrio ajustado de diversos lados. Os mecanismos adaptativos fixados dentro de uma degradação progressiva, mostram-se mais e mais compactos, corolários de uma obliteração dos processos cognitivos, sem que se possa invocar simplesmente a disfunção cerebral.

Nos casos relativamente favoráveis, sobretudo aqueles em que é dado suficiente apoio à criança, a rigidez conduz a um estado deficitário relativamente equilibrado, do tipo da debilidade moderada, mas a estabilização não se exprime em termos de um simples atraso do processo orgânico. Ao contrário, a tabela terminal tem o proveito da fixação de mecanismos complexos que dão à personalidade um encaminhamento para uma posição cicatricial e desarmónica. Neste estado, estes sujeitos serão frequentemente difíceis de distinguir de outras pessoas com debilidade da mesma idade e do mesmo nível, cuja deficiência apareceu na primeira infância, na ausência de todos os processos encefalopáticos evolutivos.

Segundo Zigler et al., (1984), e de acordo com Grossman (1977), o problema fundamental de definição da debilidade, do ponto de vista científico, deve ser equacionado em função da necessidade dum sistema de classificação de categorias. No entanto, Zigler et al., sublinham que nesta questão da classificação, uma das dificuldades metodológicas mais difíceis de ultrapassar é o problema da variabilidade etiológica da debilidade.

Considerando que nas pessoas com debilidade se incluem todas as que têm e não têm dificuldades por razões de origem orgânica e genética, que são a grande maioria, e apesar desta diferença ser substancial, quer a nível causal como comportamental, não tem sido devidamente ponderada uma forma de evitar as propostas de classificação da debilidade baseadas apenas no critério de definição psicométrico que é indiferente à variabilidade etiológica. Nesta perspectiva teórica, por todas as consequências educacionais e sociais que se reconhecem negativas para a população com debilidade, Zigler et al., (1984), defendem que se utilize o Q.I. como critério de definição e a causa familiar, orgânica e genética como critério de classificação. De facto, a abordagem ao problema da etiologia na classificação da

debilidade, tem constituído um dos pólos de controvérsia da investigação, reunindo igualmente adeptos e opositores acerca da sua importância. Bairrão & Feijó (1979), da revisão efectuada sobre o problema da etiologia, apontam diferentes autores defensores de argumentação contrária, reconhecendo que o problema não é de fácil tratamento. No entanto, para estes autores existem vantagens na utilização da classificação etiológica a diferentes níveis, dos quais se destacam a possibilidade de aprofundamento do conhecimento de uma determinada perturbação específica, como são exemplo notório, as deficiências de etiologia genética.

O Período de Desenvolvimento da Debilidade Mental

Para que se proceda a um diagnóstico de debilidade mental, segundo os critérios da A.A.D.M., os défices do comportamento adaptativo e no funcionamento cognitivo, terão que ocorrer durante o período que ocorre desde o nascimento até aos 18 anos de idade (maioridade legal).

Por outro lado, esta fixação temporal permite distinguir a debilidade de outras deficiências.

Durante a primeira infância (neste contexto, desde o nascimento até aos cinco anos), pode suspeitar-se de debilidade ou atraso de desenvolvimento, como em Portugal é designado durante este período, se a criança for lenta no desenvolvimento de competências sensorio-motoras, de comunicação, de independência pessoal, de socialização.

Durante a segunda infância e a puberdade, pode suspeitar-se de debilidade se houver alguma deficiência na aprendizagem básica / escolar, no raciocínio, no juízo e na percepção social. É durante este período que se verifica a maior incidência de debilidade.

Durante a adolescência e a vida adulta suspeita-se de debilidade quando são incapazes ou apresentam grandes dificuldades em realizar actividades vocacionais e assumir responsabilidades sociais.

Assim, na avaliação da debilidade, Patton, Payne e Smith (1986, in Pereira & Vieira, 1992), chamam a atenção para dois aspectos essenciais, resumidos no quadro

Quadro 4

Avaliação da debilidade	
Primeira e segunda infância e puberdade	Adolescência e vida adulta
Quando os comportamentos das crianças parecem “anormais” em comparação com as normas para o grupo etário	A debilidade é determinada pela comparação de comportamentos, não com normas standard para um determinado grupo etário, mas com a comunidade e expectativas sociais

Por todas as razões evidenciadas, há que ter muita atenção nas tentativas de elaboração de diagnósticos de debilidade, até porque, não devemos jamais esquecer, que um indivíduo pode ter baixos resultados num teste de inteligência standardizado, ou em contexto escolar e, paralelamente, funcionar com competência em contexto social, num meio não escolar.

Abordagem Adaptativa na Debilidade Mental

Apesar da preocupação que se prende com a forma de avaliar os sujeitos, datar já dalgum tempo, acontrovérsia existente, permanece ainda um tema actual.

Ao longo da revisão bibliográfica sobre o processo de avaliação do indivíduo, nomeadamente ao nível da debilidade, defrontámo-nos com uma corrente teórico, que, mais directamente, parece “concorrer” com o comportamento adaptativo.

Falamos pois da Psicometria, onde a definição de inteligência constitui o ponto de partida para toda a actividade, observando-se a diversidade de teorias e ideias sobre a mesma.

Assim, a avaliação da debilidade nos tempos que precederam ao desenvolvimento dos testes de inteligência, prendia-se com a noção de incompetência social (Pereira & Vieira, 1992), sendo que, actualmente, as tendências ao nível da definição de debilidade prevê as capacidades dos indivíduos para se ajustarem e funcionarem adequadamente no seu meio.

Assim, a pesquisa efectuada sobre a debilidade, apresenta um paralelismo com a noção de incompetência social uma vez que os indivíduos com debilidade denotam condutas inadequadas e inapropriadas em situações sociais e emocionais (Krebbs, 1990 cit. in Santa Clara, 1991).

Esta noção já era perspectivada na altura da Renascença e da Reforma, enquadrando-se a debilidade em termos de um desajustamento adaptativo (Harrison, 1987 cit. in Lambert, Nihira & Leland, 1993).

A preocupação com o comportamento adaptativo remonta já ao século passado onde Voisin (1843, cit. in Lambert, Nihira & Leland, 1993) realça a importância desempenhada pela avaliação deste domínio, na capacidade de adaptação às condições envolventes e sociais.

Este ênfase mantém-se até ao início do século XX, onde ocorre o aparecimento da teoria psicométrica (Lambert, Nihira & Leland, 1993).

Uma das tendências mais actuais consiste na avaliação informal, em detrimento da formal, onde nos posicionamos na perspectiva de referência a critério onde procedemos à comparação dos resultados do sujeito com ele mesmo, e não com uma amostra standartizada onde não consideramos as características pessoais e envolventes.

Polloway (1985 in Zucker & Polloway, 1987) sugere algumas recomendações no âmbito dos parâmetros da avaliação do funcionamento intelectual, no concerne nomeadamente, à aplicação dos critérios da A.A.D.M. (1992), em que características como a flexibilidade e a importância do erro emergem.

Quanto à avaliação do comportamento adaptativo, salienta-se a necessidade de encontrar um equilíbrio para a futura operacionalização entre o QI e o comportamento adaptativo obtidos.

A nós, parece-nos importante acrescentar a importância que deverá ser enfatizada na consideração sócio-cultural, ao longo do processo de avaliação.

O conceito de comportamento adaptativo, encontra-se estritamente relacionado com a parte "rotineira" da vida diária, ao mesmo tempo que a actividade escolar deve estar presente, não devendo no entanto constituir-se como a prova

exclusiva da avaliação dos sujeitos (Brown & Leigh, 1986), devendo ser integrado em consonância com o escalão etário dos indivíduos e com o seu padrão cultural.

O conceito de competência social ou comportamento adaptativo, pode ser pensado enquanto uma competência da pessoa para lidar com as exigências do seu meio.

“Aspecto reversível da deficiência mental”, é a denominação pela qual tem sido designada a capacidade para lidar com as exigências sociais, reflectindo os comportamentos em que a maior parte pode, provavelmente, ser modificada através de tratamentos apropriados ou métodos de treino (Leland, 1973).

As limitações que se assistem ao nível da inteligência prática (capacidade do indivíduo em se manter como uma pessoa independente no exercício das actividades habituais da vida diária) e a inteligência social (capacidade do indivíduo compreender as expectativas sociais e o comportamento das outras pessoas e de julgar de forma correcta o seu comportamento em situações sociais), vão comprometer as capacidades adaptativas, isto é, resultam em problemas adaptativos.

Assim, o comportamento adaptativo pode traduzir-se enquanto o grau de eficácia com que cada um encontra o padrão de independência pessoal e responsabilidade social esperada para a sua idade e grupo cultural (Grossman, 1983). Esta proposta de definição do comportamento adaptativo, propõe uma abordagem geral. Contudo, este comportamento pode ser conceptualizado enquanto soma de vários comportamentos, tal como ilustrado nos exemplos de diferentes conceptualizações expressas no quadro 5.

Quadro 5

AUTORES (ano)	COMPORTAMENTO ADAPTATIVO (C.A)
Sloan e Birch (1955)	A diminuição no C.A pode ser avaliada ao nível: Maturação; Capacidade de Aprendizagem; Ajustamento Social
Mercer (1977)	O C.A tem a ver com o modo de funcionamento em diferentes sistemas sociais: Família, Grupo de Amigos; Escola; Comunidade
Magerotte (1978)	Capacidade de adaptação às exigências naturais e sociais do meio (independência pessoal e responsabilidade social em função da idade e grupo cultural
A A M R (1983)	As medidas do C.A devem ser determinadas com base numa série de observações em diferentes locais e durante períodos consideráveis de tempo (não podem ser administradas directamente em gabinetes)

Esta posição da A.A.M.D., surge como forma de ultrapassar o dilema que se centra na necessidade de avaliação do comportamento adaptativo, isto é, determinar o grau de adaptabilidade de um indivíduo. A maior parte dos autores concorda com a evidência da dificuldade do processo, por não existir, como nos testes, um padrão de medida (Zigler & Hodapp, 1986).

Contudo, a maioria das definições de funcionamento adaptativo contem temas comuns, incluindo: (a) independência pessoal e reponsabilidade social; (b) critérios de desenvolvimento (c) ênfase nas influências culturais / do meio envolvente. Pelo contrário, o desacordo existe quanto ao grau de ênfase que abarca a conduta adaptativa: (a) habilidades / competências cognitivas; (b) funcionamento dentro e fora da escola.

As investigações a partir das quais se podem entender os conceitos de conduta adaptativa e inadaptada são, ainda assim, insuficientes.

Há provas constantes da existência de um amplo factor geral de conduta adaptativa na maioria das escalas de conduta adaptativa, mas as investigações ainda não determinaram se esta dimensão é a mesma em todas as escalas.

Existem mesmo provas de um segundo, e em alguns casos de um terceiro factor, sendo que estas dimensões secundárias são relativamente pequenas e variam segundo as escalas de conduta adaptativa.

No total, chegou-se a identificar cinco tipos de dimensões (Bruinincks & McGrew, 1990): (a) independência pessoal, (b) independência física / de desenvolvimento, (c) independência profissional / comunidade, (c) independência funcional académica / cognitiva; (d) independência social ou responsabilidade.

A conduta inadaptada está menos estudada e as investigações indicam a existência de um construto bidimensional: (a) inadaptação social (dirigida ao exterior) e (b) inadaptação pessoal (face ao interior).

Apesar dos construtos de conduta adaptativa e inadaptada implicarem um grau estatisticamente significativo de coincidência, esta redundância dá-se em níveis baixos a médios (geralmente numa direcção inversa).

Uma análise da validade convergente / discriminadora das investigações indica que a conduta adaptativa e inadaptada estão separadas, embora relacionadas,

das dimensões de inteligência, resultados académicos, capacidades físicas / de desenvolvimento e capacidades sociais / inteligência.

As medidas de conduta adaptativa mostram normalmente correlações moderadas com medidas de inteligência, correlações baixas a moderadas com medidas de capacidades académicas e capacidades sociais / inteligência, correlações entre médias a moderadamente altas com medidas de capacidades físicas / de desenvolvimento. Ao contrário, medidas inadaptadas, geralmente, correlacionam-se de forma moderada com medidas de capacidades sociais / inteligência.

Parece haver alguns modelos de competência pessoal que compreendem os construtos de conduta adaptativa e inadaptada, donde o sistema mais completo parece ser o de Greenspan (1991), que postula os três âmbitos mais importantes da conduta de competência física, intelectual e emocional.

Outros estudos de investigação realizados por Bruinicks & McGrew (1990), concluíram no sentido de mais provas empíricas para componentes separadas, embora complementares, de competência pessoal e que compreendem várias áreas de conduta adaptativa.

O desenvolvimento e as provas destes modelos teóricos de competência pessoal guardam uma promessa significativa da melhoria da nossa compreensão da natureza das condutas adaptativa e inadaptada e das dimensões mais destacadas da competência pessoal.

Que relação existe então entre os conceitos de conduta adaptativa e inteligência? A resposta a esta questão parece ter que ser considerada a partir da perspectiva da teoria Gf-Gc (Woodcock e Munoz-Sandoval, in Bruinicks & McGrew, 1990). Esta teoria constitui a mais importante actual teoria empírica de inteligências múltiplas.

Esta teoria identifica cerca de oito ou nove capacidades cognitivas amplas em contraste com o conceito de uma só capacidade intelectual, denominada com frequência, inteligência geral.

O modelo da execução cognitiva da teoria Gf-Gc propõe que a execução cognitiva se determina por quatro classes de factores: memória a curto prazo,

armazenamento de conhecimentos adquiridos, capacidades de pensamento e facilitadores/inibidores.

No contexto do modelo de execução cognitiva supõe-se que grande parte da conduta adaptativa se situa no armazenamento dos conhecimentos adquiridos declarativos e de procedimentos, junto com todos os outros conhecimentos adquiridos, académicos e não académicos. Em contraste, a investigação de Bruinincks & McGrew (1990), concorda com a investigação de Greenspan (1991), na separação de capacidades de “inteligência prática” e “inteligência conceptual”.

No geral, as destrezas motoras não se integram com a informação da execução cognitiva, nem tão pouco se integram com facilidade ao Modelo de Execução Cognitiva.

Segundo Woodcock e Munoz-Sandoval (in Bruinincks & McGrew, 1990), as destrezas motoras incluem informação aprendida e de procedimentos, a modo de hipóteses, se as situa no armazenamento de conhecimentos adquiridos. A parte que representa atributos físicos e de eficácia e velocidade pode ser considerada como um aspecto de integridade orgânica e pode ser incluída nos facilitadores/inibidores.

Os problemas de conduta também se situam na parte dos facilitadores/inibidores do Modelo de Execução Cognitiva. As diversas formas de conduta inadaptada não só interferem com a execução, como são influenciadas por ela.

Podemos assim concluir que as destrezas de conduta adaptativa, excepto as destrezas motoras, são componentes das capacidades amplas, compreensão-conhecimentos, conhecimentos quantitativos e conhecimentos ortográficos da teoria Gf-Gc. A conduta adaptativa não se ajusta às áreas do conhecimento associadas tradicionalmente com áreas de inteligência e capacidades cognitivas. Assim, no Modelo de Execução Cognitiva, coloca-se a conduta adaptativa no âmbito de armazenamento de conhecimentos adquiridos.

As destrezas motoras, ou competência física, não estão representadas nas teorias Gf-Gc. Pode dizer-se que a competência física é uma divisão da inteligência orgânica, ficando no Modelo de Execução Cognitiva no âmbito dos facilitadores / inibidores.

A conduta inadaptada não está representada nas teorias Gf-Gc. Poderia dizer-se, que no Modelo de Execução Cognitiva, a conduta inadaptada fica representada no âmbito dos inibidores.

Sob outro prisma, no seu manual de 1983, a A.A.D.M., realçou algumas das maiores diferenças entre a medida de inteligência e o comportamento adaptativo, como podemos observar no quadro 6:

Quadro 6

MEDIDA DE INTELIGÊNCIA	COMPORTAMENTO ADAPTATIVO
Obter os mais altos níveis de capacidade potencial	Obter um índice de modelos de comportamento pessoal usual
Colocam a tónica na linguagem e nas capacidades de raciocínio	Inserem-se em diferentes áreas da vida diária
A testagem é normalmente administrada, de um modo standardizado, com um grupo de controle	A informação é obtida, usualmente, através de entrevistas a indivíduos que conhecem a pessoa que está a ser avaliada

Resumindo, o comportamento adaptativo, enquanto dimensão social da debilidade traduz o aspecto inovador da definição de debilidade proposta pela AAD.M.

Os objectivos que se prendem com a adopção deste critério, parecem não ter tido grande aceitação na prática clínica e reabilitativa, sobretudo, devido á imprecisão teórica e dificuldades de adaptação inerentes ao constructo.

Esta limitação teórica e de diagnóstico, parece ter deixado espaço à permanência do Q.I. como critério dominante do diagnóstico e da classificação da debilidade, tal como podemos observar no quadro 7.

Quadro 7

COMPORTAMENTO ADAPTATIVO	
ASPECTOS POSITIVOS	
<i>Défice do comportamento adaptativo</i>	Reflecte a relatividade social e cultural da debilidade
<i>Descrição do comportamento actual</i>	Nega a noção de um potencial intelectual e adaptação social imutáveis
<i>Avalia a pessoa em termos do seu sucesso em tarefas correspondentes ao seu nível etário e</i>	Perspectiva de desenvolvimento

<i>meio social</i>	
<i>Separa o diagnóstico do prognóstico</i>	Limita a onnipotência das anteriores explicações etiológicas
ASPECTOS CRÍTICOS	
<i>Falta de Clareza teórica</i>	Comportamento adaptativo \cong Adaptação social \cong Competência social \cong Inteligência social
<i>Definição de Magerotte (1978)</i>	Falta de clareza na definição de exigências sociais Grande variabilidade: pertença social, sexo, idade, situação, etc.
<i>Avaliação Estática</i>	Não é interaccionista (pessoa / situação) O meio é um dado fixo, estável a que a pessoa se deve adaptar, sem se considerarem as suas influências e modificações recíprocas (Lambert, 1986)
<i>Adaptação Social</i>	Reduz-se a uma listagem de comportamentos díspares, considerados passíveis de contribuírem para a satisfação de objectivos sociais
<i>Comportamento adaptativo e sua relação com a inteligência</i>	Não se determinou qual o nível intelectual necessário para enfrentar com êxito as exigências e expectativas da sociedade Relação de natureza causal ou associativa ?
<i>Falta de rigor nas escalas de comportamento adaptativo</i>	Estimativas imperfeitas do nível de adaptação A sua aplicação requer um conhecimento aprofundado do comportamento habitual da pessoa Características psicométricas não satisfatórias

Transportando esta análise crítica para as questões directamente relacionadas com a definição e etiologia da debilidade, Zigler & Hodapp (1986) chegam mesmo a propor o abandono do conceito de adaptação social por considerarem não estar claramente definido, nem ser adequadamente medido. Em alternativa propõem o retorno ao uso exclusivo do Q.I. e à determinação da etiologia na abordagem da debilidade, que não nos parecendo aceitável, não deixa ainda assim de reflectir a urgência de clarificação da noção de comportamento adaptativo.

Dadas as consequências redutoras, evidenciadas ao longo da história da debilidade, resultantes da exclusividade do Q.I. no diagnóstico da debilidade, Greenspan (1991), foi desenvolvendo uma perspectiva multidimensional das “Competências Sociais”, incluindo os comportamentos e os processos interpessoais envolvidos no alcance dos objectivos sociais, isto é, as componentes social, cognitiva

e afectiva, numa perspectiva de desenvolvimento. Até porque, uma definição e uma avaliação circunscritas à simples constatação de défices individuais, implica limitações importantes ao nível da compreensão da debilidade e da acção reabilitativa (Albuquerque, 1990).

Em resumo, apesar dos eventuais argumentos face ao carácter vantajoso dos testes de inteligência e das escalas de comportamento adaptativo, na avaliação das necessidades educativas individuais, bem como na prática clínica e educativa e na investigação, a relevância dos seus resultados numa óptica de facilitação e modificação do desenvolvimento parece ser limitada, resultando num modelo estático de avaliação e num processo tautológico em que um desempenho que se suspeita ser inferior não é senão confirmado pelos resultados obtidos (Feuerstein, 1979 & Haywood, 1977, in Albuquerque, 1990).

Mesmo a classificação da debilidade centrada no comportamento adaptativo, educação e ajustamento social, proposta pela Mental Retardation Activities of the United States Department of Health Education and Welfare, parece não deixar de evidenciar esta limitação conceitual, centrada em tipologias tipo, essencialmente delimitadas pela noção de Q.I., e como tal, redutora, tal como podemos observar no quadro 8.

Quadro 8

Classificação da debilidade centrada no comportamento adaptativo, educação e ajustamento social			
Grau de atraso	QI	Nível de funcionamento (idade escolar: 6-20 anos)	Nível de funcionamento (idade adulta: acima 21 anos)
Ligeiro	52-67	Competências académicas até aproximadamente 6º ano Pode ser orientado com vista à “normalidade social”	Competências sociais e vocacionais adequadas para ser autónomo Pode necessitar de orientação e assistência quando em stress social / económico não usuais
Moderado	36-51	Consegue tirar proveito da aprendizagem em competências sociais e profissionais – possibilidade de progressão para além do 2º ano Pode aprender a andar sozinho em locais desconhecidos	Pode alcançar automanutenção em trabalhos indiferenciados, em condições de protecção Necessita de supervisão e de orientação quando em stress social / económico não usuais
Severo	20-35	Capacidade de falar ou aprender	Pode contribuir parcialmente

		a comunicar Pode ser treinado em hábitos de saúde elementares Capacidade para tirar proveito da aquisição sistemática de hábitos	para a automanutenção sob total supervisão Capacidade de desenvolver competências de autoprotecção num nível mínimo útil, em ambiente controlado
Profundo	Abaixo 20	Algum desenvolvimento motor Pode reagir à educação mínima / limitada na ajuda a si próprio	Algum desenvolvimento motor e de linguagem Pode alcançar cuidados pessoais muito limitados Precisa de cuidados de protecção

Adaptado de Mental Retardation Activities of the United States Department of Health Education and Welfare. Washington D.C.: United States Government Printing Office. 1963

Feuerstein (1979) e (Haywood et. al., 1982), propõem a complementação de uma avaliação estática e puramente deficitária, centrada nos produtos das experiências e aprendizagens anteriores, por uma avaliação dinâmica que foca os processos cognitivos e sociais, com o objectivo de identificar as funções deficientes e obter informações relevantes para a sua modificação.

De qualquer forma, se procedermos à comparação crítica entre o Q.I e o comportamento adaptativo, poderemos chegar à conclusão que uma das grandes diferenças se define em termos da amostra que serviu de standartização às testes de inteligência e às escalas de comportamento adaptativo, influenciando todas as inferências de de ambas se possam fazer. Sabemos que, as primeiras são normalizadas na população em geral, enquanto as segundas tendem a referir-se a populações específicas, que de uma forma geral denotam dificuldades (Morato, 1996/98).

Este mesmo argumento é entendido como uma das críticas possíveis à teoria da avaliação “adaptativa” uma vez que segundo Salvia e Ysseldyke (1991) este tipo de situação resulta desadequado sob o ponto de vista técnico (fraca normalização e não representividade da amostra).

Esta perspectiva pode ser minimizada de acordo com os objectivos que estipulamos para a practibilidade da nossa avaliação, uma vez que um dos fundamentos deste tipo de escalas é fornecer informação pertinente e actual sobre os

sujeitos para uma percepção mais clara sobre as áreas em que devemos investir, concorrendo para a participação activa dos sujeitos na vida social.

O comportamento adaptativo tende assim a enfatizar a avaliação da qualidade de interacção diária do indivíduo com o seu contexto ecológico, para se discriminar as áreas fortes e fracas (factores preponderantes na planificação e prática de intervenções directas sobre experiências concretas).

Por sua vez, a teoria do Q.I., uma vez que se baseia na existência na avaliação de um único factor (inteligência), já não apresenta esta flexibilidade, “desprezando” as potencialidades e enfatizando a capacidade de realização concretizada e avaliada através de testes padronizados.

Concluindo, segundo a abordagem adaptativa da debilidade, uma definição de debilidade baseada apenas na medida do Q.I. revela falta de rigor com tendência a homogeneizar o perfil cognitivo dos indivíduos, ocorrendo uma subvalorização das diferenças qualitativas existentes (Morato, 1995).

Tal como pudemos constatar, a A.A.D.M. (1992) reconhece a existência de correlações entre as dificuldades quer ao nível da capacidade intelectual quer em termos adaptativos, apesar de colocar o seu ênfase na funcionalidade do sujeito face às exigências do meio ambiente onde se integra, focalizando a sua atenção no tipo de apoios a providenciar para que se processe a minimização dessas mesmas dificuldades.

Grossman (1977), vem a desenvolver uma outra noção fundamental, relacionada com a consideração de evolução do comportamento adaptativo que, sujeito a um processo de ensino-aprendizagem pode apresentar resultados diferentes.

Por outro lado, a avaliação deste domínio, insere-se no meio natural do sujeito, ao contrário dos testes psicométricos que delimitam o campo de actuação e de resposta.

A A.A.D.M. tem vindo a conferir grande importância desta dimensão da debilidade, considerando a existência de 10 áreas críticas para o respectivo diagnóstico: (a) quando se encontram associadas a um $QI < 70-75$; (b) quando se encontram associada a uma idade de (aparecimento até aos) 18 anos; (c) estando duas destas áreas afectadas: comunicação, auto-cuidado, vida doméstica, skills sociais,

comunidade, auto-direcção, saúde e segurança, skills académicos funcionais, ocupação dos tempos livres e emprego (Lambert, Nihira & Leland, 1993).

Podemos assim perceber que, ao longo da evolução da área de avaliação, e tal como vem sendo salientado, o comportamento adaptativo constituiu um factor fundamental integrante na perspectiva psicológica do indivíduo, facto este bem visível nas escalas “clássicas”, mesmo nas conotadas com as teorias psicométricas.

Voisin em 1843 (in Lambert, Nihira & Leland, 1993) reforça a importância desta dimensão, bem como a importância da sua avaliação, no sentido de conhecer a forma de adaptação dos sujeitos às exigências impostas pelo envolvimento e pelos parâmetros sociais regentes, abrindo um precedente histórico na análise do comportamento adaptativo.

A opção de avaliação em vez de testagem, que se concretiza de uma forma natural e simples inserida num ambiente ecológico habitual ao indivíduo, validado em termos ecológicos, onde a diversidade de instrumentos e de materiais utilizados são os adequados para os objectivos da avaliação denota sensibilidade às diferenças, aos níveis de desenvolvimento e às motivações, consolidando-se como a opção mais coerente (Gardner, 1993).

A Abordagem Psicométrica da Inteligência na Debilidade

Actualmente, o sistema de classificação da debilidade reflecte já uma intenção de equilíbrio entre as medidas não sociais (Q.I.) e medidas sociais (comportamento adaptativo) para definir a debilidade.

Contudo, tal como já observámos, na opinião de muitos autores, a perspectiva de classificação mantém-se muito limitada ao conceito de inteligência pela definição operacional através do Q.I. (Vicari, Albertini & Caltagirone, 1992; Zigler, Balla & Hodapp, 1984), oriunda da tradição psicométrica da inteligência.

A abordagem psicométrica da inteligência conceptualiza-a enquanto atributo universal, básico e geral, intrinsecamente biológico, desligado dos objectivos, crenças conhecimentos, normas e desejos. De uma forma resumida, a inteligência

nesta corrente aparece essencialmente definida como uma qualidade da mente ou um traço que: (a) explica a realização dos indivíduos em determinadas tarefas; (b) difere consideravelmente de pessoa para pessoa; (c) existe independentemente ou previamente à experiência e à aprendizagem; (d) avalia-se através de tarefas que remetem para uma certa abstracção e novidade; (e) constitui-se como factos explicativo das diferenças individuais nas suas competências de realização cognitiva.

Assim, na história da investigação experimental da inteligência, a sua vertente mais tradicional é caracterizada essencialmente por estudos transversais, pela prática de Testes (Quociente de Inteligência - Q.I.) em associação com o conhecimento académico (Campione, Brown & Ferrara, 1986).

O funcionamento cognitivo é geralmente “medido” por um teste padronizado e pressupõe sempre um determinado conceito de inteligência (capacidade de um indivíduo para se adaptar, realizar, resolver problemas, interpretar futuros estímulos para modificar comportamentos, acumular conhecimentos ou responder a ítems num teste de inteligência) (Patton, Payne & Smith, 1986).

A inteligência, resume-se a um constructo teórico, que tem a vantagem de fornecer uma forma conceptual para explicar as diferenças entre os indivíduos e de as “medir”.

Nesta perspectiva da classificação da debilidade proposta pela A.A.D.M., deve-se considerar clássica, uma vez que se mantém fundamentada, essencialmente, na perspectiva psicométrica da inteligência, ainda que sucessivamente revista e melhorada desde a introdução em 1959 por Heber da componente adaptativa e, mais recentemente, pelas revisões classificativas de Grossman (Mathias & Nettelbeck, 1992).

A revisão dos conceitos de definição e classificação de 1977 e 1983, supervisionadas por Grossman, retrata com evidência a evolução na concepção classificativa da debilidade, associando à abordagem psicométrica uma proposta complementar através do conceito de adaptação (comportamento adaptativo), ou da capacidade adaptativa dum indivíduo perante o envolvimento (actividades da vida diária; motricidade; comunicação; sociabilização).

No entanto, para a A.A.D.M., pelas revisões de Grossman (1977; 1983), o funcionamento intelectual deve ser avaliado e medido através de testes de

inteligência estandardizados. Esta é uma afirmação que se evidencia, independentemente de todas as críticas válidas à abordagem psicométrica, que a A.A.D.M. reconhece. No entanto, a A.A.D.M. identifica a perspectiva psicométrica como a que continua a prevalecer como mais objectiva e por isso a mais reconhecida para verificar a presença de debilidade numa pessoa, ainda que não explique a natureza da debilidade (Vicari et al., 1992), defendendo que o diagnóstico de debilidade deve cumprir três critérios (Ingalls, 1982, in Gonzalez-Ibañez, 1991): (a) numa prova standard de inteligência, o indivíduo deve obter uma pontuação de pelo menos dois desvios standard por baixo da norma aceite para o grupo de indivíduos da sua idade (inferior a 68 no Stanford-Binet, inferior a 70 nas escalas de Wechsler); (b) deve também manifestar uma défice de adaptação da sua conduta (a adaptação do indivíduo às exigências do seu ambiente natural ou social deve ser inferior à dos seus companheiros da mesma idade); (c) o défice na conduta de adaptação e o funcionamento intelectual abaixo da média tem que se manifestar durante o período de desenvolvimento (até aos 18 anos), donde, o dito “atraso mental” é uma desordem do desenvolvimento.

Esta definição não menciona nem a causa do atraso (pode ser causado por um ambiente pouco estimulante, por um problema emocional ou por um defeito biológico) nem o seu prognóstico (não se define como permanente). A debilidade define-se exclusivamente em função da conduta: considera-se mentalmente débil aquele que actua como tal em função da interacção de um determinado conjunto de capacidades com um determinado conjunto de exigências ambientais.

Contudo, não se deve confundir a debilidade com os estados de inibição associados à patologia psíquica (transtornos afectivos, por ansiedade, etc.) nem com a deterioração das funções superiores (difuso, focal, funcional), que será o resultado de um défice da inteligência que não existia anteriormente.

Mais recentemente, Greenspan (1981), propõe que a debilidade seja definida em função de três áreas de competência relativamente independentes, Inteligência conceptual (Q.I.), Inteligência Prática (comportamento adaptativo), e Inteligência social (competência inter-pessoal). Esta contribuição de Greenspan não se diferencia significativamente da filosofia do sistema de classificação da A.A.D.M. para além da extensão à área designada competência interpessoal. A contribuição de (Greenspan como hipótese em termos de redefinição da debilidade revela-se um constructo mais

abrangente e dinâmico, embora no que respeita à definição conceptual de inteligência assuma uma posição idêntica à perspectiva de Grossman, uma vez que considera que a inteligência é medida por testes estandardizados (Q.I.), e que por isso permite a elaboração dum sistema classificativo (Matthias & Nettelbeck, 1992).

Nas revisões da A.A.D.M., Grossman (1977; 1983) sustenta que as classificações que se obtêm em scores, baseiam-se na assunção que as aptidões medidas por testes de inteligência traduzem uma distribuição da população em geral que corresponde à distribuição da curva normal.

Nesta perspectiva, os argumentos desenvolvidos por Zigler, Balla & Hodapp (1984) corroboram a perspectiva de Grossman que assentam nos elementos fundamentais de suporte ao sistema de classificação da inteligência, expressos pela representação da distribuição normal da curva de Gauss. A inteligência tem sido estudada então como a capacidade que se representa pela curva normal, cuja principal característica é a distribuição equitativa por ambas as extremidades da curva, localizando-se numa região central a maior percentagem de indivíduos (a média, a moda e mediana), enquanto que nas extremidades se localizam respectivamente os níveis mais e menos elevados. Esta concepção evoca essencialmente a perspectiva quantitativa do défice de inteligência em termos globais (Vicari et al., 1992; Detterman, 1987; Zigler et. al., 1984).

O Q.I. de 100, como valor teórico de inteligência média, foi encontrado na fundamentação de que entre a idade cronológica e a idade mental, que é a capacidade média de resposta da maioria dos indivíduos de cada idade perante um conjunto estandardizado de situações problema (Teste), existia uma razão de identificação total, a unidade. De acordo com esta fundamentação, do ponto de vista matemático, a equação que expressa esta relação é explicitada pelo quociente da idade mental sobre a idade real, que é igual a 1.

A representação numérica de 100 como o valor da inteligência média, vulgarmente utilizada como norma, tem servido pela facilidade de se poder verificar as diferenças de valor inferior e superior a esta razão. Nesta curva de distribuição normal, o desvio padrão em relação à média é apontado na grande maioria dos testes de inteligência estandardizados pelo valor numérico de 15 pontos (Stanford-Binet; WISC - Wechler Intelligence Scale for children), logo as diferenças em relação à média estabelecem-se em função do número de desvios padrão inferiores ou

superiores à média.

De acordo com Zigler et al., (1986), tal como para Grossman (1977), a prática de utilização dos testes psicométricos tem estabelecido assim a fronteira entre a debilidade e inteligência, pela expressão numérica de dois desvios padrão inferiores à média, cujo valor 70 como resultado, assume matematicamente a linha de separação entre debilidade e inteligência. Esta assunção teórica de inteligência revela a sua falta de rigor na perspectiva da variabilidade, já que tende a homogeneizar o perfil cognitivo das pessoas com debilidade, sub-valorizando a possibilidade de existência de diferenças qualitativas entre pessoas com o mesmo Q.I. ou dentro do mesmo desvio padrão (Vicari et al., 1992).

Ao pretender-se estudar a correspondência de valores do Q.I. com os níveis de deficiência (profundo, grave, moderado ou ligeiro), Grossman (1977, 1983) propõe que se considerem as três escalas ou Testes de inteligência mais usados: o Teste de Stanford-Binet, o Teste de Cattell e ainda a Escala de Wechsler, e, de acordo com os desvios padrão de Q.I., que caracterizam a distribuição da população geral, se faça a correspondência com o nível de deficiência.

Em função do exposto, observe-se na proposta da A.A.M.D., os níveis de deficiência ou de comportamento deficitário, que se podem escalonar em função duma correspondência entre o critério psicométrico e o adaptativo.

Quadro 9

Comportamento Adaptativo	Q.I	
	Stanford-Binet e Catell (s.d. 16)	Wechsler (s.d. 15)
NÍVEIS		
LIGEIRO	67-52	69-50
MODERADO	51-36	54-40
GRAVE	35-20	39-25
PROFUNDO	19<19	24<24

In Grossman (1977) - Manual da Terminologia e Classificação da debilidade Mental. Publicado pela A.A.M.D.

Observe-se que a classificação típica dividida por quatro níveis de deficiência mental, é uma correspondência a um escalonamento estatístico que se traduz em

termos de unidades de desvio-padrão em relação à média (Grossman, 1977).

Em defesa desta perspectiva, para Zigler et.al., (1984), o problema da definição de inteligência e por consequência de definição de debilidade em função do Q.I. de dois desvios padrão inferiores à média, apesar de toda a controvérsia, revela-se a perspectiva mais útil que o conhecimento científico actualmente dispõe. Ainda que estes autores reconheçam que se trata duma medida operacional, consideram no entanto existir uma extensa e profunda evidência experimental que na alternativa de outras opções sustentam a sua argumentação. Em síntese, para Zigler et al., (1984), é a ausência de uma definição clara e universalmente aceite da debilidade que continua a comprometer toda a investigação para compreender a sua natureza.

Relativamente à correlação do Q.I. com o comportamento adaptativo, os estudos apontados por Zigler & Trickett (1978), e Kaufman & Kaufman (1972, in Bruininks e McGrew, 1990), demonstraram a correlação positiva existente entre uma e outra perspectiva. No entanto, na abordagem de Zigler et al., (1984), verifica-se o abandono da componente de adaptação social na definição de deficiência mental, cuja razão, apontada pelos autores, se prende com o facto da sua extrema contingência, decorrente da variabilidade etiológica, (orgânica; genética e social) inerente à população com debilidade.

Na opinião de Zigler et al., (1984) o sistema de categorias da proposta da A.A.D.M., na relação com os Níveis de Comportamento Adaptativo, não faz referência à variabilidade etiológica revelando uma fragilidade metodológica relativamente à sua generalização, considerada a importância da variabilidade etiológica intrínseca da debilidade.

O argumento normalmente utilizado na fundamentação das escalas de avaliação do comportamento adaptativo centra-se nas características que são apontadas como indicadores de homogeneidade por diferentes níveis, que são os níveis de alteração das aptidões da sociabilização, da comunicação, da motricidade, da autonomia (Mathias & Nettelbeck, 1992). Neste sentido, tem de se problematizar que as razões e os mecanismos responsáveis pelas alterações de adaptação podem ser de muitos tipos, de forma que se tenha de considerar que, embora o produto da alteração possa ser colocado em analogia como critério de homogeneidade, os processos conducentes a esse comportamento produto, são por vezes significativamente diferentes.

Para Zigler et al. (1984), embora o Nível de Comportamento Adaptativo avaliado, quando correlacionado com o Q.I., seja uma caracterização que contrariamente à medida reduzida do Q.I., explicita o nível de comportamento passível de ser classificado com utilidade social e educacional, não deve porém constituir-se uma alternativa válida de definição da debilidade, porque não revela o valor classificativo e principalmente o poder preditivo da técnica psicométrica indispensável para o estudo da debilidade. A questão fundamental para Zigler et al., contra a validade da abordagem alternativa em termos do comportamento adaptativo não é tão pouco a sua fragilidade em função da heterogeneidade dos processos, que é uma questão essencial, mas sim a sua dificuldade objectivada em termos de valor preditivo.

Na abordagem da perspectiva psicométrica estática e operacional da concepção da inteligência, e apesar da controvérsia que ao longo de toda a história da investigação educacional e psicológica tem suscitado entre argumentos e contra argumentos da sua utilização na avaliação do comportamento humano, é necessário reconhecer-se que a sua prática suficientemente regular e fundamentada na avaliação da debilidade, conduz ao facto, que o seu argumento científico deve ser encarado com a devida importância, para que não se possam apenas fazer referências superficiais ou críticas de menor expressão num domínio que continua a ser motivo de intensa investigação.

Por exemplo, Zigler, Balla & Hodapp (1984), na análise de fundamentação teórica de definição e classificação da debilidade, propõem a utilização exclusiva do critério psicométrico expresso pelo Q.I. inferior a 70, como medida mais adequada, estável e preditiva da debilidade. Do ponto de vista da definição conceptual da mesma, estes autores defendem duas assunções, que na sua abordagem são determinantes: (a) Insuficiência Cognitiva como propriedade fundamental explicitada pela lentidão do desenvolvimento; (b) Insuficiência Cognitiva como propriedade estável e cujo nível máximo se situa por definição, inferior à média.

Em contraste com esta abordagem sobre a classificação e definição da debilidade, existe uma contra abordagem na investigação que, para além de contestar experimentalmente o valor preditivo do Q.I., considera ainda a técnica psicométrica uma concepção operacional limitada, como constructo de definição da inteligência

pela pouca expressão relativa aos processos cognitivos (O'Connor, 1987; Barnett, 1986).

Particularmente Barnett (1986), na perspectiva de contra argumento dos pressupostos de definição colocados por Zigler et al., considera passiva a primeira assunção uma vez que é aceite como correspondente à ideia mais comum da debilidade como um sistema cognitivo deficitário, enquanto que a segunda, a insuficiência cognitiva estável, considera-a uma assunção inaceitável, e explica-a pelo estudo da etiologia (orgânica, genética e social), sublinhando que uma vez aceite a natureza social da deficiência que aliás constitui a sua maior incidência, logo a insuficiência cognitiva tem de ser aceite como instável ou variável por definição.

Barnett (1986) considera ainda que a questão da variabilidade do Q.I., constitui antes de mais um problema presente da investigação experimental da inteligência, que por isso se deve considerar em aberto, já que sobre a sua instabilidade existe evidência experimental duma variação no mínimo de 1 desvio-padrão nos estudos sobre a população normal. Esta questão seria pacífica, se não estivesse subjacente a esta posição, um sistema de classificação e as suas consequências estigmatizantes do ponto de vista social e educacional.

Por outro lado, presumir a perspectiva estável do Q.I. como definição, além de controversa, será uma perspectiva pouco científica porque revela-se à partida uma concepção contrária e prejudicial à perspectiva da modificabilidade cognitiva, cuja argumentação se tem manifestado empírica e experimentalmente absolutamente indispensável na investigação, prevenção e intervenção da debilidade (Fonseca, 1989).

Referindo ainda Barnett (1986), e discutindo os argumentos de Zigler et al., (1984), deve-se considerar que a definição de debilidade tal como a definição de inteligência não pode ser objecto de conceptualização, em termos exclusivamente operacionais. Primeiro, porque a propriedade é do ponto de vista cognitivo um conceito generalizado provavelmente pouco eficiente, já que em diferentes culturas o conceito de eficiência/ineficiência cognitiva varia de acordo com a importância das exigências que caracterizam uma dada cultura. Segundo, mesmo que a debilidade fosse definida da mesma forma nas diferentes culturas, não haveria provavelmente nessas diferentes culturas o mesmo critério de classificação (Barnett, 1986).

Apesar da fundamentação desenvolvida por Zigler et al., em prol duma utilização do Q.I., para muitos autores, fazer do Q.I. o centro de definição de debilidade relativamente à estandardização da inteligência medida por teste, além de inapropriada é potencialmente negativa, pelas consequências práticas ao nível do encaminhamento escolar e social (Ajuriaguerra, 1974; Barnett, 1986; Morss, 1985).

Em síntese, o Q.I. como dado quantitativo em nada traduz a qualidade de organização intelectual dum indivíduo, conhecimento esse que se revela determinante na compreensão da debilidade (Ajuriaguerra, 1974).

O’Oconnor (1987), a este propósito, justifica que uma das razões fundamentais para o abandono da perspectiva tradicional de definição estática da inteligência, ainda que suportada estatisticamente em termos operacionais para uma perspectiva de definição dinâmica (clínica experimental), foi a dificuldade manifesta de se explicarem as diferenças individuais resultantes da aplicação dos testes, exactamente por estes não explicarem a natureza dos processos que envolviam as diferenças de aptidões. Porém, neste ambiente de controvérsia de argumentos contra e a favor duma definição do conceito de inteligência a investigação das populações especiais tem servido de forma específica para o desenvolvimento de uma teoria da inteligência, o que em certa medida não deixa de constituir uma ironia no desenvolvimento do conhecimento, porque, se por um lado a grande maioria dos princípios, métodos e técnicas válidos para a interpretação das competências humanas encontram fundamentação empírica e experimental na investigação das populações especiais, por outro, há fortes razões para aceitar pelas abordagens clínicas experimentais do potencial habilitativo, como a perspectiva de Aprendizagem Mediatizada de Feuerstein (1979); a perspectiva de Educabilidade e Aprendizagem Potencial de Budoff & Pagell (1968); as influências na avaliação clínica do conceito de “Zona potencial de desenvolvimento” de Vigotsky (1977), que para estas populações, as medidas estáticas do Q.I. representam provavelmente uma subestimação das suas reais e potenciais capacidades (Campione et. al, 1986).

Neste sentido, a investigação nas populações ditas “especiais” tem vindo a ser alvo de perspectivas dinâmicas na abordagem da aptidão intelectual, baseada nos métodos de avaliação dinâmica do potencial habilitativo, pela possibilidade de preconizar a modificabilidade cognitiva (Campione et. al, 1986).

Em síntese, entre a abordagem estática e dinâmica do Q.I., esta evoca uma diferença substancial da concepção da avaliação psicométrica, ainda que ambas as metodologias não se consigam desligar do mesmo conceito teórico de inteligência, como a capacidade de aprender, inicialmente proposta por Thorndike (1982).

Críticas à Abordagem Psicométrica

Ainda hoje considerada por muitos autores como a mais rigorosa e objectiva, a avaliação psicométrica da inteligência assume o valor 100 enquanto traduzindo o significado teórico normativo de inteligência média, face à qual, as populações de determinado escalão etário respondem às exigências do seu meio ambiente (razão entre a idade mental e idade cronológica x 100).

É assim que se explica, tal como pudemos observar na reflexão anterior, que a distribuição normal (em termos de inteligência), seja apresentada sob a forma de curva (de Gauss), sendo o desvio-padrão igual a 15 pontos relativos à norma estabelecida, o que permitirá averiguar a existência ou não de debilidade.

Nesta perspectiva, a debilidade é diagnosticada através da observação de dois desvios-padrão, em que o valor de 70, vem a traduzir as situações ditas “borderline” (Morato, 1995).

Apesar das críticas tecidas à abordagem psicométrica, considera-se que numa avaliação, se deverá proceder à recolha do maior número de informações pertinentes e precisas sobre o avaliado, pelo que os dados obtidos através da aplicação de testes psicométricos não deverão ser descurados, ainda que seguindo apenas os objectivos que na realidade medem, cujos resultados deverão ser contextualizados numa abordagem evolutiva, multidimensional e circunstancial.

Ainda assim, há que não descurar que a avaliação psicométrica requer objectividade, uma vez que implica a realização de um teste, situação essa que é modificada pela introdução da subjectividade inerente à mediatização imperiosa subjacente às teorias mais recentes (Morato, 1995).

O principal objectivo da avaliação psicométrica, passa pela determinação da idade equivalente numa ou mais características ao nível dos domínios psicológicos e

outros desenvolvimentais, baseando-se na média do valor de idade, o que só por si pode conduzir a generalizações não pertinentes, sucedendo algo idêntico em termos de diagnóstico e prescrição” do tipo de apoios a providenciar (Simeonsson, 1986).

Em confronto, crítica e oposição à tradição psicométrica, surgem novas noções, como sejam a modificabilidade cognitiva estrutural e experiência mediatizada de Feurstein (modificação evolutiva da inteligência através da mediatização, para futura adaptação de qualidade ao meio ambiente onde os indivíduos se inserem), a zona potencial de desenvolvimento de Vigotski, que apontam o Q.I. como um valor que subestima as potencialidades dos indivíduos, apesar de se continuarem a desenvolver e a investigar teorias da inteligência. A questão fundamental não deve residir tanto sobre o produto, versando antes a análise e avaliação dos processos mentais utilizados.

Sabe-se que a avaliação psicométrica nega a expansão da criatividade e da imutabilidade do desenvolvimento, enfatizando o conhecimento académico de assuntos específicos, ao mesmo tempo que há a realçar ainda as consequências educativas que podem advir da “rotulação”.

As principais críticas atribuídas à primeira escala (psicométrica) reportam-se ao facto dos factores abordados estarem muito ligados à aprendizagem escolar, o que significava que quem não frequentasse a escola apresentaria um menor desempenho, sendo considerado, inclusive, como deficiente mental; por outro lado, constituía-se como uma escala saturada do factor verbal que constitui um reflexo da inteligência, mas que no caso das populações especiais as subvaloriza.

Por outro lado, os problemas associados à precisão da definição de “inteligência”, bem como as formas como a maioria dos instrumentos são aplicados (apresentados de igual maneira independentemente do contexto e da pessoa), a sua validação e standartização implica dificuldades ao nível de uma maior objectividade do processo avaliativo.

O facto da “inteligência precoce” não ser definível pois varia de acordo com o escalão etário e com o nível de experiências vivenciadas e dos resultados obtidos carecerem, na sua maioria, de precisão, denotando um valor preditivo baixo

constituem, igualmente, outros aspectos a considerar nesta temática (McConachie, 1995).

A homogeneização do perfil cognitivo com a negligência da variabilidade característica das populações humanas (Vicari et al, 1992 in Morato, 1995) é outra crítica actual à mesma problemática. É a inexistência de uma definição precisa e coerente sobre a debilidade, que continua a constituir uma barreira à compreensão de toda a sua problemática, (Zigler et al, 1984 cit. in Morato, 1995), apesar do próprio autor reconhecer as dificuldades metodológicas inerentes à variabilidade etiológica da debilidade, o que condiciona uma certa “fragilidade metodológica” no que concerne à sua “generalização”, suscitando dificuldades em termos preditivos.

O facto de negligenciar o quadro de referências teóricas, baseando-se em critérios estatísticos, faz com que a psicométrica rotule, mas não forneça qualquer tipo de informação sobre a possibilidade de educabilidade dos indivíduos com dificuldades. Pelica (1994) reforça a ideia da existência de vários factores temporais que podem desempenhar um papel influenciador nos resultados dos testes psicométricos, como sejam a motivação, o tempo e o local da aplicação dos testes, a subjectividade do próprio avaliado.

O’Oconnor (1987, in Morato, 1995) salienta ainda, as dificuldades resultantes das diferenças individuais obtidas após a aplicação dos testes standartizados, não explicando, deste modo, a “natureza dos processos que envolviam as diferenças de aptidões” e a “organização intelectual” de cada um (Ajuriaguerra, 1974 in Morato, 1995), ressaltando mais uma vez a opção de utilização de uma premissa de referência à norma (população em geral) ou de referência a critério (que de uma forma geral, denotam uma dificuldade).

A comparabilidade cultural é outra questão que dá corpo à perspectiva de que a inteligência, enquanto em determinadas culturas se encontra associada ao “pensar”, noutras tantas, encontra-se em relação estreita com “o agir e/ou com o sentir” (Almeida, 1994), tal como poderemos observar, mais atentamente no capítulo dedicado à inteligência (ver pp.

Abordagem Psicopatológica da Debilidade Mental

Foram publicados numerosos trabalhos vinte anos após o ressurgimento da abordagem das questões relacionadas com as crianças através do seu contexto social e familiar, dentro de uma perspectiva preventiva e curativa. Donde, os estudos realizados em torno das variações da normalidade, perto do campo da patologia, revelam a influência dos factores “relacionais”, “sociais”, “ambientais”, etc., colocando-se igualmente a questão da interpretação que se faz destas constatações. É importante assumir que tanto as concepções psicológicas ou sociológicas redutoras tal como as teses organicistas, desconhecem a diversidade dos factores ou condições, as suas interrelações mútuas e a natureza dos mecanismos psicopatológicos subjacentes.

Na perspectiva essencialmente psicogenética (Mannoni, 1967; Dolto F., 1977), Mannoni desenvolveu um trabalho preponderante ao separar a influência dos factores considerados como a base sobre a qual se desenvolvem de forma determinante as perturbações relacionais. A exclusão explica aqui a debilidade assemelhada à psicose. A criança, pela sua debilidade, com o sintoma enquanto objecto parcial, vem colmatar na mãe uma lacuna/carência fundamental. É o sintoma de neurose parental. Para esta alienação o acesso ao simbólico é-lhe fechado. Nesta concepção, os sintomas e as posições tidas pela criança apresentam-se como as respostas directas ao desejo da mãe, enquanto que são apagados os antecedentes da história. Determinada pelas projecções fantasmáticas da mãe, sustentada pela persistência de uma relação dual, a debilidade organiza-se na manutenção de um laço alienante e pervertisante, onde ressalta, como na psicose, o não acesso ao Édipo, a incapacidade em entrar na ordem simbólica. A existência real da criança colide com as projecções parentais inconscientes, toda a abertura a “uma palavra verdadeira” é-lhe barrada. A sua angústia é vivida ao nível do corpo, na medida em que os problemas deixam-lhe, a este nível, uma possibilidade de expressão.

Estas atitudes redutoras suscitam críticas, na medida em que negligenciam gravemente a dimensão genética, e compreendido no registo dos fantasmas, onde se isola o exame dos mecanismos em jogo no insucesso do processo de elaboração. Ainda assim, não se deve com isto esquecer que estes estudos psicogenéticos têm o mérito de pôr em evidência a dimensão do desejo e a influência de fantasmas

parentais, sobre o seu prolongamento no real e a posição ocupada pela pessoa com debilidade na constelação familiar. Por outro lado o que é observado na actualidade é invocado como causa, sem ter em conta nem as modificações intercorrentes nem a disparidades dos factores em jogo. Uma posição fechada antinosográfica é ao mesmo tempo afirmada.

Mannoni colocou em questão o que está em jogo na mãe. A metáfora parental, assim dita, pode ser utilizada ao nível do desejo nas suas diferentes formas de identificação. Assim a transferência designa-se ao sentido estrito do termo do inconsciente da mãe.

Este conjunto constitui o "objecto da cura" e "é a partir da relação patológica mãe-criança" que o trabalho analítico deve ser feito (não em denuncia da relação dual mas na introdução desta na transferência). Estas atitudes terapêuticas conduzem ao ênfase colocado nas condições próprias à emergência "da palavra devida" e deixar de lado os outros mecanismos cuja importância é reconhecida.

As avaliações à partida desprovidas de cura ou os ditos atrasos graves entram facilmente numa relação transferencial que conduzem imediatamente a mutações importantes. De facto, estes sujeitos são etiquetados como "débeis" sobre critérios contestáveis, ou seja, o resultado dos testes expressos em Q.I. ou a existência de uma falha encefalopática. Isto faz lembrar que estes elementos estão igualmente presentes em certas psicoses - diagnóstico que se tenta avançar perante estes sujeitos que exprimem a problemática mais complexa numa linguagem rica e mais directamente significativa.

Vislumbramos melhor a dimensão deficitária quando Mannoni evoca o "discurso parental condensado e fechado" que não deixa nenhum acesso à palavra empregue pelos pais, na medida em que se situa fora de todo o movimento dialéctico. A este nível delinea-se bem a especificidade do núcleo deficitário mas vemos em contrapartida como uma concepção puramente psicogenética é dificilmente sustentável.

As revisões precedentes implicam uma delimitação dos traços, dos mecanismos que do ponto de vista psicopatológico se inscrevem no "processo de debilitação" dentro do movimento de "estruturação deficitária" para conduzir a uma

"estrutura deficitária". Estes elementos ocupam um lugar central nas formas fixadas o mais próximo da tabela clássica - dentro das organizações em mosaico que caracteriza as debilidades desarmónicas.

O campo de estudo assim proposto, se é centrado na esfera cognitiva, não cobre a totalidade das coordenadas implicadas na exaltação e na organização do funcionamento mental, na individuação da criança e na estruturação das suas relações.

Os mecanismos psicopatológicos colocado em relevo, não serão estranhos a uma visão do conjunto, alheia aos modos de conjunto que asseguram uma forma específica.

Quadro 10

Perspectiva Psicogenética

- são apagados os antecedentes da história
- os sintomas e as posições da criança : respostas directas ao desejo da mãe
- determinada pelas projecções fantasmáticas da mãe ⇒ persistência de uma relação dual
⇒ existência real da criança colide com as projecções parentais inconscientes
- a debilidade : manutenção de um laço alienante e perversitante ⇒ não acesso ao édipo
- incapacidade em entrar na ordem simbólica
- toda a abertura a "uma palavra verdadeira" é-lhe barrada
- a angústia é vivida ao nível do corpo, na medida em que os problemas deixam-lhe, a este nível, uma possibilidade de expressão

↓
como na psicose
↓↓

atitudes redutoras ⇒ suscitam críticas:

- negligenciam gravemente a dimensão genética
- isolam-se os mecanismos em jogo no insucesso do processo de elaboração

mérito ⇒ evidência da dimensão do desejo e a influência de fantasmas parentais

- delimitação dos traços, dos mecanismos que do ponto de vista psicopatológico se inscrevem no "processo de debilitação"
- dentro do movimento de "estruturação deficitária"
- para conduzir a uma "estrutura deficitária"

Os traços significativos nascem segundo Lang da formação dos processos secundários senão mesmo mais cedo: período centrado na problemática de distinção eu-outro, nesta fase de ultrapassagem do estado de espelho e de exaltação daquilo que Winnicott chamou o campo do objecto transicional.

Outros autores (Misés, 1975; Lang., 1958) tiraram partido destas orientações

sem caírem nas simplificações de uma psicogénese pura. Misés e Perron-Borelli aplicaram o modelo dinâmico e estrutural que fez estas provas em outros domínios da psicopatologia da primeira infância: a evidência psicanalítica, se é importante, não é exclusiva e é sempre restituída perante outros elementos.

Os estudos levados a cabo por Misés e Perron-Borelli, mostram que estas modalidades são bem reveladoras de uma falha primordial na organização da vida psíquica sobre os seus aspectos fundamentais e fundadores.

Contudo, na génese das debilidades caminha-se para a tendência em situar as disfunções precoces nos modos de construção que se realizam ulteriormente às etapas mais tardias.

Neste quadro, mais ou menos aberto, distinguem-se os seguintes pontos:

1. As primeiras etapas da história da criança, são essenciais para as consequências directas no domínio dos conhecimentos e dos processos de aprendizagem. Não se trata aqui das limitações transitórias redutoras da ordem do bloqueio, mas de um movimento referenciado a um conjunto durável e que se une a uma incapacidade de aceder ao pensamento simbólico.

Klein formulou sobre este ângulo o estudo da importância dos discursos entre a elaboração do simbolismo e a evolução pulsional, que considera subordinada à matriz da angústia primária.

Normalmente, a criança é conduzida sobre esta influência ao estabelecimento "de novas equações" pelo investimento sucessivo de objectos novos cada vez mais afastados dos objectos primitivos, ainda que eles permaneçam ligados entre eles no jogo das suas equações, sendo onde se constitui o fundamento de um interesse pelos objectos novos e, fundamentalmente, do próprio simbolismo.

Sobre estas bases, Klein deixa antever a eventualidade de uma falha directa absorvida nestes processos, a um ponto de reencontro onde se conjugam e se fixam os efeitos do défice de elaboração das pulsões epistemofílicas e a incapacidade de aceder a uma verdadeira simbolização. Neste contexto Guignard (1993), coloca a ênfase sobre os "problemas da significação" apoiando-se particularmente nos trabalhos de Segal relativos à formação dos símbolos. Os chamados problemas da significação aparecem agora centrados, não sendo mais simples reflexos do défice de inteligência mas sim vectores da estruturação deficitária.

A estagnação no estágio de equação simbólica pode ser entendida, como reflexo da impossibilidade da pessoa com debilidade viver uma experiência nova sem antes ter que estabelecer os dados de forma a começar uma dimensão concreta e focalizada (Misés, 1975); estes défices de investimento e os mecanismos defensivos que em conjunto exprimem paralelamente uma recusa onde em espelho, se forma uma situação perigosa que pode ser a origem das experiências primitivas insustentáveis, onde a criança se previne em focalizar, reduzindo a gama das suas significações virtuais.

2. As concepções de autores que se reportam a Lacan, introduzem nos discursos da criança ao outro uma falha que ameaça a sua unicidade, a sua integridade, a sua segurança. É aqui que a mãe pode introduzir o seu próprio fantasma de “aconchegamento”, perpetuando uma relação de tipo dual que reforça a angústia de separação, comprometendo nos dois casos o acesso ao estatuto de sujeito e à ordem simbólica. O pai, é fantasmaticamente mais solicitado na projecção, como o risco de não intervir, para permitir o Édipo e a ultrapassagem da castração.

Segundo Lang, é assim que a pessoa com debilidade na sua tentativa de aceder ao "eu" simbólico, já deficitário ao nível das suas funções e dos seus meios de expressão, encontra a cumplicidade preventiva do meio ambiente para manter o seu estatuto de objecto imaginário para o outro. É a fraqueza destes discursos ao outro, estes retardos, esta inadequação, esta extrema subtileza dos discursos ao Eu especulador que parecem caracterizar a dinâmica pulsional da criança com debilidade.

3. As distorções precoces são reapreendidas dentro do curso da história, sobretudo aquelas que se separam das formas massivas do “atraso”; prescreve-se agora a abertura ao seio da conflitualização de carácter neurótico, que responde mais aos mecanismos encontrados nas patologias graves da personalidade que às neuroses propriamente ditas.

Duas situações se colocam aqui, por um lado, fazem reconhecer que estes ensaios de elaboração da posição defensiva e de acesso à ordem edipiana introduzem uma separação, do ponto de vista da estrutura psicótica, ao admitir a eventual coexistência destes mecanismos num mesmo sujeito e que a exaltação de um

processo de debilização representa para a criança psicótica uma maior ameaça. Por outro lado, importa realçar a precaridade das virtualidades iniciadoras dos investimentos de carácter neurótico. Testemunhando de forma evidente o ênfase dos discursos aos objectos de identificação secundária e ao ideal de Eu, a submissão ou a transgressão são também sumário de outra face interdita que exprime sobretudo a inquietude depressiva.

Esta redução da trama onde se desenrola o destino individual, é corolária da restrição imposta pela matriz das coordenadas temporio-espaciais, onde a criança se encontra fechada num mundo que assume a sua dimensão concreta e imediata.

Não duvidamos que as proibições, as carências sublimatórias e de identificação, os défices de investimento se colocam ao serviço de uma estruturação deficitária durável em ligação com as distorções severas inscritas mais precocemente. Aqui, o obstáculo relacionado com o desejo de saber e ao prazer ligado normalmente ao funcionamento mental, implicará a persistência de uma tendência activa à satisfação pulsional. Mesmo quando a abordagem das situações conflituais, revela sectores onde se esboça uma culpabilidade edipiana se não se intervir, o movimento espontâneo tende a fazer-se no sentido de uma limitação durável e global do campo do conhecimento sobre uma forma extensiva. Longe de oferecer uma abertura, o conflito de nível elevado coloca-se ao serviço dos mecanismos mais amputantes e a obliteração dos conflitos neuróticos, ainda activos, conjuga-se na falta de elaboração dos conflitos primários ao desgaste de fundo pulsional.

4. O exame dos modos dos discursos entre processos primários e secundários permite ultrapassar as considerações clássicas sobre a fraqueza do Eu, sobre a precaridade, a estereotipia, o arcaísmo dos mecanismos defensivos.

Em concordância com Garrone (1986), Lang sublinhou a infiltração constante de processos secundários mal integrados ao Eu, mais fortemente clivados, dificilmente utilizáveis numa relação objectal estável bem como na diferenciação eu - outro: condensação, intemporalidade, coexistência de pontos de vista contraditórios, deslocamentos, processos do tipo de equação simbólica vêm constantemente infiltrar a actividade perceptiva.

O agir, as reacções de confusão, as expressões de um pensamento mágico persistente, tem uma parte do seu sentido nesta perspectiva (Lustin, 1998).

Nas condições ditas “normais” sabe-se que os processos mentais são elaborados dentro de um rede aberta aos representantes psíquicos da pulsão que mantem as conexões com os traços mnésicos, donde em todo o acto de pensamento, esta trama assegura uma combinação às virtualidades infinitas para o jogo de ligação intrapsíquico.

É principalmente esta modalidade que se encontra alterada na debilidade, na medida em que os processos de ligação são entravados por uma polarização prevalente segundo o controle, a anulação do mundo pulsional, no sentido da manutenção de uma relação estreitamente delimitada do ponto de vista de um objecto externo focalizado. Esta estrutura, desde o instante que assume forma, constitui um obstáculo (pela sua natureza) até aos restantes, que caracterizam a descontinuidade do desenvolvimento de inteligência. Aqui se assinala o aspecto sempre desarmonico das debilidades, que não correspondem a um estado datável, por analogia, à evolução normal.

Estas distorções fecham obrigatoriamente o acesso ao manejo das significações infinitas que a criança faz, habitualmente, nos seus fantasmas ou nas suas diversas produções lúdicas, ao mesmo tempo que conduzem a uma melhor matriz do real (estado do real). Através deste movimento bipolar, o sujeito dito “normal” acede a uma simplicidade, uma mobilidade sem cessar dos processos mentais, desde que se elabora uma actividade simbólica própria a assegurar sem alteração o controle da angústia.

Ao contrário, na debilidade, os novos trilhos não se realizam segundo um trabalho prévio visando a focalização do objecto e a completa matriz da relação.

Longe do desbloqueio de um sistema estratificado, os novos investimentos exigem, antes de tudo, ser retidos congruentemente ao funcionamento preexistente.

Encontra-se aqui alguma organização que, sumariamente, caracteriza os processos secundários com os canais associativos estabelecidos entre o polo perceptivo e segundo o simbolismo primário; mas estes canais, pelo menos por uma parte, são privados das articulações que estabelecem normalmente em diferentes

níveis, em particular com as representações de palavras no pré-consciente. No lugar de uma trama mutante infinita nos seus arranjos, descobrem-se os canais estreitos determinados onde a estrutura das ligações, priva o objecto investido de todas as significações.

A colmatagem assim realizada actua por sua vez no isolamento das redes associativas, as do ponto de vista dos outros e no “corte” do eu, para levar as suas origens instintivas segundo o rendimento de uma adaptação de superfície em que o carácter patológico é evidente.

O esmagamento pulsional actua no sentido de uma extensão de mecanismos mais amputantes: isto tende a levar ao reinvestimento, parecendo constituir uma ameaça insustentável, como se a desarmonia grave das suas organizações, pouco aberta ao compromisso, obrigasse às medidas extremas de redução ao silêncio.

Levando em consideração a evidência da compulsão de repetição que bloqueia a passagem ao simbólico e perpetua as interacções deste funcionamento condensado.

São assim duravelmente entravadas as iniciativas onde o pensamento associado coloca em evidência o que é comum dentro da diversidade do real e aquilo que é essencial através do contingente.

Assim, a pessoa com debilidade não está em escala de isolamento nem de articulação entre as significações diversificadas, por vezes intermutáveis e suficientemente estáveis, para se situar num canal aberto de comunicações.

Resumindo, tal como as possibilidades intelectuais, as características afectivas da pessoa com debilidade variam, não só com o grau da debilidade mas ainda com o factor ou factores causais da mesma, com as situações frustrantes que a própria debilidade desencadeou e com as condições do meio gregário.

Este é no fundo o pressuposto básico da abordagem psicopatológica, dinâmica, clínica, da debilidade, cuja evolução conceptual e perspectivas teóricas foram evoluindo, ao longo dos tempos, segundo diferentes correntes teóricas e respectivos predecessores. É o que podemos observar no quadro 11.

Quadro 11

	Perspectiva Psicodinâmica
J.L. Lang (1958)	<p>os traços significativos nascem da formação dos processos secundários ou até mais cedo</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • período centrado na problemática de distinção eu-outro • fase de ultrapassagem do estado de espelho e de exaltação do campo do objecto transicional (Winnicott)
Misés, R. e Perron-Borelli M (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • evidência psicanalítica : não é exclusiva • falha primordial na organização da vida psíquica sobre os seus aspectos fundamentais e fundadores • as primeiras etapas da história da criança <p style="text-align: center;">∩</p> <p>essenciais para as consequências directas nos conhecimentos e processos de aprendizagem</p> <p style="text-align: center;">∩</p> <p>incapacidade de aceder ao pensamento simbólico</p>
M. Klein	<ul style="list-style-type: none"> • falha na ponte entre a elaboração do simbolismo e a evolução pulsional <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">subordinada à matriz da angústia primária</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • conjugação e fixação dos efeitos do défice de elaboração das pulsões epistemofílicas • incapacidade de aceder a uma verdadeira simbolização • investimento sucessivo de objectos novos cada vez mais afastados dos objectos primitivos <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">estabelecimento "de novas equações"</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>interesse pelos objectos novos e, fundamentalmente, do próprio simbolismo</p>
F. Guignard (1993)	<ul style="list-style-type: none"> • "problemas da significação" <p style="text-align: center;">↓</p> <p>vectores da estruturação deficitária → não são simples reflexos do défice de inteligência</p>
R. Misés	<ul style="list-style-type: none"> • impossibilidade da pessoa com debilidade viver uma experiência nova sem antes ter que estabelecer os dados de forma a começar uma dimensão concreta e focalizada <p style="text-align: center;">⇓</p> <p>estagnação no estágio de equação simbólica</p> <p>défices de investimento</p> <p>mecanismos defensivos</p> <p style="text-align: right;">} recusa</p> <p style="text-align: center;">⇓</p>

	<p>situação perigosa origem das experiências primitivas insustentáveis criança ↪ reduz a gama das suas significações virtuais ⇒ previne em focalizar</p>
J.Lacăn	<p>discursos da criança ao outro ⇒ falha que <u>ameaça</u> : unicidade, integridade, segurança</p> <ul style="list-style-type: none"> • a mãe pode introduzir o seu próprio fantasma de "aconchegamento" • relação de tipo dual <p>⇓ reforça a angústia de separação compromete o acesso : estatuto de sujeito ordem simbólica</p>
J.L.Lang	<p>pessoa com debilidade : tentativa de aceder ao "eu" simbólico, deficitário (funções e meios de expressão)</p> <p>↪</p> <ul style="list-style-type: none"> • cumplicidade preventiva do meio ambiente para manter o seu estatuto de objecto imaginário para o outro • fraqueza destes discursos ao outro, retardos, inadequação, subtilidade dos discursos ao Eu especulador <p>↓ dinâmica pulsional da criança com debilidade</p>
G. Garrone e J. L. Lang	<ul style="list-style-type: none"> • infiltração constante de processos secundários mal integrados ao Eu <p>↪</p> <ul style="list-style-type: none"> • mais fortemente clivados • dificilmente utilizáveis numa relação objectal estável bem como na diferenciação eu – outro <p>↓ condensação, intemporalidade, coexistência de pontos de vista contraditórios, deslocações, processos do tipo de equação simbólica vêm constantemente infiltrar a actividade perceptiva</p>

Percebemos, desta forma que, muitas vezes, por razões discutíveis, verifica-se a chamada "psicotização" da pessoa com debilidade, modificando-se acentuada e lentamente o seu psiquismo.

Assim, torna-se difícil estabelecer uma classificação dos tipos de debilidade, quanto às características gerais da conduta, tornando-se mais difícil ainda, relacioná-las com a patogenia da debilidade.

Sob outro ponto de vista, se a estrutura psíquica é, em determinada altura, a resultante dialéctica de várias forças que actuaram ou estão a actuar sobre ela, estas exercem sobre a pessoa com debilidade, durante e após o desenvolvimento, acções diferenciadas das verificadas no indivíduo dito "normal".

Nas pessoas com debilidade, há factores que actuam de uma forma comum ou muito semelhante em todos eles, contudo, existem aqueles em que a acção destes factores varia muito entre eles: (a) um destes factores tem a ver com a estruturação psíquica do próprio e com as suas possibilidades ou dificuldades instrumentais, motoras e sensoriais, dependendo assim, da patogenia da debilidade; (b) outros factores dependem, sobretudo, das condições do meio, mas a sua acção sobre cada pessoa com debilidade é diferente, não só da que exercem sobre cada indivíduo dito "normal", como da que exercem sobre uma outra pessoa com debilidade. Donde, em cada nível evolutivo, há modificações, e uma mesma pessoa com debilidade, que em determinada idade apresentava determinada forma de comportamento, pode apresentar noutra idade, um comportamento diferente, e que muitas vezes, é igualmente diferente do comportamento exibido noutros casos com a mesma etiologia, mas semelhante, por vezes, a casos de etiologia diversa.

Assim, se existe sempre, independentemente da patogenia da debilidade uma influência dos efeitos da perturbação ou perturbações originais sobre outras estruturas neuronais (que não as directamente atingidas pela lesão ou alteração orgânica inicial) e que, mesmo nas outras formas psicogenas há, segundo Bollas (1982), uma microorganicidade estabelecida secundariamente, esta repercussão que se ressent no funcionamento das referidas estruturas, é diferente de caso para caso, embora em alguns possa ser comum ou semelhante.

Por isso, se os circuitos reverberantes estão alterados (nas afecções genéticas, nas lesões orgânicas de encefalite ou anóxia - nas regiões atingidas - e em situações carenciais graves, nas regiões mais ligadas à intercomunicação - analisadores auditivo, visual, cinestésico -), tais alterações podem criar perturbações de outros circuitos mais relacionados com eles. Assim se explica que as alterações e desarmonia do psiquismo tenham, frequentemente, tendência a acentuar-se, independentemente de influências exteriores deletérias e excluindo os casos em que as lesões orgânicas grosseiras apresentam (por razões diferentes) tendência progressiva.

Quando os principais analisadores ou a psicomotilidade são atingidos, o contacto com a realidade, o esquema de acção e as recordações do passado, estão também, mais ou menos, alteradas, tal como quando são directamente atingidas pelo agente nociceptivo.

Assim, na pessoa com debilidade, a relação interindividual é, geralmente, inadequada e o contacto com o meio ambiente difícil, embora exista, na maioria dos casos, possibilidades de adaptação nas bases existentes. Contudo, em muitos casos estas possibilidades parecem não estar presentes, donde a tendência à alienação e à evolução psicótica apresenta-se como inexorável. Daqui surge uma das pontes com que se pode estabelecer a estreita relação entre a chamada estruturação “oligofrénica” e a estruturação psicótica (contudo, há que ter em conta outras influências relacionadas com o meio).

Na análise dos factores que influenciam a conduta da pessoa com debilidade, encontram-se os que estão relacionados com possíveis alterações gnósicas, sensoriais ou motoras, altamente dependentes da patogenia do síndrome (por exemplo, deficiências visuais ou auditivas, atetose, paralisias, parésias).

Estas perturbações ao diminuírem e alterarem as capacidades de acção ou de contacto da pessoa com debilidade, influenciam fundamentalmente o seu psiquismo, pelas frustrações que causam, pelas reacções que condicionam e até por condutas de desconfiança e condutas paranoides (sobretudo quando existe deficiência auditiva).

Nas pessoas com debilidade mental congénita, mesmo sem perturbações grosseiras da motilidade, verifica-se muitas vezes, uma alteração do desenvolvimento motor, variável para cada caso (com grande frequência de debilidade motora, paratonia, persistência de certas sincinésias e mesmo plasticidade cérea da musculatura, com tendência à fixação de atitudes impostas - “cataleptibilidade” -), segundo Dupré.

Quando se dá uma psicotização, surge a possibilidade da acentuação deste fenómeno numa tendência catatónica (diminuindo a iniciativa motora, aparecendo maneirismos, quinesias paradoxais e esteriotipias motoras e verbais).

No que diz respeito às influências do meio, existem por um lado aquelas, que

por si sós, têm capacidade para conduzir qualquer criança a situações de debilidade (ou pseudo-debilidade), de neurose e de tipo psicótico, e por outro lado, aquelas que se exercem quase especificamente na pessoa com debilidade.

Entre as primeiras destacam-se: (a) as graves situações frustrantes do recém-nascido e do latente, causadoras da chamada depressão anaclítica - Spitz -, de que pode resultar debilidade dita frustracional, a qual muitas das vezes se acompanha de evoluções neuróticas ou de situações de autismo (imprimindo características especiais e diferentes, conforme o caso, à estruturação psíquica); (b) as situações de repúdio (por vezes não aparente); (c) as de hostilidade no lar (mesmo quando não dirigida à criança); (d) as de pais rígidos, perfeccionistas e intelectualistas (condicionando, nos filhos, um rendimento intelectual diminuído, acompanhado de reacções neuróticas ou mesmo autismo).

É frequente que algumas destas situações (sobretudo as primeiras) se verifiquem em crianças cotadas na psiquiatria como “oligofrénicas” ou “border-line”, agravando o quadro clínico, na medida em que à hereditariedade genética corresponde, muitas vezes, uma hereditariedade social, capaz de conduzir ao abandono e à desagregação familiar.

Contudo, muito frequentemente, torna-se patente na pessoa com debilidade, outras condições frustrantes, de onde se destacam: (a) o facto do próprio se sentir diminuído em relação aos outros; (b) as atitudes neurotizantes de alguns pais (que não se apercebem ou não aceitam a debilidade do filho); (c) certas reacções impróprias de alguns professores; (d) a troca de irmãos ou colegas perante as suas dificuldades de compreensão;

De todas estas acções e por acção dos mecanismos de defesa de que dispõe, podem surgir várias condutas reactivas (obsessivas, fóbicas, agressivas) bem como, compensações erradas, confabulações ou teimosia, timidez e/ou inibições.

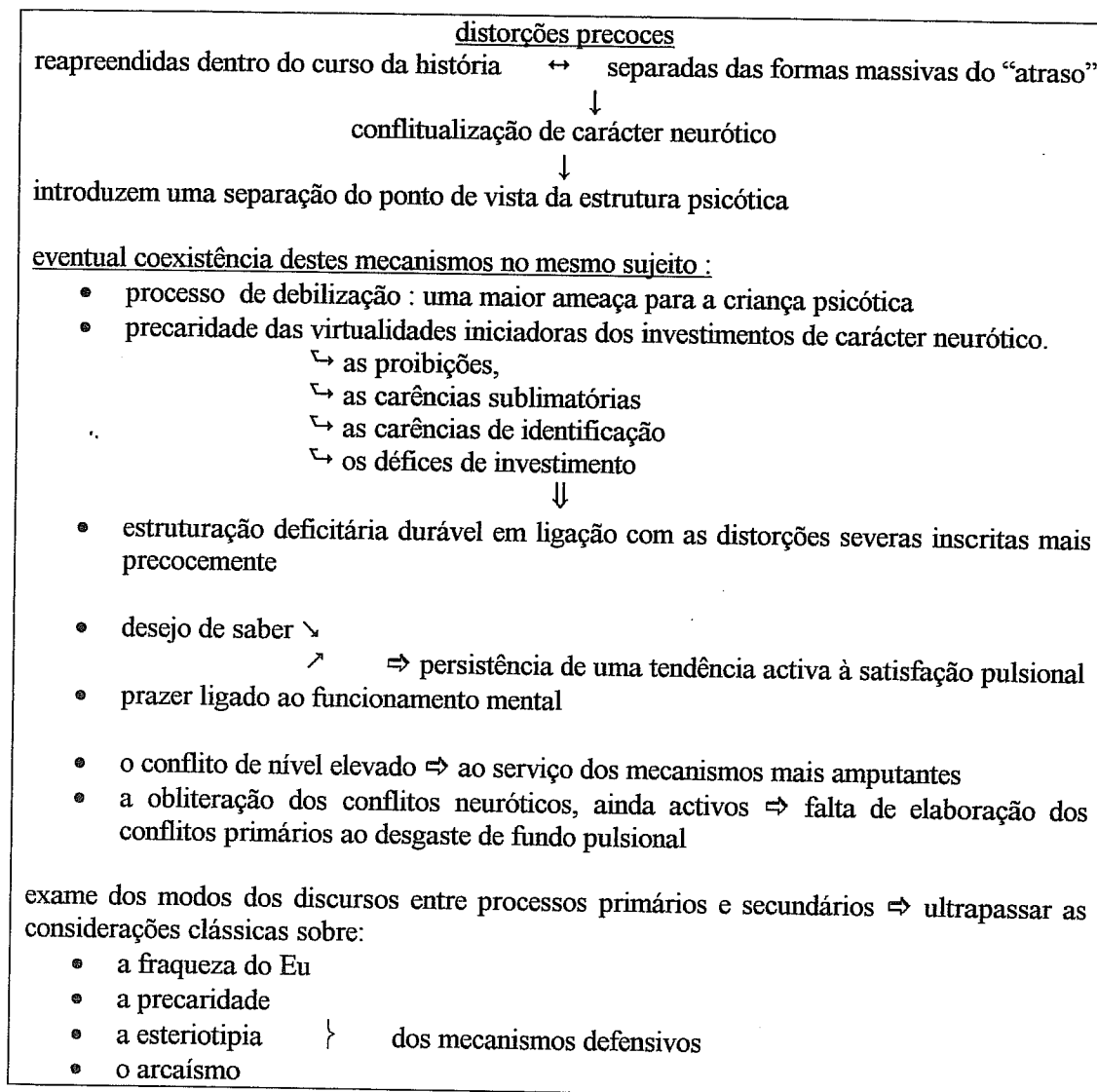
Por vezes, verificam-se mesmo surtos delirantes de temas pobres, geralmente relacionados com problemas vividos no meio familiar (Athayde, 1973).

Contudo, estas condições podem fazer emergir o lento estabelecimento de uma frustração e desvalorização, que conduzem, geralmente, ao comportamento de isolamento de tipo autista (com esteriotipias, linguagem fonográfica, ou falta de contacto visual), sobretudo se as capacidades de comunicação da criança são também

perturbadas pelo mecanismo de alteração em cadeia dos circuitos reverberantes das estruturas encefálicas (Athayde, 1973).

Assim, esta evolução de tipo psicótico da conduta das pessoas com debilidade (atingindo tanto a psicomotricidade e características do tonus muscular como as suas vivências e reacções afectivas), é muito frequente (Michaux, cit. in Athayde, 1973).

Quadro 12



Independentemente da etiologia da debilidade mental, existem inúmeros factores condicionantes das características psíquicas do quadro clínico.

Segundo Misés (cit. in Athayde, 1973), mesmo quando o síndrome se apresenta como uma perturbação evolutiva (assentando sobre um défice de origem

orgânica), há que compreender este “núcleo deficitário”, não como uma deficiência constitucional ou lesional (a interpretar somente na sua dimensão neurobiológica), mas sim, como o resultado da inscrição de mecanismos psicopatológicos em determinado momento da evolução.

Assim sendo, há que delimitar determinadas formas mórbidas de debilidade, cujas características psíquicas dependem, não só da etio-patogenia, mas também de perturbações reaccionais à própria debilidade mental e a outras deficiências (motoras, sensoriais) que a podem acompanhar, de factores ambientais ou outros, e depois, quando possível, explicar em cada caso, a sua patogenia. (Athayde, 1973).

No interior das organizações deficitárias, convem segundo os critérios delineados e tal como já pudemos constatar, distinguir dois grandes grupos: debilidades desarmonicas e debilidades harmônicas.

Actualmente já não se consideram todas as pessoas com debilidade num quadro único, até pelo que a análise estrutural mostra bem a diversidade de organizações incluídas num vasto eventário em que entram particularmente as psicoses com expressão deficitária e os sujeitos fixados numa perturbação evolutiva complexa individualizados sob o nome de débeis desarmonicos.

Misés e Perron, reservam esta denominação às crianças que aparecem inscritas numa organização já notavelmente estabilizada onde se separam de outros casos, em que as perturbações evolutivas da personalidade permanecem evidentes, logo que aplicamos um modelo dinâmico e estrutural.

Estas pessoas com debilidade, dita “harmônica” reaproximam-se da descrição feita tradicionalmente, pelo menos no que concerne às suas manifestações superficiais e nas investigações psicométricas usuais. Não obstante, a investigação dinâmica destas formas contradiz a qualificação “simples”. Nota-se que em défice da prevalência dos traços deficitários, estas formas, ditas por vezes “típicas”, não são contudo “simples”. Cada uma destas crianças revela-se complexa, original, diferente de uma outra do mesmo nível mental. O “nivelamento” inegável introduzido pelos mecanismos mais massivos não apagam os sinais diferenciais nem dentro da organização global do sujeito nem mesmo da esfera cognitiva. Longe de invocar o “défice de inteligência” ou mesmo a simples estagnação a um patamar evolutivo,

descobrimos a natureza particular do déficit nestes casos individuais.

Compreende-se a importância dos meios de investigação utilizados para desfazer estes traços individuais, potenciados nestas crianças, ao se assumir de forma vulgar o lugar estreito reservado habitualmente à pessoa com debilidade nas famílias e na sociedade.

Por um lado, um grande número de crianças em que foram atingidas as funções cognitivas manteve-se muito tempo presa numa perturbação evolutiva global que coloca em jogo outros mecanismos psicológicos e psicopatológicos (Mises, 1975).

A abordagem dinâmica e estrutural não impede de ter em consideração os trabalhos evidenciados pela clínica usual, sendo que a gravidade da insuficiência intelectual intervém a este nível, testemunhando o afastamento qualitativo que separa a organização do atraso profundo daquele do chamado “débil ligeiro” ou mesmo “moderado”, segundo a classificação tipológica tradicional.

As lesões neurológicas introduzem também elementos de agravamento que justificam em certos casos a individualização do quadro das multideficiências.

Os afastamentos são notáveis entre estas debilidades graves e as debilidades ligeiras ou moderadas com problemas instrumentais menores. Recordando contudo, que não há paralelismo entre a gravidade dos problemas neurológicos e o déficit de inteligência.

O contexto etiológico da debilidade dá ênfase ao perigo das etiquetas reducionistas, por exemplo, Misés e Perron-Borelli, partem do pressuposto de que ao individualisarem as “debilidades desarmónicas”, não é certo excluir como “verdadeiras” debilidades (sem outro recurso que não seja o ortopedagógico) as situações de crianças à partida presas numa estruturação deficitária. Esta virtualidade representa na idade precoce uma ameaça mais que um estado inteiramente determinado, e é aqui que justificamos a pertinência do capítulo seguinte.

Relação Psicopatologia – Cognição

A pertinência deste capítulo, prende-se, quanto a nós, com a necessidade de clarificar algumas questões que se prendem directamente com a abordagem psicopatológica e cognitiva da debilidade, com uma cultura de “capelinhas”, que tende a opôr uma clínica do sentido que repousa sobre uma causalidade psíquica, uma outra clínica puramente defensora das alterações das operações mentais, obedecendo mais facilmente a uma causalidade orgânica.

Poderíamos pensar à primeira vista que a clínica do défice autoriza uma partilha clara e relativamente simples entre estes dois campos, na medida em que a deficiência mostraria uma perturbação de natureza instrumental, exterior à psicopatologia e dependendo de uma compreensão puramente "cognitiva", ou seja, de uma abordagem exclusiva dos mecanismos mentais (por exemplo, procedimentos de aprendizagem).

Haveria então uma espécie de exclusão mútua dos campos psicopatológico e cognitivo, devido a uma incompatibilidade das hipóteses explicativas, uma contradição entre causalidade psíquica (o sentido, ou seja, um certo determinismo do sintoma, do qual o défice) e causalidade cognitiva. Para esta última, o défice seria com efeito a sua própria explicação: um comportamento seria defeituoso porque os seus mecanismos de produção são ausentes ou alterados. Opor-se-iam dois sistemas explicativos: por um lado, uma explicação pelo sentido, segundo a qual o défice mostra uma forma de indisponibilidade funcional de determinados processos mentais, causada por motivos diversos (a inibição neurótica de uma função é um exemplo); por outro lado, uma explicação pelo mecanismo em si, colocando a alteração cognitiva como acto primeiro. Evidentemente, podemos supor que o distúrbio funcional se repercute na integridade dos procedimentos cognitivos e se "fixa" num modo deficitário, mas não é menos verdade que esta perspectiva não só distingue duas explicações causais da deficiência, como tende a opô-las.

Este tipo de contradição caricatural marca certos debates, afectando distúrbios que podem ser compreendidos ou como sintomas psíquicos que obedecem a uma lógica psicopatológica, ou como défices que dependem de uma etiologia cognitiva, logo orgânica.

A noção de "défice" tem então a particularidade de introduzir a abordagem

cognitiva de um modo aparentemente mais explicativo que descritivo, acentuando as diferenças em relação à perspectiva psicopatológica e psicanalítica, até à contradição.

No que diz respeito à evolução deficitária das patologias graves da criança, é claro que a explicação cognitiva não pode ser substituída pela compreensão psicopatológica, e que a controvérsia esboçada mais alto já não pertence à actualidade. As noções de deficiências desarmonicas e de psicoses de expressão deficitária segundo Misès foram grandemente desenvolvidas. Retomando trabalhos como os de Misès ou Gibello, os diferentes intervenientes mostraram que uma abordagem psicopatológica da deficiência impõe-se nestas crianças, do mesmo modo que a terapêutica deve combinar psicoterapia e pedagogia. Trata-se então de unir os distúrbios do pensamento ou da aprendizagem aos mecanismos psicopatológicos que são subjacentes à estruturação deficitária, aos distúrbios da personalidade (neuróticos, psicóticos ou estados-limite) que estão enredados na insuficiência intelectual.

Abordaremos, portanto, a abordagem cognitiva da deficiência nesta perspectiva, articulando psicologia do sentido e psicologia dos mecanismos, e recusando a redução exclusiva do objecto a um ou a outro destes modos de compreensão. As duas lógicas não são exclusivas uma da outra, e é com esta condição que podemos conceber uma complementaridade das abordagens cognitiva e psicopatológica.

O que pode levar por vezes a opor as abordagens cognitiva e psicopatológica tem a ver em primeiro lugar, como já vimos, com a questão da causalidade. Considerar o distúrbio dos mecanismos como uma causa da patologia (na ausência de uma lesão orgânica evidente) é contestar que diferentes determinismos possam organizar o funcionamento mental, e é, portanto, exercer uma forma de reductionismo "cognitivo", até mesmo "cerebral".

As pesquisas cognitivas definem então um campo psicológico específico, exploram os mecanismos elementares do funcionamento mental, um jogo de procedimentos que deve em seguida inscrever-se noutros quadros de estudos mais vastos, afectivo ou psicopatológico em particular. De facto, de um determinado ponto de vista a abordagem cognitiva não pretende responder ao "porquê" do caso mental, por exemplo da deficiência, e sim ao "como". Esta partilha permite um

ordenamento bastante satisfatório das relações entre explicações cognitivas e estudo psicopatológico, ao jeito de uma complementaridade.

De facto, as relações entre cognição e psicopatologia ou psicanálise não são assim tão simples. A questão não cessa de ser colocada, particularmente desde Piaget. O desenvolvimento das ciências cognitivas renova os termos deste debate. As relações entre psicopatologia e cognição organizam-se então a partir destas distinções. Esquemáticamente, os distúrbios cognitivos observados em clínica aparecem como consequências dos fenómenos psicopatológico ou correlativos do fenómeno psicopatológico original. Uma patologia neurótica ou psicótica exprimir-se-á por anomalias das funções cognitivas, em particular uma deficiência, devido à desorganização do funcionamento psíquico subjacente e que impedirá a activação de certos modos de pensamento, ou perturbará os mecanismos de aprendizagem. É esta interpretação que prevalece na compreensão das perturbações cognitivas funcionais que sobrevêm no contexto de uma patologia mental conhecida, ou ainda quando o défice corresponde a uma inibição sintomática isolada. Pode então tratar-se de um sintoma, exprimindo uma recusa ou uma proibição, repercutindo-se nas relações entre angústia e inibição secundária. A mesma leitura aplica-se, sempre na patologia ansiosa, a deficiências mais generalizadas ou difusas que afectam as operações intelectuais elementares. É o domínio bem estudado dos efeitos dos estados afectivos ou psiquiátricos sobre o funcionamento cognitivo, em particular, a desorganização causada pela angústia.

Do mesmo modo, a noção de "distúrbios cognitivos" associados a uma patologia (psicose, depressão) revelam este modo de compreensão, segundo o qual o psicopatológico se exprime no campo cognitivo, no sentido das funções intelectuais, mnésicas, atencionais... Em contrapartida, deste ponto de vista, os dados cognitivos não podem, inversamente, contribuir para a compreensão do fenómeno psicopatológico, pois são apenas uma consequência ou uma correlação dele.

Com efeito, se os dados cognitivos são, apesar disso, integrados na psicopatologia, então, quer de um modo intelectualista, levando a clínica aos efeitos de um distúrbio da inteligência ou do julgamento (logo, ao erro), numa espécie de redução do psíquico ao intelectual, bem como, explicando a patologia por um défice primeiro da função "cognitiva" que seria primitivamente alterada ou ausente. Nos dois casos, a dimensão psicopatológica e afectiva exacta (lógicas pulsionais e

inconscientes do funcionamento psíquico) é ignorada, os sintomas explicam-se unicamente ao nível das representações mentais e do pensamento secundário, pelo défice "cognitivo" que se torna explicativo.

Esta definição "clássica" da cognição é, pois, pertinente em clínica para apreciar, por exemplo, a expressão ou a repercussão intelectual de distúrbios psicopatológicos, em particular a evolução deficitária de estados psicóticos. Porém, o seu ponto fraco é o facto de não permitir explorar em contrapartida, do ponto de vista cognitivo, o facto psicopatológico em si.

Com efeito, as ciências cognitivas têm por objectivo descrever o funcionamento mental que produz o pensamento ou o raciocínio, e não só a organização e as regras destes produtos. Elas saem então do enquadramento do estudo apenas dos produtos da cognição, das formas do raciocínio. Mais que uma abordagem intelectual dos modos de pensamento, as ciências cognitivas propõem modelos da actividade mental subjacente, mecanismos de produção do pensamento ou da acção. Para isso, distinguem claramente o nível de organização dos produtos da actividade mental, vastamente estudados pela psicologia clínica, e os mecanismos de produção, operações não-conscientes executadas em períodos de tempo muito breves, organizados segundo regras completamente diferentes.

A ambição dos estudos cognitivos é apreender um nível de organização dos acontecimentos mentais inacessível ao estudo clínico, uma "micro-estrutura" cognitiva cuja análise repousa no estudo experimental, deliberadamente redutora. Esta diz respeito a um trabalho, escolhido porque implica especificamente certos processos cognitivos (atenção, memória, produção da linguagem...). Não se trata então do quadro de observação clínica. Não encontraremos nele, aliás, nenhuma teoria da "personalidade" – à excepção da reformulação em termos "cognitivos" de noções psicodinâmicas.

É, pois, possível uma terceira interpretação das relações entre ciências cognitivas e psicopatologia. Ela supõe simultaneamente uma heterogeneidade radical das teorias, e uma complementaridade possível. O "cognitivo" não seria um objecto a opor ao afectivo ou ao psicopatológico, e sim uma abordagem específica.

Uma tradução directa entre estas linguagens não seria possível, pois seriam radicalmente diferentes, e diriam respeito a níveis heterogéneos de organização psíquica. Consequentemente, os factos clínicos não seriam repartidos em duas

categorias, os factos cognitivos (intelectuais) e os factos psicopatológicos. Para cada objecto clínico, uma abordagem psicopatológica e uma abordagem cognitiva podem ser confrontadas ou articuladas, quando não se perder de vista uma abordagem convergente e conciliante entre a afectividade e a inteligência. Donde, se aceita o pressuposto de que, cognição e afectividade, nascem simultaneamente, gerando-se uma á outra, constituindo desta forma, um todo unido e integrante, onde cada factor ou vector tem o seu papel específico dentro da aparelho psíquico (Oliveira, 2002).

Relação Afectividade - Inteligência

Já na antiga Grécia, Platão e Aristóteles se preocuparam com a questão que se prende com as duas dimensões inseparáveis da personalidade, isto é, a inteligência e a afectividade. Também na Idade média, S. Tomás de Aquino, protagonizava através do movimento da filosofia escolástica, o estudo das chamadas “três potências da alma”: memória, inteligência e vontade.

Ao longo dos tempos, filósofos e psicólogos foram dando especial atenção à consistência de uma unidade da personalidade. Contudo, muitas vezes assiste-se, como diz Oliveira (2002), a um erguer de “capelinhas” que tendem a separar a abordagem cognitiva de uma abordagem de inspiração mais dinâmica. Ainda assim, parece-nos decisiva e pertinente, a procura de uma abordagem mais convergente e conciliatória da psicologia aplicada à clínica, ao campo social, bem como à educação.

Podemos ver de forma sucinta as diferenças que se estabelecem entre funções cognitivas/intelectuais e afectividade/motivação através da ilustração presente no quadro 13.

Quadro 13

FUNÇÕES COGNITIVAS / INTELECTUAIS	AFECTIVIDADE / MOTIVAÇÃO
Aquisição e processamento da informação	Factor energético ou económico do comportamento
Percepção, aprendizagem, conhecimento, pensamento, conceito, juízo, raciocínio, solução de problemas, etc.	Colocam em “acto” a “potência da inteligência” como energética ou motivação do sujeito
INTELIGÊNCIA : não é um bloco uniforme / unifactorial, mas sim variado e constituído por muitos factores	Motivação \Leftrightarrow é inteligente (Marina, 1995)

Frequentemente, os autores estudam a inteligência e a afectividade, conforme a relação da criança com os pais e, em particular com a mãe, logo desde os primeiros meses.

David & Appel (1966), defendem que as interacções constantes entre mãe-filho, constroem o modelo próprio de intervenção da mãe, moldando a criança quanto ao seu funcionamento afectivo-intelectivo futuro.

A afectividade acaba por ter uma conotação sexual, sobretudo na Teoria Psicanalítica, em que a sexualidade tem grande influência no funcionamento intelectual, particularmente no que diz respeito a factores de inibição. Parece-nos ainda relevante clarificar alguns conceitos que frequentemente se misturam naquilo que se entende como afectividade. Exemplo disso são os conceitos de “emoção” e “sentimento”, tal como podemos observar no quadro 12.

Quadro 14

EMOÇÃO	SENTIMENTO
muitas vezes não se distingue de “afectividade”, embora assuma, geralmente uma base mais somática	Usado muitas vezes, em vez de “afectividade”
Emoção: mais passiva e somática Afectividade: mais activa e psíquica (Strongman, 1988, in Oliveira)	Fisiologistas: provem do corpo / necessidades instintivas Cognitivistas: provem da representação vivencial da situação Psicanalistas: provem das pulsões inconscientes

Os dois grandes marcos de referência da dimensão afectivo-cognitiva da personalidade e do desenvolvimento são talvez Piaget e Freud, sendo que ambos podem dar um contributo decisivo para uma psicologia holística ou abrangente.

Piaget procurou englobar numa unidade as suas teorias com as teorias psicanalistas. Apesar das suas dificuldades, tentou uma visão mais global do psiquismo humano, numa tentativa de enquadrar simultaneamente as descobertas da psicanálise e da epistemologia genética.

O autor não parece ter dado a devida importância às pessoas, nomeadamente

aos pais, no desenvolvimento da inteligência infantil embora, ao contrário de Freud, (que se manteve sempre apartado da teoria Piagetiana), tenha tentado aproximar a sua teoria à deste, ainda que a partir do seu ponto de vista.

A sua tentativa de harmonizar num todo coerente o funcionamento cognitivo e o funcionamento afectivo, opôs-se à dicotomia “artificial” consciente-inconsciente. Piaget chegou mesmo a estabelecer esta aproximação (para uma melhor compreensão do funcionamento cognitivo dentro da dinâmica da afectividade e da inteligência), ensaiando esta relação nos diversos estadios de desenvolvimento (Oliveira, 2002), tal como podemos observar no quadro 15.

Quadro 15

ESTADIO	RELAÇÃO AFECTIVIDADE-INTELIGÊNCIA
Primeira Infância: Período Sensorio - motor	Primeiro estágio reflexivo: impulsos instintivos elementares; emoções primárias; Início da inteligência sensorio-motora: sentimentos elementares ou afectos perceptivos ligados à actividade Aspecto cognitivo das condutas: estruturação Aspecto afectivo das condutas: energética
Período pré-operatório	Desenvolvimento dos sentimentos ou relações afectivas interindividuais ligadas à socialização das acções; Aparecimento dos primeiros sentimentos morais intuitivos: moral heterónoma (a primeira moralidade: obediência; o primeiro critério do ser: vontade dos pais) Regulação de interesses e valores em relação com o pensamento intuitivo – prolongamento das necessidades O interesse é um regulador de energia, implicando o sistema de valores O objecto afectivo sensorio-motor ganha consistência através do contacto directo, e torna-se presente e actuante mesmo na sua ausência, através da representação (devido à função semiótica) Surgem afectos duráveis relativamente aos outros ou a consciência e valorização do eu
Segunda Infância: Período das Operações Concretas	Desenvolvimento moral: surgem os novos sentimentos morais e a organização da vontade: respeito mútuo e cooperação ↓ equivalente afectivo das operações da razão : regulação reversível de energia ⇒ melhor integração do eu e regulação mais efectiva da vida afectiva
Pré-Adolescência Período das Operações Formais	Formação da personalidade em que a afectividade constitui a “mola” das acções – confere um valor às actividades e regulas a energia Consolidação da autonomia moral e valores ideais e supra-individuais, embora dentro da instabilidade afectiva inerente ao período de “difusão da identidade” (Erikson)

Podemos pois perceber que a afectividade procede de um estado de indiferenciação entre o eu e o meio, para um estado cada vez mais diferenciado. Freud falou quanto a isto de narcisismo, sem se aperceber que se tratava de um “narcisimo sem Narciso” (cit. in Oliveira, 2002, pp.114)

Anna Freud clarificou e admitiu a expressão, sendo que se trata de uma centração inconsciente sobre si mesmo, devido à indiferenciação do bebé.

Progressivamente assiste-se à “descentração afectiva” de si mesmo para a outra pessoa (escolha de objecto, segundo Freud; ou relações objectais, segundo os psicanalistas), paralelo à “descentração cognitiva”, que acontece com a formação do “objecto permanente” (Oliveira, 2002), tal como vimos no capítulo dedicado às relações de objecto e vinculação

Greenacre (cit. in. Anthony, 1979), defende que

“a estrutura afectiva segue a intelectual no seu desenvolvimento em inter-relação constante ao longo dos diversos períodos. Isto é ilustrado no período sensorio-motor, em que se assiste a uma correlação íntima entre o desenvolvimento cognitivo do esquema do objecto permanente e a evolução das relações objectais” (op. cit., pp. 123).

Assim, a socialização é controlada pelo crescimento afectivo e cognitivo, fazendo-os progredir pela interacção sujeito-meio. Por outro lado, também os sentimentos e juízos morais estão dependentes do desenvolvimento cognitivo, tal como se percebe no quadro 16.

Quadro 16

Respeito unilateral	⇒	Respeito mútuo
Heteronomia e realismo moral	⇒	Autonomia e relativismo moral
Centração	⇒	Descentração

Para Piaget, a inteligência constitui a estrutura dos interesses e dos valores das acções, expressos pelos sentimentos.

O autor acrescenta ainda que não há condutas exclusivamente afectivas ou puramente inteligentes, constituindo estes, dois aspectos inseparáveis desde a evolução mental ou do aparelho psíquico.

Considera que a afectividade é necessária ao funcionamento cognitivo, podendo acelerar ou retardar o seu desenvolvimento, mas não cria nem modifica as estruturas intelectuais, como sintetizado no quadro 17.

Quadro 17

	Aspecto afectivo	Aspecto cognitivo
Características	Componentes energéticas (cargas e descargas distribuídas sobre os vários objectos)	Estrutura
Resultado	Relativamente consciente (sentimentos)	Relativamente consciente
Mecanismos	Inconscientes	Quase totalmente inconscientes

Piaget chega mesmo a referir-se aos processos cognitivos como estando à imagem dos afectivos, falando de um “inconsciente cognitivo”, em comparação com o “inconsciente afectivo” (Oliveira, 2002).

. Resumindo:

Quadro 18

Processo	Resultado
Sucessivas assimilações e acomodações ⇒	Estruturas Cognitivas
Sucessivas equilibrações em direcção a uma maior estabilidade ⇒	Esquemas Afectivos

Freud, por seu lado, procurou interpretar todo o psiquismo humano e todos os fenómenos sociais com base na sua teoria.

Este autor preocupou-se com a génese e funcionamento da inteligência, nomeadamente com os processos patológicos e primitivos, ainda que não tivesse construído uma teoria gnosiológica ou epistemológica, nem tivesse tirado as consequências de aproximação entre os processos afectivos e inconscientes e o processo cognitivo mais consciente (Barros, 1993).

Foram mais tarde os psicanalistas que tentaram a aproximação entre as duas teorias. Por outro lado, nem Freud, nem Piaget se preocuparam com os problemas

ligados à educação.

Este mérito pode sim ser atribuído a Wallon, que parece ter sido um autor cujo contributo muito influenciou a aproximação entre a psicanálise e o cognitivismo, ainda que possamos identificar alguma tendência de aproximação à teoria Freudiana.

Para este autor, aquilo que designa como “primeira forma de compreensão”, efectiva-se na emoção, sendo que ao segundo estágio (posterior ao impulsivo puro), chamou-lhe “estádio emocional”, onde ocorre a designada “simbiose afectiva” e onde a ternura se torna indispensável à criança para poder crescer em todos os sentidos, como no intelectual.

Outros autores estabelecem um paralelismo entre as duas dimensões. Orth (1971), defende que em função da idade, do nível de maturação da inteligência, etc., assim a afectividade influencia a cognição de uma forma mais ou menos profunda.

Este autor estabelece uma certa analogia entre as crianças ditas “normais” e as pessoas, jovens e adultos, com debilidade, referindo serem ambas mais influenciadas emotivamente.

Orth refere ainda que estes dois factores influenciam igualmente a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo que o equilíbrio esperado, resulta de sentimentos de satisfação das necessidades e de operações intelectuais.

O autor salienta as consequências nefastas para o desenvolvimento mental decorrentes da carência afectiva, à semelhança de Mannoni (1967), que defende que uma das causas da debilidade mental, se traduz na carência da relação entre a criança e a mãe.

Por outro lado, há que ter em atenção que as variações ao nível do prisma pelo qual se conceptualiza a natureza da inteligência, determinam necessariamente variações correlativas nos diversos conceitos de debilidade mental.

Se se partir do pressuposto que a inteligência é uma característica unitária, temos que assumir que a debilidade resulta de um problema nessa única característica. Mas, se pelo contrário, sustentarmos que a inteligência é uma capacidade agregada, composta por aptidões específicas, cada uma das quais pode ser avaliada, então a debilidade será um tanto mais complexa na sua conceptualização.

Breve Enquadramento da Noção de Inteligência

Para conhecermos o modo humano de ser sujeito, é necessário conhecer com precisão qual o aspecto essencialmente humano da inteligência, isto é, o modo de actuar que resolve problemas novos e permite um ajustamento flexível à realidade. Esta consiste precisamente, na diferença que se afirma entre as chamadas “inteligências cativas” (características dos animais), em que se assiste a uma rotina biológica que determina o comportamento, e as chamadas “inteligências livres” (característica do homem), em que nos posicionamos face a uma inteligência que se diz criadora. Tudo isto, traduz a evidência de que a inteligência cumpre uma função adaptadora, permitindo ao sujeito viver e sobreviver (Marina, 1995).

Apesar desta tendência actual na forma de conceptualizar e entender a inteligência, a controvérsia em torno do termo, parece ainda não se direccionar para uma noção consensual, verificando-se que a maior divergência se traduz face ao reconhecimento da inteligência como uma estrutura neurológica e interna da mente (Eysenck, 1981/87) ou “como atributo do comportamento” (Valsiner, 1984; Mackintosh, 1987; Howe, 1988, cit. in Almeida, 1994).

A última abordagem tem tido actualmente um aumento de crédito e apoio sendo esta ideia reforçada por Anastasi (1986, in Almeida, 1994) que a situa como “uma qualidade do comportamento” adaptativo (Estes, 1982 ; Schull, 1990), e detrimento de uma abordagem tradicional, psicométrica e reducionista, na medida em que: (a) os testes psicométricos de inteligência são ricos em enviesamentos socioculturais (favorecem os indivíduos escolarizados, da classe média e pertencentes à cultura Ocidental); (b) há uma valorização de traços específicos descorando-se outras capacidades, provavelmente mais relacionadas com as experiências educativas ou que podiam ser desenvolvidas ou melhoradas através do treino ou da aprendizagem; (c) a prática psicológica acabou por servir essencialmente a selecção escolar e profissional dos indivíduos em detrimento da implementação de programas específicos para o seu desenvolvimento; (d) há uma valorização da avaliação das capacidades verbais e académicas em detrimento de outras aptidões (espaciais, mecânicas, sociais, criativas e físicas).

Segundo Whitely, estes testes serviram para predizer o sucesso futuro dos indivíduos no acto da aprendizagem, não identificando as competências básicas subjacentes ao êxito ou ao fracasso na resolução de tarefas.

Como veremos no capítulo dedicado à inteligência e emoção, Gardner (1993) aponta a sua decisão de escrever sobre “inteligências múltiplas”, pretendendo traduzir diferentes capacidades individuais que se correlacionam e interagem. Segundo o autor, são os diferentes tipos de inteligência, que ao serem avaliados e promovidos de igual modo, concorrem para uma melhoria do estabelecimento de relações interpessoais - potencial biopsicológico que todo o ser humano detém e que se materializa de acordo com as vivências sócio-culturais que experiencia.

Esta situação é reforçada pela controvérsia gerada em torno da dicotomia “natura vs cultura”, onde se atenta cada vez mais à prestação e influência que o envolvimento exerce ao longo do desenvolvimento humano, contribuindo para o enriquecimento do repertório global dos indivíduos.

Por outro lado, e numa tentativa de clarificar os diferentes referenciais teóricos da noção de inteligência que tende a direccionar-se para a teoria adaptativa, recorremos a Tavares, (1994) que citando Howard (1993), discrimina a definição de inteligência em três conceitos: (a) inteligência como factor g apontando para uma dimensão mais biológica, psicológica ou matemática; (b) inteligência como conjunto de aptidões (incluindo, para alguns a dimensão cognitiva) (c) inteligência como propriedade de comportamento pondo o acento mais na capacidade de adaptação, ou seja, o comportamento adaptativo (Almeida, 1994).

Na década de 60 Martin (cit. in Helson, 1964) afirmava que o fundamento da teoria evolutiva consiste na ideia que as modificações que ocorrem resultam da necessidade de adaptação ajustada ao envolvimento, pelo que o termo comportamento adaptativo se afigura como um imperativo actual ao nível da funcionalidade.

Segundo esta perspectiva, o comportamento adaptativo surge da noção de adaptação ao desenvolvimento, com bastante impacto nos anos 30 quando, paralelamente às escalas padronizadas se constata o aparecimento das primeiras escalas de avaliação desta dimensão, com o objectivo de avaliar o grau de eficiência

ao nível das “realizações” comportamentais, relativamente aos padrões esperados pelos pares.

Perspectiva-se desta forma, a necessidade de um sistema de avaliação que envolva um “equilíbrio” entre a avaliação das competências académicas e as adaptativas (inteligência social onde se observa a cooperação entre os esquemas mentais e as respostas sócio-motoras).

Greenspan (1979;1981;1984 *in* Morato, 1995), sugere a “disponibilidade” nos indivíduos de três tipos diferentes de inteligência personificados na chamada inteligência conceptual (QI), na inteligência prática (CA) e na inteligência social (competência interpessoal), apesar de, tal como pudemos observar, a sua definição de debilidade assumir ainda um carácter declaradamente psicométrico.

Para além da necessidade de determinação daquilo que se entende por inteligência, propriamente dita, há que canalizar, neste domínio, uma atenção indissociável à relação que se estabelece entre inteligência, afectividade, emotividade, adaptabilidade e, como tal, contexto.

Inteligência e Contexto

Durante a segunda metade do sec.IX veio a defender-se uma atitude mais relativista na definição e avaliação de inteligência.

Tal como já pudemos constatar, numa primeira fase, defendeu-se a existência da relação directa entre a realização dos testes tradicionais de inteligência e a cultura ou classe social do sujeito, como se evidencia por exemplo nas escalas de Binet e de Wechsler.

Estes resultados inicialmente considerados como o reflexo de défices cognitivos e mais tarde de défices culturais, tendem progressivamente a ser associados à constatação da variabilidade cultural e experiencial desses grupos.

Assim, tanto os testes psicológicos como a própria concepção de inteligência, enquanto característica universal a todos os indivíduos e passível de ser avaliada de uma forma estandardizada, independentemente das variáveis socioculturais, começam a ser postos em causa.

Estas considerações levam-nos até aos trabalhos desenvolvidos pela Escola de Chicago na produção de testes com itens não verbais (conteúdo figurativo abstracto), menos influenciados pelas experiências individuais próprias a cada cultura. Mesmo aqui é de referir que o tipo de funções cognitivas avaliadas têm uma apreciação e significação próprias a uma determinada cultura.

Na cultura Ocidental a inteligência está fortemente identificada com a competência literária ou académica, o raciocínio ou a capacidade de abstracção dos indivíduos, excluindo os aspectos sociais, morais ou emocionais do comportamento.

Não obstante a utilidade que este conceito possa desempenhar em cada cultura específica, atribuir à inteligência uma significação ou realidade universal, não parece de todo correcto, sendo que esta posição contextualista permite relativizar o significado e importância do termo em diferentes grupos ou culturas.

Esta mudança conceptual vem também questionar a situação de avaliação da inteligência, na medida em que a maioria dos testes apelam a determinadas atitudes e comportamentos relativamente à própria situação de realização, origem de desvantagem nos sujeitos de estratos socioculturais mais baixos. Daqui decorre igualmente as dificuldades levantadas em determinados estudos transculturais com os testes psicométricos de inteligência, evidenciando a falta de fundamento da explicação das diferenças encontradas segundo os grupos sociais em termos de défices.

Tomando como referencia as experiências escolares dos sujeitos e não tanto as suas competências práticas ou diárias, os testes tradicionais serviram como forma de classificação dos sujeitos. Hoje em dia, o crescente interesse pelo que vem sendo definido por inteligência prática, sustenta a posições mais contextualizadas de definição e de avaliação de inteligência. De facto parece provado que uma boa realização em domínios mais académicos, não implica necessariamente uma boa realização nas situações mais práticas, não significa que em determinados grupos socioculturais menos escolarizados, as pessoas não façam apelo a abstracções no seu dia-a-dia.

No fundo nesta perspectiva a questão deixa de passar essencialmente pelo quanto inteligente o indivíduo é, para se atender à forma como o é, ou seja de que forma os sujeitos atingem determinado objectivo ou as estratégias usadas na resolução dos problemas.

Aqui, há que considerar aspectos não meramente intelectivos mas outros mais ligados à personalidade, aos valores, ou à motivação dos sujeitos.

Concluindo, o uso dos testes psicométricos no estudo da mente humana, nas diferentes culturas e grupos socioculturais é limitado, devendo ser complementado por outras fontes de informação da realização cognitiva que não aquela preconizada pelos produtos tecnológicos da nossa cultura. O meio social impede que a inteligência seja exclusivamente considerada como um aspecto do sujeito induzindo a uma concepção que passa por um processo relacional dialéctico e construtivo entre o sujeito e o seu meio sociocultural.

Assim, atribuir a alguém um nível determinado de inteligência segundo uma escala rígida parece-nos ter deixado de fazer sentido, uma vez que há que dar importância à forma como cada pessoa se adapta às condições de vida e às exigências do seu meio social.

Mais do que classificar e rotular, assiste-se a uma tendência em classificar os apoios de que as pessoas necessitam de forma a melhorarem consistentemente o seu funcionamento e o controlo da sua afectividade.

Neste sentido parece-nos de especial relevância rever alguns dos conteúdos que se prendem com a abordagem emocional da inteligência, cujas repercussões a nível adaptativo, parecem, hoje em dia, beneficiarem de aceitação e reconhecimento dentro da comunidade científica.

Inteligência e Emoção

Para além das questões do contexto, diversos investigadores têm confirmado uma suspeita generalizada de que os melhores estudantes nem sempre são os mais triunfadores na vida pessoal nem profissional.

De facto, saber como lidar com os seus próprios sentimentos e com as dos outros parece ser uma garantia muito mais apropriada para os sucessos e felicidade futura do que a forma como alguém conclui um teste de inteligência.

Há cerca de vinte e quatro anos, a Universidade de Harvard protagonizou uma investigação sobre a validade da noção e do uso do quociente intelectual.

O resultado do estudo coincidiu numa tese central desenvolvida por Gardner (1985), em que defende que a actividade intelectual não se reduz a uma só

capacidade ou tipo de habilidade, mas que se traduz em sete tipos de inteligências especificamente diversas: linguística, musical, lógico-matemática, espacial, cinestésico-corporal, intrapessoal (“introspecção” – acesso à vida afectiva do próprio) e interpessoal (“competência social”- responsável pelo que acontece entre as pessoas) (Badaraco, 1998).

As qualidades pessoais são inquestionavelmente elementares, sendo que o despertar e consciencialização da sociedade, quanto à importância das inteligências pessoais para o sucesso da vida, deve-se à “nova” designação “inteligência emocional”, criada por Mayer & Salovey (1990, cit. in Muller-Lissner, 2001), e que veio a ser conhecida através do best-seller de Goleman.

Goleman (1997) questionou várias vezes a necessidade de reduzir as inteligências a sete, alegando que se fosse encontrado outro campo de destrezas que cumprisse com os critérios propostos encontrar-se-ia uma oitava inteligência, a inteligência emocional.

Segundo Goleman, Gardner havia considerado temas que se prendem também com afectos e emoções, mas colocava o enfoque na consciência dos processos emocionais (metacognições) mais do que nas habilidades emocionais directas.

O autor escreve que o sucesso na vida depende, essencialmente, da forma como cada um lida com as suas emoções e as dos outros. Contudo, parece não definir exactamente o conceito de “emoção”, sendo que na tradução, deduzimos entendê-la enquanto sinónimo de “sentimento”. De qualquer forma, o autor parece referir-se a emoção, enquanto afecção ou perturbação do ânimo acompanhada de comoção física. Tão transparente como o traço biológico primitivo destas emoções, que revela imediatamente a condição animal do ser humano, é o facto de não estarem focalizadas exclusivamente sobre os fenómenos vinculados à satisfação dos apetites sexuais e alimentares. De facto a nossa vida afectiva estende-se a objectos abstractos, a ideais, a conceitos universais e de uma forma em geral a todos os produtos da vida da mente, mas também acontece que os nossos afectos influenciem os nossos juízos por vezes suavizando-os e por vezes precipitando-os.

Tal como nos diz Muller-Lissner (2001),

“ (...) pelos meios normais e ambiciosos de desenvolvimento da inteligência”,

Mas também se desenvolveu uma conexão especial entre a amígdala e as zonas do globos frontais mais desenvolvidas, sendo que também existe a possibilidade de, apesar de tudo e mesmo que seja algo tarde, influenciar a amígdala e o curso da crise emocional.

A inteligência emocional implica o domínio das seguintes capacidades: (a) conhecer como funcionam em geral os dinamismos emocionais; (b) conhecer e reflectir sobre os dinamismos concretos da própria emocionalidade; (c) desenvolver estratégias para que quando a emoção se dispara instantaneamente, se possa controlá-la, na linha das preferencias inteligentes próprias.

Reportando isto para as questões directamente relacionadas com a educação, nomeadamente, da pessoa com debilidade, pegamos na ideia defendida por Freud, que postula que os fios condutores, decisivos para o desenvolvimento da personalidade, são formados na primeira infância. Assim, parece-nos lícito afirmar que os agentes educativos, nomeadamente, a família, constituem o palco da educação emocional.

Segundo a socióloga Elisabeth Beck-gernshein (cit. in. Muller-Lissner, 2001, pp.16),

“na sociedade pré-industrial, as exigências feitas aos pais eram muito menores que hoje, porque a sua capacidade de acção era muito reduzida: segundo a visão do mundo da altura, o crescimento dos filhos estava, sobretudo, nas mãos de Deus.”,

que acabava por lhes aliviar o peso da responsabilidade, ao contrário do que se verifica nos tempos que correm.

Hoje em dia, aos pais, cabe a responsabilidade e o papel de dar o melhor incentivo possível às capacidades da criança, de facto parece que

“o único escape da pressão sobre a responsabilidade é-nos oferecida, teoricamente, pelos genes, pois por enquanto, ainda são uma espécie de determinantes” (Muller-Lissner, 2001, pp.18).

Neste sentido, o que nos parece importante, é que a par dos problemas e das dificuldades a criança e o jovem com debilidade, sintam também a existência do

calor humano, no fundo, sentirem-se acompanhados. Assim, a abertura de espírito, permite aos adultos, sendo honestos e auto-suficientes, contribuírem para a diversidade de estímulos em todos os sentidos.

No fundo, quem souber lidar bem com as suas próprias emoções, tem maiores hipóteses de educar os outros como pessoas emocionalmente inteligentes (Muller-Lissner, 2001), e isto não parece ser excepção na educação de pessoas com debilidade.

Contudo, não podemos perder de vista alguma precaução no que diz respeito ao risco de normalização das emoções, no sentido de um ensino que pretenda transmitir aos jovens quais as reacções emocionais “correctas” e “certas”.

Na educação das crianças e jovens em geral, e das pessoas com debilidade em particular, parece pois que a necessidade de encontro com um ponto de equilíbrio entre a sobreprotecção e o desleixo é, acima de tudo, mais difícil, porque tanto as normas sociais como as crianças e os jovens, estão em constante processo de mudança. Esta realidade exige dos pais e dos agentes educadores, em geral, um grau de flexibilidade altíssimo, em que a vivência emocional com o outro, seja uma constante inquestionável.

Podemos pois concluir, que a apologia da estima, que ultrapassa o conceito de “dar atenção”, traduz consideração e respeito, sendo que esse alguém por quem nutrimos estima, embora separado, está-nos próximo a par de uma vida própria.

Esta é uma directriz e uma filosofia que, a nosso ver, não pode deixar de protagonizar qualquer intenção educativa, ainda para mais quando falamos de crianças, jovens e até adultos com debilidade, cujas dificuldades para construir a própria identidade assumem um papel preponderante no seu desenvolvimento.

Estas dificuldades poderão assumir um carácter deficitário, e como tal, limitativo e castrador, se não enquadrados na construção de relações de amor, com objectos “contentores”, no sentido atribuído por Bion, e “suficientemente bons”, no sentido dado por Winnicott.

É pois a qualificação emocional que constitui o suporte da discriminação e avaliação implicadas na compreensão dos outros e de si próprio, sendo que o sujeito percebe as coisas pelos sentidos e as pessoas pelo afecto-sensualidade.

Neste momento da reflexão, parece-nos igualmente importante, pensar um pouco em torno das questões que se prendem com a inteligência e a criatividade, na medida em que acreditamos, que o auto-conhecimento e auto-controlo das emoções, implicam também, a capacidade do homem que faz com que,

“ (...) possa reger o seu comportamento por valores pensados, e não apenas por valores sentidos. Se só pudéssemos pautar a nossa conduta por estes últimos, não poderíamos falar de liberdade, porque não podemos dirigir livremente os sentimentos.” (Op. cit. Marina, 1995, pp 105).

Para tal, revisitaremos alguns dos conceitos básicos desenvolvidos por Gardner e Marina, dentro dos limites teóricos, que se prendem com a Teoria da Inteligência Criadora, depois de revisitarmos alguns dos conceitos básicos desenvolvidos por Binet e Terman, na concepção e diagnóstico da debilidade.

Inteligência e Criatividade

“(…) Como inteligência, o termo criatividade foi aplicado ao longo dos anos como um rótulo honorífico para uma ampla variedade de indivíduos, situações e produtos (...) como aconteceu com o termo inteligência, as formas variantes da criatividade parecem precisar de uma formulação mais exacta.” (Op. cit. Gardner, 1996, pp 18)

A crítica e as limitações teórico-práticas inerentes à tradição psicométrica da inteligência (preconizada por Binet e Terman), propolcionaram uma nova corrente de investigação, na metade do séc. XX, centrada na noção de Criatividade.

A análise do quadro 19, permitir-nos-à, rever de forma sucinta, alguns dos pressupostos básicos desenvolvidos pelos dois autores, dentro de uma corrente psicométrica de abordagem da debilidade.

Quadro 19

<p>Binet</p>	<p>Índice Mental (I.M.) ≠ nível mental → nível de acesso a um grau de cultura institucionalizada</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Debilidade Mental = sistema de referência, traduzido em termos de I.M.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>não legitima a consideração de uma “inteligência pura”, independentemente de qualquer cultura (Zazzo, R., 1969) ou a tradução em termos de medida.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> • a cultura geral do indivíduo dito “normal” ⇒ norma à delimitação dos níveis de idade mental <p>perspectiva actual: níveis mentais (níveis de progressiva estruturação dos processos de criatividade)</p> <p style="text-align: center;">↻</p> <p>critérios lógicos de definição dos níveis de escolaridade e das modalidades de aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • grande lacuna : inexistência dos meios experimentais e diagnósticos que permitam situar o indivíduo em relação aos níveis de integração da sua criatividade <p style="text-align: center;">↓</p> <p>situá-lo sincronicamente, por referência de cada modelo pessoal de integração ao ritmo genético de formação pessoal.</p> <p>Critérios tradicionais da debilidade mental (definida como atraso ligeiro)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>diagnóstico inclui o prognóstico.</p>
<p>Terman</p>	<p>utilização sistemática do critério de Q.I</p> <p>hipótese: constância do desenvolvimento</p> <p>criação de um instrumento de diagnóstico melhor adaptado aos objectivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico mais rigoroso • prever a evolução mental, estabelecendo um prognóstico <p style="text-align: center;">↔</p> <p>não permite um diagnóstico mais válido, nem uma caracterização mais ampla de debilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • continua a referir-se a um grau ou nível de eficiência intelectual; <ul style="list-style-type: none"> • sem referência a outros elementos estruturais do psiquismo intervenientes nas formas limite da debilidade (ex: como nas “pseudo-debilidades”); • o nível de eficiência intelectual é estabelecido a partir de sub-testes diferentes, utilizados diagnosticamente para determinação de um nível global de eficiência

Aqui se destaca o trabalho pioneiro de Guilford (cit. in Gardner, 1996), argumentando que a criatividade não é igual à inteligência.

Nesta concepção, destacam-se algumas ideias base que sustentam a teoria do pensamento divergente, isto é, através de uma abordagem psicométrica tradicional, considera-se que a inteligência corresponde à capacidade de resolução de problemas, através de soluções certas, entendidas aqui, enquanto sendo nada mais que convencionais.

A criatividade por seu turno, avalia-se através da capacidade de encontrar estratégias para a solução de situações problemáticas, através de associações que se desviam das medidas padrão, como tal, diferentes, únicas, idiossincráticas. Tal como nos diz o autor,

“um indivíduo psicometricamente criativo pode habitualmente produzir um espectro de respostas divergentes a um item desse tipo, e pelo menos algumas delas raramente são encontradas nas respostas de outros” (Op. cit. Gardner, 1996, pp 19).

Actualmente, a teoria da criatividade bebe de algum consenso dentro da comunidade científica, que se dedica ao seu estudo, sendo que se preconizam ideias base como: (a) a criatividade não é sinónimo de inteligência; (b) apesar da correlação existente entre inteligência e criatividade, um indivíduo pode ser muito mais criativo que inteligente e vice versa; (c) a criatividade psicométrica é independente da inteligência psicométrica, uma vez que tenha sido atingido um limiar de um Q.I. de 120; (d) os testes de criatividade são confiáveis; (e) as medidas de inteligência e criatividade são consideradas válidas, se os seus resultados apresentam correlação com outras medidas que supostamente reflectem o constructo em questão, o que na realidade parece confirmar-se para as medidas de criatividade.

Gardner (1996), vem a tecer uma crítica negativa a esta última constatação, na medida em que, através da sua prática e experiência de tentativa de medição da criatividade, não conseguiu verificar a validade dos testes de criatividade, considerando que, tal como os testes de inteligência, os testes de criatividade, deixaram de satisfazer os objectivos para os quais foram criados.

Ainda assim, a prática mensurável da criatividade, veio a despoletar algumas reacções construtivas, dentro de várias correntes de investigação, tal como nos podemos aperceber através da leitura do quadro 20.

Quadro 20

ESTUDOS SOBRE CRIATIVIDADE	
<p>Abordagem Cognitiva</p> <p><u>Critica testes de criatividade por:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - banalidade da criatividade humana; - superficialidade / ambiguidade dos itens psicometricos de criatividade - falta de clareza sobre os processos mentais utilizados para resolver esses itens 	<p>Estudos sobre Inteligência artificial (Boden, Perkins, Sternberg)</p> <p style="text-align: center;">∩</p> <p>resolução de problemas - escala científica</p> <p style="text-align: center;">∩</p> <p>computadores :</p> <p>processos de pensamento criativo ⇒ solução original indução e generalização ⇒ redescobrir leis científicas</p> <p>Indivíduos criativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • identificam “espaços” de problemas e soluções que parecem promissores • investigam esses espaços ⇒ abordagens apropriadas para o problema • investigam condutas ⇒ bons resultados • avaliam soluções alternativas • empregam recursos de energia e tempo ⇒ avançar eficientemente o seu programa de investigação • determinam tempos de aprofundamento ou eliminação de estudo • reflectem sobre os seus próprios processos criadores <p>Estudos sobre o desenvolvimento de rede de ideias</p> <p style="text-align: center;">∩</p> <ul style="list-style-type: none"> • uso de conceitos e modelos cognitivos • busca de princípios para além do individuo específico sob investigação (Gruber)
<p>Abordagem em termos de Personalidade e Motivação</p> <p>Aspectos não cognitivos</p>	<p>Perspectivas Psicanalíticas e Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os indivíduos empenham-se na actividade criativa, pelas recompensas (materiais) que esta proporciona <p>Motivação Intrínseca: as soluções criativas ocorrem com maior frequência nos indivíduos empenhados numa actividade por puro prazer (Amabile)</p> <ul style="list-style-type: none"> • A ausência de avaliação, parece liberar a criatividade • O que antes era um desafio inatingível passa a ser possível e prazeroso; • Aquilo que é possível há muito tempo deixa de ser atraente
<p>Abordagem Historiométrica</p> <p>Metodologia de Investigação aplicada a questões: cognitivas, de personalidade, motivação, criatividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem quantitativa (Simonton) • Não faz intervenção experimental • Baseada no registo histórico <p>Estudos através do exame de grandes quantidades de dados para determinar a década da vida em que os indivíduos criativos são mais produtivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 30 e 35 anos • os perfis diferem consideravelmente entre domínios diferentes de conhecimento

Relacionando criatividade com inteligência, Marina (1995), teorizou que, para além de voluntário, o movimento inteligente, possui capacidades inacessíveis ao animal, criadas intencionalmente pelo homem. Assim, a inteligência, é fundamentalmente, dirigido por intenções. Partindo do pressuposto que nenhum desejo desencadeia por si só uma resposta, ainda assim, o autor defende que movemo-nos pelos desejos ou necessidades que nos impelem à acção, reservando a responsabilidade desse movimento, ao “Eu” executivo (criador).

Seguindo a perspectiva de Marina, podemos antecipar que não é o reforço, o prémio, aquilo que desencadeia a acção do sujeito, mas sim, a representação mental que o sujeito cria, daquilo que vai ser o prémio.

Assim, em cada comportamento, os problemas, as estratégias, as avaliações distanciar-se-ão umas das outras, sendo a estrutura a que permanece com um carácter estável.

“O automatismo inteligente distingue-se do puramente fisiológico, porque é criado.” (Op. cit Marina, 1995, pp 95)

Podemos relacionar isto com a perspectiva crítica tecida por Gardner à abordagem cognitivista objectivamente assente na teoria da inteligência artificial.

Segundo Marina (1995), as ciências da computação empenharam-se em que os computadores, aprendessem a buscar, podendo defenir-se a história da inteligência artificial, como a descoberta de técnicas de busca mais inteligente.

Contudo, esta capacidade de busca parece, pelo menos por enquanto, um exclusivo nosso, até porque, tal como teorizou Gardner, enquanto o programa de computador necessita dos dados e problema fornecidos pelo cientista, bem como, necessita de utilizar os algoritmos que foi programado para usar, o solucionador humano de problemas necessita de passar por um processo selectivo de problemas, dados relevantes, tipos de análise, criando novas formas de análise, quando necessário.

Percebemos assim que, enquanto a inteligência humana implica que para além de saber fazer, o homem tenha de ter ânimo para fazer, sendo necessário proceder a uma gestão de energia, na medida em que o homem se cansa (o que

constitui uma limitação que o afasta das máquinas), os automatismos não são autónomos, ou seja, necessitam de uma ordem de marcha e de manutenção, e não se cansam. Por outro lado, a inteligência humana, procura caminhos para soluções, com uma facilidade que se pode dizer exclusiva da natureza humana, o que parece dever-se à capacidade do homem de inventar projectos (Marina, 1995).

Concluindo, Gardner veio a teorizar os seguintes pressupostos:

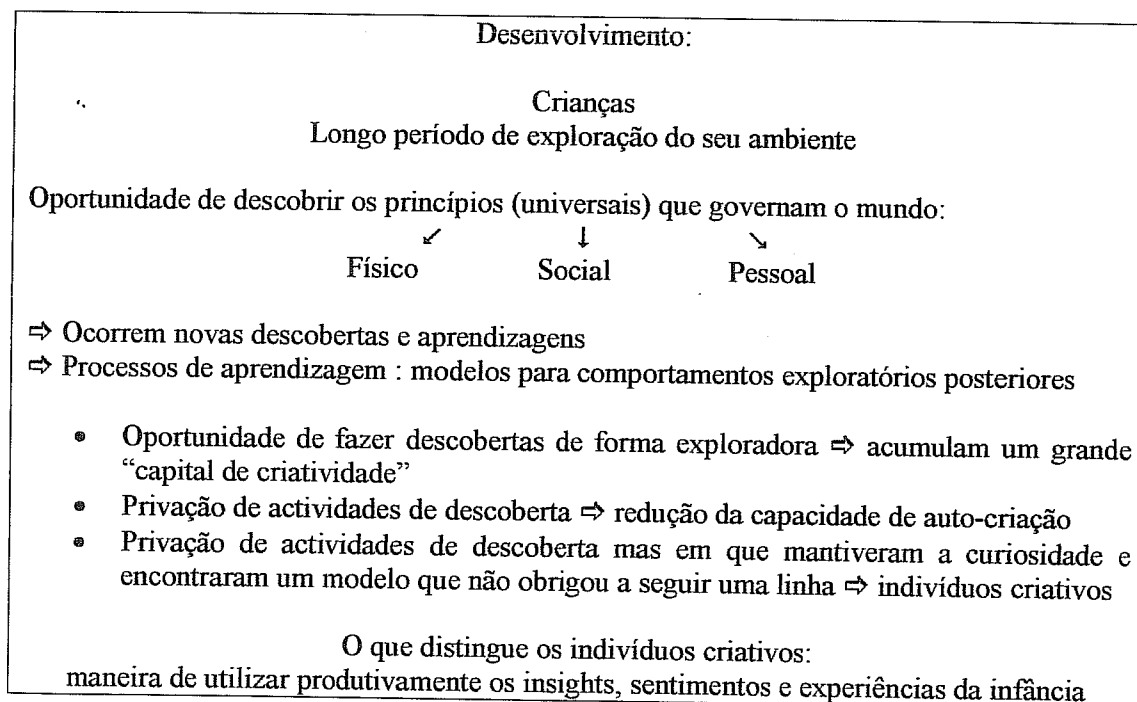
1. Em alternativa à abordagem psicométrica da criatividade, parece mais sustentável: (a) o estudo de casos individuais; (b) a perspectiva desenvolvimental; (c) o monitoramento de várias sistemas diferentes; (d) o exame dos modos pelos quais eles interagem; (e) a abordagem comparativa da criatividade através de vários domínios; (f) estudar as relações dinâmicas que se estabelecem entre a descoberta, o domínio da prática e as reacções do indivíduo à comunidade que o envolve.
2. Através dos estudos que pretendiam estabelecer uma causa efeito entre personalidade, motivação e criatividade, não fica claro qual o sentido da relação causa efeito.
3. Na perspectiva psicanalítica, a ilustração de Freud relativa à centralidade dos processos inconscientes, veio a salientar que a actividade criativa não é um reflexo directo da intenção deliberada, pelo que os indivíduos criativos sublimam a sua energia libidinal para actividades “secundárias”. A lacuna desta perspectiva parece prender-se com a evidência de que, embora estas constatações se possam aplicar a alguns indivíduos criativos, aplicam-se igualmente a indivíduos não criativos.
4. O método historiometrico proporciona poucos insights novos sobre descobertas criativas específicas ou criadores específicos, embora seja determinante para a avaliação dos indivíduos num contexto mais amplo.
5. Uma ciência abrangente da criatividade deve conseguir preencher a lacuna entre a abordagem de Gruber e de Simonton.
6. Importantes dimensões da criatividade adulta tem as suas raízes na infância do criador.
7. O criador descobre prematuramente uma área ou objecto de interesse. Inicialmente, procura desenvolver o trabalho naquele domínio da mesma maneira que os outros; entretanto, cada vez mais, o próprio relacionamento

com o domínio torna-se problemático, e é aí, que voluntária ou involuntariamente, sente-se obrigado a inventar um novo sistema simbólico, de significado, adequado aos problemas ou temas escolhidos, e que possa eventualmente também ser compreendido pelos outros.

perspectiva desenvolvimental.

“ (...) o criador é um indivíduo que consegue (...) unir os entendimentos mais avançados de um domínio com os problemas, questões, perguntas e sensibilidades que caracterizam a sua vida quando era uma criança que se maravilhava com as coisas. É neste sentido que o criador adulto aproveita muito o capital da infância.” (Op. cit. Gardner, 1996, pp. 28)

Quadro 21



perspectiva interactiva.

“O indivíduo criativo é uma pessoa que regularmente soluciona problemas, cria produtos ou define novas questões num domínio de uma maneira que inicialmente é considerada nova, mas que acaba sendo aceite num determinado ambiente cultural” (Op. cit. Gardner, 1996, pp. 31)

Quadro 22

• traço criativo: uma pessoa deve ser criativa num domínio, e não em todos	
• indivíduos criativos ⇒ manifestam regularmente a sua criatividade	
• criatividade ⇒ criação de produtos	
elaboração de novas perguntas	
solução de problemas	
• abordagem psicométrica	↘
	resolvem problemas existentes
• simulação de computador	↗
	↙
	não criam novos produtos
	não definem novos problemas
• nada é ou deixa de ser criativo em si mesmo/ por si mesmo	
	↙
criatividade só é reconhecida como tal, quando aceite em determinada cultura	
• estrutura multidisciplinar	
	↙
criatividade não pode ser completamente investigada por uma única disciplina	

Grande parte do controlo que o sujeito consegue fazer permanecer sobre a sua consciência, parece prender-se, em grande parte, com o facto da inteligência, se poder traduzir, segundo esta perspectiva, à capacidade de provocar acontecimentos. Assim, ao construir o seu quadro de referências e preferências, o sujeito avança no sentido da independência, e como tal, da liberdade.

Este passo no sentido da independência, passa essencialmente, pela capacidade do sujeito evoluir no sentido da fixação e dependência dos estímulos, sentidos por si, como interessantes, passando a controlar conscientemente o foco da sua atenção, e estabelecendo a ordem dos seus interesses.

Mas, circunscrevendo-nos à contextualidade da nossa reflexão, poderemos questionarmo-nos sobre a pertinência da inclusão destas questões, no âmbito deste estudo. A resposta parece-nos pronta. Tratando-se, insistentemente (tradicionalmente) a debilidade, em função do défice quantificado em termos cognitivos (nomeadamente, atenção e memória), assumimos como urgente, a reflexão em torno de abordagens, senão alternativas, complementares, aos limites nocionais que, tal como já vimos, uma perspectiva puramente organicista, imprime ao diagnóstico e intervenção no âmbito daquilo que se entende como debilidade, ou melhor, dependendo do quadro teórico de referência, ... da definição de debilidade.

Sobre este terreno confrontam-se e opõe-se, por um lado, uma concepção

organicista do atraso e por outro, uma concepção socializante.

De facto, nas duas concepções este reducionismo parece-nos inaceitável, porque um terceiro tipo de factores deve ser tomado em linha de conta, ou seja a dinâmica psíquica do sujeito, o investimento do desenvolvimento da inteligência e do seu funcionamento, as identificações aos pais e aos seus substitutos, a fantasmática subjacente e outros elementos da mesma ordem, e de peso considerável.

Convém não perder de vista, que os processos cognitivos propriamente ditos, são toda a estrutura psíquica que é constituída tendo em conta a sua dinâmica conflitual e os seus mecanismos defensivos.

Por outro lado, a aceção da cognição não corresponde necessariamente à do termo "cognitivo" para as ciências cognitivas modernas. Este termo é, aliás, ambíguo, na medida em que as ciências cognitivas, precisamente, não reduzem o seu objecto à cognição clássica. Com efeito, têm por objectivo justificar todos os aspectos da actividade mental – e não apenas da intelectual –, mesmo que tenham posto de lado, como já vimos, a afectividade em benefício das "representações". Os processos não-conscientes, o conjunto dos processos de pensamento (e não só o pensamento racional), as representações não-simbólicas (especialmente as motrizes) são os objectos das ciências cognitivas, mais ainda que os processos conscientes ou intelectuais (Gibello, 1999).

Tal como já pudemos observar no capítulo que desenha a relação entre psicopatologia e cognição, as ciências cognitivas, definem estados mentais representacionais, processos que organizam estes estados e modos de tratamento (computações) que afectam representações. Os processos de pensamento, de memória, a produção da linguagem e da acção motriz referem-se a modelos de tratamento da informação, e a operações cognitivas "elementares" e não-conscientes.

O pensamento, o raciocínio, a actividade mental observável ou consciente são, neste sentido, mais produtos da cognição que a própria cognição. A análise cognitiva explora ou tenta construir modelos do funcionamento mental não-consciente que assegura a produção dos estados mentais, dos pensamentos, dos juízos ou das acções. Ela define-lhes lógicas ou regras.

Feito este preâmbulo, parece-nos importante reflectir então em torno das questões que se prendem com a atenção e memória criadora, bem como com a linguagem, vistas à luz de uma perspectiva criativa e/ou criadora da inteligência,

introduzindo, paralelamente, a abordagem cognitiva da deficiência, na linha de Gibello (1999), a partir da qual a deficiência poderá então ser explorada de maneira mais precisa, decomposta nos seus componentes: memória, representação mental, linguagem, aprendizagem, consciência, atenção... Porém, este nível de explicação não se sobreporia “a priori” ao da leitura psicopatológica, que inscreve estes distúrbios numa visão alargada do desenvolvimento psicológico e os liga à afectividade ou, mais precisamente, à pulsão.

Relação Inteligência, Criatividade e Atenção.

Tal como nos diz Marina (1995), progressivamente, a criança tem que aprender o modo livre de prestar atenção, sendo que ao fazer esta aprendizagem, vai avançando, progredindo e dominando cada vez mais o domínio das faculdades mentais.

Num processo de desenvolvimento dito normal, a criança passará, progressivamente, a aprender a ocupar-se de assuntos, que ainda que não lhe suscitem interesse, são impostos pelo contexto sócio-cultural em que se encontra inserida. A forma mais ou menos eficaz com que consegue abandonar a fascinação inicial e natural que a fazia prender-se a estímulos sentidos como atractivos, parecem determinar a sua eficácia e o seu sucesso à adaptação social.

Assim, sentir curiosidade por aquilo em que a sua mãe fixa a atenção, e seguir o seu olhar, constitui o primeiro passo para a libertação da dominância e subjugação à qualidade dos estímulos que a impeliam à acção.

Mais tarde, a criança aprenderá a seguir os gestos que lhe assinalam alguma coisa, e passará a concentrar a sua atenção nesses estímulos “orientadores”.

Este modelo vem a repetir-se com a palavra, aprendendo a distinguir entre o que sente como interessante e o que lhe dizem que é importante, começando assim a interiorizar a diferença entre os seus interesses e os interesses dos outros. É assim que descobrirá a diferença entre valores vividos e valores pensados, cujo processo de integração, durará toda a sua vida.

A linguagem desempenha, desta forma, um papel determinante na tomada de posse da atenção, donde se percebe que as dificuldades ou mesmo impossibilidades de acesso à dimensão linguística, poderão comprometer, determinantemente, a capacidade selectiva dirigida à atenção.

De facto, quando a função educativa, que passa pela aprendizagem de métodos para dirigir a própria subjectividade, se encontra de alguma forma comprometida, a criança irá sentir dificuldades ao nível da gestão dos seus desejos, sentimentos e recordações, vendo-se arredada da capacidade de negociar com eles a sua liberdade.

No fundo, é isto que muitas das vezes se passa nas crianças, mais tarde, jovens, adultos, rotulados como “débeis”, ou com fortes dificuldades de aprendizagem.

A literatura parece revelar, que aquilo que se designa como distracção, nada mais é, que uma focalização selectiva da atenção, ao lado daquilo que seria esperado atender. A nossa condição consciente, implica que estejamos sempre a prestar atenção a algo, ainda que esse não seja o objecto de selecção esperado, pressupondo uma problemática motivacional.

Relação Inteligência, Criatividade e Memória.

“A memória inteligente é uma faculdade transfigurada” (Op cit. Marina, pp 131)

Os animais possuem uma memória de reconhecimento, face a determinado estímulo específico, faculdade esta, igualmente à disposição do homem.

Contudo, à espécie humana, foi-lhe reservada a capacidade de utilizar a informação que possui para reconhecer as coisas, para além de poder evocar essa mesma informação de forma voluntária, de acordo com os seus projectos. É pois esta capacidade de autodeterminação humana, que transforma o estatuto da memória.

O homem tem a capacidade de conservar a informação e aproveitá-la, o que traduz uma característica essencialmente inteligente. Ou seja, para além de saber, o homem sabe utilizar o que sabe, em função de objectivos concretamente contextualizados e definidos.

Nas debilidades, parece haver alguma evidência que vai no sentido de dificuldades acentuadas, ou até mesmo impossibilidade de fazer esta contextualização consciente, isto é, a impossibilidade de manejo da memória, faz desta “um bloco inerte” ao qual não se tem acesso.

Dado o carácter progressivo e lento do processo de reestruturações e mudanças essenciais, que acompanham o surgimento da memória inteligente, percebe-se a importância determinante das chamadas ciências metacognitivas, cujo objectivo pedagógico fundamental se prende, essencialmente, com o esforço de ensinar às crianças a utilizarem as suas faculdades, entre as quais a memória, a atenção, a emoção, e por aí adiante.

Quadro 23

Memória ⇒ conjunto de possibilidades de acção

grande intermediária de todas as outras informações ⇒ na primeira linha da actividade inteligente:

- Percepção ↘
- Linguagem → *aquilo que sabemos*
- Movimento → ↓
- Interpretação ↗ *penetrar no desconhecido ⇒ aprender coisas novas*

Recordar : acto que põem em estado consciente uma informação que se possui

Perceber : acto de interpretarum estímulo mediante um esquema

Raciocinar : acto de relacionar conceitos definidos de acordo com normas lógicas

Conceitos ↘

Imagens → esquemas activos que podem repetir-se e prevêem o que vai

Planos → acontecer

Capacidades ↗

↓

Inteligência ⇒ *inventar novas possibilidades reais* ⇒ Criações: moral; arte; técnica

Retomamando a perspectiva de Piaget, podemos mesmo dizer que a evolução da memória faz-se a par e passo com a evolução da inteligência, percebendo-se desta forma, a inexistência de memória por um lado, e inteligência por outro, porque tal como nos diz Marina,

“O que existe é uma memória inteligente, em que habitamos e de onde contemplamos a realidade”
(Op. cit. Marina, 1995, pp 135)

Assim, o sujeito pode construir a sua memória, e dar-lhe uma estrutura

dinâmica e criadora, constituindo hábitos ou capacidades estáveis que dominem a produção de recordações.

Parece ser desta forma que o sujeito aprende a linguagem. A linguagem constitui um sistema finito de elementos com o qual o sujeito pode produzir um sistema infinito de recordações verbais.

Este é no fundo, o modo como aprendemos muitas outras coisas, atribuindo à inteligência, uma dimensão criadora.

Concluindo, se relacionarmos a criação de um Eu executor com a teoria de relação de objecto na construção da identidade, nomeadamente com a teoria de objecto transformacional (ver pp 45) desenvolvida por Bollas, podemos perceber que, a experiência da mãe como transformação é suportada em várias direcções.

Em primeiro lugar, a mãe assume a função de objecto transformacional; ela altera constantemente o ambiente da criança para conhecer as suas necessidades. A criança identifica a mãe com a transformação do ser, através do seu conhecimento simbiótico; não é uma ilusão, mas um facto. A mãe transforma assim, o mundo da criança.

Em segundo lugar, a emergência das capacidades do ego da criança – percepção, mobilidade, integração – também transforma o seu mundo. A aquisição da linguagem é talvez a mais óbvia destas transformações, mas aprender a manobrar um objecto, a diferenciar objectos, a lembrar objectos que não estão presentes, são descobertas transformadoras: resultam em transformações do ego que alteram a natureza do mundo dos objectos da criança.

Parece pois, que seja qual for a abordagem que façamos da inteligência, não poderemos jamais descurar o papel determinante da linguagem, na construção da identidade, na efectivação da herança inteligente da espécie humana, que só precisamente por ser inteligente, acede à linguagem. Ainda assim, oferecesse-nos uma questão que partilhamos com Marina :

“É difícil dizer se a linguagem é também uma faculdade animal transfigurada ou se é um exclusivo do homem” (Op. cit. Marina, 1995, pp 65)

Procuraremos pois, aprofundar a importância das questões relacionais e inteligentes no contexto do acesso à linguagem e à autonomia.

Linguagem, Inteligência e Autonomia

A mãe, ensina à criança, através da linguagem, “os planos semânticos do mundo que tem de construir”, na medida em que o ser humano necessita de segmentar, dividir e construir relações na realidade, de forma a ser capaz de lhe atribuir significados. Dito de outra forma, o bebé não necessita da linguagem, propriamente para criar significados, ou pensar, contudo, é através deste instrumento, que conseguirá avançar no seu desenvolvimento, na medida em que não ficará dependente exclusivamente da sua experiência, mas poderá, sim, tirar proveito da experiência dos outros.

Segundo Marina (1995), na linguagem assiste-se, não somente à transmissão da forma de interpretação do universo de uma cultura, mas, sobretudo, da experiência ancestral que o homem adquiriu sobre si próprio.

Dentro das suas várias funções, comunicativa, expressiva, imperativa, a linguagem assume também uma função analisadora, na medida em que permite discriminar as experiências.

Contudo, além de possibilitar ao sujeito construir o mundo, a linguagem tem uma função muito importante de facilitação da “tomada de posse de si mesmo”. No seguimento da linha de Vigotsky, podemos avançar que a linguagem re-estrutura todas as funções mentais. Tal como nos diz o autor,

“A mãe não introduz apenas ordem no mundo objectivo mas também na subjectividade sem sujeito da criança” (Op. cit. Marina, 1995, pp 69)

Passando a um estatuto de autor, a criança aprende a reorganizar a sua atenção e a dominar os seus acontecimentos, o que se traduz nada mais, nada menos, que na aprendizagem da inteligência, isto é, a criança aprende a ser livre, aprendendo a manejar a informação herdada.

É neste sentido que Marina (1995), define a inteligência humana, enquanto a

“capacidade de suscitar, dirigir e controlar os acontecimentos mentais.” (Op. cit. Marina, 1995)

Podemos dizer que desde que nasce, a criança já tem sensibilidade à linguagem, sendo que assim desperta o seu reflexo de orientação, aprendendo a subordinar a sua acção ao estímulo verbal precedente do adulto.

Podemos ainda acrescentar que a linguagem assume, desta forma, uma função reguladora na medida em que, agindo inicialmente enquanto meio de comunicação com os outros, a linguagem, passa a converter-se num meio de a criança passar a comunicar consigo própria, e desta forma, regular as suas acções.

Assim, a criança aprende a inteligência, aprende a ser livre, obedecendo à voz da mãe, ou seja, é através das ordens transmitidas pela linguagem, que a criança aprende a unificar a sua conduta, e a controlar os seus comportamentos. A criança, ao tornar-se, desta forma, num “Eu executor”, faz com que a mãe, num processo de colaboração mútua, vá educá-la, no sentido de induzir a sua autodeterminação consciente, deixando-lhe a pouco e pouco, o controlo da acção, sendo que, tal como nos diz Marina (1995), a heteronomia constitui-se como um passo inevitável, para chegar à autonomia. Resumindo:

Quadro 24

Inteligência:

Capacidade de suscitar, controlar e dirigir as suas actividades ⇒ o sujeito aprende a falar

∩

adquirir conhecimentos sobre a subjectividade acumulados pela história da humanidade

∩

Eu que fala, domina

Aumenta a destreza lingüística ⇒ fala interior : diálogo interno → que acompanhará sempre o sujeito e lhe continuará a permitir:

- Dirigir a acção
- Fixar a atenção
- Expressar as dificuldades
- Dar-lhe ânimo
- Fazer-se advertências

∩

Eu executivo (autor, criador) ⇒ ordem nos seus acontecimentos

∩

AUTONOMIA – CONSCIÊNCIA

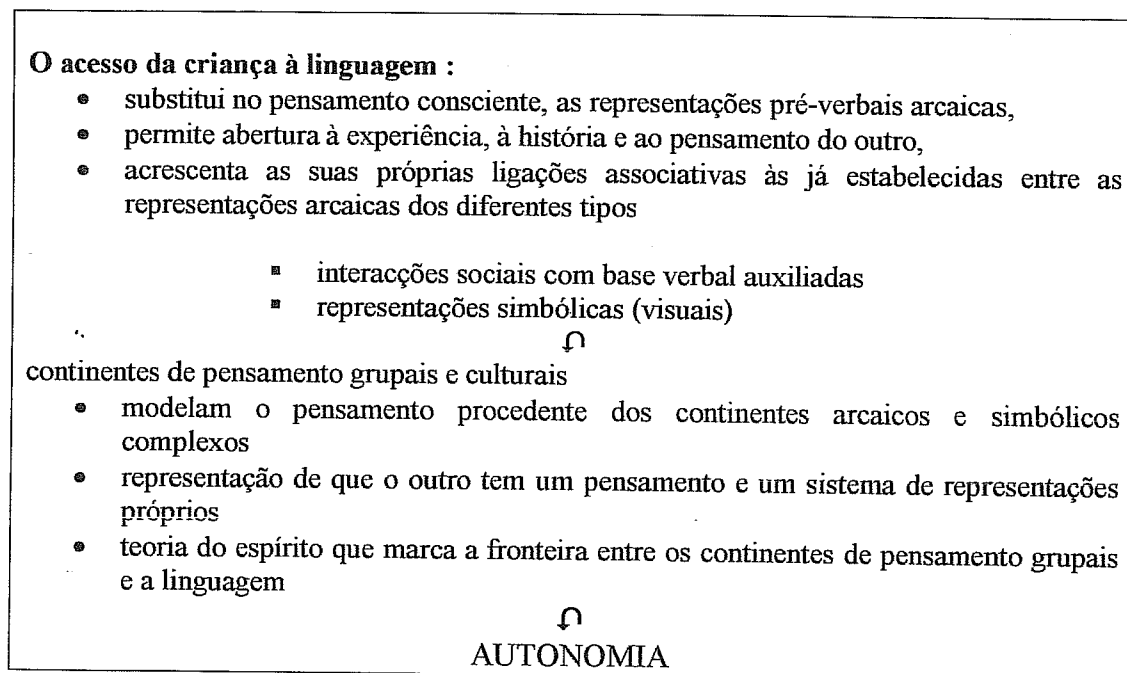
Informação ⇒ estado consciente

A criança aprende desta forma a lidar com o seu “Eu”, dirigindo-o através da

capacidade de antecipação e de fazer projectos, percebendo-se a si própria como um “Eu” executivo. Aqui, assiste-se a uma distinção entre este Eu executivo e os acontecimentos anónimos (originados em si próprio), que chegam à sua consciência.

Dito de outra forma, e resumindo sucintamente o pensamento de Gibello, sobre o efeito de catapulta desenvolvimental imprimido pela inteligência, percebemos que a linguagem, impulsiona a grande metamorfose do pensamento, e o acesso à autonomia, tal como podemos observar no quadro 25.

Quadro 25



Resumindo, e seguindo a tradição de Kant, podemos inferir, que a linguagem serve como analisador, na medida em que o que a criança recebe ao aprender a linguagem, é a possibilidade de objectivar e pensar o “Eu”, na medida em que ao reconhecer-se como origem dos seus actos, adquire uma nova capacidade para tratar a informação sobre si própria.

Em numerosos casos de debilidade, a linguagem aparece particularmente atingida nas suas três funções, ou seja, de expressão, de comunicação e de instrumento do pensamento. Numerosas investigações dedicaram-se a analisar estas disfunções, esperando encontrar a origem da debilidade.

Alguns encontram as suas referências na psicolinguística, outros são de

inspiração psicodinâmica (Misés & Perron, 1995). É possível observar estes defices de aquisição do material verbal, ao nível semântico e os problemas da organização sintática que se encontra para o estudo dos “problemas instrumentais” observados nas crianças sem debilidade global mas situadas no quadro das disfasias, dislexias, disortografias, etc., que evidenciam a incerteza dos limites nosográficos. Mas a linguagem aparece em alguns destes estudos, enquanto instrumento essencial de uma actividade simbólica ou “significante”. O grande interesse destes trabalhos é o de terem mostrado que o problema fundamental reside, em geral, na dificuldade em estabelecer os discursos de significação e em aceder ao pensamento abstracto.

Concluindo, o enfoque reservado actualmente à compreensão da inteligência (mais do que propriamente à predição da mesma) no âmbito da compreensão da debilidade, ao mostrar um maior interesse pelo processamento da informação, pelo nível cultural e pelas interrelações entre ambos, não permite todavia falar, de uma definição ou delimitação unânime deste termo.

Provavelmente, isto deve-se tanto à existência de posturas mais radicais que seguem a tradição da linha biológica e psicométrica ou que se baseiam exclusivamente no processamento da informação, como à existência de posturas mais favoráveis à integração de perspectivas que, ainda assim, não abrangem a totalidade de acepções que se têm vindo a atribuir a este conceito, (Gonzalez-Ibañez, 1991), sem que com isto se interprete que todas elas devam considerar-se válidas.

Existe, contudo, algum consenso relativamente a uma série de aspectos importantes, nomeadamente, o acordo geral relativamente à existência de correlações fisiológicas na actividade intelectual, a importância dos factores culturais, sociais ou meramente situacionais, a importância de variáveis emocionais e motivacionais para a conduta da inteligência manifesta, a importância da metacognição (entendida como conhecimento e como controlo da cognição) no conceito de inteligência e a insistência em que se deve explorar as diferenças entre indivíduos (Stenberg & Detterman, 1988, in Gonzalez-Ibañez, 1991), a noção de identidade e os processos pelos quais se procede à construção da mesma.

Identidade e Sexualidade na Debilidade Mental

“A generalização de uma pessoa é a excepção de outra. Dependendo de como definimos um termo ou estabelecemos uma categoria, podemos tanto juntar os indivíduos quanto separá-los” (Op. cit. Gardner, 1996, pp. 290)

Falar de sexualidade das pessoas com debilidade, ainda hoje parece motivo de incómodo e posturas castradoras.

Apesar da tendência actual que vai no sentido da expressão da igualdade de direitos, de oportunidades de vida, de desejos e necessidades, parece ainda um determinante de constrangimento, sobretudo, quando associado à sexualidade. A pergunta de partida passa muitas das vezes, pelo questionar a forma como pessoas, muitas vezes com necessidades de apoio declaradas, podem exprimir e viver a sua sexualidade, numa dimensão da auto-representação, prazer e relação plena de dimensão inter e intra pessoal.

Não obstante o movimento crescente de humanização dos serviços e consciencialização dos direitos dos cidadãos (ver enquadramento legal e normativo, pp), mantem-se uma lentidão viciada na mudança de atitudes face às questões da identidade e sexualidade das pessoas com debilidade.

De facto, os estereótipos dominantes, que reservam à pessoa com debilidade, um destino preso à limitação face à incapacidade de aprendizagem de normas e condutas socialmente aceites, advêm, em grande parte, da evidência de dificuldades adaptativas, de construção da identidade e de controlo do seu comportamento.

Contudo, não deveremos jamais esquecer que, ainda que se aceite que mentalmente a pessoa com debilidade, não corresponde aos padrões esperados para a sua idade, não poderemos só por isso concluir que, sexualmente, o seu desenvolvimento e capacidade tenham sido afectados.

O que poderemos sim adiantar, é que, o desenvolvimento afectivo-sexual das pessoas com debilidade, bem como a vivência consequente da sexualidade, poderá ser diferente, não pelo défice em si, mas pelas restrições colocadas ao nível da sua integração social, já ambos os domínios são, essencialmente, da ordem do social, desde o nascimento do indivíduo. Donde, quanto maior o grau de estigmatização, maiores as dificuldades experimentadas.

Sabemos que factores como o isolamento e dificuldades em estabelecer relações de amizade, a patologização e repressão das condutas sexuais, a ausência de educação sexual formal e ajustada a cada caso em particular, a superprotecção, a infantilização das relações e a socialização assexuada na infância, influenciam determinantemente, tanto a construção de uma identidade como a vivência da própria sexualidade.

Dificuldades Para Construir a Própria Identidade

A qualidade da vida das pessoas com debilidade, depende em grande parte da consciência responsável da sua envolvimento, que deve abrir-se e possibilitar assim, um desenvolvimento o mais harmónico possível.

Hoje tem-se uma maior consciência sobre a sexualidade como um dos caminhos mais fecundos para expressar, viver e realizar esta abertura ao outro.

Há uma tendência generalizada para o distanciamento social, colocando a pessoa com debilidade à margem do sistema sociocultural a que pertence por direito próprio.

Esta marginalização é vivida passivamente pelo indivíduo, podendo gerar comportamentos patológicos de autodefesa, que vão conduzir à anulação da identidade da pessoa marginalizada.

A integração social significa gerar e potenciar no indivíduo a capacidade para superar uma situação existencial de radical dependência, que se traduz em proporcionar razões para a esperança e habilidades e recursos para levar a cabo um encontro interpessoal de maior qualidade possível.

Entre outras consequências, a integração implica a sua presença habitual nas actividades sociais, desenvolver na pessoa com debilidade um poder aquisitivo próprio, mediante um trabalho produtivo, habilitando-a a saber discriminar as solicitações que vêm do exterior e, chegar a desenvolver uma função social positiva, reconhecida como tal pelo próprio sujeito e pela sociedade.

O reconhecimento do direito à igualdade dos direitos humanos implica tratar a pessoa com debilidade como um sujeito chamado a desenvolver as suas potencialidades e os seus direitos no meio dos seus iguais. Portanto, não se trata de reabilitar a pessoa com debilidade, mas sim, de ajudá-lo a nascer e ir superando as etapas da sua maturação, numa dinâmica de superação constante.

Os pais tendem a esquecer o facto de que o filho com debilidade tem que conviver com outras pessoas para além das relações educativas, de forma a evoluir face a uma vida mais integrada socialmente, e permanecer num mundo fechado onde a pobreza e a debilidade dos estímulos vai empobrecendo mais a sua personalidade.

A imagem que predomina é a da pessoa com debilidade como uma eterna criança, a que não se podem permitir determinadas liberdades próprias dos adultos. Chega-se mesmo a considerar que têm instintos sexuais exacerbados e fora de controlo.

Sobre a pessoa extrapolam-se e projectam-se toda uma série de incapacidades que se colocam numa relação de causalidade com a debilidade, mas cuja base científica brilha pela sua ausência.

Não existe nenhum pressuposto que faça pensar que a pessoa com debilidade não tenha uma sexualidade bem sua.

Actualmente, a corrente de “normalidade” na conduta e vida de algumas pessoas com debilidade causa problemas e é motivo de apaixonadas discussões.

A sociedade não sabe o que fazer com a sexualidade normal das pessoas com debilidade, sendo que a constatação das dificuldades, por parte das pessoas que lhe estão mais próximas, em assumir a sua afectividade e a sua sexualidade, desperta a nossa preocupação pelo papel que família e educadores desempenham no desenvolvimento das suas potencialidades.

Tradicionalmente, a sexualidade tem vindo a ser considerada como uma matéria reservada aos adultos e dirigida à procriação, que vem a colidir com o estereotipo da pessoa com debilidade como “uma criança em corpo de homem” e cuja reprodução deve evitar-se a todo o custo.

A consequência é a tendência em considerar a sexualidade como uma dimensão que deve permanecer impenetrável para estas pessoas e à qual se aplica um horizonte axiológico diferente do que existe entre as pessoas ditas “normais”.

Em função do exposto, consideramos que deve reafirmar-se o carácter sexuado e sexual das pessoas com debilidade e reivindicar-se para eles a plenitude do significado desta dimensão.

Em toda esta problemática deve sobressair que a vida da pessoa com debilidade está muito marcada pela limitação das suas capacidades de comunicação verbal, sendo que a sua corporalidade desempenha um papel muito maior.

Com excessiva frequência outorga-se a estas manifestações uma carga erótica que não tem, resultado do empobrecimento paulatino da cultura ocidental que potenciou a repressão da expressão corporal e a perda das chaves para interpretá-la correctamente.

A pessoa com debilidade apresenta uma maior dificuldade para sair de si e abrir-se ao tu, para reconhecer-se e construir-se como uma identidade própria e plena, pelo que o reconhecimento por parte dos outros desempenha um papel primordial.

Uma das características mais excluentes é a sua dificuldade em se fazer ouvir e que as suas necessidades, nomeadamente, afectivas, sejam atendidas. Assim, de forma a explicar a evolução e o desenvolvimento (vulnerável) das crianças e jovens com debilidade há que ter em atenção as questões relacionadas com o desenvolvimento do “ego”, com isto que é, afinal, a Identidade.

Nas pessoas com debilidade, como em qualquer outro ser humano, a construção da identidade, a capacidade para a vida, não nasce espontaneamente, mas é fruto de uma orientação incansável, embora com uma evolução lenta.

É neste sentido que consideramos pertinente um olhar atento sobre o processo de construção da identidade e do desenvolvimento em geral, para podermos, posteriormente, aceder a uma compreensão mais esclarecida sobre a forma como este processo se desenvolve nas pessoas com debilidade, bem como, respectivas consequências, que daí advêm.

A Identidade

O estudo da identidade foi assumindo uma importância variável ao longo do conhecimento humano, acompanhando a relevância atribuída à individualidade e às expressões do Eu nos diferentes períodos históricos.

Entre os povos primitivos o conceito de Eu apresentava já um carácter difuso, tendo vindo a assumir um maior protagonismo na antiguidade clássica, acompanhando um aumento no valor atribuído à vida individual e ao mundo interno. Com a influência da concepção cristã de homem e do corporativismo feudal, sofreu um declínio bastante acentuado, ao ponto de alguns historiadores se referirem à descoberta do Eu apenas nos séculos XI, XII e XIII.

No entanto, o apogeu do culto ao egocentrismo e à introspecção, materializou-se com o romantismo, por influência do protestantismo e das formas capitalistas de produção, reflectindo-se na profusão de produções teóricas sobre o tema identidade, nomeadamente no âmbito da Psicologia, nos seus primórdios, como ciência independente.

A etimologia do vocábulo identidade remete a “idem”, do latim, “o mesmo”, cuja noção tem suscitado inúmeras críticas por não dar conta do processo que lhe é próprio e por negligenciar a concepção de diferente que lhe é associada. Assim, a identidade evoca tanto a qualidade do que é idêntico, igual, como o reconhecimento de um conjunto de caracteres que fazem de um indivíduo diferente dos demais, na medida em que ao mesmo tempo que o indivíduo se representa semelhante ao outro, a partir da sua pertença a grupos ou categorias, percebe a sua unicidade a partir da sua diferença (Jacques, 1998).

Segundo Sève (1989), o homem concreto constitui-se a partir de um suporte biológico (que lhe dá condições gerais de possibilidades) e condições particulares de realidade (próprias da sua carga genética), sendo que as características humanas (historicamente desenvolvidas) se encontram objectivadas na forma de relação, apropriadas no desenrolar da sua existência pela mediação do(s) outro(s).

Dito de outra forma, parte-se de uma programa genético, aberto, possibilitador de um leque relativamente amplo de evoluções (até ao nível da

constituição biológica e organização mental) e de uma identidade biológica (objectiva), em que o meio (afectivo-humano e sócio-cultural) modela o sujeito e pode transformá-lo (Matos, 1996).

Enquanto ser intencional, o homem constrói-se mais do que é construído, sendo esta sua posição intencional, transformadora de si e do outro, que o distingue dos bichos, pois é no vínculo com o outro, na relação de apego e intimidade, na relação binívoca de amor e descoberta que o sujeito se conhece e reconhece.

A identidade constitui assim o resultado da/das identificações, sendo o produto, mais ou menos conseguido das tarefas identificatórias, sendo um produto da construção pessoal. Isto é, o sujeito constrói a sua identidade psíquica, subjectiva, sendo um criador activo do seu ser psíquico, da identidade que o vai definindo e diferenciando. Donde, a percepção que o sujeito tem de si e do outro e a percepção que o outro tem do sujeito, está indicada pela introjecção daquilo que o sujeito necessita e pela projecção daquilo que deseja.

Pegando nas palavras de Matos (1996), o sujeito não é mais que uma criação do sistema relacional em que vive e convive, da relação afectiva em que é envolvido, sendo não mais, quuma criatura do outro e para o outro.

A Construção da Identidade

Assim, sendo pensado e pensando-se na relação, o homem é um animal curioso à procura de saber; pensa porque existe e existe porque foi amado, pois sem isso não seria reconhecido, ou seja, o sujeito existe porque se criou na relação, porque se ama e deseja o outro.

A construção da identidade faz-se através de três processos de identificação: (a) identificação imagoico-imagética (por incorporação-assimilação da imago e/ou imagem com que o outro define o objecto, isto é, por captação e captura da identidade atribuída); (b) identificação idiomórfica (por recepção no interior das

formas visíveis e comportamentos observados) e (c) identificação alotriomórfica ou xenomórfica (através da introjecção de atributos do modelo reais e/ou imaginados).

Quadro 26

IDENTIFICAÇÃO	
imagoico- imagética	<p>Processo primitivo mas persistente de identificação</p> <p>O sujeito é como foi conhecido / reconhecido pelo seu objecto</p> <p>A mãe constitui o espelho vivo, criador, transformador</p> <p style="text-align: center;">Deriva de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mensagens e afluxos inconscientes (imago) veiculadas pela projecção identificativa do objecto sujeito-identificador - Transmissões conscientes (imagem) constituídas pela identidade atribuída e respectivo processo de identificação pelo outro <p>Conduz à constituição do núcleo primário da identidade: inicia cristalização identitária</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Identidade psíquica básica evidente na organização da identidade de género – identidade sexual</p>
Idiomórfica	<p>O sujeito é um ser auto-reflexivo (percebe-se), reconhece-se, autoconcebe-se – identifica-se à sua própria forma por aprendizagem directa</p> <p style="text-align: center;">Paradigma:</p> <p style="text-align: center;">Identificação sexual na fase genital precoce (18 aos 30 meses)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>A criança constrói a sua imagem sexuada por reconhecimento e integração dos caracteres sexuais externos</p> <p>Inicia-se cedo e mantém-se pela vida fora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acentua-se na adolescência: profundas transformações identificativas <p>À identificação imagoico-imagética dos primeiros 18 meses acrescenta-se a identificação idiomórfica</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>identidade sexual morfológicamente discriminada: “Identidade sexuada”: auto-imagem estática do corpo sexuado</p> <p>Uma educação promotora e facilitadora da expressão do self autêntico</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>desenvolvimento da identificação idiomórfica, autoplástica, assertiva e de competência</p>

Alotriomórfica	<p>Identificação ao Modelo (objecto amado, admirado, invejado)</p> <p>Pode ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - primária e secundária - grosseira e massiva ou fina e selectiva - com o objecto de relação vigente ou com o objecto de relação perdida - com o objecto externo ou com o objecto interno - identificação ao humano (à espécie) <p>identificação sexual (género)</p> <p>Permite a abertura ao imaginário através do desejo de ser como o outro</p> <p>Predomina :</p> <p>Na fase genital infantil (3 – 6 anos)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>A criança identifica-se ao pai do mesmo sexo</p> <p>Transformação durante a adolescência e juventude: Dissolução das camadas da identidade de origem imagoico-imagética e alotriomórfica</p> <p style="text-align: center;">→ processo de desidentificação</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>reforça a identificação idiomórfica</p> <p>⇒ especificação e consolidação da sua identidade própria</p> <p>Pode assumir dois cursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificação Introjectiva (identifica-se com o objecto): Movimento centripeto – resultado heteropático - Identificação projectiva (identifica o objecto consigo): Movimento centrífugo – resultado idiopático
----------------	--

O percurso natural e desenvolvimental da identidade faz-se no sentido de uma progressiva diferenciação por transformações enriquecedoras da qualidade identitária distintiva, conduzindo a uma relação criadora e desta forma ao progresso.

Assim, a identificação-construção da identidade pode operar-se segundo estas três formas, segundo os dois tipos de funcionamento mental observado por Freud: (a) representação directa (identidade da forma – processo extractivo e de aposição); (b) representação simbólica (identidade de significado – processo abstractivo, introjectivo / assimilativo).

A identificação trata-se pois de um conceito ambíguo, até porque, como já pudemos observar, pode assumir várias formas. Dito de outra forma: (a) como processo de reconhecimento de um objecto; (b) como construção da identidade do self; (c) como processo de tornar idêntico, como poderemos observar no quadro 27.

Quadro 27

IDENTIFICAÇÃO		
Processo de reconhecimento de um objecto	Construção da identidade do self	Processo de tornar idêntico
Sujeito como objecto do seu conhecimento ↓ por mecanismo de clivagem ↓↓ ^ eu vivencial eu observador	Sujeito: Da acção (sujeito do verbo) Passivo (mim) Da experiência psíquica que transcorre (o próprio) Objecto de conhecimento de uma "sueitologia" ou "suectologia"	Processo transformacional ↓ aproximação identitária dos elementos de um par ou de um grupo ↓ esbate as diferenças
Angústia existencial face à finitude da vida → símbolo para a criação ↓ o homem: constroi-se desconstrói-se reconstrói-se ↓ cria a obra transmite cultura ↓ imortalidade simbólica	Capacidade de Identificação projectiva ↓ Animal ético ↓ Moral Endógena: - empatia - afecto de comunhão	Eu ⇒ idêntico ao outro Outro ⇒ tornar-se idêntico a mim ≠ identificação-construção da identidade ↓↓ forma pessoas na sua radical diferença Percursos mais graves da indiferença ⇒ sujeito retrai-se autisticamente ⇒ Pré-identidade: eu mal configurado ↓ Identificação projectiva por delegação de carácter primitivo ↓↓ identidade passiva confusão de identidade

Assim, a identidade forma-se e transforma-se pelos mesmos processos, sendo que a sua formação é uma permanente transformação, por desenvolvimento diferencial.

Estas transformações podem assumir um carácter mais ou menos radical, no sentido expansivo ou restritivo, em circunstâncias internas específicas, mas sempre na relação (real/imaginária, consciente / inconsciente, objectal / narcísica).

Quando ocorre na relação com um objecto continente bom entendedor e adequadamente responsivo, cria-se uma ideologia aberta, que vai permitir e conduzir a uma busca da verdade do ser e da sua existência, bem como o encontro da

mutualidade criadora que conduz ao diálogo constituinte e constitutivo (Matos, 1996).

Por outro lado, a construção da identidade e da personalidade, encontram-se intrinsecamente ligados à nossa sexualidade, ao nosso género e à aquisição de papéis associados à nossa feminilidade ou masculinidade (Marques, 1995), sendo que o grupo social transmite e veicula ao indivíduo, desde o nascimento, o seu papel sexual, consoante se trate de um rapaz ou de um rapariga, influenciando directamente a construção da sua identidade sexual.

Podemos também inferir que o desenvolvimento afectivo e sexual da criança, ao construir-se na sua interacção com os outros, nos contextos de vida em que se desenvolve e todos os que com ela interagem, faz com que, sobretudo os pais, influenciem esse desenvolvimento psicosssexual.

Sendo neste processo interactivo, que a criança se desenvolve psicologicamente, é com base no modelo dos pais, que se vão consolidando os seus sentimentos, atitudes e valores face à sexualidade e ao relacionamento interpessoal em geral.

Na experiência relacional com as figuras de apego, a criança adquire confiança e segurança que lhe permitem a abertura a contactos com o meio envolvente, uso e significado de formas de comunicação íntimas e informais, uso e significado de expressões emocionais, capacidade de explicitar as suas necessidades, bem como a de satisfazer as necessidade dos outros (Félix & Marques, 1995).

Após o nascimento, segue-se um período caracterizado essencialmente pela necessidade de eliminar tudo o que é desagradável e procurar sensações de prazer. A criança faz isto por diversos meios, de acordo com o seu nível de desenvolvimento e possibilidades que lhe são oferecidas (Marques, 1998).

Mais tarde, as figuras afectivamente significativas começam a exigir-lhe novas competências e a criança, que até então tinha toda a permissividade, egocentrismo e ausência de normas, vai viver algumas situações de conflito com o adulto. A evolução futura da sexualidade depende, assim, do modo como vive e resolve estas imposições sociais (López, in Félix & Marques, 1995).

Já durante a fase escolar, a criança manifesta um crescente interesse e curiosidade pelo corpo e pelo sexo, participando nos jogos sexuais de “pais e mães”

(Loureiro, 1995). A partir daqui até à altura da puberdade, as instâncias sociais tratam de conter o seu impulso instintivo e surgem o pudor e a moral. O princípio da moral ganha um peso maior, e é através do “jogo”, do “faz de conta”, que a criança continua a fazer a sua exploração sexual, sendo-lhe assim permitido descarregar os impulsos agressivos e sexuais (Marques, 1995).

Como tal, podemos concluir que, até aos 18 meses, há um conhecimento do outro, das suas características anatómicas; dos 18 aos 36 meses, há um conhecimento das diferenças dos sexos; dos 3 aos 4 anos, conhecimento do que é copular (fase genital infantil); dos 5 aos 6 anos constroem-se outros conhecimentos, ou seja, do universo em geral, do conhecimento social. Continua a haver curiosidade sexual mas a criança já satisfaz grande parte dessa curiosidade e passa ao conhecimento de outras coisas, sendo que, ao contrário do que se costuma dizer, esta não é a fase da latência da sexualidade.

A crise da puberdade é a mais importante na infância tanto pelas modificações do psiquismo, como pelo crescimento do corpo e desenvolvimento da sexualidade, sendo neste período da vida que os órgãos sexuais alcançam um estado de maturação em que podem “funcionar” (Chaplin, 1981).

Não se resumindo à adolescência, parece ser durante esta fase desenvolvimental que se afirma a emergência de um processo de afirmação da sexualidade que acompanha todo um processo de autonomização e individuação que se vai desenlaçando na construção da identidade.

É neste sentido que se desenvolve o capítulo seguinte, procurando dar ênfase ao papel preponderante das expectativas sociais (inseridas na malha ideológica e cultural), na construção da identidade, com especial relevo na fase da adolescência.

Automia, Individuação e Construção da Identidade

O processo de automia entendida enquanto tarefa desenvolvimental iniciada desde cedo na infância do homem, passando por períodos de intenso crescimento, ilustra a passagem de um estado simbiótico com a mãe, na infância precoce (Mahler

et al., 1975), para um estado de diferenciação, cujo mecanismo conhece uma grande variabilidade, segundo as diferentes realidades contextuais em que ocorre.

Segundo Freud (1909, 1917) a condição adulta, em termos maturacionais, implica a realização da separação interna dos objectos primitivos, dando relevância aos aspectos pulsionais e alterações ocorridas na puberdade.

Erickson (1950), defende que o problema da identidade, não se põe apenas no período da adolescência, ainda que esta fase seja especificamente crítica para o sujeito na definição e construção da sua identidade.

O adolescente confronta-se pois com um corpo sexualizado desconhecido; desconhece as novas pulsões, e não sabe o que fazer com o seu novo corpo. Preocupa-se também como os outros o vêem e o consideram. A aquisição da identidade significa que o sujeito se sinta o mesmo, apesar de todas as transformações que está a viver, aceite essas transformações físicas e psico-sexuais e simultaneamente se percepcione estimado e considerado, quer a nível do seu "novo" aspecto físico quer a nível do seu valor social.

Nesta altura, assiste-se às primeiras exigências do instinto sexual, sendo que o antigo objecto familiar incestuoso é novamente retomado e investido de libido. É aqui que o sujeito tem que proceder à separação dos seus pais, sendo que a aquisição do seu estatuto de adulto, depende do cumprimento desta tarefa. Defender-se da ligação edipiana, implica o repúdio inconsciente dos pais, bem como dos outros adultos a quem é reconhecido o papel de pais substitutos.

Também Anna Freud (1958, cit. in Flemming, 1993), conceptualiza a separação enquanto determinada pelas mudanças quantitativas e qualitativas das pulsões instintivas e as defesas do ego, considerando que a libido do adolescentes, encontra-se na altura de se desligar dos seus pais e de investir novos objectos.

São os autores de orientação analítica que vêm a retomar a teorização do processo de separação interno da libido dos primeiros objectos de amor, em termos de perda de objecto e processo de luto, permitindo novas identificações e novos investimentos em objectos exteriores à família, tal como podemos observar no resumo apresentado no quadro 28.

Quadro 28

AUTOR (ano)	PROCESSO DE SEPARAÇÃO Trabalho de luto
Loweald (1962)	Processo de abandono gradual do objecto perdido mas envolvendo também processos de internalização de elementos da relação com o objecto a ser abandonado e adquirindo daí o significado de emancipação
Max Sugar (1968)	três fases: separação-protesto na adolescência inicial, desorganização (tumulto, rebelião, vazio e depressão), na adolescência média, e reorganização (acalmia), na adolescência tardia.
Dias Cordeiro (1979)	O luto dos ímagos parentais e a escolha do objecto heterossexual são organizadores do psiquismo adolescente, em que o segundo não pode ocorrer satisfatoriamente sem a realização do primeiro.
Amaral Dias Nunes Vicente (1984)	O luto adolescente pelo abandono do passado faz-se através de lutos parciais obrigatórios. Luto pela fonte de segurança, luto renovado pelo objecto edipiano, o luto pelo ideal do eu, luto pela bissexualidade e luto pelo grupo. O trabalho intrapsíquico dos vários lutos determina a escolha de novos objectos de amor exteriores à família, pressupondo a capacidade egóica de funcionar autonomamente dos pais.

Segundo a concepção psicanalítica clássica a questão da autonomia impõe-se pela ressurgência da problemática pré-edipiana e edipiana, em que o adolescente repudiz o laço incestuoso (edipiano) aos pais no sentido de evitar a regressão a fixações edipianas e pré-edipianas, abandonando todos os laços egóicos aos pais.

Com a obra de Blos (1967) assiste-se a um alargamento e modificação das conceptualizações psicanalíticas dominantes, sugerindo um segundo processo de separação-indivuação (estruturador de todo o processo adolescente).

Desta forma reintroduz a sistemática de Mahler na conceptualização da autonomia adolescente, evidenciando a pertinência das relações de objecto.

Blos ao enfatizar a mudança das relações objectais aos pais, enfatiza a perda das dependências familiares, de natureza emocional e afectiva, com objectivo de aquisição de um sentimento de Self autónomo com limites bem determinados.

Os aspectos infantis da relação contribuem para as mudanças ocorridas numa linha de continuidade relacional, no Self e nas representações objectais. O autor introduz o conceito de perda do eu parental, que funcionaria até à adolescência, como auxiliar do eu infantil, donde o possível fracasso ao nível do processo de individuação na adolescência será atribuído, pelo menos em parte a uma organização defeituosa do eu, precocemente estabelecida.

Segundo Blos, a parte mais difícil da separação adolescente, coincide com a desidealização dos pais. O processo adaptativo permitido pela imergência de qualidades integrativas, associadas ao Self na adolescência tardia e na pós adolescência, implica uma revisão das primeiras identificações rejeitadas, provisórias e aceites. Assim, a função reguladora do super ego passa a ser controlada pela formação psíquica do final da adolescência e herdeira do complexo de Édipo negativo, o "Ego Ideal" (constituído pelas partes do Self mais identificadas às partes boas dos objectos internos parentais).

Concluindo, e segundo esta perspectiva, a autonomia conceptualiza-se enquanto processo gradual de auto-regulação (cada vez menos na dependência da esfera externa parental) levando a padrões de comportamento regulados pelo Ego Ideal.

Josselson (1980) defende que o conceito de individuação é central para a compreensão do desenvolvimento do Ego, permitindo ligar a adolescência a um processo contínuo de desenvolvimento, para além de articular entre si os processos de autonomia e construção de identidade, sendo que à medida que a individuação se processa a autonomia cresce. Nesta perspectiva os aspectos individuados e autónomos ao serem incorporados na identidade, dão lugar a uma sequência interdependente entre individuação, autonomia e construção da identidade. A autonomia é então conceptualizada enquanto sustentada entre o polo da distância e da reaproximação aos pais, sendo que o crescimento da autonomia do Ego, implica acréscimos graduais de competência, não deixando de preservar as relações com os pais.

Pode-se assim concluir que a individuação envolve a separação psicológica da "realidade pais e dos pais introjectados, decorrendo ao longo da vida e envolvendo mudanças no grau de autonomia versos ligação. A necessidade de ligação aos pais a par da ambivalência, são duas tónicas dominantes durante a adolescência, face à consciência progressiva da necessidade de reorganizar o mundo interno, de acordo com as mudanças desenvolvimentais.

Por outro lado, e voltando à perspectiva de Erickson (1950) sobre a construção da identidade, esta não é exclusiva da adolescência, sendo conceptualizada pelo autor enquanto consequência desenvolvimental de uma multiplicidade de experiências do passado e do presente que se organizam num todo coerente.

Segundo o autor, a personalidade desenvolve-se a partir de uma sequência de estádios caracterizados por uma crise ou um conflito dominante e específico, cuja resolução se traduz na possibilidade de avançar, com maior ou menor maturidade para as tarefas desenvolvimentais do estágio seguinte.

O conflito dominante na adolescência dá-se entre a formação da identidade (integração das identificações infantis precoces com outros aspectos psicológicos e psicossociais) versus a difusão da identidade, posto qual o indivíduo incorre ao longo da sua vida, em novas crises desenvolvimentais (intimidade, generatividade).

A formação da identidade torna-se então possível a partir de movimentos concomitantes de separação psicológica interna e de distância física face aos pais (autonomia).

A propósito disto, Marcia (1968), propôs uma tipologia dos estatutos de identidade, partindo do pressuposto que o adolescente experimente um período de crise (questionamento, tomada de decisão activa, experimentação em vários contextos sociais), antes dos compromissos de que fala Erickson.

Para Erickson (1950) e seus seguidores, identidade resulta das experiências psicossociais ao longo da vida, traduzindo-se num processo de crescente diferenciação.

Isto é, a aquisição da identidade é entendida como uma individualização do self e de um auto-reconhecimento construído no confronto com uma representação mais ampla e elaborada do mundo físico e social.

Parece pois que os comportamentos de autonomia de exploração e experimentação ao longo da adolescência, traduzem os quatro estatutos de identidade definidos por Marcia: difusão, forclusão, moratória e aquisição, num sentido de crescente maturidade. Poder-se-á então postular que a tarefa desenvolvimental de aquisição de identidade não está terminada no final da adolescência, bem como que as percepções das atitudes parentais assumem uma importância relevante na formação da identidade.

O conceito de identidade foi mais tarde usado por Keniston (1972, cit. in Flemming, 1993), colocando a tónica no pressuposto que a realização / diferenciação de uma identidade é condição essencial para tomada de decisões autónomas que podem ser cruciais na vida de cada um.

Também Bowlby desenvolveu um modelo etológico-evolucionista, que se traduz num paradigma teórico fundamental para a compreensão da problemática da vinculação e da autonomia.

A partir deste paradigma, podemos concluir que as figuras de vinculação têm um papel de base segura, a partir da qual se parte para uma exploração activa do meio ambiente, num movimento gradual maturativo entre proximidade e afastamento aos pais, bem como a maior ou menor capacidade de autonomização determinará a qualidade dos vínculos primitivos e actuais. Assim sendo, a vinculação (se não for excessiva), é entendida como um laço afectivo persistente que promove os comportamentos de autonomia no adolescente e não como um laço que promove a dependência. Esta perspectiva sugere que a autoconfiança e a autonomia impliquem o contar com o apoio dos outros para a partir daí, construir a sua própria autonomia, no sentido de figuras continentas, como proposto por Bion.

O desenvolvimento psicológico da criança depende da forma como, nos primeiros três anos de vida, a criança faz a aquisição da capacidade de perceber a mãe enquanto entidade separada traduzindo, no fundo, a problemática mais relevante para o processo de separação-indivuação, e de crescente complexidade cognitiva, ou seja, a das relações de objecto e da permanência do objecto.

Tal como os processos de vinculação e de individuação, também a transição do estado de criança dependente e vinculada para a realidade de adulto autónomo, implica o desenvolvimento de capacidades cognitivas.

Recorrendo à teoria dos estádios de desenvolvimento cognitivo de Piaget, sabemos que, de uma forma geral, durante a adolescência desenvolve-se um tipo de pensamento abstracto, complexo e flexível (estádio das operações formais), caracterizado pelas capacidades de pensar através de hipóteses, de pensar diferentes possibilidades e alternativas, de pensar acerca dos próprios pensamentos, de pensar segundo as perspectivas de outros, de pensar o passado, o presente, e antecipar o futuro.

É pois através do desenrolar destas mudanças cognitivas que o adolescente desenvolve capacidades para poder imaginar futuros papéis sociais, equacionar possibilidades e escolhas, e atingir um raciocínio social-cognitivo.

A partir da noção de identidade desenvolvida por Erickson (sentido emocional sobre o self, percepção de bem-estar e de coerência entre o passado, o presente e o futuro), Loevinger (1976), vem a postular que a estrutura cognitiva conseguida sobre os pensamentos acerca do self, é um aspecto fundamental na construção da identidade.

Neste sentido, o autor sugeriu uma sequência de estádios de desenvolvimento do ego, sendo que cada um dos estádios corresponderia a um estilo interpessoal, tal como ilustrado no quadro 29.

Quadro 29

ESTÁDIOS	ESTILO INTERPESSOAL
Pré-social	Autista
Simbiótico	Simbiótico
Impulsivo	Receptor, dependente, explorador
Autoprotecção	Conflituoso, manipulador, explorador
Conformista	Pertença, agradabilidade superficial
Consciência-conformismo	Self vigilante relativamente ao grupo, protector
Consciência	Intensivo, responsável, mútuo, preocupação com a comunicação
Individualismo	Ad: Dependência percebida como um problema emocional, separada da dependência física ou financeira
Autonomia	Ad: Respeito pela autonomia, interdependência
Integrado	Ad: Apreciador da individualidade

Adaptado de: Flemming (1993). Automia e adolescência.

Ad: informação adicional á descrição do estádio anterior

Loenvinger define o estádio dito autónomo enquanto capacidade de crescer com conflitos internos, resolvê-los e tolerar a ambiguidade numa relação interpessoal de interdependência e respeito pelas necessidades dos outros. Nesta altura o sujeito é capaz de integrar e lidar com necessidades internas e conflituosas e de ser tolerante, na medida em que respeita as necessidades de autonomia nos outros, estabelecendo com estes uma relação de interdependência (Flemming, 1993).

Também Kohlberg (1979), retomando a conceptualização de Piaget sobre o desenvolvimento moral, estabelece um modelo hierárquico constituído por três níveis de desenvolvimento moral: pré-convencional, convencional e pós-convencional.

Cada nível descreve a forma como o indivíduo raciocina e processa as questões que dizem respeito aos valores e à moral (apesar de um mesmo sujeito

poder funcionar simultaneamente em dois níveis conforme o tipo de questão com que se confronta):

Quadro 30

PERÍODO	NÍVEL DE DESENVOLVIMENTO MORAL
Infância	Pré-convencional
Adolescência	Convencional e pós convencional

“Quer o modelo de Loevinger sobre o desenvolvimento do self, quer o modelo de Kohlberg, remetem, na nossa opinião, para um processo gradual de diferenciação do self, diferenciação conseguida na permanente interacção com os pares, os pais e outros adultos significativos” (op. cit. Flemming, 1993, pp. 86).

Sherifs & Sherifs (1984, cit. in Flemming, 1993), articulam estas questões enfatizando a evolução do que designam por “ self-system” na adolescência, na medida em que, embora alguns fenómenos caracterizem o período da adolescência, o sujeito vive-os de maneira diferente consoante a posição social e as normas culturais, que determinarão os apoios ou os obstáculos fornecidos, quer pelos adultos, quer pelos pares.

Assim, a construção da identidade passa por um processo activo de diferenciação dos modelos do self que se percebem realizáveis mas que não se aceitam, bem como, na procura de uma posição apropriada do self relativamente a outros objectos sociais significativos, que compõem o campo cognitivo de cada um (Palmonari, 1990).

Assim, à medida que o adolescente se vai distanciando da família, vai-se centrando cada vez mais no grupo de amigos, investindo fortemente nas actividades sociais realizadas com os amigos e colegas da mesma idade. Os pares representam para o adolescente uma referência fundamental, possibilitando-lhe explorar e construir o terreno social, no qual se apoia para a evolução da sua autonomia sem o controlo dos adultos e dos pais (Olbrich & Brunstein, 1985).

Os adolescentes sentem que o grupo lhe proporciona apoio instrumental e emocional (Palmonari, et al. 1990) sendo que este suporte se torna fundamental na construção da sua identidade, na medida em que a identificação com o grupo de

pares, permite uma percepção da resolução das tarefas de desenvolvimento com menos dificuldades.

Parece tratar-se de um dado adquirido, a evidência de que os adolescentes com uma forte ligação à família, mas que não se identificam com os pares, ou o inverso, têm problemas em construir a sua identidade de adultos autónomos (Palmonari et.al, 1991; Kirchler et. al, 1992), na medida em estas duas entidades parecem funcionar como complementares na ajuda da resolução de problemas e na construção da identidade psicossocial.

Por outro lado, a investigação foi demonstrando (Palmonari et al., 1990), que os adolescentes com elevada identificação ao grupo de pares, não só percebem o grupo como capaz de os ajudar a encontrar soluções, como eles próprios se revelam mais autónomos e capazes de se reorientarem na solução de problemas a longo prazo, do que os adolescentes com baixa identificação, que se encontram mais sós com os seus problemas, têm mais dificuldade em encontrar soluções e, evidentemente, encontram-se mais frustrados e insatisfeitos.

Ainda quanto à família, nesta fase do ciclo de vida, uma das tarefas da família com um filho adolescente será deste potenciar a progressão para uma diferenciação e individualização, (ajustando-se a família a este objectivo), e facilitar aos filhos o processo de transição (Fleming, 1993; Sampaio, 1994).

Também os pais se devem separar dos filhos, ajudá-los no processo de emancipação e aceitar que estes se tornem adultos (Bonini, 1989). Os pais podem influenciar negativamente o processo de transição se lidam com receio face às transformações do adolescente, se sentem inseguros acerca da necessidade de autonomia ou, se são famílias com normas muito rígidas (Fleming, 1993; Sampaio, 1994).

Ao longo da revisão bibliográfica apresentada relativamente às questões da identidade e autonomia, confrontamo-nos, constantemente, com as noções de objecto e relações de objecto. Assim, a propósito das questões que parecem prender-se com a construção de uma identidade, não podemos deixar de aflorar aquilo que hoje se entende por teoria das “relações de objecto”, enquanto base da construção identificativa, como agente de maior importância na maturação pulsional e na

estruturação do Eu, bem como potencial influenciador da organização da realidade interior (realidade psíquica).

São pois as relações interpessoais significativas (intersubjectivas), também designadas “relações de objecto”, que constituem a base e veículo da construção identificativa, que forma e transforma o sujeito.

Breve Enquadramento Histórico da Noção de “Relações de Objecto”

A propósito da evolução histórica da noção de relação de objecto, propomos, numa primeira fase, reflectir um pouco em torno da teoria de Freud, partindo dos dois modelos, propostos pelo autor, relativamente ao funcionamento psíquico. No primeiro, refere-se a um aparelho predominantemente energético, em que o conflito deriva de uma luta entre a pulsão e a defesa. A pulsão, origem do impulso, tem uma base biológica. O objecto externo é necessário para a descarga pulsional, mas pode ser contingente. O prazer é definido como sendo provocado pela diminuição da tensão, exactamente pelo conceito de descarga, sendo que o ser humano tem uma determinação pulsional biológica, diante da qual se erguem os diques impostos pela cultura.

No segundo modelo freudiano, alguns temas, como o do narcisismo nos vínculos interpessoais, a internalização de objectos por intermédio da identificação, a formação do ego como um precipitado de identificações, o superego formado pela introjecção do superego dos pais e da cultura, podem ser entendidos como correspondendo a uma perspectiva de relações objectais.

Freud considerou a sua teoria das pulsões como uma pedra fundamental do edifício psicanalítico. Ao mesmo tempo, sempre pensou que estava diante de um terreno muito difícil e provisório, uma zona limítrofe entre a biologia e a psicologia, que o tempo iria ampliando e determinando. Para Freud, o vínculo com o objecto surge por efeito da pulsão, esta busca-o, para descarregar-se ou satisfazer-se. A biologia desempenha, dentro desta concepção, um papel verdadeiramente crucial (Freud, 1917).

Actualmente, a teoria das relações objectais parece ser hegemónica. Fairbairn tem um lugar neste processo, porque talvez tenha sido um dos que mais

definitivamente questionou o modelo pulsional de Freud. Pensou que era preciso um enfoque diferente, a fim de tirar os aspectos mecanicistas da teoria clássica das pulsões.

O enfoque de Fairbairn é resultado de uma maneira de pensar que adota uma visão que poderia ser considerada humanista e etológica. Parte da observação da necessidade de contacto do ser humano, do seu apego aos objectos, da dependência da criança em relação à mãe. Há uma afinidade entre Fairbairn, com a sua teoria das relações de objecto, e todos os autores que, como Klein, Spitz, Bowlby, Winnicott e, entre outros, com variações muito específicas, privilegiam a relação interpessoal, o vínculo afectivo, o contacto de pessoa a pessoa, num nível psicológico (Sutherland, 1981).

O modelo de conflito, em termos de luta entre pulsão e defesa, é apenas uma parte das teorias freudianas. Freud introduz as relações de objecto, tanto com o tema do narcisismo, como com a segunda tópica. O superego, por exemplo, tem conexões com os vínculos interpessoais, a cultura e o complexo de Edipo.

Para Fairbairn, a libido é buscadora de objectos, dá-lhes uma significação, que não concorda com as ideias de tensão e descarga, mas mostra a criança necessitada da sua mãe, num sentido psicológico muito profundo, como objecto de amor, para que ela a humanize, organize a sua mente, lhe confira a emocionalidade. Quando se pensa assim, vê-se a diferença, relativa a uma das facetas (a económica, neurofisiológica e energética) de Freud. Com Fairbairn, Winnicott, Bion e Meltzer, a psicanálise desliga-se, aceleradamente, da biologia e do estilo de pensamento das ciências naturais do século XIX (in Bleichmar & Bleichmar, 1992). Fairbairn crê que a mente está organizada num sistema de objectos internos. Um objecto interno, é uma parte do self, uma representação, originada pela internalização de uma relação interpessoal, tanto com as características das experiências reais, como com as fantasias internas, próprias de cada pessoa. A ideia de mundo interno parece ser sumamente plástica e descritiva, adaptando-se o termo aparelho psíquico, pela conotação mecânica que este possui. Vivemos no mundo interno, que é tão concreto e importante, nos seus efeitos, como o mundo externo (Guntrip, 1985). Concreto não quer dizer, evidentemente, que seja objectivo, no sentido físico, mas que a sua existência é decisiva para a nossa vida mental, isto é, condiciona, de tal maneira, o que pensamos, sentimos e fazemos, que tem a mesma força que um facto material. As nossas fantasias são reais, desta perspectiva, não possuem massa nem peso, mas

existência e uma força de determinação que não podemos subestimar.

Fairbairn propõe a hipótese de que existem dois egos e dois superegos, libidinais e antilibidinais; designa o ego antilibidinal com o termo descritivo do sabotador interno. Considera, além disso, que há um ego central. Extrai cada uma destas funções ou objectos de personagens existentes no sonho. Esta ideia não foi levada em consideração nos anos posteriores.

Pode-se trabalhar com o esquema tripartido de Freud, presumindo que as diferentes representações de uma pessoa constituem parte do ego e do superego; foi esta a solução encontrada pelos psicólogos do ego, que, por isso, não se sentiram na necessidade de modificar o esquema estrutural freudiano, limitando-se a enriquecê-lo.

A ideia de objecto interno tem relação com “Luto e melancolia”, onde é explicada a internalização de um objecto. Isto vale para o conceito de objecto interno, em Fairbairn e em Klein. No entanto, Fairbairn acrescenta um ponto interessante: internalizam-se, no objecto interno, as características reais do objecto externo, assim como as experiências emocionais concretas de como foi o vínculo.

Fairbairn pensa, diferentemente de Klein, que a primeira internalização é a do objecto mau, para controlá-lo. Talvez isso tenha derivado dos seus estudos sobre a melancolia. Estamos, então, diante de um ponto difícil de esclarecer, quando se trata de situações em que começa a formar-se a mente e que não são acessíveis directamente, constituindo inferências acerca das quais não nos podemos pronunciar.

A teoria de Fairbairn alcança um alto nível de formalização e capacidade explicativa quando descreve os quadros psicopatológicos como resultado de diferentes clivagens e projecções do objecto bom e mau. Assim, por exemplo, uma fobia tem estes objectos projectados no mundo externo, procurando discriminar se o objecto é perigoso ou protector. O paranóico está identificado com o objecto bom, projectando o mau para fora, donde decorre a sensação de superioridade e, ao mesmo tempo, de medo de ser ferido. O melancólico tem o objecto mau dentro e o bom fora, portanto, depende passivamente do outro a quem idealiza. Este modelo possui várias vantagens: (a) as bases de separação entre os quadros patológicos são estritamente

psicanalíticas; (b) é simples e dá unidade às diferenças ao tomar um vector constante de análise; (c) é prático e didáctico; quando se observam pacientes, há dados observacionais que concordam com estas proposições. Podem encontrar-se limites a esta classificação, coisa que acontece sempre quando o conhecimento avança através do tempo. Agora, temos conceitos que nos possibilitam diferenciar entre o objecto bom e o idealizado; também sabemos o que é que determina, mais especificamente, cada tipo de organização; talvez seja simples demais basear tudo em um “splitting” binário, cabendo pensar que os objectos possam ter diferentes características na sua constituição. Assim, Meltzer (1978), descreve seis modos diferentes de angústia paranoide e diferentes tipos de objectos maus. Estes são desenvolvimentos que a experiência vai impondo, a partir de uma pré-concepção inicial, em nada prejudicando a validade da intenção de Fairbairn, que perdura como uma explicação fecunda para a psicopatologia psicanalítica.

O conceito de posição parece mais adequado para certos problemas do que o de fase da libido; não está tão preso a uma cronologia evolutiva ou, o que é o mesmo, designa estados mentais que podem surgir em qualquer momento e variar rapidamente, fenómenos que são estudados segundo os mecanismos mentais que utilizam (projectão, clivagem etc.). Certamente, o papel de Klein foi mais relevante e com maior número de contribuições do que o de Fairbairn. Entretanto, uma espécie de fertilização cruzada entre ambos os autores amplia muitos pontos de compreensão (Fairbairn, 1952; Klein, 1946).

O papel que Fairbairn dá ao processo de dependência da mãe é importante para compreender muitos problemas da psicologia. A necessidade do bebé, no seu vínculo com o objecto primário, inclui a presença da mãe, a sua atenção (psicológica e física), para lhe proporcionar emoções, organizar o seu psiquismo etc. A angústia de separação é uma das questões que mais interessam na psicanálise actual, e Fairbairn tem muito, como os outros teóricos das relações de objecto, o mérito de que estejamos cientes desta situação.

Actualmente, interpretamos pulsões e fantasias, conflitos intrapsíquicos e transferenciais, mas atribuímos uma grande importância ao ritmo das sessões, à presença do analista como objecto materno, às emoções que o paciente tem no processo de dependência. Klein estuda essa temática em relação ao ciúme, à voracidade e à inveja, diante da cena primária e do corpo da mãe. Os pós-kleinianos

levaram em consideração a mãe, a respeito da necessidade de que cumpra certas funções e da dependência no vínculo com ela. Tudo isto tem conexão com a obra de Fairbairn. Guntrip, seu fiel discípulo, insistiu na importância dos processos de dependência e independência como parte da maturação e dos conflitos mentais.

Neste sentido, os trabalhos de Mahler estão numa linha parecida com os de Fairbairn.

A grande lacuna do pensamento de Fairbairn e Guntrip, é quando negam uma fonte interna para a agressão, condicionando-a, exclusivamente, à frustração. Assim também pensam, por exemplo, Winnicott ou Kohut. Outros, como Freud, em primeiro lugar, mas, além dele, Hartmann, Klein e Lacan, consideram que a agressão não pode ser entendida como produzida apenas pela frustração. Há muitas evidências de que tanto o narcisismo como a voracidade e a inveja geram condutas agressivas, diante de situações que, curiosamente, poderiam ser benéficas e prazerosas para o sujeito. A ideia de inveja, como intenção de atacar o bom, foi formulada somente em 1957, por Klein, e a de narcisismo, como factor de tensão agressiva, em 1949, por Lacan.

Vistas deste ponto, as propostas de Fairbairn parecem ingénuas ou “rousseaunianas”. A rivalidade humana, o desejo de destruir o oponente, não parecem ter uma relação directa com a frustração. Se a mãe vai descansar, depois de um dia de intenso trabalho, que a criança sinta frustração e ódio para com ela, é produto do seu narcisismo e da sua onnipotência, não de uma frustração, pois esta mesma mãe pode tê-la atendido muito adequadamente (Bleichmar & Bleichmar, 1992).

O papel da agressão e a dificuldade de coordenar o problema da dependência com o complexo de Édipo parecem duas limitações de Fairbairn. Klein conceptualiza estes dois pontos com alguma consistência, por mais dificuldades que tenha na sua forma de teorizar e a armação conceptual que faz dos problemas. Fairbairn reduz muito o papel do complexo de Édipo; coloca-o em segundo lugar em relação à dependência da mãe.

Em suma, a criança triangula, permanentemente, o seu vínculo com a mãe.

Noção de Relações de Objecto

O estudo da relação de objecto, permite revelar as qualidades intrínsecas do objecto, bem como os seus modos explícitos de agir, ou seja, coloca o objecto enquanto influenciando a construção do fantasma.

Este fantasma, traduzido tanto na fantasia de desejo, como na fantasia de resposta do objecto, vindo esta última, a completar o conceito de objecto interno e da imago (que traduz nada mais que o próprio objecto interno arcaico).

Pode assim dizer-se, que a realidade interna ou realidade psíquica, encontra-se figurada no fantasma.

Assim se compreende que a preocupação pela compreensão dos sonhos, tenha constituído o impulso para a psicanálise, na medida em que o objecto de fantasia, resulta dos impulsos, dos desejos, dos medos, da experiência, sendo construído por cada um.

As condições natais para o desenvolvimento da vinculação e para a defesa face aos predadores, conforme a experiência, organizam representações sob a forma de objectos, em que a fantasia transforma-se, por si própria, independentemente da realidade.

A mente vai sofrendo um desenvolvimento numa escala animal, constituindo-se um salto evolutivo com o aparecimento do homem e conduzindo à expansão do imaginário (infinito). É o contacto com a realidade que bloqueia esta expansão, sendo que a opressão do imaginário conduz à patologia.

O fantasma é assim conceptualizado, enquanto dinamismo interno, intra-subjectivo, intrapsíquico da história relacional do indivíduo com os seus objectos privilegiados, em que o desejo insatisfeito e a resposta inventada do objecto, modificam e configuram (a) a história factual da existência concreta; (b) a visão real do acontecimento no aqui e agora; (c) a imagem telescópica do porvir que se adivinha (Matos, 1996)

Como acabámos de referir, o chamado mundo interno, mundo psicológico, mundo intrapsíquico, mundo interior, refere-se ao mundo dos desejos, dos sonhos, das fantasias, mas também o mundo da representação do real dentro do sujeito, da memória. Neste, existem duas fontes, a realidade externa (que se refere às outras pessoas) e a realidade interna (que se refere aos instintos, às pulsões, ao corpo do sujeito).

Assim sendo, podemos considerar que o traço mnésico, a percepção do

interno e do externo e o plano prospectivo, constituem a integração dinâmica e momentânea do sonho e do real, onde frequentemente, pesa mais o imaginário que o sensível.

Podemos desta forma pensar, que o mundo interno, resulta da biologia (impulsos do sujeito) e da sociologia (outras pessoas), isto é, resulta do que o sujeito deseja e daquilo que os outros esperam do sujeito e deles próprios).

Dito de outra forma, os objectos internos, resultam daquilo que concebemos e daquilo que encontramos, podendo ser de dois tipos, os que resultam da representação dos objectos externos e os que são predominantemente de origem interna (objecto concebido).

A construção do bom objecto interno total, constitui uma importante etapa da evolução psicológica.

O objecto total pós-ambivalente, o objecto predominantemente bom, com continuidade afectiva (continuidade no tempo e no espaço dos aspectos bons, apesar de algumas características más ou negativas do objecto), permite-lhe permanecer estável e privilegiado, significativo, contínuo, como objecto de afecto do sujeito. Assim se constitui o objecto de amor. Este só se consolida verdadeiramente com a ultrapassagem do conflito edipiano e o estabelecimento de uma identificação homossexual razoável.

É pois a partir da constituição do objecto interno total, da estruturação do eu coerente com limites bem definidos, e de uma auto-estima segura e plenamente assumida, que surge a relação de objecto genital.

A relação de objecto genital permite o estabelecimento de uma relação com o mundo sem dependência excessiva dos objectos reais e actuais, sem risco iminente da perda da individualidade face às rupturas no seu sistema relacional concreto.

Neste contexto é-nos ainda permitido reflectir acerca do mundo interno, enquanto resultando do desejo, que tem um objectivo, é funcional (objecto de descarga) e da intenção, que tem um destinatário, é relacional (objecto de relação), estando na origem do objecto concebido.

Quando o impulso é muito forte, o objecto tende a ser um objecto de desejo (por exemplo, apaixonar-se, refere-se ao desejo de qualquer mulher/homem); com o crescimento e o desenvolvimento, o objecto tende a ser um objecto mais concebido,

mais específico (por exemplo, apaixonar-se, refere-se à mulher / homem dos seus sonhos).

O mundo interior tem dois contextos, o dinâmico (psico-dinâmica) e o estático (psico-estático).

No mundo interno está patente a representação de nós próprios (representação do self) e a representação de objectos vários, constituindo-se o “teatro interno”. O sujeito constrói a narrativa de si próprio (muito importante na terapia), que não corresponde realmente à realidade, que assim se encontra transformada por aquilo que o sujeito viu.

A narrativa para ter valor, tem que ser coerente, consistente e plausível.

Nas fantasias, podemos considerar a possibilidade (capacidade) e a possibilitação (meio que facilite), sendo que na chamada “religião da mente”, consideram-se as crenças (inconscientes) e o sistema de crenças.

Os objectos psicanalíticos clássicos são constituídos pelo objecto libidinal, como seus percursos clivados e parciais, e pelo self, objecto narcísico da libido (Gibello, 1999).

Para Klein, existem factores que passam à margem da consciência, mas os homens pensam. Assim, as pessoas, o outro, passam a ter um papel de mediação do pensamento, em que os conteúdos inconscientes (fantasias inconscientes) e os objectos internos (cidadãos do mundo interno), assumem um papel preponderante, existindo um espaço interno, em que as representações são periféricas (introjecções a um espaço da função simbólica (espaço do self).

As pessoas vão sendo, progressivamente, introjectadas e passam a fazer parte do mundo interno do sujeito; isto vai adquirindo cada vez mais importância, passando a fazer parte do sujeito (introjectivo), originando-se uma identidade correspondente aos objectos internos.

Bion, baseia-se na constatação de que os homens também imaginam.

Para Winnicott, o psiquismo corresponde a um espaço interno (semelhante ao pressuposto de Klein), podendo imaginar numa configuração curiosa.

Winnicott, defende o pressuposto dos objectos transitórios, na presença dos quais a criança fica mais tranquila, e isto está directamente relacionado com a relação materna. Aquilo que são as qualidades atribuídas aos objectos internos, acabam por ser condensadas, como se o objecto condensasse a função materna (por exemplo, o calor, a dimensão afável, o aconchego,...).

Winnicott, coloca outra questão, ou seja, até que ponto não se pode falar, como fenómenos transicionais as relações externas, semelhantes aos objectos internos? Contudo, verifica-se que há momentos da relação em que não são objectos internos nem externos, parecendo haver qualquer coisa de intermediário.

Assim, o objecto transicional é criado pela criança na área transicional entre a onipotência e a realidade, secretamente protegido pela mãe. Este objecto tem por destino, permitir a criação dos objectos libidinais e do self e, por vezes, transformar-se em objecto estésico ou de criatividade nascido no espaço potencial que sucede à área transicional e introduz o sujeito na área “cultural” (Gibello, 1999).

Spitz, parte do pressuposto que a mãe é o primeiro objecto interno. A partir do momento em que a criança se identifica com alguém, passa a reagir face aos outros, através da angústia do estranho (que quando não se observa pode ser o primeiro sintoma de psicose na criança).

Na área da vinculação, o outro faz parte de nós mas é na medida em que nós nos partilhamos com ele, que faz ainda mais parte de nós, o que corresponde à área do espaço transicional. O espaço interrelacional só se organiza na relação.

Assim, o espaço transicional (de Winnicott) é semelhante ao conceito de self de outros autores, ou seja, um espaço que se organiza em função da relação que se estabelece com os objectos internos.

A noção de verdadeiro self está associada ao gesto espontâneo, à função do conhecimento íntimo, ou seja, a autonomia que o outro me permite, a função de um gesto que se antecipa a meio caminho. Se o verdadeiro self equivale a isto, a identidade está subjacente ao gesto espontâneo, isto é, ao espaço da relação com o outro.

O bebé imaginário surge num espaço transicional, donde, não surge exclusivamente na “cabeça da mãe” nem na “cabeça do pai”. Assim, se as vinculações forem internas, são vinculações, o núcleo duro no funcionamento do self, ou seja, a coluna vertebral que lhe dá tonicidade, a dimensão dos actos de fé.

Quanto mais profundos os vínculos, mais se assume uma função primária, telepática e as pessoas passam a fazer parte do sujeito e a dar-lhe vida.

Bollas, na tradição de Winnicott, propõe a noção de um objecto transformacional (que é transformador e transformativo, ou seja, transforma o outro enquanto se transforma a si próprio). Sendo que, inicialmente, a criança reencontra o

objecto como processo e não como coisa, identificando, ainda assim, perceptivamente a sua experiência do objecto como objecto materno. Antes de ser reconhecida pela criança como objecto total, a mãe é uma fonte de transformações.

Na medida em que a subjectividade da criança é quase inteiramente feita de experiências de integração do Ego (cognitivas, libidinais e afectivas), o primeiro objecto é identificado como as alterações de estado do Ego (Gibello, 1999).

O objecto de fantasia é diferente do objecto fantasmático. O objecto de fantasia refere-se a qualquer coisa que está mais perto do real, logo que pode ser creditável. O objecto fantasmático, resulta de fantasia negativas realistas provocadas por desejos, impulsos, fantasias mais primitivas, mais irrealistas. Assim, um bebé que tenha um maior contacto com objectos fantasmáticos, desenvolverá um registo psicótico, enquanto que no neurótico, os objectos fantasmáticos são em menor proporção.

O objecto subjectivo, é o objecto de fantasia mais feita pelos afectos, ou seja, a forma como vivemos a experiência.

Perante isto, coloca-se-nos a seguinte questão: poderá o objecto de fantasia ser criado espontaneamente? Face a esta questão, oferecem-se diversas posições.

Para Klein, o espírito humano pode criar objectos fantasia sem nenhuma percepção do real. Fairbairn, considera que o objecto interno é interiorizado, sendo que foi experienciado, não é espontâneo, isto é, o objecto real é transformado.

Para que a criança conheça o mundo, esboça, cria alguns objectos, mas estes não são objectos internos. Referem-se a pré-concepções do objecto protector e do objecto predador.

Contudo, parece-nos que a concepção que mais se aproxima da realidade, é a de que inicialmente há uma progressão para aprender estas coisas, mas que só se apreendem com o contacto, com a experiência. À medida que a experiência vai aumentando, há uma maior elaboração, mais consciente, tratando-se assim do objecto concebido.

Como já referimos, o objecto transitivo, ou seja o objecto transicional de Winnicott, constitui o objecto de transição entre o self e o objecto real, entre a fantasia e a realidade. Este é criado pelo bebé para substituir a mãe, representando o

bom contacto com a mãe (conforto). É do objecto transitivo que surgem os objectos culturais, nomeadamente os de conforto. E este, em oposição ao objecto autista, que representa a má relação com a mãe.

Por outro lado, o objecto potencial, exhibe a potência de ter várias qualidades, que o próprio indivíduo lhe atribui.

O objecto de relíquia, representa as pessoas importante, mas geralmente já falecidas (observa-se em alguns lutos patológicos).

O objecto de pulsão (representante do instinto), é o alimentar e o sexual, que na concepção mais moderna diz respeito ao objecto de vinculação / protecção ao qual o indivíduo se afilia, sendo que o protegido, vincula-se, e o protector, liga-se.

O objecto total corresponde à pessoa inteira, enquanto que o objecto parcial refere-se a uma parte da pessoa, sendo que sob o ponto de vista afectivo assiste-se a uma clivagem entre o bom e o mau objecto (atacante / predador), que numa concepção mais moderna, dá origem ao instinto de defesa /directamente relacionado com o instinto de defesa).

Assim, o indivíduo nasce com dois programas, um programa para se vincular ao objecto protector e um programa para se defender do objecto predador. O bebé vincula-se com a pessoa total, mas pode depois privilegiar uma parte do objecto. Na patologia perversa, vincula-se ao objecto parcial, ou seja, vincula-se através do ódio sado-masoquista, o que conduz à desvinculação.

No contexto dos objectos psicanalíticos, podemos conceptualizar dois grandes grupos; o objecto de conhecimento (objectivo) e o objecto dos afectos (objectal).

A primeira abordagem psicanalítica do objecto dos afectos (amor / ódio), implicando uma relação propriamente dita em que a libido está fixada, foi feita por Ian Suttie. Este objecto é entendido não como um objecto puramente de satisfação, mas que tem sim uma continuidade no tempo; ou seja, aborda-se a relação objectal como sucedânea da relação instintiva.

Ao nível da vinculação secundária, o sujeito satisfaz o seu impulso e depois

vincula-se; esta é uma concepção que veio a ser alterada por Bowlby com o conceito de “attachment”; os animais ligam-se por necessidade de aconchego e de protecção; o amor não nasce da satisfação sexual mas sim da vinculação (é a sexualidade que se enlaça com isto).

Outro tipo de objecto, muito presente, sobretudo, nas personalidades depressivas é o objecto de companhia; enquanto que as personalidades de traços histéricos, escolhem o objecto pulsional (que atrai).

Assim, segundo a tese clássica da psicanálise, a criança liga-se à satisfação pulsional e pela repetição vincula-se. O objecto de vinculação (objecto anaclítico – de apoio –), dá conforto e dá contacto, aconchego, ternura, assim como é provisor de alimentos (sensibilidade primária).

O objecto de vinculação assume a função de identificação; preside à construção da identidade. O homem não cresce apenas por um processo de identificação. A identidade é mais um processo de diferença dos outros do que uma identificação.

Para além do processo de identificação é o de identificação idiomorfa (identificação às características do próprio), enquanto que o processo de identificação imagoico imagética, correspondente a uma identificação àquilo que é atribuído ao sujeito, podendo impedir o crescimento da identidade própria.

O objecto inicial é muito de identificação, em que um modelo de identificação, serve o crescimento da sua identidade, facilitando a organização da identidade do bebé (coerência).

Este objecto primário é também um objecto de iluminação (atenção focal partilhada), pegando nas palavras de Margharet Mahler “a mãe é uma espécie de farol”, mostra qual é o percurso.

Outras das funções importantes do objecto primário é, por um lado, a promoção do objecto imaginário (objecto sonhador), que alimenta a capacidade de sonhar do bebé; por outro lado, o desenvolvimento do sistema simiótico, isto é, a mãe vai introduzindo a criança no mundo dos símbolos (capacidade simbólica).

A criança não repete apenas as palavras que ouve; a criança inventa palavras.

Na própria construção dos significados a criança aprende os significados e

escolhe o significante. No fundo, a palavra facilita a construção do pensamento, mas não nasce do pensamento.

Outra função do objecto primário é a de um objecto que completa o sujeito, isto é, objecto de complementação, preencher qualquer coisa que falta (diferente de complementaridade, que corresponde a fazer uma nova unidade, ou seja, o objecto é completo mas preciso de outro para articular).

O objecto complementar é o primeiro caminho para a sexualidade (para fazer a unidade de casal). Isto aparece mais cedo quando a criança começa a perceber que precisa de alguém que faça uma articulação com ela para fazer qualquer coisa.

Depois da relação complementar há uma relação criativa, de criação, que começa com o brincar (jogos) e que também faz parte da relação adulta. Há pois uma progressão do brincar para a criação científica.

Com a relação criativa (criar uma terceira coisa), está instalada a relação criativa que vai permitir a ultrapassagem da angústia existencial (finitude da existência). Assim, a ultrapassagem da angústia existencial faz-se pela criação, transmitida de geração em geração (e que começa na infância, com o brincar) - o conhecimento da morte, ou seja, a angústia da finitude da vida, a angústia de extinção (conhecimento humano), é ultrapassado pela imortalidade simbólica.

Com a adolescência muda-se de objecto e de objectivos. Assiste-se a uma passagem do objecto de protecção para o objecto sexual (objecto complementar), em que o objectivo deixa de ser o de ser protegido para passar a ser o de fazer coisas novas com outras pessoas.

Na passagem da adolescência para a adultícia, começa a assistir-se a uma vontade de transmitir ("casar e ter filhos").

Outra concepção do objecto, diz respeito ao objecto epistémico, ou seja, a necessidade de conhecimento, isto é, trazer conhecimentos que não são vulgares.

A partir da corrente pós-freudiana, o estudo das relações de objecto tem vindo a assumir várias linhas internas, escapando a uma definição simplista. Privilegia-se, em princípio, o vínculo com o objecto. Este poderá ser definido de diferentes maneiras, sendo pois evidentes, as dificuldades que se apresentam para resumir, num

todo, uma única perspectiva sobre estas teorias (Bleichmar & Bleichmar), como podemos apreciar no quadro 31.

Quadro 31

AUTOR (ano)	CONCEITO DE OBJECTO INTERNO
Freud (1932)	O vínculo com o objecto é efeito da pulsão
Klein (1946)	“cidadãos do mundo interno” : pessoas introjectadas ⇒ passam a fazer parte do mundo interno do sujeito: introjectivo ⇒ identidade equivalente aos objectos internos
Fairbairn (1952)	Busca do objecto: parte do self – representação – originada pela internalização das características reais do objecto externo e das experiências emocionais concretas de como foi o vínculo
Balint (1952)	Amor primário
Guntrip (1961)	Relação pessoal
Winnicott (1965)	Relação do ego Objectos transitórios: qualidades atribuídas aos objectos internos ⇒ condensadas ⇒ o objecto condensa a função materna
Bowlby (1969)	Ligação – o sujeito satisfaz o seu desejo e depois vincula-se: “attachment”
Bollas (1979)	Objecto transformacional (transformador e transformativo) –transforma o outro enquanto se transforma a si próprio
Spitz	A mãe é o primeiro objecto interno: a criança identifica-se com a mãe ⇒ angústia do estranho
Mahler	O objecto primário é um objecto de iluminação – a mãe mostra qual é o percurso (“farol”)
Gibello (1998)	O objecto primário é identificado como as alterações de estado do ego

No entanto, em todas elas, surgem algumas ideias fundamentais: (a) é decisiva a relação precoce com a mãe e, depois, com os pais; (b) não se pensa em termos de pulsões que procuram descarregar-se (ou, pelo menos, não exclusivamente assim), mas numa necessidade de contacto com o objecto primário, por segurança, identificação, tranquilidade, unidade do self, humanização, processos de fusão e separação etc.; (c) a patologia, principalmente a mais grave, tem a sua origem nestes estágios do vínculo inicial do bebé com a mãe; (d) o complexo de Édipo, assim como o superego, tem, como antecedente, as etapas e necessidades dos primeiros períodos da vida.

Se estas andarem bem, o desenlace do complexo de Édipo tem todas as possibilidades de ser resolvido de maneira adequada.

Segundo Gibello (1999), os diferentes objectos psicanalíticos assinalados, não permitem explicar as observações em recém-nascidos e lactentes, que demonstram a capacidade destes bebés para agir, com pertinência sobre a realidade exterior com os seus próprios meios sensitivo-sensoriais, quer a realidade exterior seja constituída por objectos físicos, como por pessoas. Assim, propôs um novo objecto psicanalítico, com o nome de objecto epistémico (objecto do conhecimento), constituído por um conjunto de continentes encaixados de percepções sensitivo-sensoriais e emocionais metapsicologicamente referenciáveis.

Na opinião de Gibello, a “pulsão de dominação” (conjunto do que, no aparelho psíquico, tende a exercer um domínio e um controlo sobre os objectos), nas fases iniciais de funcionamento do aparelho psíquico (até ao segundo semestre de vida) pouco ou nada se ocupa de pulsões sexuais. Exerce-se sobre os objectos parciais sexuais arcaicos, mas também e, sobretudo, sobre objectos epistémicos, ou seja, objectos a conhecer.

o objectotransformacional.

Como vimos, enquanto objecto de vinculação, o objecto assume a função de identificação, impulsionando a construção da identidade.

Por outro lado, o objecto inicial entendido enquanto modelo de identificação que serve o crescimento da identidade do bebé (facilitando a organização da sua identidade), entendemo-la também neste contexto, enquanto objecto transformador (Bollas, 1978).

Segundo Bollas (1978), devido à prematuridade considerável do nascimento humano, a criança depende da mãe para sobreviver, e como ego suplementar (Heimann, 1956) ou como ambiente facilitador (Winnicott, 1963) – a mãe sustenta a vida da criança e transmite-lhe, através do seu idioma particular de maternidade, uma estética de ser que se torna uma característica do self da criança.

A forma como a mãe protege a criança, como responde, selecciona objectos, percebe as necessidades internas da criança, constitui a “cultura” que ela criou para si própria e para o seu filho, uma cultura privada que apenas pode ser habitada pelos dois – mãe e filho – composta por uma linguagem de sintaxes, gestos, sons, modelo e humor que assegura a sua privacidade e enfatiza o ambiente único desta primeira relação.

No seu trabalho sobre a relação mãe-criança, Winnicott (1960) enfatiza a capacidade da mãe providenciar uma continuidade do ser, ela protege a criança num ambiente por ela construído, que facilita o crescimento da criança. E mais, contra este “equilíbrio” recíproco, há uma malha extremamente activa de trocas entre mãe e filho, um processo constante de momentos negociados que se adapta à volta dos rituais das necessidades psicossomáticas (alimentação, higiene, dormir, segurança).

Por isso mesmo, torna-se irrefutável, segundo Bollas, que enquanto “o outro self” da criança, a mãe transforma continuamente o ambiente interno e externo da criança, permitindo-lhe vir a assumir-se enquanto Eu executor, criador (Marina, 1995).

Winnicott (1963) nomeou esta função compreensiva da mãe, enquanto “ambiente-mãe”, entendendo que para a criança a mãe ainda não é um outro, ela é o ambiente total.

A isto, Bollas acrescenta que a mãe é menos identificável com um objecto do que com um processo que é identificado com as gratificações internas e externas cumulativas, donde o primeiro objecto assume o papel de objecto transformacional, ou seja, um objecto que é experiencialmente identificado pela criança com o processo de alteração da experiência do self.

Uma identificação destas emerge do relato simbiótico, onde o primeiro objecto é “conhecido” não pela cognição deste numa representação do objecto, mas conhecido como uma experiência de ser recorrente – uma espécie de existência, como oposta ao conhecimento representacional.

Como a mãe integra o ser da criança (instintivo, cognitivo, afectivo, ambiental) os ritmos deste processo, das desintegrações em integrações, dá forma à natureza desta relação de “objecto” mais do que às qualidades do objecto como objecto.

A mãe ainda não é identificada como um objecto mas é experienciada como um processo de transformação e a sua característica permanece na pista do objecto-doente na vida adulta onde, segundo Bollas, o objecto é escoado para a sua função como significante do processo de transformação do ser.

Na vida adulta, a questão não passa por dominar o objecto, mas sim no sentido de entrega como um processo que altera o self, onde o sujeito, sente-se agora a si próprio, como o recipiente de cuidados ambiente-somáticos, identificados com a metamorfose do self.

Como é uma identificação que começa antes da mãe ser conhecida como objecto, não é um objecto de relação que emerge do desejo, mas de uma espécie de identificação proto-perceptual do objecto com a sua característica activa – o objecto como transformador ambiente-somático do sujeito – e manifesta-se ele mesmo na procura de objecto (uma pessoa, lugar, acontecimento, ideologia) que se compromete transformar o self.

Não é de surpreender que a criança identifique estas descobertas com a presença de um objecto, como a falha da mãe para manter a provisão do ambiente facilitador, através do descuido ou ausência prolongada ou “mau manejo”, que podem trazer ao de cima um colapso do ego e um considerável pânico psíquico.

Com a criação do objecto transformacional pela criança, o processo transformacional é disponibilizado pela mãe-ambiente (onde é originado) em inúmeros objectos-subjectivos, de tal forma, que esta fase transicional é sucessora da fase transformacional.

Com o objecto transicional a criança pode jogar com a ilusão da sua própria onnipotência, podendo conceber a ideia do objecto como sendo libertador, sobrevivendo ainda à sua crueldade; a criança pode encontrar nesta experiência transicional, a liberdade da metáfora: o que era um processo actual pode ser deslocado em equações simbólicas que, se suportadas pela mãe, acalmam a perda do ambiente-mãe original.

O uso de um objecto transicional é um acto criativo da criança, um evento que não exhibe apenas uma capacidade do ego mas que indica a primeira experiência proto-subjectiva da criança.

Em muitas crenças religiosas, por exemplo, o sujeito acredita no potencial da divindade actual para transformar o ambiente total, o que sustenta os termos do objecto precoce ligado dentro de uma estrutura mítica – onde o conhecimento permanece simbiótico – coexistindo a longo termo com outras formas de conhecimento.

Podemos ver por exemplo como a esperança investida em muitos objectos (um novo emprego, mudança para outro país, férias, etc.) podem ser um requisito para a experiência transformacional, e, ao mesmo tempo, uma “relação contínua” com um objecto que significa a experiência de transformação.

Sabe-se que o mundo publicitário vive das características deste objecto. O produto anunciado usualmente compromete-se a modificar o ambiente externo do sujeito e este altera o “estado de espírito” interno.

Na vida adulta a procura de uma experiência desta natureza pode gerar esperança, mas parece ser também motivo de tensões futuras o imperativo de encontrar algo no futuro para transformar o presente: é um ego-procura que recorrentemente estabelece a memória de um ego pre-verbal.

É usualmente na altura daquilo que Bollas (1978) chamou de “momento estético”, que o indivíduo sente uma profunda conexão subjectiva com um objecto (uma pintura, um poema, etc), que experiencia uma misteriosa fusão com o objecto, um acontecimento que evoca o tipo de experiência do ego que constitui a sua experiência precoce.

Mas estas ocasiões, cheias de sentido como devem ser, acabam por ser menos relevantes do que as realizações transformacionais, isto é: o facto de se lembrar de algo nunca aprendido cognitivamente, mas com conhecimento existencial, a memória do processo ontogénico, mais do que pensamentos ou fantasias que ocorrem uma vez estabelecido o self.

Ou seja, com o “momento estético”, as memórias de um acontecimento específico ou relação, evocam um sentido de fusão psicossomático total – uma experiência do ego- que é a memória do sujeito do objecto transformacional. Esta antecipação do ser transformado por um objecto – ele mesmo uma memória do ego do processo ontogénico – inspira o sujeito com uma atitude respeitosa pelo objecto. Então, mesmo com a transformação do self não terá lugar na escala que teve durante a vida precoce, o sujeito do adulto tende a nominar o objecto como sagrado.

Na vida adulta a procura do objecto transformacional é real. Isto é, recordar uma experiência objectal precoce, para relembrar não cognitivamente mas existencialmente ao longo da experiência afectiva interna, uma relação que foi identificada com as experiências transformacionais cumulativas do self.

A sua intensidade como uma relação objectal não é devido ao facto do objecto ter sido desejado, mas sim porque o objecto é identificado com esta metamorfose considerável do ser.

No “momento estético”, o sujeito re-experencia resumidamente pela fusão do ego com o objecto estético, o sentido da atitude subjectiva para com o objecto transformacional. Mas estas experiências são apenas memórias, não são recriações

actuais. A procura, contudo, por esta equação simbólica do objecto transformacional e a experiência com a qual é identificado continua na vida adulta.

Podemos imaginar o self como facilitador transformacional, e podemos investir-nos a nós mesmos com capacidades para modificar o ambiente.

Neste sonho diário o self enquanto objecto transformacional, leita-se algures na tensão futura, é mesmo o planeamento ruminativo acerca do futuro, pode contudo, conceber planos práticos, constituindo muitas vezes uma espécie de oração psíquica, para a chegada do objecto transformacional.

Não será pois surpreendente que várias psicopatologias emirjam da falha, tal como disse Winnicott, para ser desenganado da relação.

Segundo Bollas, a busca de algo perfeito serve para separar as más experiências do self dos conhecimentos cognitivos do sujeito; são actos semiológicos que significam a procura pelas pessoas de uma relação objectal particular, que está associada com a transformação do ego e a reparação.

Concluindo, a procura do objecto transformacional e das transformações é talvez a mais penetrante relação de objecto arcaica.

A procura está fora do desejo pelo objecto “per si”, nem primariamente fora do desejo, mas deriva de uma identificação perceptual insistente com o objecto de transformações do self.

A fileira completa dos sentimentos humanos pode ser deduzida na procura dos objectos.

A procura do objecto transformacional, a sua nomeação como a criadora da transformação do ambiente é uma memória do ego.

Uma vez identificadas as memórias precoces do ego com um objecto que é contemporâneo, a relação do sujeito com o objecto pode tornar-se fanática.

Voltando um pouco atrás, podemos concluir que o objecto interno é uma representação investida do objecto externo (de afectos), correspondendo a um objecto introjectado ou interiorizado.

Na saúde mental, o objecto interno está permanentemente em contacto com o objecto externo (vai-se transformando), sendo que os potenciais pruridos a este nível poderão contribuir para a construção de uma identidade de risco deficitário.

Sob o Nome de Identidade de Risco Deficitário ...

“ (...) na evolução, a produção de formas resultantes de uma mutação ou é aleatória, dentro do conjunto de alternativas que o status quo permite ou que, se a mutação é exigida, os critérios dessa exigência são irrelevantes para as pressões do organismo.” (Op. Cit. Bateson, 1987, pp 131)

“ (...) a mecânica das relações constitui um caso especial de descrição dupla (...) a unidade da sequência de comportamentos contém, pelo menos, três componentes (...)” (Op. Cit. Bateson, 1987, pp 122)

Para Bateson, tanto a alteração genética como o processo denominado aprendizagem, constituem processos estocásticos, em existe uma corrente de acontecimentos que é aleatória sob certos aspectos e um processo selectivo não aleatório, que faz com que alguns dos componentes aleatórios sobrevivam por mais tempo do que outros.

A perspectiva do autor traduz a ideia de que as mutações, entendidas enquanto alternativas desfavoráveis sob o ponto de vista da sobrevivência, são eliminadas segundo o processo de selecção natural, favorecendo alternativas inofensivas ou benéficas.

“ Tanto para as mutações como para a aprendizagem é sempre necessário recordar as patologias potenciais dos tipos lógicos. O que tem valor de sobrevivencia para o indivíduo pode ser mortal para a população ou para a sociedade.” (Op. Cit. Bateson, 1987, pp 132)

Resumindo, se pegarmos na perspectiva de Bateson, teremos que aceitar que tanto a alteração que se prende com a evolução referente à herança e às populações), bem como o pensamento e a aprendizagem (referentes ao indivíduo), ainda que se rejam por processos lógicos diferentes, isto é, por tipos lógicos diferentes, são semelhantes, evidenciando uma natureza estocástica.

Se nos resumisse-mos a princípios regidos pela regra Lamarkista, exclusivamente, todo o processo de evolução e vida ficaria preso na rigidez da determinação genética, isto é, todo o sistema de processos estocásticos entrelaçados, chegaria ao fim.

Apesar de processos de evolução de ajustamento conjunto, de processos de selecção natural de padrões de interacção, para cada criatura separada não há evolução de novos contextos de acção, na medida em que cada um, retém o seu próprio carácter, a sua própria organização do universo apreendido.

Assim, todo o conhecimento exterior, independentemente da sua natureza ou qualidade, deriva, em parte, daquilo que é designado de conhecimento de si próprio (Bateson, 1987), sendo que o sujeito, projecta as suas opiniões acerca de si próprio no mundo exterior, e os enganos ou falsas opiniões, não têm obrigatoriamente que impedir que o sujeito se mova, aja e interaja junto dos outros. Resta avaliar a qualidade desse movimento, acção e interacção, em função do pensamento construído pelo próprio, na construção de si próprio como Eu executor, que o conduzirá (ou não) à autonomia, à liberdade, à expressão plena de uma identidade.

Podemos pois perceber, que o que se assiste no percurso distorcido da construção da identidade, são “buracos” do conhecimento do eu e do outro, sendo que as dificuldades de conhecimento são da ordem da psicopatologia. Assim, o neurótico /histérico, recalca o que não lhe é agradável; na histeria assiste-se à dita vicariância erótica; o psicótico recusa/nega o que não lhe é agradável e o paranoide, projecta partes do objecto interno (perseguidor do passado); no borderline, o self está clivado, ou seja, umas vezes funciona de forma paranoide e outras vezes de forma depressiva.

Ao longo da construção lenta e progressiva do objecto interno, a qualidade e coerência do investimento da mãe no filho, bem como a quantidade de projecção agressiva (dependente de frustrações anteriores, precoces e sofridas), que a criança faz na mãe, assumem um papel preponderante.

Estes factores são de uma importância fundamental tanto na génese do Autismo Infantil (Leo Kanner), como na origem dos núcleos psicóticos das personalidades que atingiram um grau de relação objectal positiva.

Uma das formas determinantes de carência de objecto, é aquela em que o objecto não compreende o desejo do sujeito interno (fantasmático). Segundo Bettelheim, pode-se considerar na génese do autismo infantil, a ausência de uma relação de mutualidade, em que a mãe não assume o papel de Eu Auxiliar, donde, não acede às angústias da criança e não metaboliza as suas projecções agressivas,

isto é, não fornece uma resposta correcta de experiências fantasmáticas negativas.

Nos casos de patogénese extrínseca marcada, a mãe, perturbada pelo seu passado infantil, não entende o desejo do filho, assim entendido como um prolongamento de si própria, personificando os seus próprios desejos.

Podemos assim concluir que a presença dos objectos internos, se traduz em efeitos organizadores, ou seja permite a imunidade à dor, pelo que a deficiência ao nível da presença de objectos internos, conduz àquilo a que podemos chamar “imunodeficiência”. Donde, a presença de objectos internos “fracos” tem um efeito erosivo.

Na idealização da relação, o que está presente é a angústia de separação, sendo difícil imaginar pessoas sem ela. Para algumas pessoas, idealizar é a forma possível de odiar. O outro parece ter a onipotência da vida e da morte, assistindo-se assim a uma dimensão paranoide.

Na relação border-line, fica no meio termo. Passa fundamentalmente por uma angústia de separação, uma angústia de perda do objecto, uma angústia abandonica, isto é, quando o sujeito idealiza a possibilidade de ser abandonado, antecipa e abandona primeiro.

Na estrutura psicótica, assiste-se a uma relação dual, uma relação parasital, em que o outro acaba por ser objecto de alimentação (tudo o que tem de vital).

Numa tentativa clara de compreensão das contigências inerentes às questões relacionadas com as perturbações da do pensamento e da identidade, bem como a diferença entre debilidade e perturbação mental, pareceu-nos interessante “espionar” alguns dos contributos decorrentes do modelo de interpretação do pensamento dado por Gibello (1999), podendo-se estabelecer um certo paralelismo entre a oposição forma e substância (desenvolvida por Aristóteles), com a oposição continente e conteúdo, demonstrada na primeira noção moderna de continentes de pensamento, preconizada por Bion, e mais tarde retomadas por Gibello. Este, encara as capacidades intelectuais como sendo distintas da organização do pensamento, donde se explica que existam pessoas que têm capacidades intelectuais normais, sendo contudo incapazes de utilizar as suas competências para apreender, compreender, resolver problemas, apreender as interacções sociais.

Para Gibello (1999), a representação psíquica de um objecto é elaborada sob o desígnio dos aspectos libidinal, epistémico e narcísico (objecto-si), ou seja, embora

reciprocamente ligados, os três continentes têm um desenvolvimento distinto, clivado entre si nos primeiros meses de vida. Assim, com o mesmo objecto, o lactente pode fazer uma experiência erótica, uma descoberta cognitiva e uma descoberta de uma parte de si próprio, sem se dar conta que se trata de uma única experiência com o mesmo objecto.

Uma actividade é imaginada nos fantasmas, experimentada nos esquemas de acção e sentida nos continentes narcísicos, em que a representação de transformação regista uma sequência temporal de acontecimentos, acções e sentimentos, enquanto a representação da coisa propriamente dita é uma representação holística.

As representações de transformação actuam na representação do pensamento e das reacções emocionais do outro, representando a forma como estes podem evoluir e assim o sujeito constrói uma “teoria do espírito”.

Se conseguirmos conceptualizar a ideia da coexistência de conteúdos de pensamento com importantes carências dos continentes de pensamento cognitivos, que impossibilitam que o sujeito atribua a alguns dos seus conteúdos de pensamento (diferentes sistemas dinâmicos pelos quais os conteúdos de pensamento podem tomar sentido, ser compreendidos, memorizados e comunicados), percebemos que se possa assim determinar aquilo que Gibello definiu como “desarmonia cognitiva patológica” também designada de “atraso da organização cognitiva”.

Este autor esquematiza a evolução do pensamento, concretizando um ponto de partida, naquilo que definiu como sendo os continentes de pensamento arcaicos (fantasmas, processos de cognição, continentes narcísicos). Estes, ao imprimirem as primeiras significações ao bebé, constituindo um triplo sistema de referência (sexual, cognitivo e narcísico), originando um pensamento inconsciente, que transformado pelos continentes simbólicos complexos, constitui representações (sinais), como é o caso da linguagem, que facilitam a memorização, a comunicação, a figuração. Pelo efeito dos continentes de pensamento socioculturais, modela-se, dá-se forma e termina-se esta maturação.

Aqui os conteúdos de pensamento são conotados como banais ou estranhos, desejáveis ou inadmissíveis, revolucionários ou conformistas, na história, na tradição e na cultura do sujeito; sendo que, as diferentes perturbações do pensamento, e a organização de estruturas deficitárias, se constituem a partir dos prejuízos sentidos ao nível de diferentes destes continentes.

Nas identidades de risco deficitário, cada caso suscita um problema original, que é preciso apreender na conjunção entre, por um lado, a história anterior, considerando nomeadamente o resultado das acções durante a infância e, por outro lado, os componentes actuais, assinaláveis em registos diferentes. Oferece-se assim para exame, o estudo do processo de base que compreende em particular o autismo, as psicoses, as patologias-limite; a avaliação dos componentes deficitários, simultaneamente naquilo que os liga à patologia básica e naquilo que os objectiva como handicaps, sob a forma de incapacidades e de desvantagens que constituem um obstáculo ao exercício de uma plena autonomia e à realização das aprendizagens; o contexto familiar é naturalmente uma parte beneficiada na história partilhada desde a infância.

O sistema de representação é por si só instável e complexo, cuja finalidade é a de ocultar os pensamentos considerados inaceitáveis pelas instâncias da censura. Isto pressupõe a noção de deslize semiótico, no sentido de ter a função de impedir o próprio eu de tomar consciência de desejos repreensíveis.

Assim, os Fantasmas, são continentes de pensamento com o objectivo de dar sentido aos estados de excitação sexual ou agressiva, fornecendo-lhes uma representação mental (deslize semiótico) que não é estável (sob o efeito do deslocamento). Estes actuam pois como defesas, no sentido de protegerem o ego dos efeitos angustiantes dos conflitos intrapsíquicos.

O pensamento organizado pelos fantasmas, encontra-se cortado do princípio da realidade, com o objectivo de proteger da percepção de uma realidade insuportável. Obedece pois às leis do processo primário da função psíquica, criando ilusões de percepção, de prazer, interpretativas.

Assim, as anomalias do pensamento organizado pelo processo primário, conduzem à patologia mental, na medida em que a dominância e prevalência, para além dos primeiros momentos de vida, do fantasma de autocriação (clivado de toda a referência objectiva da realidade), conduz às psicoses e às desarmonias evolutivas psicóticas ou deficitárias.

Paralelamente à organização do pensamento pelos fantasmas, existe uma segunda organização mental reservada ao conhecimento, com o objectivo de distinguir e reconhecer percepções; agir sobre e controlar os objectos do mundo exterior e resolver problemas.

Por sua vez, os continentes de pensamento cognitivo, derivam da curiosidade, do desejo de saber, de compreender, de dominar, de controlar, assentando no desenvolvimento e generalização das gnosias (dão sentido às percepções sensoriais, permitindo o conhecimento do mundo exterior) e das praxias neurológicas (dão sentido às sequências motoras de gestos e condutas, permitindo o conhecimento das nossas competências motoras).

Os continentes de pensamento cognitivo evoluem com a idade, tendo em conta a realidade, contudo, muitas vezes desorganizam-se e originam as demências e a confusão mental. Têm a sua origem na acção das primeiras reacções circulares. Assim, através das respostas motoras dos reflexos inatos, que mais tarde vêm a originar os esquemas de acção (que constituem a trama originária dos continentes de pensamento) que repetidos em reacções circulares, permitem ao bebé aprender a assimilar objectos do mundo exterior, através de fenómenos complexos. Segundo Gibello (1999), assim se procedem as discriminações sensoriais cada vez mais finas e numerosas, constituem-se diferentes continentes de pensamento cognitivos e os bebés descobrem as invariáveis cognitivas e a capacidade de raciocínio sobre as relações e as abstracções, constituindo-se assim o pensamento (hipóteses e deduções).

Pode-se então considerar as capacidades intelectuais, enquanto traduzindo o número de representações e de diferentes ligações que podem ser tidas em consideração pelo aparelho psíquico num determinado momento. Este conceito distancia-se do conceito de processos cognitivos intelectuais, na medida em que estes se referem ao conjunto das representações psíquicas de conhecimentos memorizados pelo sujeito. Este sistema constrói-se à medida das experiências do sujeito, conduzindo à formação de representações psíquicas cada vez mais complexas.

Os continentes de pensamento narcísicos, dão sentido às diferentes realidades da experiência que temos de nós próprios. São organizados por esboços inatos do esquema corporal, segundo uma lógica topológica e espacial. As circunstâncias da sua acção circunscrevem-se às experiências do corpo feitas por ocasião dos prazeres sexuais e cognitivos, permitindo a constituição de uma representação mental dos conhecimentos de si próprio, englobando as metacognições e os conhecimentos da sua história e a sua identidade.

As representações de transformação intervêm no processo de tomada de decisão, isto é, na escolha da sequência de movimentos / comportamentos mais adequados, o que implica a evocação das acções possíveis e as suas consequências, bem como o valor previsível do resultado da acção. Assim, as recordações das acções passadas e o estado emocional presentes em conta nas representações de transformação influenciam o valor atribuído às diversas opções do momento, a partir de um repertório predeterminado / adquirido de padrões sensoriais / motores.

As representações de transformação constituem um intermediário que permite passar da imitação e do imaginário ao campo do simbólico. Assim, ao introduzirem estruturas de narração, ou seja, representações de sequências inscritas no tempo (envelopes pré-narrativos), desempenham um papel unificador essencial sobre o efeito dos diferentes continentes.

Desta forma, os continentes de pensamento simbólico, permitem modificar as representações psíquicas, na medida em que acrescentam as representações simbólicas às representações de coisa, de transformação e de afecto.

Assim se percebe, que as circunstâncias que impedem ou perturbam o acesso aos continentes simbólicos, têm graves consequências sobre o desenvolvimento cognitivo e sobre o desenvolvimento do pensamento em geral.

Dos pensamentos simbólicos complexos, a linguagem é a primeira a ser reconhecida. Esta permite representar com um sistema de significantes arbitrários a maior parte dos conteúdos de pensamento, evocá-los por si próprios e trocá-los com outros (Gibello, 1999).

O acesso da criança à linguagem (que se torna operante a partir dos 18 meses), impulsiona a grande metamorfose do pensamento, na medida em que substituindo no pensamento consciente, as representações pré-verbais arcaicas, permite abertura à experiência, à história e ao pensamento do outro, acrescentando as suas próprias ligações associativas às já estabelecidas entre as representações arcaicas dos diferentes tipos.

Esta concepção de linguagem, enquanto algo que dá estrutura às representações inconscientes, afasta-se da ideia de Lacan, para quem o inconsciente era concebido enquanto estruturado como uma linguagem.

As interacções sociais com base verbal auxiliadas por representações simbólicas (visuais), conduzem aos continentes de pensamento grupais e culturais.

Estes modelam o pensamento procedente dos continentes arcaicos e simbólicos complexos, implicando a representação de que o outro tem um pensamento e um sistema de representações próprios. Assim se chega a uma teoria do espírito que marca a fronteira entre os continentes de pensamento grupais e a linguagem, gerando-se desta forma, as ilusões ligadas às representações e os recalcamientos e clivagens comuns a um grupo.

O pensamento individual, modelado por narrações ou mitos construídos pelas comunidades às quais pertence o indivíduo, propõem modelos e impõem ao sujeito uma representação de si próprio.

Assim, podemos considerar que a psique se encontra cercada de um triplo envelope continente, ou seja o arcaico, que produz a partir das energias exteriores e interiores, três correntes de pensamento originários, o fantasmático, o cognitivo e o narcísico, sendo que estes se elaboram em sistemas de sinais e de cultura, a partir do continente simbólico complexo e do cultural.

As perturbações dos continentes de pensamento cognitivos, podem manter-se por períodos de tempo variável, sendo que os seus sintomas se traduzem geralmente ao nível do insucesso na aprendizagem profissional, perda de competências profissionais e dos conhecimentos em geral, na medida em que os seus sintomas se expressam ao nível do raciocínio, memória e atenção.

Daqui surgem as dificuldades ao nível da compreensão de certas percepções, que conduzem geralmente às dificuldades de aprendizagem (social, escolar, profissional); dificuldades ao nível da perícia gestual e postural, condutoras de aquisições de aprendizagens motoras imperfeitas (dispraxia); dificuldades em prever, antecipar, evocar as cronologias (discronias); dificuldades ao nível da atenção (distracção, instabilidade), que conduzem geralmente aos esquecimentos e às alterações ao nível das recordações, o que impossibilita a aprendizagem pela experiência, condutoras de alterações ao nível da semiotização do tempo e da duração; dificuldades ao nível da memorização, quer no âmbito dos diferentes aspectos da memória activa como do acesso às recordações registadas na memória a longo termo; dificuldades ao nível da linguagem oral e escrita; dificuldades ao nível da interpretação de factos do mundo exterior, segundo modos normalmente ultrapassados para a idade do sujeito (atraso de organização / desenvolvimento cognitivo); dificuldades ao nível da utilização de competências cognitivas adquiridas

pela aprendizagem (perturbação da instrumentalização); dificuldades ao nível da compreensão dos problemas colocados, de os apresentar, de representar o meio de os resolver; da génese da solução (perturbação da elaboração dessas diferentes representações).

A coexistência destes mesmos sintomas, pode combinar-se de diversas formas clínicas, conduzindo a diferentes quadros clínicos, como as desarmonias das estruturas cognitivas, atraso da organização do raciocínio, instabilidade do raciocínio, desorganizações cognitivas estruturais, evoluções cognitivas deficitárias, défice das funções metacognitivas, demências e patologia de instrumentalização (Gibello, 1999).

Nas chamadas debilidades, assiste-se a um triplo atraso, ao nível da linguagem, sociabilidade e escolaridade, bem como a um pensamento cognitivo deficitário e capacidades intelectuais deficitárias.

As anomalias biológicas podem condicionar uma lentidão ao nível do desenvolvimento cognitivo conduzindo a uma pobreza das capacidades intelectuais de base. Constroem-se assim um atraso mental simples, em que a organização cognitiva é de nível inferior ao normal e equivalente ao chamado “atraso mental ligeiro”.

A este nível assiste-se, geralmente, a um fraco domínio da linguagem oral e, sobretudo, ao nível da escrita, não ultrapassando o estágio das operações concretas. Os continentes de pensamento cognitivo são especificamente anormais.

Assim, as anomalias narcísicas e metacognitivas sobredeterminam as capacidades do sujeito, sendo que este acredita ser incapaz mesmo em domínios que não o é.

O dinamismo interno de um desenvolvimento primitivamente deficitário aparece, muitas vezes, mais complexo porque as diversas componentes podem desenvolver-se a ritmos diferentes, isto é, pode existir uma justaposição de modos de pensamento diferentes, que resultam numa “trapalhada cognitiva”, que leva ao bloqueio da estruturação hierárquica normal do desenrolar do pensamento. Este bloqueio, geralmente compromete a capacidade de aprender pela experiência, conduz à renúncia às actividades intelectuais e a delimitação do pensamento nos fantasmas megalómanos.

No chamado “atraso mental grave”, assiste-se a um impedimento de qualquer

autonomia, acede-se a uma linguagem oral rudimentar bem como a inacessibilidade à linguagem escrita, escolaridade impossível; aprendizagens restringidas a condutas simples e a um difícil controlo da violência e da sexualidade.

Assim, as perturbações dos continentes de pensamento cognitivos encontram-se na origem de danos graves nos processos gerais de equilíbrio psíquico. Nas crianças, estes danos exprimem-se na mediocridade das capacidades de aprendizagem (insucesso escolar) e na incapacidade de adquirir competências profissionais. Estas crianças, em regra tornam-se adultos de baixo nível de formação ou qualificação, nos chamados analfabetos ou “débeis”(Gibello,1999).

Até um período recente, os distúrbios iniciais, do mesmo modo que as suas alterações sob a influência da cura, eram considerados essencialmente através da oposição neurose-psicose; ora, a experiência mostrou que os adolescentes neuróticos raramente são afectados por bloqueios, inibições, carências de investimento que levariam a um verdadeiro processo de estruturação deficitária, incluindo restrições maiores e fixas; conseqüentemente, os problemas evolutivos desta ordem foram encarados, sobretudo, no campo do autismo e das psicoses. Por fim, quando, nestas últimas organizações se desenhavam transformações favoráveis ao longo da evolução, encontravam-se ligadas, de forma bastante sistemática, a um processo de neurotização.

As revisões fundamentais que foram feitas a este esquema dizem respeito em primeiro lugar ao reconhecimento das patologias-limite da criança cuja evolução suscita questões importantes, em particular a dos riscos deficitários dos quais alguns, de expressão tardia, vêm a exteriorizar-se durante a adolescência. Quanto às mutações positivas, assinaláveis nos autistas e nos psicóticos, elas exigem que se crie alguma distância relativamente ao processo de neurotização: esta perspectiva preserva o seu interesse, mas como uma potencialidade que não oferece, à primeira vista, pontos de implantação determinantes.

Nas patologias-limite, as clivagens assumem um lugar central, sob os seus diversos aspectos, sustentadas por defesas arcaicas, nomeadamente a negação.

Durante a adolescência, estas modalidades, longe de terem o significado inelutável de um progresso em direcção às organizações-limite ou narcisistas da idade adulta, encontram-se sobretudo ao serviço das capacidades de adaptação; contribuem para sustentar o acesso à autonomia e à realização das aprendizagens;

ajudam ao provisionamento das aprendizagens, ao mesmo tempo que apoiam certos investimentos objectais. Sobre este fundo, traços e mecanismos de tipo neurótico podem desenhar-se, nas entrelinhas, e depois libertar-se, através de um movimento de reintegração cujos efeitos positivos se exprimem conjuntamente, face a erros cognitivos; contudo, o acesso a um autêntico processo de neurotização continua a ser aleatório.

No âmbito das psicoses deficitárias, mesmo nos casos em que se evolui no sentido de uma melhoria no plano psicométrico, persistem restrições de eficiência que fazem com que sejam classificados, sobretudo, entre as debilidades médias, enquanto que ainda se exprimem desarmonias nos resultados dos testes e nos diversos aspectos clínicos; a imaturidade, a dependência, o desejo de apoio, sendo que os sujeitos inscritos, muito precocemente, num processo que inclui uma deficiência intelectual severa, são, mais que outros, ameaçados de restrições duradouras.

Quanto aos casos de autismo, mantêm-se traços originais e desarmonias na sua eficiência, onde se assinala a influência das estratégias autistas.

É do lado das desarmonias psicóticas que se observam a presença de traços e de mecanismos onde se marca, inegavelmente, a abertura a um movimento de reintegração; mas é apenas numa minoria de casos que estamos no direito de reconhecer o acesso a um autêntico processo de neurotização.

Assim, as restrições causadas a uma utilização demasiado larga do conceito de neurotização conduzem a melhor reconhecer como certos adolescentes, apoiando-se de forma dominante noutras modalidades, nomeadamente nas clivagens e defesas arcaicas, estão em condições de progredir no plano cognitivo, ao ponto de acederem por vezes a uma eficiência de nível normal ou próximo do normal com até mesmo, para alguns, uma redução das desarmonias – não é o caso mais frequente, mas é interessante assinalá-lo.

Estes aspectos positivos são certamente acompanhados, por um lado, pela presença de capacidades de expressão, de comunicação e de simbolização que já lá estavam no momento em que, para lá da idade de três ou quatro anos, o processo psicótico se exteriorizou de forma manifesta. Nisso, a situação é diferente, no grupo

das desarmonias psicóticas, da encontrada nas psicoses deficitárias e em certos autismos em que a patologia cognitiva está presente à primeira vista.

No âmbito da discussão do que está em causa nos distúrbios da personalidade do tipo patologias-limite, é útil lembrar o afastamento entre, por um lado, as formas reconhecidas desde a infância, das quais algumas incluem, muito cedo, o atingir das funções cognitivas e, por outro lado, as formas pobres em sintomas ou mesmo latentes, nas quais a gravidade dos traços estruturais subjacentes é inicialmente ignorada (algumas exteriorizam-se apenas na adolescência).

Os primeiros aspectos, os mais bem individualizados, evoluem consoante as modalidades, de gravidade variável; no entanto, geralmente considera-se que, na ausência de intervenções adaptadas, realizadas suficientemente cedo, um dos principais riscos encontra-se constituído pela acentuação das restrições às capacidades de representação e de simbolização.

Em casos semelhantes, os conflitos próprios a esta fase são contornados, os laços narcisistas e anaclíticos estabelecidos com os primeiros objectos são reforçados, enquanto que a fixação e extensão das clivagens perpetuam funcionamentos em falso self. Estas modalidades tendem a garantir a continuidade narcisista, mas é às custas da fixação duradoura das deficiências preexistentes e por vezes da acentuação do nivelamento intelectual – o qual se associa então às alterações estruturais que testemunham um progresso em direcção aos estados-limite ou às patologias narcisistas da idade adulta.

Assim, podemos verificar que os adolescentes já afectados por patologias da personalidade desta ordem, incluindo uma importante vertente deficitária, conseguem escapar a estas ameaças e evoluir em direcção a uma reintegração através das alterações de tipo neurótico, mesmo que persistam atrasos desarmónicos.

Todavia, ao longo de toda a adolescência, o sujeito permanece susceptível a riscos depressivos e narcisistas, incluindo sob formas nas quais os indícios de neurotização ocupam um lugar crescente: estes adolescentes continuam a procurar apoio, de forma dominante, nas clivagens, nos mecanismos arcaicos e outras disposições relacionais constrangedoras, ao ponto de esta dimensão aparecer muitas

vezes no primeiro plano do quadro clínico, passando à frente das expressões propriamente neuróticas.

Em casos semelhantes, a persistência de limitações no jogo psicológico e na criatividade faz com que nos interroguemos sobre as possibilidades de reintegração dos atrasos e das desarmonias preexistentes na adolescência; por último, coloca-se a questão do acesso às formas mais evoluídas da inteligência e do pensamento que, nas condições habituais, tomam forma durante a adolescência.

De facto, sob a sobre-adaptação ao desejo de outra pessoa, as falhas específicas persistem, inalteradas; a criança não entrou numa configuração edipiana estruturante e o trabalho do estado latente não foi efectuado, embora pareça essencial à preparação, em segredo, das revisões ulteriores que a adolescência impõe.

Esta última pode então agir como um verdadeiro traumatismo, em sujeitos desta ordem que se revelam incapazes de mobilizar os seus recursos interiores e de ordenar as suas relações com aqueles que os rodeiam.

Daí, resultam rupturas no equilíbrio entre investimentos narcisistas e objectais com uma exigência dominante de uma dupla tranquilização narcisista, esta andando a par com a ocorrência de dificuldades maiores na negociação da dependência infantil.

Com efeito, neste contexto, representar-se dependente torna-se, narcisisticamente, intolerável para o adolescente: à dependência descerrada cruamente, ele prefere a ruptura com os objectos, mas esta não é representada apenas nas turbulências da realidade, vai ao ponto de rejeitar imagos e objectos parentais interiorizados que estão na base dos fundamentos narcisistas, das primeiras identificações, da construção dos ideais.

As consequências destas modificações patológicas exprimem-se, de forma muito pejorativa, em diferentes níveis, nomeadamente, nos erros do movimento identificatório, em particular no que diz respeito à identidade sexuada; na incapacidade de assumir o trabalho psíquico exigido, durante um longo período, pelas mutações da adolescência.

Este contexto impede que o jovem se aproprie de novas capacidades cognitivas que constituem a inteligência operatória formal, através da qual o adolescente, nas condições habituais, acede a novas relações com o mundo e consigo

próprio, ao passo que o desenvolvimento do pensamento vem reforçar as suas capacidades criativas.

Wallon já tinha mostrado que este progresso no registo cognitivo sustenta as aprendizagens do adolescente, segundo um processo em que, por tentativa e erro, o sujeito ajusta as suas potencialidades em curso de emergência. Os cognitivistas retomaram estas perspectivas interessantes através dos seus trabalhos sobre as estratégias cognitivas. O mesmo problema foi igualmente encarado, segundo uma perspectiva de desenvolvimento, por A. Freud sob o ângulo de uma mobilização dos mecanismos tornados os mais eficazes, numa fase em que as modalidades de funcionamento mental mais recentemente adquiridas vão levar a melhor sobre as formas arcaicas.

O fracasso deste processo faz entrever a forma como, em sujeitos até aí bem adaptados, os aspectos estruturais próprios às patologias-limite da infância podem passar para primeiro plano e acarretar um polimento das virtualidades de ordem cognitiva, incluindo em sujeitos inicialmente portadores de uma abertura de tipo neurótico.

Resumindo, ao longo de desvios desta ordem, o risco de um nivelamento crescente realiza-se muitas vezes de mansinho, pois os adolescentes têm, menos que outras pessoas, recurso aos procedimentos ou a expressões sintomáticas mentalizadas que viriam chamar a atenção daqueles que os rodeiam, como podemos observar no quadro 32.

Quadro 32

Percurso distorcido da construção da identidade Psicopatologia	“buracos” do conhecimento do eu e do outro sistema de representação : instável e complexo ⇒ ocultar os pensamentos considerados inaceitáveis pelas instâncias da censura : deslize semiótico : impedir o próprio eu de tomar consciência de desejos repreensíveis
Neurose /Histeria	recalca o que não lhe é agradável - vicariância erótica
Psicose	recusa/nega o que não lhe é agradável relação dual, uma relação parasital, em que o outro acaba por ser objecto de alimentação (tudo o que tem de vital)
	traços e mecanismos onde se marca a abertura a um movimento de reintegração (processo de neurotização) - mas apenas numa minoria de casos

<p>Desarmonias Psicóticas</p>	<p>certos adolescentes : apoiando-se de forma dominante nas clivagens e defesas arcaicas ⇒ progredir no plano cognitivo, ao ponto de acederem por vezes a : eficiência de nível normal ou próximo do normal redução das desarmonias – não é o caso mais frequente</p> <p style="text-align: center;">∩</p> <p>aspectos positivos : acompanhados pela presença de capacidades de expressão, de comunicação e de simbolização que já lá estavam no momento em que, para lá da idade de três ou quatro anos, o processo psicótico se exteriorizou de forma manifesta</p>
<p>Psicose Deficitária</p>	<ul style="list-style-type: none"> • restrições de eficiência ⇒ debilidades médias : desarmonias psicometricas e imaturidade, dependência, desejo de apoio • deficiência intelectual severa ⇒ ameaça de restrições duradouras <p>a patologia cognitiva está presente à primeira vista</p>
<p>Autismo</p>	<p>ausência de uma relação de mutualidade, em que a mãe não assume o papel de Eu Auxiliar ⇒ não acede às angústias da criança e não metaboliza as suas projecções agressivas</p> <p style="text-align: center;">∩</p> <p>não fornece uma resposta correcta de experiências fantasmáticas negativas</p> <p>traços originais e desarmonias na sua eficiência, onde se assinala a influência das estratégias autistas a patologia cognitiva está presente à primeira vista</p>
<p>Paranóia</p>	<p>projecta partes do objecto interno (perseguidor do passado) idealizar é a forma possível de odiar o outro parece ter a onnipotência da vida e da morte</p>
<p>Patologias-limite</p>	<p>O self está clivado – umas vezes funciona de forma paranoide e outras vezes de forma depressiva angústia de separação, angústia de perda do objecto, angústia abandonica ⇒ quando o sujeito idealiza a possibilidade de ser abandonado, antecipa e abandona primeiro.</p> <p>clivagens ↳ lugar central: defesas arcaicas ↳ negação</p> <p>adolescência: ao serviço das capacidades de adaptação :</p> <ul style="list-style-type: none"> • acesso à autonomia e à realização das aprendizagens; • aprovisionamento das aprendizagens e apoiam certos investimentos objectais <p>afastamento entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • as formas reconhecidas desde a infância : funções cognitivas atingidas ⇒ evoluem consoante as modalidades, de gravidade variável <ul style="list-style-type: none"> ▪ ausência de intervenções adaptadas precocemente: restrições às capacidades de representação e de simbolização <p>as formas pobres em sintomas ou mesmo latentes: a gravidade dos traços estruturais subjacentes é inicialmente ignorada (algumas exteriorizam-se apenas na adolescência)</p>

Quadro 33

• capacidades intelectuais ⇒ distintas da organização do pensamento

∩

pessoas que têm capacidades intelectuais normais ⇒ incapazes de utilizar as suas competências para apreender, compreender, resolver problemas, apreender as interações sociais

∩

com o mesmo objecto, o lactente pode fazer :

↓

experiência erótica descoberta cognitiva descoberta de uma parte de si próprio

Actividade	
Imaginada	Fantasmas
experimentada	esquemas de acção
Sentida	Continentes narcísicos

Quadro 34

psique

cercada de um triplo envelope continente – o arcaico

energias exteriores e interiores ⇒ três correntes de pensamento :

fantasmático, cognitivo, narcísico :

⇒ imprimem as primeiras significações ao bebé

⇒ constitui-se um triplo sistema de referência (sexual, cognitivo e narcísico)

⇒ origina-se um pensamento inconsciente

⇒ transformado pelos continentes simbólicos complexos

⇒ constitui representações (sinais) ⇒ linguagem ↳ facilitam a memorização, a comunicação, a figuração

∩

⇒ elaboram-se em sistemas de sinais e de cultura, a partir do continente simbólico complexo e do cultural

Quadro 35

Psique: triplo envelope continente – arcaico	
Fantasma	<p>defesas ⇒ protegerem o ego dos efeitos angustiantes dos conflitos intrapsíquicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • pensamento cortado do princípio da realidade ⇒ proteger da percepção de uma realidade insuportável ⇒ leis do processo primário da função psíquica ⇒ ilusões de percepção, de prazer, interpretativas • anomalias do pensamento organizado pelo processo primário ⇒ patologia mental • dominância e prevalência do fantasma de autocriação ⇒ psicoses e às desarmonias evolutivas psicóticas ou deficitárias

Normalidade / Anormalidade?... Sob o Signo do Epistema da Desordem

Ao longo dos tempos, o conceito de loucura (hoje condicionado a uma perspectiva psicopatológica), em que o conceito de debilidade esteve, durante algumas décadas enraizado, tem vindo a sofrer sucessivas alterações, podendo ser considerado enquanto “epistema da desordem”.

Na Idade Média e no Renascimento, a loucura, tal como a debilidade, era encarada como uma Não Verdade, intrinsecamente relacionada com o Não Ser. O louco era encarado como estando “possuído”, despido de verdade moral. Durante muito tempo, pretendeu-se moldar o louco segundo os padrões vigentes na sociedade, traduzindo não mais que a dificuldade daqueles que não conseguiam viver com o mistério encarcerado no discurso do louco.

A partir do século XVIII, começou a aceitar-se a loucura como uma “Verdade Primitiva”, inerente à própria natureza.

O chamado discurso moderno pós-cartesiano, vem a realçar o conceito de desfazão (assente em pressupostos positivistas e racionalista, enfatizando o sintoma e negando o acesso a uma compreensão da verdade da pessoa), que fazia com que a relação da pessoa com ela própria, com a verdade, com a ciência, com a realidade, fosse uma forma de não ter.

Ao longo do sec. XIX, o médico enquanto detentor da razão, era o agente da aquisição da verdade moral e de um resumir, desfazer e ligar de todas as alienações daquele que era diferente, o então louco.

A actividade do psiquiatra estava pois, na antinomia daquilo que pretende ser a proposta psicológica, na medida em que o interesse é a actividade alucinatória ou delirante.

A conferência de sentido ao delírio não intervém epistemologicamente sob a questão de porque é que ele delira. A separação essencial é entre o sentido e o delírio. Ainda que o sujeito tenha um sentido aparente para perder a razão, este nunca justifica a razão da loucura, porque essa nunca é a verdadeira razão, pois aqueles que têm razão não são loucos.

Esta envolvência vai criar um quadro de uma exclusão da sua condição de sujeito, pois tudo o que ele diz e o que ele é, não é.

Freud demonstrou uma preocupação dominante centrada na questão humana,

mais do que propriamente na questão da doença (no sentido positivista), o que vem a traduzir-se numa transgressão epistemológica, impulsionando (sec. XX) a separação das ciências, construindo um discurso especializado.

O que Freud descobriu foi o que não tem lugar na vida do homem, o excesso em que o homem não pode ser, e é aqui, que se constrói a desordem e o sofrimento. Freud nunca teve um discurso sobre a normalidade, nem tão pouco a psicanálise é um discurso da normalidade.

Tal como diz Bachelard, a questão psicanalítica é da ordem da ruptura epistemológica, prendendo-se com a articulação entre inconsciente e significação. A coisa deixa de ser observada por um ângulo fechado sob o domínio do orgânico e passa a ter o terreno da expressão do sujeito, colocando o sintoma como um sintoma psicopatológico, trazido, já não para o campo da coisa psiquiátrica, mas para um campo mais amplo, sob o que podemos dizer sobre o discurso do homem.

O território da definição da loucura e da debilidade, passou por um critério que tem a ver com a problemática da “modernidade”, o critério cartesiano da razão, vulgo loucura, da normalidade versus anormalidade.

Loucura parece ser uma coisa muito mais vasta que psicopatologia, implicando que o sujeito sobre o qual se cria o étimo louco, seja retirado das quatro questões fundamentais do discurso da razão (condição do sujeito, relação à verdade, à ciência, à realidade).

Assim, a exclusão social do louco é apenas consequência de uma exclusão mais radical, que é excluir de si mesmo, da sua fala e da relação com o outro, na medida em que nunca pode dizer nada sobre si, e o que diz não contém nada de expressão, nada sabendo sobre a realidade.

Neste sentido, se seguirmos a organização do discurso cartesiano, se virmos pelo lado da razão perdemos o critério que é a pessoa falar de si, porque mesmo no delírio, ela fala de si.

Com a ruptura das teorias organicistas e positivistas da psiquiatria clássica (que acede apenas à diferenciação e à compartimentação), cedeu-se ao louco uma dimensão muito distante da razão e da ciência experimental.

Enquanto “lógica da desordem”, a loucura não obedece à lógica da razão mas traz-nos sim, uma outra dimensão do conceito de sujeito, de verdade, de ciência e de realidade, protagonizados na “desordem”.

Enquanto desordem do epistema, a loucura requer uma compreensão que

passa por uma nova dimensão científica, sendo pois da necessidade de compreensão da loucura, que vem a ampliar-se o saber científico, desencadeando-se uma “desordem” necessária ao enquadramento da própria loucura (permitindo evitar a ditadura do organizado). Assim emerge uma “transgressão epistemológica” assente na dicotomia “desordem do epistema versus epistema da desordem”, afastando-se pois, do raciocínio puramente racionalista e enfatizando a preocupação crescente na questão humana.

È pois desta crescente preocupação na questão humana, que vem a surgir a necessidade de conceptualizar a loucura e a debilidade, enquanto construtos separados, ainda que ambos lidos em função do discurso humano, em que a fala do inconsciente é de uma outra ordem, é uma outra fala, que pode ser tornada comunicacional desde que entremos no discurso.

Ligando estas noções à noção de definição e conceptualização da debilidade, e se nos focalizarmos a partir da perspectiva desenvolvida pela A.A.D.M. (o diagnóstico de debilidade parte de uma definição multidimensional, enquanto conjunto de sintomas, mas não de uma doença, com origem durante o período de maturação psicossomática, de etiologia variada, cujas características principais são a incapacidade para o indivíduo se adaptar às exigências naturais e sociais e um défice ao nível das funções intelectuais), colocarmo-nos perante uma outra questão, a questão do sintoma.

O Sintoma

Podemos conceber o sintoma como uma resposta de baixa complexidade, por parte do sujeito em sofrimento, relativamente a um sistema de elevada complexidade, construída progressivamente pela história dos homens (pelo desenrolar de uma praxis colectiva e da iniciativa individual).

A história começa há sete milhões de anos atrás, quando com a libertação da mão, o australopitecos tem acesso à mobilidade do polegar, desenvolvendo o cortex cerebral (que vem a articular-se com as questões da linguagem) e tenta lançar um grito sobre a consciência da morte. À medida que se avança na complexidade biológica da espécie, aumenta a complexidade da resposta, sendo que a resposta mais

elevada e mais complexa é a resposta humana, na medida em que o caminho do homem é o da complexidade, sendo que o homem tem uma condição criativa.

Segundo o Paradigma de Edgar Morin e na tentativa de compreender a unidade complexa da sociedade e da individualidade dos primatas mais evoluídos, há que encarar a complexidade enquanto diversidade e variedade (no próprio determinismo social). A complexidade instala-se pois na combinação indivíduo/sociedade e esta relação pauta-se por um duplo princípio de cooperação-solidariedade e competição-antagonismo (faceta esta que alimenta o duplo princípio complementar-antagonista da organização social), afirmando-se a partir deste carácter incerto (desta ordem alimentada através da desordem).

A integração social dos primatas avançados já é complexa, na medida em que comporta antagonismos e desordens, que não passam de elementos parcialmente constitutivos da própria organização. A sociedade dos primatas mais evoluídos está já impregnada de contradições, que constituem nada mais que as condições da sua complexidade e obstáculos ao progresso dessa mesma complexidade. A lógica da complexidade bem como o sentido do termo auto-organização (uma sociedade auto-produz-se sem parar porque se auto-destrói sem parar), surge através da ameaça permanente mantida pela desordem (que confere à sociedade o seu carácter complexo e vivo de reorganização permanente). A hominização terá então que ser concebida como uma morfogénese complexa e multidimensional resultante de interferências genéticas, ecológicas, cerebrais, sociais e culturais. O cérebro é aqui entendido enquanto processo de complexificação multidimensional, em função de um princípio de auto-organização ou de auto-produção. Assim, a consciência de morte que emerge nos sapiens parece constituir-se pela interacção de uma consciência objectiva (que reconhece a mortalidade) e de uma consciência subjectiva (que afirma, se não imortalidade, pelo menos transmortalidade). Todo o sintoma é o problema da aprendizagem social, que Freud traduz enquanto compulsão à repetição. Freud articula existência e dor (questão inerente à nossa condição de existência, pressupondo o ultrapassar da angústia de morte e de separação). Desistir resume-se a deixar de existir, sendo que o pensamento reflecte a mediação à dor. Sob o primado da pulsão de morte, Freud constrói algo que era o lugar de uma constância originária onde a dor de viver era resolvida.

O sintoma equivale pois a uma tentativa de “escapar” (reflecte uma perda da capacidade de duvidar da nossa capacidade). Quanto mais escapamos mais

ignorantes ficamos. O sintoma não permite pensar, impossibilitando o conhecimento, na medida em que são a dúvida e a desordem, que proporcionam a formação do pensamento e do conhecimento. A complexidade é do homem do futuro; a memória do passado é estupidez, sendo que, a complexidade evolutiva se traduz na capacidade de aguentar a dor de saber.

Para Morin, a transformação só é concebível enquanto produto de uma desordem enriquecedora (fonte de complexidade), na medida em que a crise pode ser fonte de progresso (aumentando a complexidade), e/ou fonte de regressão (conduzindo a menor complexidade). O sintoma mais não é que a expressão do sujeito e da significação, pertencendo ao campo da comunicação. Só no contexto relacional é que o acto interpretativo (na questão do que “o que falta”), conduz à significação do sintoma. Para Freud, a coisa está no lugar onde ela mesmo está, sob a forma de sintoma (cuja produção se dá pela ordem da falha); É pois na égide da ordem e da desordem, do erro, do ruído, da fantasia, que se constrói este sistema de elevada complexidade, a que o indivíduo em sofrimento reage, através de uma resposta de baixa complexidade, o sintoma.

È precisamente neste limite que entendemos a pertinência da inscrição de quadros deficitários, que consubstanciam a desordem, a desarmonia, bem como a inscrição ou risco de um desenvolvimento vulnerável e da construção de uma identidade de risco deficitário na pessoa com debilidade.

Tal como já tivémos oportunidade de analisar ao longo desta reflexão, a questão da identificação, nomeadamente o compromisso ao nível da identificação projectiva, assumem um valor determinante, na fixação do sintoma.

O conceito de identificação em Freud, assume um valor central, enquanto operação pela qual o indivíduo se constitui. Este conceito vem a assumir um carácter progressivo, sendo inicialmente referido enquanto defesa primária (mau uso de um mecanismo normal), isto é, procura no exterior da origem de um desprazer; Freud vem também a apresentar este conceito como ocorrendo quando não existe conflito (assumindo um papel muito importante na determinação da forma assumida pelo mundo externo). A projecção permite assim, as percepções internas de processos emocionais, pensamentos e percepções sensoriais.

Pode estabelecer-se um paralelo entre o conceito de Projecção em Freud, e o de Identificação Projectiva em Klein. Freud consubstancia a ideia de Klein, de que a nossa imagem do mundo é criada através de Identificação projectiva, a partir de impressões sensoriais do mundo interno.

Para Klein, a Identificação Projectiva é o protótipo de uma relação objectal agressiva, representando um ataque anal a um objecto, forçando partes do Ego com o objectivo de apoderar-se ou controlar os seus conteúdos (ocorrendo na posição esquizo-paranóide do desenvolvimento). A Identificação projectiva traduz assim, a fantasia onipotente de projectar a controlar no interior do objecto partes não desejadas do próprio.

Para Bion, a Identificação Projectiva representa o conteúdo que se aloja num continente, no qual um objecto é projectado (o conteúdo). Faz a distinção entre dois tipos de Identificação Projectiva, a Patológica (carácter excessivo; implica prejuízos da capacidade de pensar os pensamentos, sobretudo quando os vínculos de ligação entre os conteúdos mentais são atacados com ódio), e a Normal (carácter estrutural, possibilitando que a criança reintrojecte a função contentora da mãe, e a função α do mesmo, sob a forma de um seio pensante bom).

A função α , representa o processo de transformação de dados sensoriais brutos em conteúdos mentais com significado e que podem ser utilizados para pensar. A Identificação Projectiva permite a expulsão violenta dos dados sensoriais não assimilados (que permanecem como elementos β) porque a função α não funciona.

Quando a função α funciona há capacidade para pensar os pensamentos e produzir conhecimento. A ausência da função α , encontra-se de forma mascarada nos estados psicóticos e caracteriza-se, segundo Bion, por três vicissitudes (a) arrogância e sentimento de frieza; (b) estupidez-ausência; (c) incapacidade de sonhar por ausência do simbólico.

Actualmente e na linha de Bion, a Identificação Projectiva pode ser dividida em dois níveis, atendendo à violência do mecanismo: (1) evacuação violenta de um estado mental penoso e ingresso forçado num objecto que passa a conter as partes não desejadas do self (relação psicótica de objecto); (2) introdução no objecto de um

estado mental (o objecto transforma as projecções e permite uma reintrojecção tolerável do exterior).

Hoje, um novo caminho se anuncia pela e na Identificação Projectiva, com o abandono da generalização dos conteúdos observáveis para se centrar nas funções e disfunções dos continentes. Nasce uma teoria da comunicação, nas suas dificuldades e vicissitudes e também no seu lado inegável “obrigando” o sujeito a linguagens para se transformar em linguagens do e para o sujeito.

O pensamento mais não é que a mediação à dor, enquanto o sintoma traduz o lugar onde o sujeito (se) deixou de pensar, impossibilitando o conhecimento.

Assim, o que se deseja operacionalizar com a Identificação Projectiva é a capacidade de compreender, equivalente a empatizar, a conter. Pretende-se uma praxeologia da comunicação, em que o espelho côncavo do outro devolve ao self, aquilo que não é senão ele mesmo.

Vimos também que para que o real irrompa na realidade é preciso que o sujeito não tenha passado pela castração simbólica (que não se tenha construído o sujeito do inconsciente). A cadeia significativa da palavra que substitui a coisa começa com a simbolização primordial (jogo), é o começo do automatismo da repetição, sendo a linguagem o meio através do qual se dá a conhecer o real.

O real é aquilo que escapa ao simbólico (veiculado pelos significantes, permite expulsar do campo da realidade o real que se “cala”). Na repetição, temos o automatismo que marca o retorno de significantes, o que marca o destino de um sujeito.

Para Lacan, O real só se define relativamente ao simbólico e ao imaginário, constituindo-se pelos elementos em que a intervenção do simbólico não consegue simbolizar ou que expulsa da realidade. O real não chega à representação, logo não é representação da realidade (tal como a filosofia o concebe), mas, volta à realidade num lugar em que o sujeito não o encontra, senão sob a forma de um encontro que “acorda” o sujeito do seu estado ordinário. Definido como impossível, o real não cessa de se inscrever aqui e ali (o que não passa para o simbólico reaparece no real, por exemplo, a alucinação e representações no sonho).

No sonho, o real precede o imaginário, sendo que, no sonho se inscrevem três registos, o do inominável (na imagem de um real), o das identificações (pela imagem) e o simbólico (sob a forma de uma fórmula química).

Bion, dá o nome de real a uma realidade última que não pode ser conhecida, pode apenas “vir a ser”; representa a verdade de qualquer objecto, “não é boa nem má”, isto é, não pode ser conhecida, amada ou odiada. Não podemos conhecer o real em si mesmo, mas sim as suas emanações que são percebidas como fenómenos.

O que conhecemos do real são as nossas transformações do real. O real representa pois, a realidade última, a verdade absoluta ou a realidade psíquica incognoscível, no sentido Kantiano, isto é, pode ser conhecido através das suas transformações (podemos apenas saber acerca do real, podemos estar identificados com o real, o que não significa ser real).

Quando vivenciamos um momento de ser, profundamente tocados por uma verdade, lembramo-nos do real. Momentaneamente, experiências de “tornar-se” real, podem ser sentidas como experiências de ser “um com real”. Bion dá o nome de elementos β à “coisa em si” (o mais pequeno dos pensamentos), que traduzem elementos em bruto, conteúdos do sistema, que não estão em condições de serem pensados, mas podem ser transformados através da função α , para se tornarem apropriados para a utilização do acto de pensar. Tal como em real, os elementos β não são cognoscíveis, e só nos podemos aproximar deles através da sua transformação. O real traduz pois a realidade última, por vezes, frustrante.

A linguagem pode estar ao serviço da compulsão de evitar a dor psíquica, de ocultar e de elucidar e a iminência catastrófica de aproximações a real, leva a pessoa a sentir necessidade de fugir à sua verdade, em que o enunciado compulsivo traduz a “não verdade”.

A saúde mental é a tolerância ao infinito, pelo que só há uma psicopatologia (enquanto condição do ser humano), a psicopatologia do pensamento (relação com a existência do outro, a costura que se faz em cima do nada).

Bion considera que o lugar da falta é o lugar na ausência, pois é na relação à Não-Coisa, ao lugar deixado vazio pelo objecto que se organiza no mundo dos pensamentos e no mundo dos conceitos (a palavra é o lugar onde a coisa desaparece; é sempre o negado que permite a abstracção).

Bion faz uma crítica sistemática ao modelo Kleiniano, como modelo da ordem da inscrição positiva do sujeito (cria uma teoria de sucesso porque cria a ilusão da comunicação positiva). Para Klein não há separação; há sempre contacto com o objecto através da introjecção e da projecção; a articulação com a pulsão de morte é feita sob a forma do mau objecto (objecto e sujeito não são problema porque estão lá). A falta na ausência relança a litigância dolorosa, que é não ser capaz de pensar o objecto ausente, sentir a falta do objecto ausente e isso relança a incapacidade de elaborar o conceito.

O conceito de conceito em Bion sofre do mesmo problema que o conceito de objecto total em Klein, que é pensar que o conceito é uma operação simples.

Assim, no ponto de vista do psiquismo, o contrário no negativo não é o positivo (só tem o lugar da alienação), sendo que a capacidade de realização do negativo (que resulta da entrada em acção da capacidade estruturante do negativo), tem como contraponto a negatividade (resultante da relação sob a forma da litigância com o objecto). O contrário do negativo é a expressão da negatividade, a incapacidade de elaboração do negativo que se faz sob a forma do negativismo.

Estas técnicas determinam a espessura da litigância com o real, é nelas que se organiza a queixa e o sintoma (litigância contra a dor, contra a separação).

De uma forma geral, e tentando resumir as ideias emergentes deste capítulo referente às questões que se prendem com a identidade e a construção da identidade versus identidade sexual, parece-nos importante realçar que, segundo uma abordagem mais sociológica, todas as sociedades esperam, de certa forma, que os seus membros atinjam um certo grau de autonomia.

Rakoff (1978, cit. in Fleming, 1993), chega mesmo a avançar que as determinantes da autonomia atingida (quantidade e qualidade), difere em função das expectativas que se prendem com os esteriótipos dos papéis sexuais, de acordo com o sistema de valores de cada sociedade.

Segundo a autora, a ideologia base do século vinte, traduziu-se no ênfase dado às questões relacionadas com a individuação, a independência, e o direito de assumir uma identidade pessoal, enquanto expressões do maior bem-estar social.

Ainda assim, tal como diz Flemming (1993), não deixamos de constatar que

“as sociedades ocidentais diferem na forma como preparam as suas crianças e adolescentes para a autonomia e, dentro de cada sociedade, os valores erigidos pelas diferentes classes sociais moldam diferentes expectativas relativas à autonomia dos adolescentes” (op. cit., pp 34),

ainda mais, quando estes se tratam de jovens / adultos com debilidade.

O conflito que o adolescente experimenta é sobretudo interior, traduzindo sobressaltos de um equilíbrio que procura. A aspiração a conhecer e a amar está profundamente enraizada no jovem.

Com o desabrochar da sexualidade e a afirmação da sua personalidade (esta que era até então uma condição de criança dependente, que fazia parte de um círculo familiar restrito e fechado sobre si próprio, respondendo com o seu amor ao amor dos pais), o jovem começa a manifestar o seu amor de forma mais completa (Marques, 1998), o que de uma forma geral, não constitui condição excepcional para o jovem com debilidade, apesar do risco acrescido de poder experimentar um desenvolvimento marcado pela vulnerabilidade e pela “diferença”.

Assim, dada a evidência de um maior risco de vulnerabilidade nas pessoas com debilidade, é muito importante que estas pessoas procurem várias formas de sustentar o desenvolvimento de uma confiança básica e de um sentimento de “eu” de modo a contribuírem para o desenvolvimento de autonomia (limitada) e resiliência.

O Risco de um Desenvolvimento Vulnerável das Pessoas com Debilidade

Voltando às questões que se prendem directamente com a identidade, considerando-se o “ego” como um espaço mental interior presente dentro de cada ser humano que está suficientemente delimitado em relação ao mundo exterior. Dentro do “ego” desenvolve-se uma série de funções, como a percepção, o controlo do sistema motor, o pensamento e os sentimentos de cada um, o controlo dos impulsos, a acção de testar a realidade, a tolerância da frustração... Baseando-se no desenvolvimento e interacção destas funções, o “ego” de uma pessoa pode negociar entre o que vive dentro dela (impulsos, desejos, normas...) e as exigências,

possibilidades e limitações do ambiente. Dentro do “ego” de uma pessoa, desenvolve-se uma série de mecanismos de defesa que protegem um ser humano de se sentir oprimido por experiências demasiado difíceis de enfrentar.

Tal como pudemos observar no capítulo anterior, todas as funções do ego desenvolvem-se no interior e através de uma interacção recíproca entre os factores físicos, psíquicos e sociais.

A base do desenvolvimento do ego forma-se durante os primeiros anos de vida. O curso deste desenvolvimento básico tem uma influência crucial no curso de todo o desenvolvimento posterior.

Para a maior parte das crianças com debilidade, o desenvolvimento do ego é difícil. Por um lado, a qualidade do eu central destas crianças pode ser limitada devido a uma predisposição inata. Referimo-nos a limitações mentais e a obstáculos físicos ou temperamentais. Desta forma, o desenvolvimento das funções do ego pode dar-se mais lentamente e com mais dificuldades. Por outro lado, o modo como o ambiente está adaptado às primeiras necessidades de desenvolvimento da criança corre o risco de ser perturbado. Van Berckelaer-Onnes (1993, cit. in De Belie et. al., 2000) afirma que apenas defeitos específicos são reconhecidos imediatamente à nascença. Na maior parte das situações, a deficiência evidencia-se com base num curso retardado de desenvolvimento durante os primeiros anos de vida.

Os pais têm de lidar com preocupações e responsabilidades adicionais que podem pôr a sua tolerância à prova (Van Berkum, 1992, cit. in De Belie et. al., 2000), pois muito dependerá da própria força e da dimensão do apoio que poderão receber mutuamente e do seu meio.

As primeiras interacções necessárias entre os pais e a criança são, conseqüentemente, muito mais difíceis de alcançar devido à reciprocidade entre os esforços que os pais empreendem e as reacções mais limitadas do filho (Brazelton & Cramer, 1990; Van Berckelaer-Onnes, 1993, cit. in De Belie et. al., 2000).

Uma criança com graves dificuldades intelectuais e adaptativas, com limitações mentais e físicas, quase não reage ao seu ambiente ou a contactos propostos, e está mais restringida. Os pais têm de enfrentar vezes sem conta contactos que são difíceis porque a criança quase não reage. É preciso muito mais tempo para, por exemplo, a criança começar a sorrir. É precisamente este primeiro

sorriso que constitui uma âncora importante para uma relação mais profunda entre os pais e o filho.

Além disso, os pais nem sempre podem proporcionar um cuidado “suficientemente bom” no sentido dado por Winnicott (1974). Isto é, durante os primeiros anos de vida, as experiências boas deverão ser mais predominantes que as experiências más, o que cria uma base sólida para um desenvolvimento futuro.

Muitas pessoas com debilidade encobrem a sua vulnerabilidade com um comportamento duro, fechado ou exigente. Consequentemente, é mais que provável que esta vulnerabilidade não seja suficientemente notada.

Há também um grande grupo de pessoas que mostram (demasiado) abertamente a sua vulnerabilidade. Nestes casos, é mais notório que momentos de crescimento – como o desenvolvimento da autonomia – foram dificultados.

Estas pessoas podem assumir uma posição muito dependente. Parece que têm muito pouca resiliência, no sentido dado por Garmezy (1981) e Fonagy, Steele, Higgitt & Target (1994) enquanto capacidade de depender da própria força psíquica em situações de stress e de fazer um apelo apropriado ao apoio de outras pessoas.

Se as suas exigências e necessidades forem sempre satisfeitas, terão dificuldade em adquirir a distância necessária para aprenderem a não depender de ninguém.

No entanto, muitas pessoas com debilidade revelam um padrão de “desamparo” aprendido (Riksen-Walraven, 1989, cit. In De Belie et. al., 2000). Neste processo, o indivíduo desenvolve pouca resiliência e faz um apelo imediato e indiferenciado ao seu ambiente para obter auxílio. Consequentemente, estas pessoas preferem entregar-se ao seu ambiente a tentarem causar algum impacto pessoal nele. A única influência que parecem querer é dirigida à satisfação imediata das suas necessidades, podendo assumir abertamente uma posição subordinada.

Segundo De Belie et. al. (2000), assumir essa posição não significa necessariamente que as funções do ego, como a reflexão e o testar a realidade, estão ausentes de forma fundamental e consistente. Muitas pessoas demonstram que o uso que fazem das possibilidades do próprio ego não tem uma base sólida. Além disso, a forma como dependem de imagens interiores “boas” (de nós próprios e de outras pessoas (objectos) nas quais podemos confiar para lidarmos com experiências “más”

e que, entre outros factores, influencia a tolerância da frustração e a possibilidade de reflectirmos sobre situações difíceis) pode ser rapidamente eliminada se a pessoa em questão estiver demasiado tensa. Isto faz com que perca as fronteiras interiores, que provavelmente tem quando está descontraído ou se encontra num ambiente mais descontraído. Logo, é consistentemente importante apoiá-lo fortalecendo as possibilidades fracas do ego.

Autores orientados psico-dinamicamente como Mahler, Pine & Bergman (1975), Winnicott (1974), Greenspan (1991), Fraiberg (1966) e Sinason (1992) já fizeram pesquisas pioneiras na descrição da dinâmica específica do desenvolvimento de pessoas com debilidade, usando a sua descrição como base para conceberem formas apropriadas de dar apoio.

Comparadas com muitas outras, as pessoas com debilidade têm mais necessidade de um ambiente que lhes dê um apoio adaptado às suas necessidades, situando-as com todas as suas forças e fraquezas, nos vários ambientes em que funcionam (Van Hove, 2000, cit. in De Belie et. al., 2000). É dada atenção a três áreas de desenvolvimento, funcionamento intelectual e capacidade de adaptação, funcionamento psicológico e emocional, e funcionamento físico.

Dentro deste contexto há que ter em atenção o conceito de apoio psicológico e emocional dentro de ambiente específico (a família e a escola). Este apoio é dirigido a otimizar o desenvolvimento, bem como a conseguir lidar com uma situação real. Se este apoio for adaptado às qualidades fortes das crianças e jovens com debilidade, eles poderão desenvolver a sua própria força de forma a poderem lidar melhor com a sua vulnerabilidade (De Belie, 1993). Muitas vezes precisam de apoio durante toda a vida, mas este deverá ter como objectivo fazê-los descontrair-se responsabilmente e ganhar controlo da própria vida. Desta forma, contribui-se para o desenvolvimento da autonomia e resiliência.

Quando se dá apoio, o estágio da vida de um indivíduo deve ser tido em consideração. As qualidades positivas do ambiente também devem ser questionadas, logo, é necessário que um perfil de apoio seja desenvolvido em consulta com essa pessoa e com as pessoas que ela considera importantes dentro do seu meio (Van

Hove, 2000). O apoio não pode ser um facto estático, devendo ser adaptado de forma dinâmica a uma evolução pessoal dentro da relação.

O desenvolvimento vulnerável das pessoas com debilidade pode levar a uma maior resiliência, visto que depende do potencial de desenvolvimento da pessoa e do apoio e oportunidades proporcionadas pelo ambiente circundante. No entanto, há uma necessidade de apoio que é bem pensada e adequada a estas pessoas e ao seu ambiente, partindo sempre do presuposto que,

“A inteligência é muito mais do que o cômputo de informações. É a constituição de um Eu inteligente, que é um sistema extracto de informação e criador de informação. Dirige o seu próprio comportamento, conhece a realidade, inventa possibilidades novas. A inteligência (...) É um modo de criar significados livres” (Op cit Marina, 1995, pp 165),

ou seja, a inteligência traduz a forma pela qual as pessoas realizam muitas actividades mentais, as transfiguram e constroem actividades novas. E é precisamente neste quadro teórico, que consideramos a avaliação das capacidades inteligentes, mesmo que circunscritas a um estereótipo tradicional de debilidade.

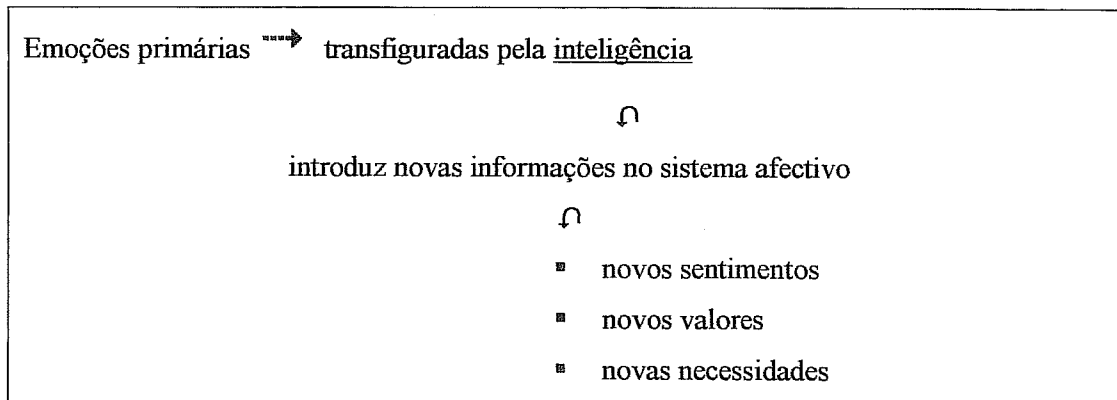
Mas como é que poderemos relacionar as questões da criatividade, da emotividade, dos sentimentos e dos afectos, com a inteligência, a identidade e a sexualidade?

A Sexualidade

Numa visão tradicional da inteligência, o mundo dos sentimentos encontrava-se apartado do mundo da inteligência, entendida enquanto razão, e como tal, totalmente diferente e divergente do carácter indómito e incontrolável associado, então aos afectos, aos sentimentos.

No culminar de décadas e décadas de estudo em torno do conceito de inteligência, veio a perceber-se que esta, de uma forma mais ou menos enérgica, não deixa de estar enredada numa visão holística da vida consciente, e como tal, inteligente, tal como podemos perceber no quadro 36.

Quadro 36



A sexualidade não é pois a excepção que foge à regra, na medida em que o impulso sexual, também ele é transformado por acção da influência da inteligência, que assim, poderá estar na origem de um processo que se instrumentaliza pela capacidade de dar novos significados a tendências antigas.

Entendendo-se a inteligência enquanto capacidade de dirigir as actividades mentais, e como tal, os comportamentos físicos, poderemos afirmar que, por acção da inteligência, do comportamento inteligente, a sexualidade humana, encontra-se em parte, liberta do estímulo, o mesmo é dizer que, tal como afirma Marina,

“O homem sentimentalizou a sexualidade, o que é o mesmo, inventou uma sexualidade inteligente” (Op cit. Marina, 1995, pp 164).

Desenvolvimento Sexual no Jovem com Debilidade

Na altura da puberdade assiste-se, geralmente a uma aproximação ao sexo oposto, ainda que as formas de expressão sexual sejam ainda experimentais, envolvendo o contacto físico e as primeiras experiências de relações com outros parceiros.

Vários autores consideram que a maioria das pessoas com debilidade desenvolve a sua sexualidade de forma relativamente idêntica às pessoas sem debilidade.

Outros autores atribuem um desenvolvimento mais tardio aos caracteres sexuais secundários das pessoas com debilidade, considerando ainda que quanto maior é o grau de deficiência, maior é esse atraso (Marques, 1995).

Contudo não existem relatos genéricos que apontem diferenças significativas ao nível do potencial biológico, entre a pessoa com debilidade e os indivíduos ditos “normais”, a ponto de comprometer o desenvolvimento sexual dos primeiros, salvo algumas exceções ao nível cromossómico (Pereira & Vieira, 1997).

A favor desta posição, Duplay (1977, cit. in. Pereira & Vieira, 1997) defende a não existência de diferenças específicas a este nível, considerando como argumento a inexistência de uma sexualidade perfeita, nem completa, mas sim um caminho da personalidade sexual para um enriquecimento das suas estruturas próprias intelectuais e orgânicas.

Assim sendo, as atitudes ocorridas ao longo dos diferentes contextos de vida, no decorrer do percurso psicosexual do jovem, vão influenciar o modo como este vivencia as transformações pubertárias verificadas no seu corpo (Loureiro, 1995).

Estes jovens podem até ser entendidos como “deficientes” na área intelectual, mas não o são necessariamente na área sexual (Lippe, 1983), e como em qualquer outro jovem a acompanhar as transformações corporais, deverá surgir um aumento do desejo e curiosidade sexual, sendo que esta é natural a todos, pelo que a sua ausência, parece ser maior motivo de preocupação, do que a sua existência.

Resumindo, o desenvolvimento da puberdade à adolescência da pessoa com debilidade, passa: (a) por modificações biofisiológicas que afectam todo o desenvolvimento corporal; (b) adquirirem-se as capacidades reprodutivas; (c) Intensificação do desejo sexual e as capacidades de atracção sexual; (d) reformulação dos papéis sexuais anteriormente adquiridos; (e) início das primeiras experiências sexuais.

Nesta fase são frequentes comportamentos sexuais centrados na exploração do próprio corpo e jogos sexuais entre jovens do mesmo sexo, bem como trocas de beijos e carícias entre jovens do sexo oposto, sempre no sentido da descoberta, da comparação e da confirmação do modo como funciona o seu corpo e o do outro (Loureiro, 1995).

Este aumento e procura de actividade masturbatória, representa para muitos jovens e adultos com debilidade, a principal forma de expressão sexual (Marques, 1995), como um recurso contra a angústia causada pelo conjunto de tensões interiores que o jovem sente e que lhe parecem misteriosas (Marques, 1998).

De uma forma geral, a masturbação torna-se para estas pessoas algo tão natural que na maioria das vezes, “perdem” (ou não chegam a adquirir) a noção das barreiras entre o que é público e o que é privado. Esta deve ser, desde muito cedo, uma questão a treinar (Marques, 1995).

Este comportamento acaba por se tornar, na maioria das vezes, repetitivo, na medida em que o leque de actividades que a pessoa com debilidade tem à sua disposição torna-se de tal forma restrito, que acaba por repetir um comportamento que lhe dá prazer (Lippe, 1983).

Porem, tal como os outros jovens, o jovem com debilidade vai provavelmente ver-se envolvido em novas experiências, procurando no grupo de pares, dar resposta à necessidade de pertença e de identificação a esse grupo.

.. Deste convívio podem surgir os primeiros namoros, na sua maioria pouco duradouros, em que a experimentação sexual pode acontecer. Mas nem todos se envolvem nestas experimentações, na maioria das vezes por medo ou receio de punição, outros por uma acentuada inibição que se estende a todo o tipo de relações com os outros (Loureiro, 1995).

Assim, há que considerar tópicos como, o conhecimento da sexualidade e relações, a dependência emocional e a possibilidade de falar.

As pessoas com debilidade deparam-se com mais obstáculos precisamente devido à sua “deficiência” e são mais dependentes do seu ambiente no que diz respeito à aprendizagem (De Belie, 1993). O ambiente desempenha um papel muito específico para as pessoas com debilidade, o seu ambiente está sempre – em termos um tanto estranhos – estranhamente “presente”. Isto está tudo muito bem, mas quando o ambiente assume uma atitude repressiva relativamente às experiências relacionais e sexuais, as probabilidades de readaptação do ponto de vista de um indivíduo com debilidade são muito pequenas, o que leva, paradoxalmente, à vulnerabilidade.

Analiseemos mais pormenorizadamente este ambiente, ou condições de vida, potencialmente repressivos de muitas pessoas com debilidade e o impacto que isto

tem nas suas oportunidades relacionais-sexuais de aprendizagem, e conseqüentemente na forma como vivem as relações e a sexualidade. Lesseliers (1996, in De Belie et. al., 2000) propõe uma discussão que se baseia em trinta e quatro entrevistas pessoais a pessoas com debilidade em nove centros flamengos diferentes. As suas conclusões são desoladoras. Quando uma relação (ou uma relação inexistente) é analisada para se saber por que motivo, é vivida de certa forma pelas pessoas com debilidade, o cenário “institucional” parece desempenhar um papel importante no que diz respeito à responsabilidade.

Em primeiro lugar, verificou que as pessoas com debilidade têm pouco ou nenhum voto na matéria no que diz respeito à escolha das suas condições de habitação. Todos os tipos de motivos legais e estruturais ajudam a determinar a residências das pessoas com deficiências. Outra consequência prejudicial advém do facto de muitas pessoas com debilidade serem obrigadas a mudar-se várias vezes devido aos mesmos lamentáveis motivos estruturais. As múltiplas mudanças de companheiros e responsáveis pelos cuidados quotidianos levam a todos os tipos de sentimentos de perda e pesar, e também, conseqüentemente, à potencial relutância de uma pessoa em partilhar afecto emocional com outras pessoas. Segundo o autor, “Poderíamos chamar a isto pobreza relacional...”

Quando se desenvolve uma relação, estas pessoas deparam-se com obstáculos organizacionais de todas as espécies. Alguns casais são obrigados a terminar a sua relação devido a distâncias intransponíveis. Muitos casais vêem-se apenas uma vez por mês, e só em bailes ou eventos desportivos organizados a um dia fixo, ou seja, nunca num cenário íntimo especialmente destinado a eles.

Essas oportunidades raras não constituem apenas a experiência de pessoas com debilidade que vivem em cenários diferentes. Para os casais que vivem no mesmo centro as circunstâncias também não são as ideais. Os centros residenciais, os lares e centros de dia dificilmente permitem que se tenha uma experiência relacional normal. Não permitir a paixão por ser supostamente “inaceitável socialmente e no grupo” suscita muitas questões relativamente à privacidade e à realização do direito de ter experiências relacionais (físicas).

Resumindo, as pessoas com debilidade têm muito poucas oportunidades de aprofundar as suas relações (McCarthy & Thompson, 1998) e os profissionais têm

muitas vezes a (falsa) impressão de que dão a estas pessoas espaço suficiente para experiências relacionais-sexuais. É dado pouco ou nenhum apoio – paradoxalmente, quando se repara nos abraços e beijos ao entrar num centro – no que diz respeito às oportunidades genuínas de expressão, e às oportunidades de haver sentimentos relacionais entre pessoas com debilidade. Devido a uma falta de abertura, a sexualidade e a intimidade ainda não são geralmente aceites como pedidos de apoio (Wensinck, Vermeer & De Wit, 1999). Além disso, muitos centros residenciais, lares ou centros de dia enfrentam dificuldades estruturais-organizacionais para aceitarem relações entre “utentes”, quanto mais para as (re)avaliar (McCarthy & Thompson, 1996). Consequentemente, estas pessoas não têm oportunidades suficientes para aprenderem, nem para terem relações profundas.

Ainda que se assista a uma limitação de origem orgânica, a esta realidade, juntar-se-ão, certamente, dificuldades ao nível da afectividade e da socialização, não menos importantes, senão mesmo, geradoras de maior disfunção.

De facto, na maioria dos casos, o que acontece é o instalar de uma situação crónica de isolamento da família e, conseqüentemente, do elemento com debilidade. Isto explica-se à tendência em se manterem relações sociais escassas e pobres, privando-se a família e privando a criança a outros modelos, outros estímulos e outras interacções, dificultando desta forma, o processo de construção da identidade sexual, de papéis sexuais e da criação de vínculos.

Sabemos que um factor determinante na construção das aprendizagens, prende-se com os outros, os outros significativos, com quem a criança interage. Estes outros significativos, funcionam então, como modelos determinantes ao longo do processo de desenvolvimento, nomeadamente, ao longo do desenvolvimento afectivo e sexual.

Assim, os pais vão desenvolvendo atitudes e comportamentos, que por sua vez, vão contribuir para desempenhar um papel fundamental na personalidade do filho, que por sua vez, observa e integra o comportamento e as atitudes de quem o rodeia.

Em grande parte dos casos, os pais passam a viver, essencialmente, em função da criança, orientando-a para aquilo que consideram ser mais importante, tentando evitar-lhe a todo o custo, qualquer possibilidade mínima de sofrimento.

Consequentemente, esta atitude de excesso de protecção, geradora de uma forte dependência afectiva da criança face aos pais, vem a reduzir as iniciativas permitidas à criança, freando a descoberta e desenvolvimento das suas possibilidades, que naturalmente, só emergiriam numa dinâmica natural de tentativa erro, comprometendo a sua autonomia, bem como o crescimento da sua personalidade.

Quando as pessoas têm poucas oportunidades para viver alguma experiência de formas sociais normais de interagir, correm o risco de ficar com uma imagem muito irrealista do mundo (exterior) (Gorman-Smith & Matson in De Belie, 1983). Imagens irrealistas do mundo não causam apenas vulnerabilidade, devido à falta de experiência de contactos sociais, estas pessoas são mais aptas a ter problemas relacionais. Por sua vez, os problemas relacionais confirmam as tendências protectoras do seu ambiente, portanto as pessoas com debilidade vêm-se num círculo vicioso, no qual as oportunidades de aprendizagem baseada na experiência continuam a ser limitadas (Van Hove in De Bellie et. al., 2000). Nunca é de mais salientar a importância das oportunidades de desenvolver contactos significativos. Conix (1999, in De Bellie et. al., 2000) refere que isto está muitas vezes presente em coisas muito pequenas, como dar apoio para ir comprar uma prenda de anos, umas flores ou qualquer outro gesto atencioso, qualquer coisa que exalte um “viver juntos” relacional. Com a ajuda de um cuidado adaptado a uma situação particular, uma relação aparentemente incómoda pode revelar-se enriquecedora. Tendo em consideração as várias possibilidades de experimentação, os pais e os profissionais acabarão por perceber a importância da sua responsabilidade relativamente às oportunidades de aprendizagem existentes, e relativamente à educação sexual.

Segundo Bosch (1995, in De Bellie et. al., 2000), numa série de casos, será necessário introduzir programas especiais para permitir que uma pessoa aprenda intensivamente. De facto, quando um indivíduo foi intencionalmente mantido afastado de uma educação relacional e da possibilidade de estabelecer contactos sociais em grande escala, os problemas resultantes não deverão ser atribuídos às pessoas com debilidade envolvidas, e sim ao facto de elas não terem tido oportunidades para aprenderem a conviver com outras pessoas e a desenvolver aptidões sociais (Croes, in De Bellie et. al., 2000).

Concluindo, na pessoa com debilidade, as tarefas essenciais de desenvolvimento, passam por: (a) conquista de uma identidade, que pressupõe um maior investimento em si próprio (auto-imagem-auto-estima), a contestação do mundo dos adultos e a necessidade de pertença a um grupo, bem como o investimento no exterior, nomeadamente, no grupo de amigos; (b) a procura de autonomia, que passa pela conquista de novos espaços de relação, o que pressupõe menos tempo de convivência com os pais e maior independência de decisões, bem como maior dificuldade em comunicar com os pais.

Contudo, percebemos que a pessoa com debilidade, tem normalmente :

1. um baixo nível de auto estima, que passa, essencialmente, pela tomada de consciência das suas diferenças em relação aos outros. Por outro lado, os pais centram toda a atenção na deficiência do filho, reforçadas com atitudes de superproteção.
2. A necessidade de aceitação e aprovação social, parece assumir-se como outra característica fundamental na debilidade, fortemente determinada por comportamento condicionado pelos estereótipos sociais, bem como, pelas baixas expectativas que têm de si próprios, que não deixam de passar pelo baixo conceito que os adultos têm deles, e não pelo seu défice cognitivo.
3. A necessidade de amizade e relações interpessoais, na medida em que a companhia, o afecto, a confiança, a ternura e a amizade são elementos imprescindíveis para a sua auto-realização pessoal.
4. Nos relacionamentos, a pessoa com debilidade, tende a: (a) concentrar as suas energias no sentido de manter e salvaguardar relações interpessoais; (b) preocupar-se pelo bem estar dos outros; (c) exhibir grande confiança e lealdade com as outras pessoas, bem como (d) franqueza, sinceridade e ingenuidade, não dominadas pelos convencionalismos sociais

Assim, as dificuldades que experimenta na construção da sua identidade, impõem o respeito e promoção da sua abertura aos outros, a sua procura de encontro, comunicação e relação.

Também já constatámos que a integração familiar, é um pressuposto fundamental para alcançar a normalização da pessoa com debilidade, sendo que a sua maturação (resultado da vivência equilibrada de êxitos e fracassos em diferentes áreas da vida), requer um ambiente equilibrado que contribua positivamente para compensar as limitações, estimulando o indivíduo a sair de si mesmo, bem como lhe permite fazer frente por si mesmo a situações que normalmente acontecem com qualquer outra pessoa e ser autor do seu destino, sentindo-se igual a todos (ainda que na diferença).

Por outro lado, os ambientes facilitadores de relações afectivas e sexuais e estáveis, passam essencialmente pela implementação de uma cultura da debilidade que passe pela disponibilidade e abertura para se oferecerem oportunidades para cobrir as necessidades pessoais, bem como, fomentar o bem estar pessoal nas áreas física, social, material e cognitiva, promovendo no indivíduo o sentimento de estabilidade, de controle e de visão de futuro.

Podemos pois concluir que, tratando-se de uma dimensão da personalidade, a sexualidade seguirá o ritmo do desenvolvimento global da pessoa. Aqui, podemos acrescentar que, em função dos exposto, o desenvolvimento afectivo-sexual e a vivência da sexualidade da pessoa com debilidade, assumem um carácter de diferença, face à inferioridade de oportunidades, e não tanto, face à inferioridade de capacidades.

Não poderemos pois descrever características específicas relativas à sexualidade da pessoa com debilidade, mas podemos sim, assinalar algumas generalidades que deverão sempre ser lidas em função da especificidade de cada um, consoante o que se poderá aferir em função da capacidade adaptativa, da interacção interpessoal, da capacidade de compreensão e reconhecimento das mudanças ocorridas no corpo, bem como, em função do nível de conhecimento que têm face à sexualidade e à relações, da dependência emocional, da possibilidade de falar e do nível de protecção (excessiva).

conhecimento da sexualidade e das relações.

A falta de conhecimento da sexualidade e das relações pode aumentar a vulnerabilidade de uma pessoa (Lesseliers). Isto acontece de várias maneiras. A este respeito, referimo-nos, entre outros, ao desenvolvimento de uma conceptualização irrealista, e à dificuldade em conseguir julgar o que é ou não apropriado, o que torna difícil para as pessoas com debilidade avaliarem e lidarem com situações potencialmente ameaçadoras (Farina & Galimberti, 1993).

Sinason (1992) descreve a forma como as crianças e os jovens ditos “normais” desenvolvem um sentido de autonomia e privacidade física. Este desenvolvimento corre o risco de ser perturbado em jovens que dependem continuamente de cuidados corporais. O autor descreve o esforço doloroso de uma mãe para conseguir lidar com a excitação sexual do filho quando o lava. A mãe acaba por encontrar uma forma de lidar com a situação respeitando a privacidade do filho. Consequentemente, o desenvolvimento do rapaz pode continuar de forma saudável.

Se, contudo, esta sexualidade for ignorada, há grandes probabilidades de o desenvolvimento seguir um mau rumo. Sinason (1992) faz uma ligação entre a excitação sexual criada durante os momentos de cuidados físicos e o desenvolvimento de comportamentos inadequados relativamente a outras pessoas (McCarthy & Thompson, 1996).

a influência da dependência emocional.

Outra influência que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa é a dependência emocional. Em pessoas com uma grande necessidade de apoio, esta dependência está intimamente ligada a uma dependência ao nível das necessidades quotidianas, como os cuidados com a higiene, vestuário, saúde... Todavia, também as pessoas com uma necessidade menor de apoio prático podem ser vulneráveis a este respeito, por exemplo, por estarem socialmente isoladas. Além disso, muitas pessoas com debilidade têm um amor-próprio vulnerável ou aprenderam demasiado que deverão ser obedientes e adoptar uma atitude de desamparo.

a possibilidade de falar.

O desenvolvimento de relações e da sexualidade são áreas muito delicadas em termos pessoais e emocionais e para as quais falta muitas vezes uma linguagem

apropriada por carência de educação e orientação quotidiana. A disponibilidade para ouvir e a disponibilidade para ter um contacto pessoal com pessoas no seu ambiente próprio tem muitas vezes uma influência preponderante nas probabilidades de desenvolvimento nesta área.

Sinason (1992) faz uma ligação entre a possibilidade de falar que as pessoas com debilidade têm com o poder de apoio do terapeuta e a sua capacidade de passar para palavras experiências difíceis e emocionalmente delicadas. Esta ligação pode, na nossa opinião, ser expandida até qualquer forma de orientação profissional ou paternal: só se pode dizer coisas que possam ser “entendidas”. Além disso, um grande número de pessoas com debilidade precisam de apoio para dizer coisas, o que até aumenta o impacto do ouvinte.

Se estas pessoas precisam de ajuda mais profissional e terapêutica, sabemos que muitos terapeutas têm dificuldade em empenhar-se devido às fracas aptidões verbais e à capacidade intelectual da pessoa. Esta perspectiva é, na nossa opinião, alimentada por um preconceito social que atribui a incapacidade de falar apenas à pessoa com debilidade.

as contingências da super - protecção.

Frequentemente o ambiente familiar que rodeia a pessoa com debilidade não é nem maturativo nem compensador, por vezes não tanto por uma carência de cuidados e afecto mas por um excesso de boa vontade que leva a dedicar-lhe uma atenção tão esmerada e absorvente que entorpece a dinâmica natural de esforço e de conquista que caracteriza todo o processo de aprendizagem e maturação pessoal.

A maturação de qualquer pessoa, é o resultado da vivência equilibrada dos êxitos e fracassos ao longo da vida, implicando um desenvolvimento harmónico e integral do indivíduo. Este por sua vez, pode ser ameaçado por atitudes de super protecção com singular relevo ao nível do plano afectivo-sexual.

Dentro da família, a pessoa com debilidade, está muitas vezes protegido ao máximo dos estímulos e experiências sexuais, face ao medo de um perigo imediato (abuso, conduta inadequada, embaraço).

A defesa em prol de uma atitude positiva face à sexualidade surge por, banalmente, se considerar que a pessoa com debilidade não é capaz de se proteger face a situações perigosas/conflituosas.

Assim, opta-se pela negação da sua sexualidade em vez de capacitar a pessoa para fazer face por si mesma, o que parece traduzir a única maneira efectiva de possibilitar a sua maturação.

A educação sexual não está presente na maioria dos planos curriculares da pessoa com debilidade e mesmo nas instituições a informação não formal que se oferece, é bastante escassa e apenas faz referência pontual ao tema, para resolver alguma situação conflituosa.

A super protecção é infantilizante, ensinando a pessoa a comportar-se e a manifestar a sua sexualidade de um modo infantil e imaturo, inadequado do ponto de vista social, conduzindo por isso, à reprovação.

Se a relação afectiva do filho com os seus pais não lhe proporcionar segurança, o indivíduo inibir-se-á e terá sérias dificuldades para se aventurar noutro universo relacional, cujos parâmetros não pode controlar na sua totalidade.

Se não tratarmos a pessoa como o adulto que é, a pulsão sexual não poderá ser trabalhada e enriquecida, permanecendo submetida às diversas vicissitudes das emoções contraditórias dos seus impulsos biológicos.

A psicologia humana é mais o resultado do adquirido que do inato, sendo que a pessoa se forma na relação com o seu meio natural e social. Assim, não há crescimento sem ruptura e sem crise, sem ensaios e sem erros. Os pais deverão estar conscientes disto e procurar proporcionar aos filhos os meios para evitar qualquer possível atraso ou obstáculo nessa separação natural que confirme a genuína missão dos pais.

Relativamente a esta problemática, podemos afirmar (Mannoni, 1967) que o chamado “complexo de castração” enunciado por Freud manifesta uma presença mais activa e prolongada na situação existencial da pessoa com debilidade.

A figura da mãe desempenha um papel importantíssimo na sua vida, muito apegado ao carinho e protecção, e com maior motivo quando aparecem as exigências sexuais.

É como se a mãe do filho com debilidade o voltasse a meter dentro do seu ventre, num reflexo de simbiose perfeita, possibilitando a maior protecção possível, gerando-se um circulo viciosos em que a dependência do filho é a máxima finalidade da vida da mãe e ela própria torna-se totalmente dependente do filho.

Há necessidade de desidealizar o amor maternal, mostrando que o que está por trás deste excesso de entrega ao filho é um sentimento de ódio, apatia ou neurose, provocado por um sentimento de culpabilidade não assumida que vive internamente como um fracasso próprio.

Ao promover sentimentos fortes de dependência entre os seus membros, a família converte-se numa família castradora, que inutiliza o sujeito culpabilizando-o face a qualquer intenção de “cortar o cordão umbilical” que o une à família.

Há que ajudar os pais a libertarem-se das possíveis pressões interiores, para que se abram a uma visão optimista das possibilidades que o seu filho tem. Os pais têm que saber conquistar a liberdade dos seus filhos com debilidade, como fundamento sólido da sua própria autoestima.

A vida afectivo-sexual é uma fonte de autonomia, se bem enquadrada, que faz crescer a capacidade de eleição e a maturação da pessoa a todos os níveis, uma poderosa força de socialização e de afirmação de pessoa.

Vulnerabilidade Face ao Abuso

Podemos assim perceber que a pessoa com debilidade encontra-se, em função das suas características pessoais e envolvência familiar / social, exposta e vulnerável face a potenciais situações de abuso, relativamente às quais não aprendeu, na maior parte das vezes, a defender-se.

A literatura profissional oferece-nos muitos projectos e conclusões de pesquisas que relacionam a vulnerabilidade com a possibilidade de as pessoas com debilidade sofrerem abusos sexuais (Douma et al., 1998, in De Bellie et. al., 2000).

Sabemos pois, que estas pessoas correm um risco maior de sofrerem abusos sexuais. Também há grandes probabilidades de este abuso se tornar crónico. Muitas vezes, a ajuda chega demasiado tarde, o que as priva de um apoio social vital.

Neste sentido é muito importante perceber que a vulnerabilidade relativamente ao abuso sexual é um conceito relacionado com a dinâmica do desenvolvimento, baseado na interacção entre factores pessoais e ambientais. Os últimos são, por sua vez, definitivamente influenciados pelo panorama, valores e normas que existem num contexto social mais vasto.

Desta forma, tanto o desconhecimento das questões relacionadas com a sexualidade, bem como o quase sempre insuficiente conhecimento e experiência das relações, torna a pessoa com debilidade muitas vezes incapaz de fazer uma adequada leitura das situações e incorrer em situações potencialmente ameaçadoras.

Se o abuso sexual se desenvolver gradualmente, se o autor do abuso ultrapassar gradualmente os limites, as probabilidades de reconhecimento diminuem, e ainda mais, se a pessoa com debilidade tiver aprendido que outras pessoas podem tocar-lhe no corpo daquela forma, por exemplo quando recebe cuidados físicos (Vink, 1990, in De Bellie et. al., 2000), as situações de abuso podem facilmente tornar-se uma realidade incontornável.

Por outro lado, a necessidade de apoio e a decorrente dependência emocional associada a uma baixa auto-estima são influências cujo efeito coincidente torna estas pessoas mais vulneráveis relativamente a potenciais “abusadores”.

Fracas aptidões verbais, quer estejam ou não ligadas a uma forma mais física de estabelecer contacto, podem derrubar as barreiras do abuso por potenciais malfeitores. Não há dúvida de que é este o caso se o indivíduo se encontrar numa posição dependente dentro de um ambiente fechado, num cenário familiar ou residencial. Este tipo de ambiente faz com que as possibilidades de comunicação sejam mais limitadas.

Num cenário residencial, também há o risco de os residentes vulneráveis sofrerem abusos de outros residentes, que tenham desenvolvido o comportamento de um malfeitor (McCarthy & Thompson, 1996). Consequentemente, é necessário criar dentro da nossa sociedade impulsos que possam contribuir para estimular o desenvolvimento de uma política institucional aberta relativamente ao abuso sexual.

As barreiras que previnem o abuso sexual também são derrubadas pela posição legal incerta das pessoas com debilidade (Sinason, 1992). Tal como o testemunho de crianças pequenas, costumava ter pouco ou nenhum valor, também os testemunhos de pessoas com debilidade são considerados demasiado instáveis para serem utilizados em procedimentos legais. O advogado da parte contrária usa regularmente este argumento. Consequentemente, muitos potenciais criminosos têm consciência de que a probabilidade de o incidente ser denunciado, implicando depois

uma acusação judicial e uma sentença, é de facto muito pequena. Desta forma, é derrubada uma barreira externa.

Também a super-protecção desempenha um papel agravante neste contexto, na medida em que facilmente priva o indivíduo das oportunidades necessárias para alcançar a sua maturação, agravando-se a sua debilidade.

Resumindo, as pessoas com debilidade são muitas vezes consideradas as vítimas ideais de abuso sexual (Bosch, 1995, in De Bellie et. al., 2000). Douma et al. (1998, in De Bellie et. al., 2000) resumem os motivos: (a) as pessoas com debilidade estão muitas vezes socialmente isoladas; (b) quase não têm oportunidades de adquirirem experiência das formas “normais” de conviver que existem em sociedade; (c) e quando quase não têm contacto com o mundo “exterior” devido a medidas de protecção, é possível que desenvolvam uma imagem irrealista de outras pessoas; (d) além disso, muitas destas pessoas têm uma ligação especial com muitos adultos que cuidam delas, e o seu corpo pertence muitas vezes a toda a gente, o que faz com que as fronteiras relativamente às suas experiências corporais pessoais se tornem imprecisas.

A diminuição das probabilidades de abuso sexual e, na melhor das hipóteses, a prevenção do abuso sexual começam com uma educação sexual relativamente a todos estes aspectos. Quando estas questões não são ensinadas, estas pessoas correm o risco de não saberem reconhecer e interpretar o abuso sexual (Douma et al., 1998).

Educação Sexual: Educar ... O Quê?, Para Quê?, Para Quem?

Educar refere-se à acção que tem como objectivo ajudar o indivíduo no seu processo de crescimento, ajudando-o a descobrir as suas potencialidades singulares e a conhecer a realidade envolvente, de forma a tornar-se um adulto que possa determinar a sua própria vida com a máxima independência e autosuficiência de que seja capaz.

Isto supõe ter em conta as características gerais de desenvolvimento e funcionamento humano e as outras que são específicas a cada pessoa.

Educar supõe actuar em harmonia com a realidade biológica e psicológica que cada indivíduo representa.

Para o seu desenvolvimento normal que levará a uma existência normal, é imprescindível que a pessoa com debilidade tenha liberdade, que possa conviver com os outros, que lhe sejam permitidas iniciativas pessoais.

Em última instância a acção educativa deve conduzir ao estabelecimento de relações interpessoais baseadas no respeito pela pessoa e à sua intimidade e liberdade.

O direito fundamental de todo o ser humano à educação é uma das conquistas das sociedades modernas.

A fundamentação deste direito baseia-se no pressuposto que o ser humano não pode alcançar por si só, o desenvolvimento pleno da sua personalidade, bem como, a educação, permite avançar na luta contra a discriminação e a desigualdade.

O facto meramente accidental e secundário, de ter um potencial inato mais ou menos amplo não obscurece em nada esse direito básico de todo o ser humano.

A educação da pessoa com debilidade baseia-se nos mesmos objectivos que a educação em geral, no sentido de oferecer o máximo de oportunidades a cada indivíduo para que alcance o maior desenvolvimento possível das suas capacidades, num contexto aberto da relação com as pessoas e a sua comunidade.

A grande questão da debilidade gira em torno das dificuldades de comunicação e dos problemas na elaboração de informação, com as consequentes dificuldades de adaptação, incrementada pelo interesse difuso e a escassa atenção, que conduzem a uma atitude passiva e estereotipada face aos estímulos exteriores. Daí, estas pessoas necessitarem de maior apoio e estimulação para promoverem a sua actividade.

Desta forma, procura-se aplicar o princípio da normalização ao campo educativo em sintonia com os princípios de integração e solidariedade.

Há que pensar na pessoa em termos de projecto de vida e numa educação com o objectivo de uma vida adulta o mais autónoma e plena que espelhe as capacidades do sujeito (acreditando e valorizando estas capacidades).

A extensão em quantidade e qualidade do direito à educação das pessoas com debilidade, é o melhor instrumento para lutar contra a discriminação, a que tradicionalmente têm sido sujeitos.

A educação sexual demarca-se e encontra a sua plena significação no processo pedagógico que se dirige ao desenvolvimento harmónico da globalidade do ser humano que se encontra em processo de maturação.

Se considerarmos que a sexualidade é uma dimensão nuclear da pessoa, um factor importante no seu equilíbrio psicossomático e, supondo que se pretende oferecer uma educação integral ao indivíduo, concluímos que a educação sexual é um elemento principal deste processo educativo.

A necessidade e urgência de realizar um extenso e profundo trabalho educativo no terreno da afectividade e sexualidade das pessoas com debilidade, é uma das conclusões que temos chegado ao longo da nossa investigação.

A realização da pessoa passa pela integração da sua sexualidade e da sua auto-realização como homem ou como mulher.

Assim, acreditamos que uma oportuna educação sexual é o reactivo imprescindível para melhorar a qualidade de vida da pessoa com debilidade e respeitar a sua intrínseca dignidade humana.

Segundo a proposta de Pan (1997), a educação sexual deve seguir a linha de “fazer, enganar-se e corrigir”, com as lógicas adaptações a cada caso concreto, e o princípio da normalização a imperar. Este trabalho refere-se às pessoas com debilidade dita “ligeira e moderada”, sendo que as debilidades graves e profundas requerem logicamente um tratamento muito mais diferenciado.

O objectivo último é de favorecer uma conduta sexual positiva, ajustada, livre e responsável, procurando aspirar a um crescimento humano e espiritual o mais alto possível.

A educação só é ajustada quando tem presente as indispensáveis correlações com todas as outras dimensões do sujeito em crescimento. Assim, deve sempre ter-se em conta três elementos (Pan, 1997): (a) a sexualidade é linguagem e lugar de encontro interpessoal; (b) serve o objectivo de reprodução da espécie; (c) é uma experiência de prazer.

A educação sexual deve fazer justiça à riqueza significativa da sexualidade humana e demarcar-se dentro de todo o processo formativo da pessoa. Não pode reduzir-se a uma simples informação biológica ou aos aspectos higiénicos e sanitários inerentes ao tema, nem tão pouco pode limitar-se a ser uma acção pontual, na medida em que pressupõe uma compreensão da personalidade global do indivíduo.

A sexualidade adulta está ao serviço da capacidade de amar da pessoa, e integra em si três dinamismos; (a) amor físico; (b) psicologia e sensualidade; (c) amor (Pan, 1997).

A realidade das pessoas com debilidade, tem vindo a colocar em relevo a necessidade de intervir para prevenir as numerosas consequências negativas que comporta a falta de formação sexual e a obtenção, em troca, da mesma através de canais nada pertinentes que desvirtuam o seu autêntico significado.

A ignorância não produz felicidade, e, as pessoas com debilidade, são sexualmente activas, pelo que necessitam de informação e acompanhamento continuado numa linguagem ajustada à sua capacidade, acerca do que implica a sexualidade.

Assim, é fundamental a adequada preparação do educador sexual e, particularmente, é necessário que tenha assumido a sua própria sexualidade de forma positiva e com maturidade.

A educação sexual procura facilitar o adequado desenvolvimento da afectividade e sexualidade, de forma a que abandonando o narcisismo e egoísmo iniciais, vá aprendendo a partilhar com os demais, como meio privilegiado de encontro interpessoal.

Há que ajudar o sujeito em crescimento a exercer o controlo do seu dinamismo sexual, para que não seja escravo do mesmo e saiba integrá-lo dentro da sua existência sem tensões culpabilizantes e sexofóbicas nem naturalismos ingénuos e irrealistas.

Deve ajudar-se a pessoa a desenvolver a responsabilidade do livre exercício da sua própria sexualidade face aos compromissos e obrigações com os outros, consciente de que, da mesma forma que ele não deseja ser utilizado como meio para

alcançar uma gratificação imediata e despersonalizada, também deverá actuar de forma idêntica.

O modo como o indivíduo experimenta a vida afectivo-sexual nos primeiros estádios do seu desenvolvimento será determinante para o futuro.

Muitas pessoas com debilidade alcançam os níveis superiores de desenvolvimento tardiamente de forma não completa, pelo que é imprescindível trabalhar bem estes primeiros estádios do seu desenvolvimento psicossocial.

A maturação sexual procura um caminho que começa com as primeiras relações da criança com a mãe e que se vão travando ao longo das distintas experiências que vai tendo relativamente aos seus progenitores, irmãos, às pessoas que o rodeiam, amigos e companheiros.

Na infância, é necessário ajudar à formação da autoestima do indivíduo promovendo a formação de uma atitude positiva face à vida, para viver responsabilmente a própria sexualidade.

Quando uma pessoa chega à vida adulta sem muitas perspectivas de futuro, quando existe um ego com uma baixa autoestima, quando não se suscitou nem se formou um adequado sentido de reserva e pudor, quando as relações que se estabelecem só são com cuidadores (pagos) ou outros indivíduos com debilidade, não se deve estranhar que se manifeste uma grande fragilidade, e que a interacção social esteja governada em grande parte por motivações imaturas.

Frans (1999, in De Bellie et. al., 2000) afirma que a educação tem três objectivos: em primeiro lugar, orientar o desenvolvimento das pessoas no sentido de se tornarem adultos capazes de integrarem de forma significativa nas suas vidas, a intimidade e a sexualidade com outras pessoas; em segundo lugar, o desenvolvimento de valores e normas; e o terceiro pilar, é a prevenção de comportamentos de alto risco. A educação cobre, então, um vasto leque de elementos: é uma questão de dar apoio geral, formar um espaço para ganhar experiência, efectuar a troca de experiências, proporcionar reflexão sobre experiências e aprender a lidar com estas experiências.

As principais diferenças entre os jovens com debilidade e os outros jovens ditos “normais”, advém de uma falta de compreensão, por parte daqueles, no que se

refere à natureza dos corpos e das suas emoções, mas principalmente das atitudes da família, dos profissionais e das pessoas em geral.

Atitudes dos Pais

O papel da família é fundamental no desenvolvimento da personalidade do ser humano. Neste campo a família é simultaneamente vítima de uma situação e agente básico no processo de habilitação e inserção posteriores.

Impacto do Nascimento de Uma Criança com Debilidade no Seio de Uma Família

Tal como já pudemos constatar, a aparição de um filho com deficiência supõe uma ferida grave para os pais. Nenhum pai está preparado para acolher um filho com deficiência mental. Este vem desbaratar os seus desejos, projecções e imagens que os pais haviam formulado a seu respeito. Regra geral, a imagem que criam de si próprios resulta amplamente negativa, a par e passo com sentimentos de: (a) desconforto e frustração; (b) culpabilidade; (c) ansiedade pelo futuro do criança; (d) alternância entre esperança e desalento; (e) problemas materiais da vida diária

Com frequência, surge uma atitude: (a) de entrega sacrificada pela criança; (b) de viver basicamente em função da criança (polarização todos os interesses e esforços da família); (c) de reduzir as iniciativas permitidas à criança, limitando a descoberta desenvolvimento das suas possibilidades e aprendizagem; (d) de excesso de protecção/ grande dependência afectiva da criança em relação aos pais.

As interacções afectivas irão determinar todo o desenvolvimento social posterior. No caso de famílias monoparentais, (mãe/ filho) com pai ausente, determina um tipo de relação que poderá comprometer uma relação equilibrada. Muitas vezes o vazio do pai ausente, faz com que a mãe tente superar o seu vazio através do seu filho que não tem outra função que não seja o de existir para ela, e tal como já vimos, aqui, parece típica a atitude de superprotecção das mães, estabelecendo-se uma relação emocional que envolve o filho e reforça nele a dependência que pode ser gratificante para a mãe

A mãe polariza em si todas as necessidades afectivas, é o centro porque através dela passam todas as mudanças qualitativas.

A mãe deverá continuar eternamente a *gestação do menino inacabado*, pelo que o indivíduo não poderá não poderá desligar-se da sua mãe e adquirir autonomia e identidade próprias. Não lhe é permitido crescer e a pessoa com debilidade vive assim alienada como sujeito, convertida em alguém a quem à que proteger e cuidar permanentemente. Assim se chega a uma existência parasitária aquela em que o filho se sente incapaz de subsistir como sujeito independente e vai procurando permanentemente uma situação de dependência total do adulto.

A pessoa com debilidade começa o seu percurso em circunstâncias nada fáceis e com um contexto afectivo de difícil, ainda que não impossível, de compensação posterior.

Estas, influenciam directamente não só a constituição global da personalidade do indivíduo como também toda a sua dimensão afectiva sexual

. Torna-se pois necessário revalorizar o papel dos pais que consiste em lutar por alcançar a autonomia dos seus filhos, e isto passa por uma profunda revalorização do papel deste como sujeito.

A reflexão em torno da unidade familiar é uma necessidade, que permite adequadas relações familiares que favoreçam o desenvolvimento da pessoa com debilidade, na medida em que, se o sujeito vive num ambiente afectivo asfixiante, dificilmente vai embarcar na aventura de conquistar novos laços afectivos sobretudo se estes entram em colisão com o afecto da mãe, gerando tensões difíceis de assumir e compreender por ele.

Se a mãe persistir nesta conduta, o filho poderá prescindir de outras relações interpessoais, mantendo-se na dependência da mãe e desenvolvendo algumas condutas patológicas.

O importante é que a família consiga desenvolver mecanismos que lhes permita superar as vivências negativas e elaborar as suas dificuldades e conflitos pessoais, avançando no processo de ajuste à situação real e facilitando o crescimento do filho com debilidade.

Recursos para a família poderão ser os técnicos ou outros pais na mesma situação. A ajuda a prestar poderá reunir as seguintes características: (a) adequada a

cada caso concreto; (b) que atenda à globalidade da pessoa; (c) que esteja integrada no processo existencial da família; (d) que seja útil.

A pessoa com debilidade, tem que partir da integração familiar para ir equilibrando o seu desenvolvimento afectivo e compensar as possíveis carências da sua primeira infância.

A maturação afectiva requer como meio de desenvolvimento um ambiente harmonioso e compensador, pelo que este ajuste familiar é um processo e não um acto isolado e de duração variável.

Assim, o ponto de partida para a educação sexual passe pelo reconhecimento da sexualidade como tal, e é a este respeito que muitos pais têm problemas. Parece haver um – algo saudável – conflito de gerações entre pais e filhos no que toca a lidar com a forma como cada um vive a sua própria sexualidade. Os filhos preferem não ter consciência da vida sexual dos pais. E os pais têm de se habituar à ideia de que o filho está a desenvolver-se sexualmente e a tornar-se sexualmente activo. Porém, embora os pais se preocupem com as responsabilidades que os filhos assumirão relativamente à sua vida sexual, parece que tradicionalmente os pais desejam evitar o tópico de viver a própria sexualidade.

Consequentemente, não é surpreendente que os pais tenham muitos problemas em relação à sexualidade do filho quando existe uma debilidade. Por vezes, os pais reagem no sentido de quererem negar as experiências sexuais do filho com debilidade. Isto tem a ver com as próprias dificuldades em reconhecer o jovem com debilidade como uma pessoa completa que evolui, embora a um ritmo lento e de modo especial, mas capaz de alcançar um desenvolvimento real (Marques, 1995).

Uma anterior pesquisa quantitativa (Lesseliers, 1996, in De Bellie et. al., 2000) parece provar que a maioria dos pais, nota pouco ou nenhum interesse sexual no seu filho (jovem) adulto com debilidade. Se e quando o comportamento sexual é referido, esses mesmos pais parecem pensar que se trata apenas de masturbação e flirt “inocente”.

Muitos pais consideram a sexualidade de um filho com debilidade uma questão extra a tratar, e receiam ser uma área com a qual terão de lidar no lugar do filho. Os pais têm frequentemente problemas em lidar com a sexualidade do filho porque olham para a vulnerabilidade, porque têm dificuldade em acreditar na sua autoconfiança e capacidade do filho para fazer escolhas (sexuais).

Muitas vezes os jovens com debilidade, vêm-se obrigados a prescindir das relações humanas ou a restringi-las ao âmbito familiar, o que provoca fortes sentimentos de solidão e degenera em laços de dependência muito fortes (Marques, 1995).

Estas atitudes, repercutir-se-ão positiva ou negativamente, numa fase em que o jovem precisa de mais tempo e de mais ajuda para se adaptar e integrar às transformações ocorridas no seu corpo, como também, para restabelecer a concepção que tem de si próprio e a auto-estima, muitas vezes abaladas (Loureiro, 1995).

Alguns pais temem que o seu filho não consiga controlar os seus impulsos sexuais ou seja uma “presa” para exploração. Contudo, a masturbação parece ser o comportamento que mais stress causa aos pais.

A questão da contraceção é outro dos assuntos ainda “tabu”, constituindo ponto de divergência, geralmente, entre pais e profissionais. Estes últimos, de uma forma geral a favor de uma prática de contraceção reversível integrada num processo de autonomização e auto-regulação, enquanto que as famílias são, de uma forma geral, mais a favor da esterilização.

Contudo, tal como nos diz Giami (1983), a contraceção acompanhada da educação sexual reconhece e aceita a vida sexual das pessoas com debilidade, enquanto que a esterilização perpetua uma negação.

A família deve ter um papel promotor do processo de socialização, apresentando-se como um “modelo ideal de comportamento sexual”, assim como viabilizar uma orientação sexual o mais ajustada possível. Contudo, não é assim tão surpreendente que poucos pais se sintam capazes de dar ao filho uma educação sexual (Lesseliers, 1996, in De Bellie et. al., 2000), na medida em que a maior parte dos pais sente-se muito pouco à-vontade com a ideia de dar educação sexual.

A Atitude dos Profissionais

A pesquisa quantitativa mencionada (Lesseliers, 1996, in De Bellie et. al., 2000) revela que os profissionais, em comparação com os pais, observam um nível notavelmente elevado de interesse sexual e de comportamento sexual nas pessoas

com debilidade. Além disso, a maioria dos profissionais acha que as experiências sexuais são um direito fundamental e um factor importante no desenvolvimento das pessoas com debilidade. Um facto reconfortante, pelo menos à primeira vista. Em geral, objectivos como a emancipação, normalização, integração e autodefesa são considerados importantes para as pessoas com debilidade, mas na prática nem sempre é assim tão claro que estas pessoas devam ter de facto todas as oportunidades possíveis de que precisam e que estes objectivos sejam implementados a nível prático (Van Hove, cit in De Bellie et.al., 2000). Os profissionais também não estão isentos de culpa quando lidam diariamente com a sexualidade das pessoas com quem trabalham. A pesquisa de Wensinck, Vermeer e de De Wit & Martens (1984, cit. in De Bellie et. al., 2000) revela que os profissionais acham que estas pessoas têm direito a sexualidade e intimidade, mas que não é dada qualquer atenção à verdadeira necessidade de ambas as questões.

Os profissionais pensam, por vezes e de uma forma geral, que são muito abertos em relação à sexualidade, mas quando ocorre uma situação concreta, a maior parte dos profissionais é muito menos entusiasta. Os profissionais são confrontados com um certo grau de timidez relativamente à acção quando lidam com a sexualidade de pessoas com debilidade. Por vezes isto deve-se a falta de conhecimento. Os profissionais indicaram, abertamente, que desejam estar mais bem informados relativamente à sexualidade e intimidade destas pessoas em particular (De Wit & Martens, 1984). Todavia, o conhecimento não é a única condição. Uma acção profissional genuína exige reflexão sobre as próprias acções e também que se teste esta acção com conhecimentos teóricos, mesmo que este processo se revele difícil se a organização não lhe proporcionar um enquadramento. Os profissionais têm de discutir esta questão com os colegas (Soeter, Van den Bogaard & Gesthuizen, 1993, cit in De Bellie et. al., 2000).

Falar livremente do amor e da sexualidade ainda parece rodear-se de fortes tabus, pelo menos em muitas equipas, e especialmente entre equipas e directores. De facto, há um tabu relativamente a um tabu: o tabu da interpretação prática das experiências sexuais destas pessoas, por exemplo, através de treino, bem como, permitindo que as pessoas tenham relações ao nível estrutural-organizacional, e o tabu que o torna tema de discussão. No entanto, a pesquisa realizada sobre as lacunas no conhecimento destas pessoas, revelou que muitos profissionais expressaram o

desejo de serem mais abertos relativamente às questões da intimidade e da sexualidade (Lamers-Winkelman & Sterkenburg, 1997, cit in De Bellie et. al., 2000). Todavia, na maior parte dos casos, não se faz grande coisa a este respeito.

Se se discutir sequer a sexualidade, isto acontece geralmente através de anedotas, conversas informais ou devido a um problema sexual que não pode ser ignorado, porque na realidade a educação sexual está profundamente envolvida na teia da teologia moral e conceitos errados, que obstrui uma adequada intervenção (Kempton, 1983)

As pessoas com debilidade sentem a falta de conhecimento sexual para terem relações íntimas (enriquecedoras), e esta parece-nos ser uma questão que não pode ser simplesmente confinada à indiferença.

Giami & D'Allones (cit.in. Glat, 1992), pesquisaram as representações que professores e pais faziam da sexualidade de jovens com debilidade. Segundo os autores, os educadores entrevistados viam a sexualidade destes jovens como “exibicionista”, enquanto os pais encaravam os seus filhos como “sexualmente infantis”, no sentido de perceber até que ponto a condição da pessoa com debilidade afecta as suas experiências, visão do mundo e identidade pessoal

Em contrapartida a estes estudo, segundo uma perspectiva diferente, Glat (1992), levou a cabo um estudo em que procurou a versão de mulheres classificadas como “débeis”.

Quase todas as mulheres disseram que os seus namorados (e amigos de ambos os sexos) eram colegas da instituição que frequentavam (igualmente estigmatizados pela debilidade). Por outro lado, o pouco contacto físico com rapazes assumiu-se como característica típica desse grupo, pressupondo uma inibição sexual geral.

O casamento e filhos parece não estar perspectivado enquanto projecto de vida daquelas mulheres.

Numa segunda pesquisa, Glat (1992), procurou investigar as informações e representações que pessoas com debilidade tinham a respeito da sua sexualidade e relacionamentos amorosos, bem como tentar perceber até que ponto a sua identificação como pessoa “deficiente” afecta o desenvolvimento e consciência dessa sexualidade.

Desta investigação sobressaiu o baixo grau de integração social daquelas pessoas, relatando um escasso número de amizades e relacionamentos fora da instituição, fenómeno este que se acentua entre as mulheres. Os rapazes parecem pois mais integrados, o que pode explicar-se devido a uma maior liberdade e menor grau de vigilância familiar, relativamente às mulheres.

No que respeita ao tipo de educação sexual que receberam, 30% dos sujeitos revelaram que obtinham informações sobre sexo com a família, 18% pelos profissionais das instituições, e o restante número na rua, com colegas, através dos média, ou simplesmente com ninguém.

Estes dados mostram-nos a semelhança com a população em geral, nomeadamente no que diz respeito à maior liberdade dos homens do que das mulheres. Por outro lado, pôde perceber-se, que de uma maneira geral, os seus conhecimentos sobre sexualidade são bastante superficiais e precários.

Em ambas as pesquisas é notório a semelhança entre os problemas destes jovens e dos jovens ditos “normais”, sendo que no caso das pessoas com debilidade, há a acrescentar os problemas causados pela sua condição específica de vida.

Por isso, parece-nos urgente o entendimento de que a maioria das pessoas com debilidade, tem um desenvolvimento normal (embora em alguns casos, mais tardio) das características sexuais.

Por outro lado, tal como pudemos já constatar ao longo desta revisão, tal como acontece com todos os outros adolescentes, há um aumento do interesse por sexo a partir da altura da adolescência.

A particularidade da maioria dos jovens com debilidade prende-se com o facto de, provavelmente, só chegarem a satisfazer os seus desejos através do próprio corpo (masturbação), sendo que a maioria é capaz de dar e receber prazer com um parceiro.

Contudo, esta é uma evidência que parece ser ignorada pela maioria dos pais e profissionais, cuja grande preocupação parece prender-se com aquilo que entendem como os ditos “problemas sexuais”, nomeadamente com a masturbação em público (Behi & Edwards-Behi, cit. in Glat, 1992).

Concluindo,

“ A declaração universal dos direitos do homem é em si mesma, de alguma forma, um paradoxo. Ao dizer-se, de facto, que os homens nascem livres e iguais em direitos, assume-se implicitamente que, depois do nascimento, essa situação tão elementar virá a ser alterada. O ideal seria, sem dúvida, a simples afirmação de que os homens são livres e iguais.

A verdade é que não são. A verdade é que os homens são diferentes e assumem-se como tal, umas vezes mais abertamente, outras vezes de forma velada e, até, inconsciente” (Op. cit. André, 2002, pp 6).

Ainda assim, a consciência de que a segregação, a rejeição da diferença, a intolerância, a marginalização, constituem um acto instintivo de grande parte da humanidade, parece ser um bom ponto de partida, quer para a construção de uma ética da debilidade, bem como, para o enquadramento contextualizado de uma política educativa de cidadania, que não deverá deixar de passar, neste caso concreto, por uma política de educação, nomeadamente, de educação sexual, como um enquadramento legal e normativo, que se deseja explícito e aplicável.

Enquadramento Legal e Normativo

Antes de entrarmos nas questões directamente relacionadas com o enquadramento legal e normativo da educação sexual, parece-nos importante revisitar alguns dos marcos determinantes no âmbito da proclamação dos direitos das pessoas com debilidade.

Em 1948 foi feita a Declaração Universal dos Direitos do Homem; em 1971 surgiu a Promulgação da Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Esta Declaração pressupõe a consolidação duma nova filosofia que se resume nos conceitos de normalização e integração; em 1981, a ONU declara “ O Ano Internacional para os Deficientes”, e é entre 1983-1992 que é declarado o Decénio das Nações Unidas para os Deficientes. Com esta decisão foi posto em prática um novo enfoque na procura da igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência, centrado no potencial do seu desenvolvimento.

Durante os anos 90, assiste-se a uma procura da realização plena e igualdade de oportunidades dessas pessoas. É centrada a atenção no potencial de desenvolvimento e na integração na vida da comunidade, mais que na deficiência ou na segregação. Isto implica que a sociedade tenha que organizar-se para criar os suportes e recursos necessários para conseguir esse objectivo.

Surge então, um novo conceito legal e social da pessoa com debilidade que contempla a protecção dos seus direitos básicos, a salvaguarda desses direitos e a promoção eficaz dos mesmos.

Em 1992, assiste-se a uma mudança de paradigma com a publicação pela A.A.D.M. (American Association on Mental Deficiency) da nova edição da *Mental Retardation. Definition, Classification, and Systems of Supports*. Esta supõe uma alteração em profundidade na forma de prestar serviços. Destacam-se as noções de crescimento e desenvolvimento pessoal, o que implica oferecer serviços continuados e variados para responder de maneira eficaz e global às suas necessidades

Já em 1993, são publicadas as “Normas sobre Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência”, e em 1996, vem a ser publicado o “Guia Europeu de Boas Práticas”(pp 15 a 21).

Em 2002, constitui-se a Declaração de Madrid, pretendendo proporcionar um quadro conceptual para a acção do ano 2003 (como Ano Europeu das Pessoas com Deficiência), À escala comunitária, nacional, regional e local.

Nesta declaração assume-se princípios como: (a) a deficiência é uma questão de direitos humanos; (b) as pessoas com deficiência querem a igualdade de oportunidades e não a caridade; (c) as barreiras sociais geram a discriminação e a exclusão social; (d) as pessoas com deficiência sofrem discriminação que os trata como cidadãos invisíveis; (e) as pessoas com deficiência constituem um grupo heterogéneo; (f) a inclusão social resulta de uma acção conjunta com a pessoa, pela não discriminação, associada a uma acção positiva.

Estes princípios devem ser atingidos através de: (a) medidas legais que promovam a participação social e a independência; (b) uma mudança de atitudes que passe por uma legislação antidiscriminatória associada a um compromisso social, bem como, potenciando a participação activa das pessoas, no sentido da auto-representação; (c) serviços que promovam a vida autónoma; (d) apoio às famílias; (e) atenção especial às mulheres com deficiência; (f) integração global da deficiência; (g) emprego e participação das pessoas com deficiência.

Quanto à Legislação existente, constituem elementos de trabalho: (a) a Constituição da República Portuguesa (artº71º); (b) a Lei de bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência – Lei Nº9/89 de 2 de Maio; (c) o Código Civil – Regulação Direito de Família; (d) o Código Processo Civil – Processos Especiais.

Esta foi a realidade em que cresceram muitas das pessoas que hoje reclamam uma atenção adequada de toda a sua personalidade, incluindo a sua sexualidade.

Falar de sexualidade de pessoas com deficiência significa falar de um duplo tabu. Sexo e Deficiência Mental, associada a mitos e esteriotipos que têm limitado e constrangido a realização plena da pessoa com debilidade, na sua dimensão de pessoa com direitos e deveres.

Tal como já vimos, entre estes mitos destacam-se: (a) as pessoas com deficiência são todas iguais, contudo, já pudemos verificar que “A característica mais marcante das pessoas com deficiência mental é a heterogeneidade”; (b) as pessoas com deficiência mental possuem uma sexualidade exacerbada. Não obstante, sabe-se pela experiência que a sexualidade, é a mais normal das características humanas, e é sentida de maneira idêntica por deficientes e não deficientes; (c) A pessoa com deficiência carece de desejos no terreno sexual (santos, inocentes, puros), apesar de hoje se perceber que, se mentalmente não corresponde aos padrões esperados para a sua idade, sexualmente tal não se concluiu.

A clarificação destes mitos, bem como todo o percurso de proclamação dos direitos da pessoa com debilidade, vem a justificar a necessidade de programas adaptados de Educação Sexual.

Ainda que esta seja uma necessidade assumida já há algumas dezenas de anos, parece assumir-se como definitiva, pelo menos em termos normativos e legais, apenas para a pessoa dita “normal”.

Assim, o primeiro documento legal sobre a Educação Sexual nas Escolas foi a Lei 3/84 publicada em 24 de Março de 1984.

No seu artigo 1º, esta lei define o papel do estado português, no sentido de garantir o direito à Educação Sexual como componente do direito fundamental à educação. Especificando este papel, o artigo 2º, afirma que (Educação sexual e promoção da saúde nas escolas, 1999, pp. 6 e 7):

1. “o dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao Estado a garantia da Educação Sexual dos jovens através da escola, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social”;
2. “os programas escolares incluirão de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre homem e mulher”;
3. será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, por forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da Educação Sexual, em particular no que diz respeito aos jovens”;
4. serão ainda criadas também condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à Educação Sexual dos filhos”

Em 1986 foi aprovada a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE) que, no número 2 do seu artigo 47º, também inclui a Educação Sexual, situando-a numa nova área educativa, a Formação Pessoal e Social, sendo esta definida como uma área transversal.

A LBSE atribui fundamentalmente ao Sistema Educativo a responsabilidade de incluir nos currículos e nos quotidianos escolares a abordagem de temas ligados à vida, aos problemas quotidianos e ao processo de crescimento pessoal e social das crianças e jovens, entre os quais, os temas relacionados com a Educação Sexual.

Em 1998, a aprovação em Conselho de Ministros do Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar veio consubstanciar algumas medidas concretas, com vista ao cumprimento dos princípios consignados na Lei 3/84, assim como (...) *“identificar as acções já em curso, com o objectivo de as potenciar e desenvolver, numa perspectiva de articulação e cooperação intersectorial, dem como definir todas aquelas que*

permitam melhor alcançar os objectivos em causa” (Resolução do Conselho de Ministros nº 124/98 de 1 de Outubro de 1998; D.R. nº 243 de 21/10/98).

Assim, o quadro legal e normativo existente, (a) permite legitimar a educação sexual enquanto componente da educação, incentivando o seu desenvolvimento e atribuindo ao Estado e ao Sistema Educativo em geral, responsabilidades e deveres a este nível; (b) por outro lado, tal como descrito na Lei 3/84 e reforçado no Relatório Interministerial para a Elaboração de um Plano de Acção em Educação Sexual e Planeamento Familiar, aponta para um conceito de Educação Sexual que não se restringe aos aspectos biológicos e médicos, uma vez que se lhe associam as vertentes da formação pessoal e social das crianças e jovens; (c) define algumas vias de inclusão da Educação Sexual no quotidiano escolar, por via curricular e extra-curricular, apelando à articulação inter-institucional e à rentabilização dos recursos de vários Ministérios.

Numa altura em que o sistema educativo português dá os primeiros passos na introdução programada de temas de educação sexual em alguns currículos, faria todo o sentido que os jovens com debilidade pudessem beneficiar de uma experiência similar e adequada e adaptada às suas necessidades (Marques, 1995).

No entanto, dada a falta de legislação adaptada a esta realidade específica e em função da necessidade emergente de informação esclarecida, parece-nos urgente constituir equipas de trabalho a um nível multidisciplinar, nomeadamente em instituições preocupadas com o cuidado integral das pessoas com debilidade, no sentido de elaborar programas ajustados e que sirvam os objectivos .

Com isto, não deixamos de ter presente a consciência de que se pretendemos efectivamente alcançar mudanças na realidade social, o maior desafio constitui atingir mudanças na atitude das famílias, dos profissionais e da comunidade (Berridi in De Bellie et. al., 2000). Sendo que, o ponto de partida para a compreensão da vida afectivo-sexual da pessoa com debilidade, tem que ser a afirmação do carácter pessoal das pessoas, que pressupõe, conseqüentemente, a pertinência e utilidade de programas de educação sexual.

A Utilidade da Educação Sexual

O respeito e a promoção da dignidade humana deverá ser o pressuposto básico sobre o qual construir uma ética da debilidade.

O desafio da educação sexual para a pessoa com debilidade reside, segundo Loureiro (1995), nos aspectos psico-afectivos e no seu contexto social, já que a diminuição da sua capacidade intelectual e adaptativa afecta a forma como vivência a sua sexualidade. Na realidade, estas pessoas sentem diariamente que não satisfazem as exigências ditadas pela sociedade. Consequentemente, muitas pessoas com debilidade vivem com uma auto-imagem negativa e pouca autoconfiança. Os educadores sexuais podem exercer uma grande influência na forma como estas pessoas sentem o seu corpo e a si próprias fazendo com que desenvolvam relações íntimas, pessoais e mútuas (Frans, 1999, in De Bellie et. al., 2000). A educação sexual pode ajudá-las a desenvolverem uma auto-imagem positiva e, conseqüentemente, mais autoconfiança. Uma auto-imagem positiva e equilibrada é um pré-requisito para crescer como pessoa e para viver a vida de forma positiva, relacionando-se com os outros (Bosch, 1995, in De Bellie et. al., 2000). De facto, abordamos outra pessoa com a nossa própria auto-imagem e isso tem algumas implicações importantes a nível sexual.

Como já referimos, muitas pessoas com debilidade têm uma auto-imagem pobre e sentem-se muitas vezes indefesas e impotentes. Devido a uma falta de experiência sexual e oportunidades de aprendizagem, nem sempre sabem o que se passa, o que é apropriado e o que não é, são sexualmente reprimidas, e no entanto são curiosas, sensíveis a recompensas e, conseqüentemente, faltam-lhes mecanismos de defesa contra a coerção (Pan, 1997).

Sobsey e Mansell (in, cit. in Pan, 1997) afirmam que no passado foi dada demasiada atenção a ensinar as pessoas com debilidade a serem obedientes. As pessoas com debilidade têm de aprender a reconhecer as coisas de que gostam e as coisas de que não gostam. Quando estas pessoas têm um sentido mais profundo de amor-próprio, têm mais facilidade em agir de forma assertiva e em fazer escolhas (Hingsburger cit. in Pan, 1997). Aprenderem a fazer escolhas, e saberem que têm o

direito a escolher (se querem ou não uma relação sexual), é um desafio importante na educação sexual.

No entanto, a educação sexual também deve certificar-se de que não se dá toda a atenção apenas a potenciais vítimas. Sobsey e Mansell (cit. in Pan, 1997), consideram que, se toda a atenção for dirigida para potenciais vítimas, cria-se, involuntariamente, a impressão de que elas próprias podem ser os autores do abuso. Isto torna-os vulneráveis relativamente à indução de culpa por potenciais criminosos: “Ironicamente, os programas de instrução para a prevenção podem levar à atribuição da culpa à vítima.” (Sobsey e Mansell, cit. in Pan, 1997). Além disso, devemos referir que é importante dar primeiro a estas pessoas uma educação positiva sobre a sexualidade antes de passar à educação sexual sobre abuso sexual e à forma como pode ser prevenido, se possível. Se as pessoas com debilidade receberem primeiro informação negativa, poderão ficar com a impressão de que todos os tipos de toque e sexualidade devem ser considerados negativos (Bosch, 1995, in De Bellie et. al., 2000).

O problema da educação sexual advém do facto de, tal como nos diz Frans (1999, in De Bellie et. al., 2000), ter servido, até agora, muitos mestres: a prevenção de gravidezes indesejadas, a prevenção da SIDA, a prevenção contra o abuso e muitas outras questões assustadoras do género. Uma semelhança notável que emerge destas várias abordagens é o facto de o sexo ser apresentado como uma “origem de misérias”. No entanto, a educação sexual não deverá deixar de referir que a sexualidade e a experiência de partilhar uma experiência íntima com outra pessoa podem, de facto, ser muito enriquecedoras e satisfatórias (Bosch, 1995, in De Bellie et. al., 2000).

A experiência e o aspecto enriquecedor da sexualidade são raramente referidos na educação sexual. Há uma tendência para limitar a educação sexual à discussão dos termos técnicos da educação sexual.

Tal como exposto no capítulo anterior, a sexualidade de um ser humano (com debilidade) não se limita a funcionalidades técnicas. Relativamente ao pouco conhecimento sexual destas pessoas, como já descrevemos, é evidente que a educação sexual inclui as funções e possibilidades sexuais. No entanto, a ética dos direitos e responsabilidades, os aspectos sociais e emocionais da sexualidade também

merecem a nossa atenção (Bosch, 1995; Lesseliers, 1997, in De Bellie et. al., 2000). A excitação e a luxúria são aspectos empíricos que são por vezes deixados de fora da educação sexual por uma questão de conveniência. De facto, pertencem ao aspecto relacional empírico da sexualidade, uma miscelânea de sentimentos difícil de expressar e que, conseqüentemente, é difícil incluir na educação sexual.

Soeter et al. (1993, cit. in Pan, 1997) salientam que é importante, ao transmitir informação, seja em que formato for, fazer uma ligação com as coisas familiares e com o ambiente das pessoas com debilidade. Isto também significa aprender a nomear e a expressar as experiências por palavras, apresentar experiências como hipóteses a enquadrar no âmbito das experiências pessoais e, especialmente, realçar a importância de aprender a ouvir relatos de experiências e aprender a reflectir sobre as mesmas – fazer perguntas sobre a forma como uma pessoa vive as relações e a sexualidade, e o que é necessário para aprender com estas experiências (Frans, 1999, cit. in De Bellie et. al., 2000).

Resumindo, a educação sexual deverá enquadrar-se o mais possível com o verdadeiro ambiente, desejos e experiências destas pessoas. A experiência pessoal das pessoas com debilidade é essencial ao enquadramento da educação sexual.

É surpreendente que estas pessoas tenham dificuldades em encontrar uma linguagem para expressarem os seus sentimentos. Isto em si não é surpreendente, pois os sentimentos são – para além das limitações adicionais à comunicação impostas pela debilidade –, para muitas pessoas, muito difíceis de expressar por palavras. A educação sexual deverá ter como principal objectivo melhorar as aptidões de comunicação dentro das relações entre pessoas. A comunicação pode ajudar a prestar atenção suficiente a fazer com que os sentimentos se enquadrem dentro de uma relação, o que acaba por ser benéfico para a relação. As pessoas (com debilidade) só podem crescer dentro da relação quando têm a oportunidade de adquirir conhecimento das suas experiências relacionais. Muitas destas pessoas recebem pouco apoio nas oportunidades relacionais vindo a deparar-se com inúmeras dificuldades subsequentes.

Assim, a educação sexual, deve certificar-se de que situações harmoniosas e conflituosas em relações com parceiros, podem ser discutidas com os responsáveis pelos cuidados quotidianos. Desta forma, é possível evitar o problema que se prende com o facto de algumas pessoas com debilidade, ficarem com questões relacionais

significativas por responder, sendo incapazes de compreender os seus sentimentos confusos.

Os parágrafos precedentes demonstraram que não existe apenas uma única experiência sexual. É importante que a educação sexual tenha isto em consideração. No que diz respeito à conceptualização actual da sexualidade, os media têm uma forte palavra a dizer, na medida em que podem ser considerados como os criadores de dois extremos conceptuais: ao lado do mito do casal romântico na televisão que tem sempre um orgasmo “suave” e simultâneo, as pessoas com debilidade ficam também com a impressão de que (o fim da) relação sexual, é um acto um tanto agressivo. Isto é muito confuso para estas pessoas e aponta para uma tarefa importante dos educadores, no sentido de tentarem encontrar um equilíbrio entre os extremos das diferentes impressões. Terão de ser apresentadas nuances, embora interpretadas a pensar nas pessoas com debilidade.

Quanto às pessoas com debilidade que desejam mais, mas não têm oportunidade, a educação sexual deve tentar torná-las mais assertivas. Estas pessoas têm de ser apoiadas na expressão dos seus desejos e vontades. Se a asserção não ajuda devido a “surdez” de todos os tipos de desculpas estruturais-organizacionais, os educadores podem funcionar como uma ponte entre estas pessoas e os lugares onde vivem. Não é correcto ensinar-lhes que por um lado, certos tipos de comportamento sexual pertencem a um cenário privado, e que por outro lado elas não têm permissão para estarem juntas na privacidade acolhedora dos seus quartos.

Quando iniciam relações sexuais sem grande prazer envolvido, existem aparentemente outras razões.

McCarthy et. al. (1996), falam do estatuto que as pessoas com debilidade adquirem com base nos seus contactos sexuais. Sendo sexualmente activa, uma pessoa atribui a si própria o estatuto desejado da idade adulta, o estatuto de ser e de ter um parceiro sexual, resumindo, de ser um pouco “normal”, o que implica a remoção do estigma “deficiência”. Podemos perguntar-lhes quem está a abusar de quem, se as pessoas com debilidade “suportam” as actividades sexuais em troca de um pouco de (*falsa?*) dignidade (McCarthy et. al., 1996).

Ainda assim, a educação sexual é dirigida a um objectivo específico, na prática, significa que estas pessoas devem ser apoiadas no desencorajamento de contactos sexuais que elas próprias não controlem na realidade. No entanto, também

significa que os educadores têm de oferecer algo em troca, ensinar-lhes a desenvolverem uma auto-imagem positiva de forma saudável. Conix (1999, cit. in Pan, 1997) salienta que uma pessoa ser capaz de se afeiçoar a alguém, viver intimidade e união, estimar e acarinhar outra pessoa e conhecer a auto-afirmação são necessidades básicas importantes a abordar estando, inseparavelmente, ligadas às razões por que os contactos sexuais são iniciados.

As experiências das pessoas com debilidade que parecem indiferentes e/ou negativas (McCarthy et. al., 1996), realçam a importância vital de permitir que estas pessoas conheçam os prazeres de uma vida sexual, e prestem muita atenção a aprenderem a exaltar a mente e o corpo um do outro, e a aprenderem o significado de acções sexuais (McCarthy et. al., 1996).

As pessoas com debilidade têm de aprender a lidar com “o coração e o corpo” um do outro. Viver a sexualidade de forma pessoal e fisicamente enriquecedora requer um processo de aprendizagem, e uma educação pode ser uma base importante para isso. Num contacto sexual, as pessoas gostam de explorar os seus próprios limites e os da outra pessoa, por vezes alterando-os, e transgredindo-os de vez em quando. Estas pessoas têm de aprender a estabelecer limites e a atrever-se a dizer “não” em caso de uma possível transgressão. Consequentemente, um aspecto muito importante da educação sexual, é ser capaz de reconhecer e nomear sensações de luxúria e sensações opostas (Frans, 1999, cit. in De Bellie et. al., 2000).

Todavia, não deverão apenas aprender a reconhecer as coisas de que gostam ou não gostam, também têm de aprender que o seu próprio comportamento (provocador) estimula comportamento nas outras pessoas (Bruinsma, cit. in Pan, 1997).

A educação sexual pode fazer com que as pessoas fiquem com uma ideia das consequências das formas sexuais específicas de expressão. Muitas pessoas, independentemente da deficiência, têm dificuldade em respeitar o que é ou não apropriado. Isto, segundo Bosch (1995), também se aplica a algumas pessoas (com debilidade), que por isso têm de aprender a reconhecer se uma expressão de sexualidade é apropriada numa situação particular. Weijdemá (cit. in Pan, 1997) acha que as pessoas com debilidade têm de fazer a si próprias três perguntas antes de iniciarem os contactos sexuais: “*será este o lugar certo?*”; “*será esta a pessoa certa?*”; “*será este o melhor momento para ter contactos sexuais?*”. Também aqui, é

importante dar espaço e privacidade suficientes para satisfazer este tipo de exigências. Conix (1999, cit. in De Bellie et. al, 2000) afirma que este tipo de perguntas racionais não é fácil de fazer. Em primeiro lugar, o que contam são os sentimentos que as pessoas com debilidade vivem nas suas experiências relacionais-sexuais. A pessoa com debilidade deve antes de mais perguntar a si própria se ela e o seu parceiro se sentem bem numa situação particular, porque pode ser que o momento, o lugar e a pessoa sejam os certos, mas que um dos parceiros não se sintam bem.

Embora estas pessoas tenham o direito de viver a sua sexualidade, também têm responsabilidades. Isto significa que precisam de desenvolver uma consciência do seu comportamento, para que possam controlá-lo e não magoem ninguém (McCarthy & Thompson, 1996). O facto de algumas pessoas viverem o sexo como uma sensação incontrolável também dá a Van den Bergh (in cit. in Pan, 1997) a indicação de que a educação sexual deveria prestar mais atenção aos aspectos relacionados com a experiência da pessoa em questão. De facto, aprender a controlar sensações de luxúria não ajuda apenas o parceiro. As pessoas que pensam que não conseguem controlar-se sexualmente quando estão excitadas ou apaixonadas terão menos capacidade para fazer exigências ou prevenirem-se, com todas as consequências implicadas (Baele, de Wit, Victoir e Van den Bergh, cit. in De Bellie et. al, 2000). Bandura (in De Bellie et. al, 2000) refere-se ao conceito de “auto-eficiência” a este respeito. Este conceito está ligado ao aspecto relacional-sexual da sexualidade e de alterações do comportamento.

Uma potencial alteração no comportamento dentro de uma relação requer uma série de aptidões sociais e confiança nas próprias capacidades para fazer uma alteração numa situação indesejada. Se estas aptidões forem insuficientes ou não estiverem presentes, há a possibilidade de, apesar da opinião da pessoa, ser escolhido o comportamento que a pessoa não deseja. A pressão social, o desejo de ser aceite, as limitações da situação e a timidez podem sufocar o discernimento de uma pessoa. Escusado será dizer que as pessoas com debilidade se encontram numa posição muito vulnerável relativamente a estes factores.

De facto, as pessoas com debilidade possuem uma linguagem rudimentar limitada, o que conduziu muitas delas a uma desvalorização da sua qualidade como sujeitos, em que se tem como fundamental o papel que os outros terão que

desempenhar na vida destas pessoas (nomeadamente, a sua família). Mas perante nenhum pretexto se pode supor que as suas vidas sejam menos valiosas.

A evolução conturbada que caracterizou o lugar assumido pela pessoa com debilidade na sociedade, desde o ser considerado “ninguém” ao ser considerado “pessoa”, inscreveu-se numa mudança conceptual da unidade corpo-mente, protagonizada ao longo da evolução da humanidade, nomeadamente, nos últimos anos.

O enfoque já não é exclusivo sobre a saúde do corpo ou a saúde da mente, mas sobretudo, sobre a unidade corpo-mente como uma constatação e uma presença fenomenológica da pessoa no mundo. Assume-se uma valorização desta unidade na medida em que estes dois elementos, deixam de representar partes isoladas da pessoa para assumirem o papel unitário de presença visível e total de acção plena e assumida da pessoa no mundo.

É pois nesta “quase” provocação da mentalidade actual que nos parece inscrever-se a pertinência e preocupação relativamente às questões da sexualidade, a forma como é entendida, como é sentida e vivida e a qualidade da informação que é passada.

Muitos opõem-se à educação sexual de jovens com debilidade, alegando que isso pode provocar um interesse por sexo que, caso contrário, não seria naturalmente despertado.

Tal como Glat (1992), consideramos ser esta uma falsa questão na medida em que qualquer jovem ou mesmo criança, hoje em dia, recebe um constante “bombardeamento” de informação sobre sexo, através dos colegas, de conversas que ouvem dos adultos e dos meios de comunicação, nomeadamente, a televisão. Como é de esperar, estas informações, chegam, na maioria das vezes, sobretudo se os receptores são pessoas com um menor grau de entendimento e capacidade interpretativa, de uma forma deturpada, fragmentada, podendo facilmente ser mal interpretada.

De facto, podemos facilmente perceber que, regra geral, as pessoas com debilidade recebem pouquíssima informação acerca do funcionamento do seu corpo e acerca da sua afectividade, sendo que a orientação dada para o seu comportamento sexual, consiste, em grande parte das vezes, em proibições e repressões sem maiores explicações (Glat, 1992).

Assim, partindo da unidade radical do ser humano, enquanto um dos elementos nucleares da antropologia teológica, onde a alma e corpo são factores de igual valor dentro de uma compreensão global do ser humano, situamos o início do discurso sobre a sexualidade humana em geral e das pessoas com debilidade em particular, para destacar a sua radical importância.

É deste modo que a ancestral divisão entre corpo e espírito dá origem à assunção de uma presença, de um querer e de uma unicidade comportamental que questiona a possibilidade de se poderem considerar fenómenos puramente “físicos”, “intelectuais” ou “emocionais”, naquilo que é entendido o ser pessoa. A consideração da condição humana enquanto totalidade, isto é, a forma de encarar o corpo não como um mero meio, mas sim com a objectivação de uma totalidade e manifestação de uma personalidade complexa e total, vem a ter reflexos inquestionáveis na forma de viver a sexualidade, bem como na compreensão do conceito de debilidade mental.

Estudo de Caso

O estudo de caso proposto, pretende ilustrar algumas das questões teórico-práticas, debatidas ao longo desta reflexão, nomeadamente: (a) os critérios de diagnóstico / prognóstico da debilidade; (b) a relação que se estabelece entre a afectividade e a inteligência, bem como o papel que a qualidade intra e inter-relacional, e a qualificação emocional, imprimem no diagnóstico e prognóstico da debilidade; (c) a influência destes factores na construção da identidade, nomeadamente, ao nível de uma identidade sexuada; (d) o papel da super-protecção familiar, da dependência emocional e do desconhecimento face à sexualidade e às relações, na construção e sedimentação de uma vulnerabilidade crescente face ao abuso; (e) a forma como estes factores determinam e potenciam condutas não ajustadas às normas sociais e ao respeito por si e pelo outro; (f) a pertinência da educação sexual face a um quadro típico de negação da sexualidade das pessoas com debilidade.

Passaremos então, a apresentar o caso da Mariana, de 27 anos (o nome adoptado não corresponde ao real, face à necessidade de preservar o direito de anonimato), diagnosticada clinicamente como portadora de uma “deficiência mental ligeira”, sendo que a sua conduta adaptativa, ainda que relativamente autónoma, revela bastantes carências em termos metacognitivos, potenciadores de condutas carenciadas de auto-controlo e capacidade interpretativa, sobretudo ao nível da vivência da sua sexualidade.

Em termos institucionais, o apoio dado à Mariana tem sido desenvolvido, essencialmente, através de apoios pontuais, numa perspectiva de continuidade e desenvolvimento pessoal (afectos, auto-estima, auto-imagem, conhecimento de si, antecipação de consequências, respeito por si e pelo outro), no decorrer de situações problemáticas que se prendem, na maior parte das vezes, com as suas atitudes face ao sexo oposto, nomeadamente, a facilidade com que se expõe a situações de

exploração e de risco.

Estas situações, entendidas pelos técnicos como traduzindo uma dimensão de “abuso”, têm vindo a assumir, segundo o relato dos mesmos, formas diversas, desde: (a) ser induzida pelos seus companheiros (pontuais), a entregar todo o seu dinheiro, bem como tirar dinheiro à família, no sentido de corresponder às vontades do(s) seu(s) companheiro(s); expor-se a situações de exploração do seu corpo; (b) posar para fotografias de cariz erótico, não antecipando as consequências desta sua atitude; (c) envolver-se quase “compulsiva” e “irreflectidamente” em relacionamentos, cujo único objectivo prende-se com a satisfação directa dos seus desejos; (d) insinuar-se constantemente face ao sexo oposto, numa atitude de conquista e sedução, passando ao acto, indiscriminadamente, sem precauções de qualquer espécie; (e) mentir à família e aos técnicos, como tentativa de esconder os seus comportamentos e manter uma imagem infantilizada.

Contudo, a sua falta de competência para antecipar as consequências das situações em que se envolve, bem como a visibilidade social que as mesmas acabam por, invariavelmente, assumir, fazem com que os técnicos se apercebam, na maioria das vezes, das situações de risco. Isto, ao contrário da família, que mesmo quando confrontada com as situações, teima em negar a sexualidade da Mariana, reforçando a sua falta de capacidade e iniciativa para uma vida plena e autónoma.

Seleccionámos este caso para estudo e reflexão, não por uma simples questão de juízo de valor face à (recriminável ou errada) conduta sexual/social da Mariana, por não ser esse o propósito deste estudo, mas sim, por ilustrar algumas das consequências gritantes de uma cultura de mentira e de ignorância face à identidade e à sexualidade das pessoas com debilidade, despelotando a preocupação de entendimento e procura de qual o apoio mais adequado a proporcionar à Mariana, e à sua família, de forma a que viva a sua vida de uma forma consciente e responsável, em todas as suas dimensões.

Deta forma, parece-nos que o caso da Mariana se oferece para estudo, precisamente por se apresentar elucidativo face ao problema inicial do nosso estudo: “Como é que as características inerentes à debilidade influenciam a construção das identidades e desta forma, a construção de uma identidade: qual o papel da inteligência e da afectividade?”, bem como, um instrumento paradigmático face à

questão da pertinência da Educação Sexual, ajustada às especificidades de cada indivíduo em particular, num contexto habilitativo face às contingências sociais (adaptação social).

Passaremos a apresentar alguns elementos anamnésicos, que consideramos relevantes para o estudo em questão.

História obstétrica e de desenvolvimento:

A Mariana nasceu de parto normal e com ausência de choro, desconfiando-se de ter sofrido de anoxia; o parto foi demorado devido a assistência precária (segundo a mãe).

A alimentação foi assegurada pelo seio materno até aos dois meses, passando depois para biberão sem dificuldades.

Ao nível do desenvolvimento psico-motor, foi exibindo um “atraso de desenvolvimento geral” .

Aos três meses notou-se que não reagia a estímulos visuais, tendo-se verificado um défice visual, justificado clinicamente por uma desmielinização, decorrente do trabalho de parto.

Foi diagnosticada epilepsia, ainda na infância (actualmente controlada com medicação).

Ao longo do seu desenvolvimento foi notório um alongamento excessivo dos membros, que apontam para um compromisso genético, concordante com o síndrome de Marfan (doença hereditária do tecido conjuntivo).

Percurso Escolar:

Por volta dos dezoito meses beneficiou de apoio de uma educadora, em casa.

Aos dois anos, entrou para o jardim infantil até aos sete anos.

Aos 8 anos ingressou na escola oficial, mas sem sucesso, pelo que começou a frequentar o ensino especial, até entrar para a CERCI, onde completou a 4ª classe – sabe ler e escrever; em matemática faz as três operações sem transporte, bem como a divisão por um algarismo.

Realiza situações problemáticas simples, com alguma capacidade interpretativa.

Na CERICI fez um curso de formação profissional, posto o qual foram feitas algumas tentativas de integração em mercado normal de trabalho, todas elas sem sucesso, por alegadas dificuldades de adaptação. Foi posteriormente integrada num centro de emprego protegido, onde desempenha uma actividade útil e remunerada há cerca de seis anos.

Perfil da Capacidade Intelectual:

Segundo uma abordagem puramente psicométrica, a partir de uma bateria de testes padronizados (WAIS, Matrizes progressivas de Raven, Labirintos de Porteus, Figura Complexa de Rey, Toulouse-Pieron), chegaram-se às seguintes conclusões:

A Mariana revela um nível intelectual global inferior ao desejado para o seu grupo etário.

Revela algumas perturbações ao nível da estruturação espacial, reproduzindo alguns detalhes do real e desenvolvendo um grafismo pouco estruturado.

Distrai-se com muita facilidade, revelando atenção lábil com dificuldades de captação e manutenção. Precisa de supervisão constante, pois caso contrário, não leva a cabo as tarefas que lhe são destinadas.

Revela ainda um baixo poder de realização com um rendimento de trabalho diminuído e um índice de dispersão elevado, ainda que manifeste capacidades de evolução com a aprendizagem.

É notória uma razoável capacidade de organização e planeamento, revelando capacidades para encontrar estratégias de solução de problemas ao nível de uma idade mental de nove anos e meio. Revela controlo visuo-motor com destreza nos movimentos de punho e dedos.

Adaptação Social:

A Mariana é uma jovem que apresenta uma certa imaturidade e euforismo, não tendo dificuldades de relacionamento.

Possui um discurso fluente com razoável conteúdo informativo. As frases são gramaticalmente correctas e adequadas ao conteúdo semântico. Em discurso espontâneo a articulação é lenta e pouco precisa devido a movimentos pouco diferenciados e ampliados, o que confere ao discurso uma tonalidade monótona.

A Mariana é capaz de estabelecer um diálogo sobre assuntos da vida quotidiana.

Sabe descrever o trajecto de sua casa à escola e vice-versa, sendo independente neste percurso. É autónoma nas actividades da vida diária, ainda que necessite de supervisão.

Personalidade - Relacionamento - Afectividade:

Através da observação directa e da análise do protocolo de Rorschach, conclui-se que a Mariana: (a) produziu um psicodiagnóstico pobre e fraco com fraca capacidade de síntese (4 G+); (b) revela uma cultura reduzida (apenas três conteúdos diferentes); (c) revela capacidade de senso comum (Ban% = 40%) – regular capacidade de aceitação das situações banais; (d) revela faculdades intelectuais deficientes (F% baixo; 4 G+; K=0; pobreza dos conteúdos das respostas); (e) evidência de probabilidade de alteração cerebral orgânica – epilepsia-? (fenómenos de interferência na prancha VIII); (f) aparentemente calma (Dbl=0; C=0; CF=0), interessada apenas pela banalidade das coisas; (g) embora o protocolo pouco diga relativamente à vida afectiva da Mariana (C=0), parece reagir, na maioria das vezes, por impulsos não controlados, de natureza instintiva; (h) suspeita de distanciamento afectivo – não há ressonância afectiva – (H=0; Hd=0; C=0; Clob=1); (i) revela dificuldade de adaptação afectiva (choques cor); (j) revela falta de energia que permita a adaptação afectiva, agindo impulsivamente, de acordo com a sua energia instintiva; (l) revela dificuldades de concentração e atenção (baixo F%).

Concluindo, a Mariana mostra-se muito reactiva às situações e muito impulsiva (dificuldade de coordenação e controlo dos impulsos).

Apesar do protocolo de Rorschach ir no sentido de um distanciamento afectivo, em que não há ressonância afectiva, no contexto de uma debilidade mental numa personalidade amorfa, sem problemática afectiva dominante, onde não se detectam nem uma estrutura neurótica, nem sinais psicóticos, a Mariana revela, efectivamente, imaturidade e uma acentuada dependência afectiva (apelos constantes de afecto e de relação). Nem sempre tem consciência das consequências e responsabilidades que decorrem das relações que estabelece com os outros, sendo

facilmente influenciável. É notória a sua necessidade de receber muito dos outros, mostrando-se muito vulnerável com uma falta de adequação das defesas do ego.

Revela uma grande necessidade de agradar e de se fazer notada e reconhecida, dizendo e fazendo tudo o que acha que o outro quer.

Revela traços acentuados de ansiedade, insegurança, susceptibilidade e sentimentos de prejuízo a par de tendências exibicionistas e centração narcísica.

A Mariana parece ter desenvolvido um registo depressivo na ordem do border-line, em que a fragilidade das referências de apoio, colocam a hipótese de uma depressão anaclítica, que lhe veio a desencadear desorientação, ansiedade constante na vida, condutoras de uma vulnerabilidade pessoal que a colocam no limite de uma patologia fronteira.

Sexualidade:

A Mariana vive a sua sexualidade enquanto algo que tem que ser “escondido”, fazendo questão de manter uma imagem de “pureza” e “candura” que a própria família reforça.

De facto, quando confrontada com a sexualidade da filha, a mãe, super-protectora, mostra-se perfeitamente admirada, como se este fosse um assunto em que nunca havia pensado, negando completamente a sexualidade da Mariana.

A mãe refere ainda, que há uns anos atrás, foi a Mariana a própria a querer fazer “laqueação das trompas”, ao que a família acedeu e concordou.

Por sua vez, a Mariana continua a envolver-se facilmente em relações sexuais, pelo que conta, nem sempre gratificantes, expondo-se facilmente aos desejos e vontades do outro, descurando completamente os limites do respeito por si e pelo seu próprio corpo.

Estudo do caso:

Se nos apoiarmos na classificação da debilidade desenvolvida pela Mental Retardation Activities of the United States Departement of Health Education and Welfare (1963), arriscamos a avançar que poderemos incluir a Mariana ao nível da chamada “debilidade ligeira”, correndo os riscos redutores de uma abordagem, que tende a homogeneizar o perfil cognitivo das pessoas com debilidade, bem como a sub-valorizar a possibilidade de existência de diferenças qualitativas entre pessoas

com o mesmo Q.I., tal como podemos perceber no quadro resumo abaixo indicado (ver pp. 48).

Grau de atraso	QI	Nível de funcionamento (idade escolar: 6-20 anos)	Nível de funcionamento (idade adulta: acima 21 anos)
Ligeiro	52- 67	Competências académicas até aproximadamente 6º ano Pode ser orientado com vista à "normalidade social"	Competências sociais e vocacionais adequadas para ser autónomo Pode necessitar de orientação e assistência quando em stress social / económico não usuais

Contudo, se seguirmos perspectiva de que a definição de debilidade, independentemente do grau, pressupõe um compromisso multifactorial, podemos analisar o seguinte:

Quadro37

Geral	Mariana
Heterocronia do desenvolvimento desenvolve-se a velocidades diferentes segundo os diferentes sectores do crescimento psico-biológico	Atraso de desenvolvimento geral : ainda que o seu desenvolvimento biológico, assuma algum avanço face ao desenvolvimento psicológico
Origem : período de maturação psicossomática	Desde nascimento
etiologia: variada	<p>Biológica: Anoxia ⇔ problemas psicomotricidade; epilepsia</p> <p>Genética: síndrome de Marfan</p> <p>Afectiva / Emocional: insucessos do processo de individuação - superprotecção familiar –</p> <p>Ambiental: falta de investimento e qualificação emocional</p>
incapacidade adaptação : exigências naturais e sociais	primeira infância: lenta no desenvolvimento de competências sensorio-motoras, de comunicação, de independência pessoal, de socialização

	<p><u>segunda infância e puberdade</u>: algumas dificuldades na aprendizagem básica / escolar, no raciocínio, no juízo e na percepção social</p> <p><u>adolescência e vida adulta</u>: grandes dificuldades em realizar actividades vocacionais e assumir responsabilidades sociais</p>
défice ao nível das funções inteligentes	<p>Défice cognitivo mensurável - nível intelectual global inferior ao esperado para o seu grupo etário -</p> <p>Incapacidade de controlar a afectividade</p>
défice generalizado (vulnerabilidade)	<p>Vulnerabilidade social que a limita na expressão plena do seu direito a ser pessoa e fazer jus a uma identidade própria - necessidade de manter uma imagem idealizada criada e sustentada pela família - dificuldades de individuação e autonomia, de aceder a um estatuto de adulto</p>

A anoxia pode ter potenciado um carácter deficitário progressivo, bem como a deterioração mental epiléptica

Contudo, podemos perceber que mesmo quando o síndrome se apresenta como uma perturbação evolutiva (assentando sobre um défice de origem orgânica, como é o caso do Síndrome de Marfan), este “núcleo deficitário” deve ser entendido: não como uma deficiência constitucional ou lesional (a interpretar somente na sua dimensão neurobiológica), mas sim como o resultado da inscrição de mecanismos psicopatológicos em determinado momento da evolução, acentuados pelas questões que se prendem com a vulnerabilidade.

Neste sentido, entendendo-se o ego como um espaço mental interior presente dentro de cada ser humano, suficientemente delimitado em relação ao mundo exterior, em que se desenvolvem uma série de funções (percepção, o controlo do sistema motor, o pensamento e os sentimentos, o controlo dos impulsos, a acção de testar a realidade, a tolerância, a frustração), cujo desenvolvimento e interacção permite negociar entre o que vive dentro dela e as exigências, possibilidades e limitações do ambiente, percebemos que a qualidade das interacções vividas durante os primeiros anos de vida assume uma influência crucial no curso de todo o desenvolvimento posterior.

E é precisamente, a partir desta noção que delinearemos a análise do caso.

Ainda que as questões de fixação tipológica não sejam a prioridade deste estudo, ao propormo-nos a analisar este caso, consideramos que não devemos deixar de prestar um olhar atento a todas as dimensões que se ofereçam para estudo, numa óptica de multidimensionalidade e contextualidade factorial.

Assim, analisadas as componentes determinantes para a determinação de um quadro de debilidade e apoiando-nos na classificação tipológica de debilidade preconizada por Atháide (1973), nomeadamente no 3º, 4º e 7º grupos, podemos questionarmo-nos sobre a questão que se prende com o limiar entre a debilidade e a pseudo-debilidade.

No caso da Mariana, parece notória a prevalência do compromisso afectivo / emocional, o que nos coloca, indubitavelmente, face à seguinte questão: “Encontramo-nos efectivamente, face a uma debilidade (dita desarmónica) ou a uma pseudo-debilidade?” (ver pp.22).

	Afectividade	Sociabilidade	Características intelectuais	ESPECIFICIDADES
3º Grupo D. M. desarmónicas	Desarmonia	Adaptação	Desarmonia	Colaborantes Desarmonia incide na afectividade
5º Grupo Pseudo-debilidades	Algum compromisso Ainda que não seja propriamente desarmónico	Adaptação	Desarmonia	Baixo rendimento escolar Rendimento mental afectado pelas emoções
7º Grupo D.M. Evolutiva (deterioração)	Deterioração Progressiva	Dificuldades progressivas	Descida progressiva do nível mental	Surtos de mais rápida degradação intelectual, sem alterações do tipo psicótico Origem: Anoxia, hemorragia, deterioração epiléptica progressiva

Apesar da evidência da prevalência de um compromisso afectivo / emocional, seguindo a linha de raciocínio de Gibello, e partindo do princípio que: (a) as capacidades intelectuais dizem respeito ao número de representações e de diferentes ligações que podem ser tidas em consideração pelo aparelho psíquico num determinado momento; (b) os processos cognitivos intelectuais traduzem-se no

conjunto das representações psíquicas de conhecimentos memorizados pelo sujeito; (c) as representações de transformação intervêm no processo de tomada de decisão, isto é, na escolha da sequência de movimentos / comportamentos mais adequados, o que implica a evocação das acções possíveis e as suas consequências, bem como o valor previsível do resultado da acção; parece constituir-se um sistema que se constrói à medida das experiências da Mariana, conduzindo à formação de representações psíquicas cada vez mais complexas. Podendo-se concluir que: as recordações das acções passadas e o estado emocional presente tidos em conta nas representações de transformação influenciam o valor que a Mariana atribui às diversas opções do momento, a partir de um repertório predeterminado / adquirido de padrões sensoriais / motores.

No caso da Mariana, parece notória a existência de perturbação ao nível dos continentes de pensamento cognitivos, sendo que os seus sintomas se traduziram, essencialmente, ao nível do insucesso na aprendizagem profissional, perda de competências profissionais e dos conhecimentos em geral, na medida em que os seus sintomas se expressam ao nível do raciocínio, memória e atenção (segundo o autor, indispensáveis para o diagnóstico de debilidade).

É a partir daqui que se explica o surgimento das dificuldades ao nível da compreensão de certas percepções, que conduziram a:

1. dificuldades de aprendizagem (social, escolar, profissional);
2. dificuldades ao nível da perícia postural, condutoras de aquisições de aprendizagens motoras imperfeitas;
3. dificuldades ao nível da atenção (distracção, instabilidade), comprometendo a aprendizagem pela experiência;
4. dificuldades ao nível da memorização, quer no âmbito dos diferentes aspectos da memória activa como do acesso às recordações registadas na memória a longo termo;
5. dificuldades ao nível da interpretação de factos do mundo exterior;
6. dificuldades ao nível da compreensão dos problemas colocados, de os apresentar, de representar o meio de os resolver; da génese da solução

Contudo, apesar desta evidência, não poderemos jamais descurar a pertinência do carácter desarmónico que se foi constituindo na relação que se estabelece entre a

capacidade adaptativa, afectiva e intelectual.

Parece estarmos pois perante uma situação de debilidade propriamente dita, marcada precisamente, pelo seu carácter desarmonioso, tal como podemos observar através da avaliação centrada na interrelação entre estes vários factores, que pode ser traduzida na escala de comportamento adaptativo – ECA –(Nihira, Leland & Lambert, 1993) utilizada no estudo deste caso.

A ECA- residencial e comunitária - (adaptada da A.A.M.R. – Associação Americana para a Deficiência Mental - Adaptive Behavior Scale , 2ª edição), embora não esteja ainda aferida para a população portuguesa (projecto em curso sob a tutela da Faculdade de Motricidade Humana), parece-nos constituir, ainda assim, um guia de avaliação (multidimensional), senão alternativa, pelo menos complementar à abordagem redutora presa na avaliação puramente psicométrica, revista anteriormente (ver anexo A).

Assim, fazendo aqui uma breve referência à ECA, poderemos observar algumas das variáveis tidas em linha de conta no estudo de caso da Mariana, nomeadamente (a) **autonomia** (onde se inclui a alimentação, aparência, higiene, postura corporal); (b) **desenvolvimento da linguagem** (comunicação verbal com os seus componentes paralinguísticos e de conversação e não verbal - olhar, dilatação pupilar, expressão facial, sorrisos, gestos, movimentos...-, à escrita e leitura); (c) **números e tempo** (conceitos básicos matemáticos e noção de tempo); (d) **desenvolvimento físico** (marcha, equilíbrio, corrida, saltos, coordenação...); (e) **actividade vocacional e profissional** (conhecimento de determinadas condições inerentes à actividade profissional como a pontualidade, a produtividade, a assertividade); (f) **personalidade** (iniciativa, passividade, atenção...); (g) **socialização** (estabelecimento de relações interpessoais, maturidade social...); (h) **responsabilidade**.

Grossman (1983), define “incapacidade” enquanto conjunto de limitações significativas (na eficácia) da performance individual nos processos de maturação, aprendizagem, independência pessoal e/ou responsabilidade social que são esperados para o escalão etário respectivo e para o grupo cultural onde se encontram inseridos. A definição do comportamento adaptativo associada à identificação das dificuldades nos vários domínios implicam uma capacidade de lidar com as exigências inerentes ao contexto ecológico onde os sujeitos se movem. É assim que a definição de

comportamento adaptativo e défices adaptativos sugere uma habilidade individual para responder às solicitações do seu contexto ecológico.

É desta forma que se explica a existência de uma parte da escala dedicada aos comportamentos desajustados, que se relacionam, obviamente, com a capacidade de auto-suficiência pessoal e social e com as demais responsabilidades que tal acarreta, nos domínios de: (a) **comportamento social** (ameaças ou violência física, comportamentos violentos ou birras, dizer mal dos outros, mandar/manipular os outros, utilização da linguagem agressiva, fraca tolerância à frustração, perturba as actividades dos outros); (b) **conformidade** (ignorar regulamentos, resistir a cumprir ordens/pedidos, atitudes de rebeldia, faltas/atrasos, tentativas de fuga, adoptar comportamentos desajustados em situações de grupo); (c) **merecedor de confiança** (desrespeitar as propriedades dos outros, roubos, mentira, danificar propriedades públicas, pessoais e dos outros); (d) **comportamento estereotipado e hiperactivo** (estereótipos, comportamentos pessoais inapropriados, hábitos vocais ou de discurso perturbadores, hábitos orais inaceitáveis e tendências hiperactivas); (e) **comportamento auto-abusivo** (hábitos e tendências excêntricas, auto-agressão, hábitos estranhos); (f) **ajustamento social** (inactividade, apatia, vergonha, posturas particulares ou maneirismos); (g) **comportamento interpessoal com perturbações** (sobrealimentação das capacidades, reacção negativa a críticas, solicita demasiados elogios e/ou atenção, sentimento de perseguição, tendências hipocondríacas e outros sinais de instabilidade emocional).

Da análise da escala – anexo B – chegamos às seguintes conclusões:

A Mariana revela:

1. Desarmonia entre a capacidade intelectual, a afectividade e a sociabilidade, remetendo-nos para uma situação conclusiva de debilidade.
2. Embora em termos de autonomia pessoal a Mariana se posicione consideravelmente acima da média intrapessoal e dos valores normativos, percebe-se que em termos de sentido de responsabilidade e sobretudo, em termos de ajuste social e pessoal, revela algumas dificuldades, que chegam mesmo a tornar-se disfuncionais.
3. Em termos mais específicos, percebe-se ainda que o domínio relacionado

com o comportamento sexual, revela ser aquele em que a Mariana apresenta manifestamente dificuldades, situando-se consideravelmente abaixo dos valores normativos para a sua idade.

4. Pode ainda perceber-se que os domínios relacionados com a autonomia, desenvolvimento físico, actividade económica, desenvolvimento da linguagem, actividades numéricas e noção de número e tempo, situam-se consideravelmente acima do esperado para a sua idade.
5. Quanto aos domínios relacionados com a actividade pré profissional e profissional, como os domínios directamente relacionados com questões da sua personalidade, ainda que se encontrem dentro dos valores normativos, parecem ser aqueles que, logo a seguir ao comportamento sexual, se constituem como mais problemáticos. Isto justifica também os valores mais baixos em termos da capacidade de manutenção da confiança dos outros, na medida em que as suas características pessoais, de personalidade, associadas a uma afectividade lábil, e os comportamentos não reflectidos que exhibe face aos impulsos sexuais, acabam por fazer com que minta aos outros (nomeadamente à família), engane e se desrepeite a si própria.

Desdobrando ainda estes factores, acrescentaremos alguns itens de avaliação, que nos leva a delinear / complementar, aquela que esperamos que constitua uma atenta análise multifactorial:

importância dos factores culturais e sociais - Crenças: (a) a pessoa com debilidade é uma eterna criança; (b) a pessoa com debilidade não tem identidade sexual / sexualidade; (c) a pessoa com debilidade não controla os seus instintos

importância dos factores situacionais : (a) face à negação da sua sexualidade por parte da família, a Mariana sente necessidade de esconder a sua própria sexualidade; (b) desenvolve mecanismos que confirmem a imagem de “eterna criança”, que a liberta de responsabilidades sociais e familiares; (c) vive a sua sexualidade de uma forma promíscua e não informada; (d) falta de informação relativamente à sexualidade e às relações; (e) falta de auto-crítica; (f) falta de juízo crítico e moral, que parece prender-se com o facto de saber que não corre riscos de engravidar (descurando completamente todos os outros riscos acrescidos de relações sexuais

inconsequentes e não protegidas)

influências do meio : dentro das influências do meio, sabemos que de um modo geral, podemos identificar aquelas que se exercem quase especificamente no chamado “oligofrénico”, e aquelas por si só têm capacidade para conduzir qualquer criança a situações de debilidade (ou pseudo-debilidade), de neurose e de tipo psicótico.

No caso da Mariana, parece-nos evidente a influência de factores como: (a) situações de hostilidade no lar (mesmo que não dirigida à própria); (b) pai rígido e ausente; (c) mãe super-protectora ; (d) sentimentos de inferioridade em relação aos outros; (e) as atitudes neurotizantes dos pais (que mostraram muita dificuldade em aceitar a debilidade da filha).

Por acção dos mecanismos de defesa, a Mariana acabou por desenvolver (a) várias condutas reactivas; (b) compensações erradas; (c) confabulações; (d) timidez; (e) episódios depressivos, que têm conduzido a um lento estabelecimento de uma frustração e desvalorização, traduzido em ambivalência entre comportamentos de isolamento / exibição, precipitadores de um rendimento intelectual diminuído e reacções neuróticas.

Podemos assim concluir que, à hereditariedade genética corresponde, muitas vezes, uma hereditariedade social devido a sentimentos de inferioridade, dependência afectiva e desagregação familiar.

importância de variáveis emocionais e motivacionais para a conduta da inteligência manifesta: mesmo que se sinta constrangida face a algumas situações de vulnerabilidade e abuso, a Mariana acaba, invariavelmente, por mantê-las numa tentativa de preencher uma grande lacuna afectiva e sentir-se desejada enquanto pessoa / mulher.

Neste contexto entende-se a inteligência enquanto afecta a componentes práticas, sociais, emocionais ..., traduzindo uma estrutura de interesses e valores das acções, expressos pelos sentimentos.

Parte-se pois do pressuposto que não há condutas exclusivamente afectivas ou puramente inteligentes, sendo que ambos os domínios se interrelacionam e

interdeterminam.

Assim, sucessivas assimilações e acomodações têm como resultado as estruturas cognitivas, enquanto que sucessivas equilibrações em direcção a uma maior estabilidade, têm como resultado os esquemas afectivos.

Pelo que, a questão deixa de passar essencialmente pelo quanto inteligente e a Mariana é e atende-se à forma como atinge determinado objectivo / as estratégias usadas na resolução dos problemas. Consideraram-se aspectos não meramente intelectivos, mas outros mais ligados à personalidade, aos valores, ou à motivação.

Percebemos assim, que a acção do meio social impede que a inteligência seja exclusivamente considerada como um aspecto do sujeito, constituindo assim um processo relacional dialéctico e construtivo entre o sujeito e o seu meio sociocultural

No caso da Mariana, o seu compromisso intelectual (avaliado numa relação psicométrica/quantitativa), acaba por ficar, na nossa perspectiva, em segundo plano, face ao compromisso emocional, isto é, face à forma imatura e dependente como atinge os seus objectivos e resolve os seus problemas, traduzida numa dificuldade de adaptação social.

Esta constatação vem contradizer a abordagem tradicional da debilidade, bem como a proposta da A.A.D.M., que ainda que introduza o comportamento adaptativo, educação e ajustamento social, continua a sustentar-se numa perspectiva psicométrica (quantitativa do défice de inteligência em termos globais), como sendo a que continua a prevalecer como mais objectiva ; a mais reconhecida para verificar a presença de debilidade, ainda que não explique a natureza da debilidade.

1. importância da metacognição (entendida como conhecimento e como controlo da cognição) : (a) ausência de consciência das consequências e responsabilidades que decorrem das relações que estabelece com os outros \Rightarrow facilmente influenciável; (b) necessidade de receber muito dos outros \Rightarrow muito vulnerável ; (c) falta de autocrítica; (d) reactividade e impulsividade (dificuldade de coordenação e controlo dos impulsos).

A Mariana não dispõem de recursos emocionalmente inteligentes que lhe permitam: (a) ter capacidade específica de identificar os sentimentos próprios e alheios em sinais particulares; (b) saber lidar com eles; (c) conhecer e reflectir sobre

os dinamismos concretos da própria emocionalidade; (d) desenvolver estratégias para que, quando a emoção se dispara instantaneamente, possa controlá-la na linha das preferências inteligentes próprias

2. ajuste social no grupo : condutas relevantes e/ou facilitadoras do contacto interpessoal:

linguagem : revela um discurso fluente com razoável conteúdo informativo; frases gramaticalmente correctas e adequadas ao conteúdo semântico; em discurso espontâneo a articulação é lenta e pouco precisa devido a movimentos pouco diferenciados e ampliados, o que confere ao discurso uma tonalidade monótona; capacidade para estabelecer um diálogo sobre assuntos da vida quotidiana.

3. capacidades sociais: independente nas actividades da vida diária, embora necessite de supervisão e acompanhamento, sobretudo, face à sua dificuldade de compreender expectativas sociais e julgar correctamente o seu comportamento em situações sociais.

Podemos concluir que limitações ao nível da *inteligência prática* e *inteligência social*, conduzem a problemas adaptativos, sendo que a socialização (interacção sujeito-meio) é controlada pelo crescimento afectivo e cognitivo, e por sua vez, a evolução desta interacção potencia esse mesmo crescimento.

Assim, a afectividade e a inteligência influenciam a adaptação do indivíduo ao meio ambiente, sendo que o equilíbrio esperado desenvolve-se entre os sentimentos de satisfação das necessidades e as operações intelectuais.

4. capacidades interpessoais : facilidade no estabelecimento de relações; tendências exibicionistas; vulnerabilidade; dependência afectiva; falta de auto-crítica

5. sexualidade : (a) vive a sua sexualidade enquanto algo que tem que ser “escondido”; (b) mantem uma imagem de “pureza” e “candura” que a própria família reforça; (c) para a mãe: - a filha não tem necessidades sexuais; “é uma menina, sem

maldade e que nunca manifestou vontade de ter uma vida sexual activa”; (d) a mãe - super-protectora, nega completamente a sexualidade da filha, verbalizando: - “foi ela, a própria a querer fazer “laqueação das trompas”

Esta foi uma decisão que parece ter descansado a família, que assim, ainda mais reforça a inexistência de necessidade relacionais-sexuais na vida desta filha, negando peremptoriamente, qualquer iniciativa neste sentido.

Tal como a maioria dos pais com filhos com debilidade, a mãe da Mariana teme que a sua filha seja uma “presa” para exploração.

Por outro lado, a questão da contraceção é outro dos assuntos ainda “tabu”, onstituindo ponto de divergência, geralmente, entre pais e profissionais.

Também à semelhança da maioria dos pais, a mãe da Mariana, apesar de se defender com o argumento de ter dado opção de escolha à filha, sentiu-se algo “descansada” com o facto da Mariana ter decidido fazer a laqueação.

De uma forma geral, sabemos, através da experiência e das inúmeras conclusões para as quais a revisão bibliográfica nos remete, que a prática de contraceção reversível integrada num processo de autonomização e auto-regulação, acompanhada da educação sexual, tal como nos diz Giami (1983), reconhece e aceita a vida sexual das pessoas com debilidade, enquanto que a esterilização perpetua uma negação.

Bernardi (1985, cit. In. Dias et. al., 1995), salienta ainda que a família deve ter um papel promotor do processo de socialização, apresentando-se como um “modelo ideal de comportamento sexual”, assim como viabilizar uma orientação sexual o mais ajustada possível. Contudo, não é assim tão surpreendente que poucos pais se sintam capazes de dar ao filho uma educação sexual (Denekens, 1992; Lesseliers, 1996), na medida em que a maior parte dos pais sente-se muito pouco à vontade com a ideia de falar no assunto, quanto mais, dar educação sexual.

Contudo, a Mariana:

1. continua a envolver-se facilmente em relações sexuais, pelo que conta, nem sempre gratificantes.
2. expõe-se facilmente aos desejos e vontades do outro, descurando completamente os limites do respeito por si e pelo seu próprio corpo.

3. revela necessidades efectivas de reconhecimento por parte do outro, de ser gostada e desejada, no fundo, evidências claras de uma baixa auto-estima e uma imagem sexual-feminina pouco investida

Todas estas características, expõem-na a uma vulnerabilidade relacional que a fazem incorrer sucessivamente em situações de abuso, dos quais não tem consciência, porque não aprendeu a interpretá-las como tal.

É precisamente aqui que nos parece pertinente a questão da educação e esclarecimento relacional-sexual, pois a sua falta de informação relativamente à sexualidade e às relações, a sua falta de auto-crítica, a necessidade de manutenção de uma imagem infantilizada e potenciada pela família, a falta de juízo crítico e moral que parece prender-se com o facto de saber que não corre riscos de engravidar (descurando completamente todos os outros riscos acrescidos de relações sexuais inconsequentes e não protegidas), fazem com que a Mariana viva a sua sexualidade, as suas fantasias de uma forma não adaptada, sem limites, sem respeito por si própria, sem informação... no fundo, a sexualidade, embora seja uma área activa e importante na vida da Mariana, sempre foi e continua a ser tabu.

6. avaliação do contexto Familiar: (a) a Mariana é muito dependente da mãe, que por sua vez, vive em função desta filha; (b) o pai é uma figura afectiva e familiarmente ausente, ainda que viva no seio da família; (c) no seio desta família, sexualidade é tabu – não se fala -; (d) as dificuldades de relacionamento e afastamento entre o casal, e o distanciamento da filha face ao pai, parece não lhe proporcionar uma referência, um modelo positivo do que é, “a vivência salutar e respeito enquanto casal”.

Se partirmos do pressuposto que o desenvolvimento afectivo e sexual da criança se constroi na sua interacção com os outros, nos contextos de vida em que se desenvolve e com todos os que com ela interagem, deduzimos que, sobretudo os pais, desempenham um papel determinante neste processo de desenvolvimento psicosexual da Mariana (Loureiro, 1995).

Na experiência relacional com as figuras de apego, a criança adquire confiança e segurança que lhe permitem a abertura a contactos com o meio envolvente, uso e significado de formas de comunicação íntimas e informais, uso e

significado de expressões emocionais, capacidade de explicitar as suas necessidades, bem como a de satisfazer as necessidades dos outros (Félix & Marques, 1995), pelo que as falhas sentidas a este nível, potenciam e promovem a insegurança e a baixa auto-estima.

Podemos então assumir, ter sido neste processo interactivo, que a Mariana se desenvolveu psicologicamente, tendo sido, essencialmente, com base no modelo dos pais, que os seus sentimentos, atitudes e valores face à sexualidade e ao relacionamento interpessoal em geral, se foram consolidando.

Sendo o modelo parental disfuncional e ambivalente, e face à insuficiência / ausência de outros modelos relacionais mais positivos, a Mariana não teve oportunidades efectivas de consolidar a sua psicosexualidade.

Sabemos que a construção da identidade traduz uma consequência desenvolvimental de uma multiplicidade e experiências do passado e do presente que se organizam num todo coerente. Sendo que, nas pessoas com debilidade, as dificuldades ao nível da construção da identidade poderão assumir um carácter deficitário / limitativo / castrador, se não enquadrados na construção de relações de amor, com objectos “contentores” (Bion), e “suficientemente bons” (Winnicott), qualificando emocionalmente.

Neste caso parece-nos patente aquilo que entendemos enquanto apologia da estima, sendo que esta ultrapassa o conceito de “dar atenção”, traduzindo sim, consideração e respeito. Ou seja, esse alguém por quem nutrimos estima, embora separado, está-nos próximo a par de uma vida própria e é precisamente isto, que em termos familiares parece falhar no contexto envolvente da Mariana.

7. avaliação do contexto Institucional:

Na instituição a informação não formal que se oferece, é bastante escassa e apenas faz referência pontual ao tema, para resolver alguma situação conflituosa.

Contudo, há cerca de uma ano atrás, a Mariana (e os seus colegas de trabalho), beneficiou de um programa de Educação Sexual, ministrado por um grupo de enfermeiras do centro de Saúde da zona.

Apesar da boa vontade e disponibilidade das técnicas, após avaliação do projecto, pudemos concluir pelo insucesso face aos objectivos de partido. De facto, o programa não estava ajustado/adaptado às características do grupo (tendo sido construído no âmbito do projecto "Saúde Escolar", dirigido a crianças do 1º e 2º ciclos).

O método foi essencialmente expositivo, acompanhado de visualização de alguns vídeos, muito centrado nas questões técnicas da sexualidade (puberdade, reprodução, contracepção, planeamento familiar e doenças sexualmente transmitidas), ainda que tenha havido um esforço no sentido de dar relevo às questões relacionadas com a dinâmica relacional / afectiva da sexualidade.

A sexualidade e a educação sexual das pessoas com debilidade, é uma temática que nem sempre reúne consenso junto dos técnicos que com elas trabalham, surgindo várias posições face à necessidade de definir quais as necessidades e as metodologias de intervenção habitualmente utilizadas.

Por muito desejosos que os técnicos ligados à reabilitação possam estar, por devolver a responsabilidade aos pais, as pesquisas indicam que os pais gostariam muito mais, que a educação sexual tivesse lugar nas respectivas instituições, do que em casa (Lesseliers, 1999).

De facto, à semelhança desta experiência, algumas instituições, embora aceitando a responsabilidade pela educação sexual dos seus utentes, procuram a intervenção de outras entidades, recorrendo por exemplo ao Centro de saúde da zona. No entanto esta perspectiva apresenta, quanto a nós, grandes deficiências, na medida em que as áreas das relações interpessoais não é um compartimento estanque da aprendizagem, ainda mais quando veiculada pelas adaptações necessárias à realidade das pessoas em questão.

O objectivo de um programa de intervenção na área da sexualidade dirigida a pessoas com debilidade, materializa-se no encorajamento da pessoa no sentido de analisar activamente o seu próprio papel no desenvolvimento de atitudes positivas, responsáveis e solícitas. Para isso, pensamos que os técnicos / educadores devem ser "especializados" tanto na área das questões técnicas da sexualidade, mas sobretudo, na área afectiva, emocional, no sentido de uma intervenção relacional-sexual.

Este processo reforça a necessidade de promover oportunidades de exploração e reflexão sobre todo o tipo de ideias, de uma forma cuidadosamente estruturada para ser aberta e não valorativa, de modo que não possa, de forma alguma, constituir uma ameaça para a própria pessoa.

Reflexões conclusivas:

1. **os critérios de diagnóstico / prognóstico da debilidade:** (a) atribuir a alguém um nível determinado de inteligência segundo uma escala rígida deixou de fazer sentido; (b) temos que dar importância à forma como cada pessoa se adapta às condições de vida e às exigências do seu meio social; (c) mais do que classificar e rotular, é urgente classificar os apoios de que as pessoas necessitam de forma a melhorarem consistentemente o seu funcionamento e o controlo da sua afectividade

Nas pessoas com debilidade, o desenvolvimento do ego é difícil, sendo que o desenvolvimento das funções do ego faz-se mais lentamente e com mais dificuldades.

Na maior parte das situações: a debilidade evidencia-se com base num curso retardado de desenvolvimento durante os primeiros anos de vida, pelo que as primeiras interacções entre os pais e a criança muito mais difíceis de alcançar, devido a reacções mais limitadas do filho e ao facto dos pais nem sempre poderem proporcionar um cuidado “suficientemente bom” (Winnicott, 1974)

Assim, têm mais necessidade de um ambiente que lhes dê um apoio adaptado às suas necessidades, no sentido de desenvolver a sua própria força de forma a poderem lidar melhor com a sua vulnerabilidade, dando atenção a três áreas de desenvolvimento: (a) funcionamento intelectual e capacidade de adaptação; (b) funcionamento psicológico e emocional; (c) funcionamento físico, no sentido de otimizar o desenvolvimento e conseguir lidar com uma situação real.

Aqui surge a pertinência de complementar : (a) uma avaliação estática e puramente deficitária, (centrada nos produtos das experiências e aprendizagens

anteriores); (b) por uma avaliação dinâmica que foca os processos cognitivos e sociais, com o objectivo de identificar as funções deficientes e obter informações relevantes para a sua modificação (Feuerstein, 1979 e Haywood, 1977), bem como os processos emocionais (Muller-Lissner, 2001), pressupondo a alteração de um ou mais planos (os sentimentos; a posição, a expressão corporal), ainda que com a precaução de evitar o risco de normalização das emoções (no sentido de um ensino que pretenda transmitir quais as reacções emocionais “correctas” e “certas”).

2. a relação que se estabelece entre a afectividade e a inteligência, bem como o papel que a qualidade intra e inter-relacional, e a qualificação emocional, imprimem no diagnóstico e prognóstico da debilidade:

A Mariana não aprendeu a: (a) conhecer e reflectir sobre os dinamismos concretos da sua própria emocionalidade; (b) desenvolver estratégias para que quando a emoção se dispara instantaneamente possa controlá-la na linha das preferências inteligentes próprias (atravessadas por emoções), o que potencia ciclicamente a sua **vulnerabilidade**.

Convém não perder de vista que as emoções são potenciadas pelos nossos valores inteligentes e a inteligência é atravessada por emoções.

Tal como nos diz Gibello (1999), uma patologia neurótica ou psicótica exprimir-se-á por anomalias das funções cognitivas, em particular uma deficiência, devido à desorganização do funcionamento psíquico subjacente e que impedirá a activação de certos modos de pensamento, ou perturbará os mecanismos de aprendizagem.

Pode-se assim perceber que a aquisição ou o desenvolvimento (na adolescência) de uma forma de actividade mental, ou do pensamento formal, sejam ao mesmo tempo um facto cognitivo e uma condição de criatividade, uma condição da representação do mundo, e de domínio dos objectos com implicações pulsionais.

A dinâmica da cooperação, a interdependência e o desafio da cooperação e do respeito mútuo, parecem-nos uma aprendizagem urgente, convergindo para aquilo que entendemos ser o objectivo máximo, por exemplo, de um programa de educação sexual, com destaque para as competências relacionais (respeito pelo eu e pelo outro).

A ser verdade, esta “nova” tendência de qualificação emocional poderá marcar a diferença nos limites estreitos da definição, diagnóstico e prognóstico da debilidade, podendo destituir muitas dos, até então, rotulados como “débeis” do estigma da debilidade, da “falta de inteligência”, se adoptada uma “cultura emocional” e uma consequente aprendizagem de competências emocionais.

3. a influência destes factores na construção da identidade, nomeadamente, ao nível de uma identidade sexuada:

No caso da Mariana, parece notório que momentos de crescimento – como o desenvolvimento da autonomia – foram dificultados.

Entendendo-se a autonomia como uma passagem de um estado simbiótico com a mãe, na infância precoce (Mahler, 1968), para um estado de diferenciação, cujo mecanismo conhece uma grande variabilidade, segundo as diferentes realidades contextuais em que ocorre, percebe-se que o processo de separação (interno da libido dos primeiros objectos de amor), implica a perda de objecto e processo de luto, permitindo fazer novas identificações e novos investimentos em objectos exteriores à família. Se este processo de “luto” for comprometido, poderemos assistir a um processo conturbado e/ou perturbado da construção da identidade.

Por outro lado, “(...) a identidade é o que fica da autenticidade que uma relação desvenda e sustenta” (Sá, 2000), sendo que, no caso da Mariana pare não ter sido estimulada a abertura aos outros, a sua busca de encontro, comunicação e relação.

4. o papel da super-protecção familiar, da dependência emocional e do desconhecimento face à sexualidade e às relações, na construção e sedimentação de uma vulnerabilidade crescente face ao abuso:

A super protecção tornou-se infantilizante, ensinando a Mariana a comportar-se e a manifestar a sua sexualidade de um modo infantil e imaturo, inadequado do ponto de vista social, e conduzindo por isso à “reprovação”.

De certa forma, é como se a mãe a voltasse a meter dentro do seu ventre numa atitude de simbiose perfeita possibilitando, aquilo que considera ser, a maior protecção possível (Manoni), conduzindo a um círculo vicioso: em que a

dependência da filha é a máxima finalidade da vida da mãe e ela própria torna-se totalmente dependente da filha.

O ambiente familiar que a rodeia não é nem maturativo nem compensador, não por uma carência de cuidados e afecto, mas por um excesso de boa vontade que leva a mãe a dedicar-lhe uma atenção tão esmerada e absorvente, que entorpece a dinâmica natural de esforço e de conquista que caracteriza todo o processo de aprendizagem e maturação pessoal da Mariana;

A atenção dirigida à Mariana, por parte da família, baseou-se constantemente face à limitação, acabando por ser identificada com a sua limitação e, conseqüentemente, totalmente imersa nela.

Temos pois consciência que o desenvolvimento do “ego”, da identidade, nas pessoas com debilidade, dificilmente consegue escapar ao “fado” de um desenvolvimento vulnerável, nos estreitos limites sócio-culturais da actualidade.

5. a forma como estes factores determinam e potenciam condutas não ajustadas às normas sociais e ao respeito por si e pelo outro:

A Mariana: (a) revela uma falta de conhecimento da sexualidade e das relações, o que aumenta a sua vulnerabilidade; (b) desenvolveu uma conceptualização irrealista do mundo, o que lhe traz dificuldades em conseguir julgar o que é ou não apropriado, bem como dificuldades em avaliar e lidar com situações potencialmente ameaçadoras; (c) mostra (demasiado) abertamente a sua vulnerabilidade.

Já Craft & Craft (1988, cit. in. Marques, 1995) diziam que a condição da pessoa com debilidade leva a uma maior necessidade de intervenção ao nível da educação sexual, na medida em que, apesar de partilharem muitos dos sentimentos e energias experienciadas pelo resto da população, têm sido deixados na ignorância, no que respeita ao modo de viverem consigo próprios, com os seus sentimentos e energias de uma forma socialmente aceite (viverem em sintonia com os outros).

6. a pertinência da educação sexual face a uma quadro típico de negação da sexualidade das pessoas com debilidade:

Através da análise do caso da Mariana, parece confirmar-se a pertinência da educação e esclarecimento relacional-sexual, na medida em que: (a) a Mariana vive a sua sexualidade, de uma forma não adaptada, sem limites, sem respeito por si própria, sem informação, sem apoio ajustado; (b) a única influência que parece querer exercer no meio, parece dirigida à satisfação imediata das suas necessidades, assumindo abertamente uma posição subordinada.

Para além da tendência generalizada, em que pais e profissionais, não gostam muito de dar educação sexual e oportunidades de aprendizagem, questionamos pois, a forma como as pessoas com debilidade têm acesso a outros canais de informação de forma a aumentarem o seu conhecimento sexual.

A história mostra uma multiplicidade impressionante de éticas da sexualidade de acordo com o sentido outorgado por cada um à sexualidade humana.

A sexualidade tem sido vivida num clima de enigma e mistério, pelo que tem sido um terreno abonado para a génese e crescimento de muitos tabus.

De facto, os juízos de valor, a cultura da vergonha e da mentira herdada pela sexualidade do ser humano, parece não deixar espaço à autenticidade e ao desenvolvimento pessoal.

A Educação das crianças e jovens em geral, e das pessoas com debilidade em particular, implica um encontro com um ponto de equilíbrio entre a sobreprotecção e o desleixo, exigindo dos pais e dos agentes educadores, em geral, um grau de flexibilidade altíssimo, sendo que a vivência emocional com o outro deverá ser uma constante inquestionável.

Actualmente, ainda se considera a sexualidade algo diferente de nós próprios, algo que aprendemos aos bocados, algo dissimulado e vergonhoso,

“e como resultado deste tipo fragmentário de educação, a maioria de nós acaba por ficar mal informado e com sentimentos de culpa, a considerar a própria sexualidade como algo a esconder ou a recluir”
(Kempton, 1988).

Contudo, tal como nos diz Rubin in Kempton (1988), as pessoas com debilidade receberão informação sexual, de uma forma ou de outra, e devemos

discutir se queremos sobrecarregá-las com os mesmos conceitos errados, histórias obscenas ou mitos a que as pessoas sem deficiências são sujeitas.

Não sendo nosso propósito excluir totalmente a prática psicométrica na avaliação das pessoas com debilidade, parece-nos determinante concluir este estudo de caso, pela necessidade de integração sistemática de uma avaliação multifactorial, realizada por equipas pluridisciplinares.

Esta perspectiva multifactorial e pluridisciplinar visa focalizar não só as questões intelectivas, como todos os factores em jogo na dinâmica pessoal e social do sujeito.

Os factores de inteligência, a serem avaliados deverão perspectivar uma abordagem não tanto em termos das capacidades cognitivas, de índices ou quocientes de inteligência, mas sim, da forma efectiva como a pessoa utiliza essas capacidades na resolução de problemas do dia-a-dia, determinando o nível de ajustamento social.

Em segundo lugar, mas longe de menos importante, deverão ser levadas em linha de conta as questões que se prendem com a afectividade, a emocionalidade, a criatividade e as dinâmicas pessoais. E é precisamente neste âmbito, que a abordagem mais psicodinâmica e psicopatológica, tem certamente, uma palavra a dizer.

Com o estudo de caso, concluímos ainda pelo carácter inexcluível de uma avaliação séria também em termos comportamentais e adaptativos, no sentido da autonomia e ajustamento inter e intrapessoal, em que as escalas de comportamento adaptativo poderão constituir, certamente, uma fonte de avaliação indispensável.

Concluímos com uma constatação que neste momento, pode parecer já redundante e repetitiva, contudo, parece-nos não ser demais reforçar que, a prática psicométrica por si só não faz sentido, se nos colocarmos numa perspectiva avaliativa da pessoa como um todo, e não da debilidade per si.

Afinal de tudo o que se possa concluir, a pessoa com debilidade, é simplesmente pessoa (em toda a sua dimensão).

Escala de Comportamento Adaptativo – Residencial e Comunitária
(ECA-RC2)

A A.A.D.M. tem conferido grande importância à noção de comportamento adaptativo, onde se considera a existência de 10 áreas críticas para o diagnóstico da debilidade.

O respectivo diagnóstico de debilidade acontece, como já tivemos oportunidade de observar, quando se encontra associada a um $QI < 70-75$ e a uma idade de (aparecimento até aos) 18 anos, duas destas áreas afectadas (tal como já foi referido no capítulo relativo à definição e etiologia da debilidade): comunicação, auto-cuidado, vida doméstica, skills sociais, comunidade, auto-direcção (“self-direction”), saúde e segurança, skills académicos funcionais, ocupação dos tempos livres e emprego (Lambert, Nihira & Leland, 1993).

A Escala de Comportamento Adaptativo – Residencial e Comunitária (ECA-RC2) é uma revisão das Escalas de Comportamento Adaptativo (CA) da A.A.D.M. de 1969 e de 1974 (relacionadas com indivíduos com debilidade nos EUA), tendo ocorrido ao longo do tempo uma variedade de modificações ao nível dos itens, resultante da análise intensiva e coerente com diferentes grupos em diferentes níveis de comportamento adaptativo.

Os itens sobreviventes foram seleccionados com base na sua inter-fidelidade e na sua eficácia em termos de discriminação a) entre populações com deficiência mental ou desenvolvimental institucionalizadas e previamente classificadas, de acordo com os diferentes níveis de CA propostos pela A.A.D.M., e integradas no envolvimento da comunidade; e b) entre populações em escolares públicas por níveis de CA (Lambert, Nihira & Leland, 1993).

O objectivo central desta escala, prende-se, essencialmente, com a oportunidade de um instrumento de avaliação da independência pessoal e comunitária do indivíduo, bem como os aspectos relativos à performance e ao ajustamento social.

Como principais objectivos específicos da utilidade prático-pedagógica das escalas, os autores apontam 1) a discriminação das áreas fortes e fracas, 2) a identificação dos indivíduos que se encontram abaixo da média em determinadas áreas do comportamento adaptativo quando comparados com os seus pares, 3) a possibilidade de acompanhamento da evolução resultante da intervenção e 4) a avaliação do CA para estudos de pesquisa.

Assim, uma das razões prioritárias para a utilização da ECA-RC consiste na obtenção de informação que, conjuntamente com outros instrumentos de avaliação, ajuda ao diagnóstico das deficiências desenvolvimentais e da debilidade, com o principal objectivo da sua colocação em programas especiais e nos contextos adequados.

Os autores da escala salientam que os resultados obtidos através da aplicação da ECA-RC devem ser partilhados com os profissionais indicados (equipa multidisciplinar) considerando sempre os dois pontos seguintes:

1. deverá ocorrer uma preparação prévia de compreensão dos objectivos, conteúdos e construção da Escala de Comportamento Adaptativo, antes da apresentação propriamente dita dos resultados;
2. por outro lado, e ainda na partilha dos resultados obtidos os autores aconselham que os mesmos devem ser acompanhados pelas interpretações pessoais relativas ao seu significado, às possíveis interpretações alternativas, aos relatórios de outros diagnósticos e a relação existente entre todos, bem como às recomendações apropriadas para futuras aplicações.

A população abrangida pela ECA-RC é aplicável até aos 79 anos de idade e em ambiente institucional.

No que concerne à sua estruturação, a ECA-RC encontra-se dividida em duas partes, compostas por um domínio (em cada parte): da Actividade Doméstica na I parte e o do Comportamento Sexual na segunda parte. Os comportamentos inseridos na primeira parte encontram-se agrupados em 10 domínios:

Actividade doméstica: analisa a funcionalidade (doméstica) autónoma do indivíduo no seu lar (como é o caso das limpezas, cozinhar, preparar a mesa...).

Quadro 38

<i>Autonomia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - alimentação - utilização da casa-de-banho - higiene - aparência - cuidados com o vestuário - vestir/despir - deslocação - outros itens de autonomia
<i>Desenvolvimento Físico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolvimento sensorial - desenvolvimento motor
ACTIVIDADE ECONÓMICA	<ul style="list-style-type: none"> - manuseamento do dinheiro e planeamento da sua utilização - compras/recados/outros
DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - expressão - compreensão verbal - desenvolvimento da linguagem social
NÚMEROS E TEMPO	<ul style="list-style-type: none"> - operações aritméticas - conceito de tempo
ACTIVIDADE DOMÉSTICA	<ul style="list-style-type: none"> - limpeza do espaço próprio - tratamento do vestuário - pôr/levantar a mesa - preparação de refeições
ACTIVIDADE VOCACIONAL E PRÉ-PROFISSIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - hábitos de trabalho - produtividade...
PERSONALIDADE (“SELF-DIRECTION”)	<ul style="list-style-type: none"> - iniciativa - perseverança - tempos livres
RESPONSABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade pessoal e social
SOCIALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - cooperação - interacção e participação em grupo - maturidade social

Já a segunda parte desta escala encontra-se relacionada com os comportamentos sociais, que se encontram agrupados em 8 domínios, mais do que a ECA-E (comportamento sexual) domínios esses que se constituem como medidas dos comportamentos adaptativos relativos à manifestação de problemas de personalidade e comportamentais.

Quadro 39

Comportamento Social
<i>Conformidade</i>
MERECEDOR DE CONFIANÇA
COMPORTAMENTO ESTEREOTIPADO E HIPERACTIVO
COMPORTAMENTO SEXUAL
COMPORTAMENTO AUTO-ABUSIVO
AJUSTAMENTO SOCIAL
COMPORTAMENTO INTERPESSOAL COM PERTURBAÇÕES

Comportamento Sexual: relaciona-se com as actividades sexuais socialmente inaceitáveis ou desajustadas, como por exemplo, a masturbação e o tirar a roupa em locais e/ou alturas inadequadas.

Relativamente aos factores há que mencionar que eles se mantêm na mesma, incluindo agora o domínio da Actividade Doméstica no factor da Auto-Suficiência na Comunidade, e o Comportamento Sexual no factor de Ajustamento Pessoal.

Quadro 40

Factores	Domínios
AUTO-SUFICIÊNCIA PESSOAL	- Autonomia - Desenvolvimento Físico
<i>Auto-Suficiência na Comunidade</i>	- Autonomia - Actividade Económica - Desenvolvimento da Linguagem - Actividade Doméstica - Actividade Vocacional e (Pré-) Profissional - Números e tempo
	- Actividade Vocacional e (Pré-)

RESPONSABILIDADE PESSOAL E SOCIAL	Profissional - Personalidade - Responsabilidade - Socialização
AJUSTAMENTO SOCIAL	- Comportamento Social - Conformidade - Não merecedor de confiança
AJUSTAMENTO PESSOAL	- Comportamento Estereotipado e Hiperactivo - Comportamento Sexual - Comportamento Auto-abusivo

Uma vez concluída a aplicação da ECA-RC os resultados obtidos são interpretados em termos dos *valores dos domínios* e dos *valores dos factores*.

Interpretação dos Resultados

Aqui, os autores relembram, mais uma vez, a presença do “erro”, pelo que devemos ter o máximo de cuidado nesta área, ao mesmo tempo que sugerem que o diagnóstico e as hipóteses baseadas nos dados da escala (ou de outro teste válido e fiel) devem ser confirmados por outras observações.

A primeira página da escala reporta-se à caracterização breve do avaliado e das condições de avaliação, para numa outra folha se descrever a recolha dos resultados obtidos em cada domínio pelos indivíduos, sendo a página seguinte associada à cotação dos sub-factores componentes e a terceira relativa aos factores. Existe ainda um outra página reservada à apresentação dos resultados obtidos sob a forma de gráfico.

A primeira página envolve a informação considerada relevante sobre a pessoa que está a ser avaliada: nome, data de nascimento, idade, sexo, escola, nome (e profissão) e a sua relação com o avaliado (parentes, amigos, professores, entre outros).

A idade do avaliado é facilmente calculada através de uma subtracção à data de observação da data de nascimento.

Ao nível da secção do registo dos resultados nos vários domínios, o avaliador regista os totais de cada domínio (“Raw scores”), percentis (“percentile”), pontuação média (“Standard score”) e a idade equivalente (“age equivalent”). Os valores totais de cada domínio são convertidos nos restantes com base nas tabelas fornecidas pelos autores para o efeito. O espaço reservado aos comentários e às recomendações é utilizado para o avaliador anotar outras informações que considere relevantes e pertinentes para a interpretação dos resultados, ao mesmo que regista as recomendações para avaliações posteriores e/ou intervenções futuras.

Procedimentos Normativos

A standartização da ECA-RC, comportou 4103 indivíduos com deficiências desenvolvimentais e/ou deficiência mental residentes na comunidade (em casa dos pais ou em residências específicas) nos EUA, em 46 estados e no Distrito da Columbia.

A normalização abrangeu duas formas de procedimentos através da selecção inicial das 4 regiões maioritárias dos EUA (Connecticut, Florida, Ohio e Califórnia). Seguidamente procedeu-se ao treino dos profissionais para a compreensão, estudo e aplicação das escalas de comportamento adaptativo.

Foi solicitado a peritos em CA que reunissem informação através da aplicação das escala, ao mesmo tempo que um coordenador de cada região procedia à supervisão deste trabalho. Assim, a amostra padronizada era representativa da população nacional com deficiência mental (estando as características demográficas da mesma descritas na pág. 26 do Manual do Utilizador da ECA-E).

No que concerne à estatística normativa, a validação e a fidelidade também são descritas noutros capítulos do manual, pelo que iremos abordar de forma resumida este assunto.

A fidelidade, relacionada com a consistência da avaliação dos atributos que querem serem avaliados pelos instrumentos de avaliação, edifica-se como um conceito de avaliação importante uma vez que se relaciona com a utilidade prática de todos os tipos de avaliações.

Assim, e para uma compreensão mais clara desta questão, os autores argumentam que quando se utiliza uma escala com baixo grau de fidelidade os resultados obtidos e a sua análise serão caracterizados pela inconsistência dos mesmos (num determinado dia pode obter-se um resultado, e noutro dia outro resultado), acontecendo o inverso quando se trata de uma escala fiel; a fidelidade de uma escala é relevante quando as mesmas são utilizadas na identificação de indivíduos com deficiências e no diagnóstico das suas dificuldades.

Desta forma, o estudo da fidelidade foca a estimação da quantidade de erro associada à pontuação (scores, no original): no caso da ECA-RC os coeficientes de fidelidade devem ser iguais ou superiores a .80, sendo considerados desejáveis valores superiores a .90. O erro associado à consistência interna reflecte o grau de homogeneidade entre os itens da escala e quanto maior for a relação entre os mesmos, menor será o índice de erro.

A consistência interna da ECA-RC foi investigada a partir do procedimento do “coeficiente alpha”: de acordo com as tabelas fornecidas pelos autores, verificamos que na primeira parte os índices de fidelidade ultrapassam todos o valor de 0.90 excepção feita ao domínio da Actividade Pré-Profissional; na segunda parte os coeficientes apresentaram valores mais baixos variando entre 0,81 e 0,94. Os factores de Ajustamento Pessoal e o do Ajustamento Social tiveram valores de 0,97 e 0,96, respectivamente. Valores semelhantes foram obtidos ao nível do teste-reteste dos coeficientes de fidelidade.

No que respeita à validade dos resultados das ECA, procedeu-se ao cálculo da discriminação dos itens e da validade ecológica (validação da performance nos contextos e com os observadores da mesma comunidade).

A ECA parece constituir, assim, um instrumento de avaliação pertinente, no sentido da avaliação de áreas fortes e menos fortes dos indivíduos. Estes dados permitem proceder à elaboração de planos habilitativos que visem a participação plena e à inclusão de todos os cidadãos pertencentes à comunidade.

A filosofia subjacente, prende-se com o facto de não se basear exclusivamente no teor académico-escolar, preocupando-se antes com diferentes áreas prioritárias na vivência quotidiana dos sujeitos, onde a adopção dos

comportamentos adequados e ajustados à diversidade das exigências e condições impostas pelo contexto ecológico se ergue como a principal premissa de todo o processo, de acordo com o escalão etário e com o grupo sócio-cultural onde cada indivíduo é um elemento constituinte.

A ECA pode ser preenchida por terceiros em contacto directo com o avaliado ou capazes de obter informação pertinente (o avaliador não estabeleceu contacto com o indivíduo ou não reuna as condições necessárias para a completar), revelando igualmente, uma perspectiva de observação da qualidade da performance (e não apenas o produto final).

De acordo com os autores da escala, podem ser administradas por qualquer pessoa devidamente treinada (quer da escala e outros instrumentos, quer do processo de avaliação formal). Este treino deve resultar na compreensão das propriedades psicométricas dos testes, nos procedimentos gerais relacionados com a aplicação, a interpretação e a classificação e avaliação da informação coerente e específica sobre comportamento adaptativo e sobre a utilização de instrumentos que o visam avaliar.

A base teórica desta escala pressupõe que as capacidade adaptativas de lidar com as situações, permitem um estilo de vida razoavelmente “normal”, onde a interacção social e a resposta prática e eficiente às condições do envolvimento se constituem como as metas pilares.

As limitações ao nível do comportamento adaptativo, são entendidas por Grossman (1983, *in* Lambert, Nihira & Leland, 1993) como dificuldades significativas na eficiência da conduta de forma a ir ao encontro dos padrões de maturação, aprendizagem, independência pessoal e/ou responsabilidade social esperados para o seu nível etário e para o seu grupo cultural, definição essa que implica uma capacidade individual de lidar com as condições do envolvimento onde se insere.

Os resultados que se obtêm da sua aplicação, permitem a elaboração de Planos Educativos Individualizados, bem como na organização de programas comportamentais e de desenvolvimento de skills. Este tipo de aplicações justifica-se pela identificação das áreas fortes versus as áreas fracas; bem como, pelo diagnóstico que nos faculta informações sobre o desenvolvimento versus envolvimento,

complementando informações do teor mais acadêmico/burocrático como sejam, as escalas de medição do quociente de inteligência; e mesmo, o acompanhamento do progresso do sujeito como forma de ajuste dos programas individualizados que lhe estejam a ser aplicados.

No âmbito do processo tripartido proposto pela AA.D.M (1992) [3 passos: diagnóstico, classificação e descrição, e perfil e intensidade dos apoios específicos], a avaliação através da ECA-RC encaixa no sistema propriamente dito uma vez que os seus resultados contribuem no primeiro passo que consiste no diagnóstico da debilidade e onde os parâmetros se relacionam com o “funcionamento intelectual apresentar um valor próximo de 70 ou menos, existir limitações em mais de duas áreas adaptativas e a idade do seu aparecimento estiver dentro dos primeiros 18 anos de vida”.

Igualmente importante parece ser a utilização deste tipo de instrumento divorciado do QI, apesar de se constatar a existência de numerosos estudos que intentam no estabelecimento de uma forte correlação entre CA e QI. Esta opinião é formada com base na inutilidade prático-pedagógica apresentada pelo valor quantitativo do QI, que não transmite qualquer tipo de informação de como o indivíduo se encontra contextualizado no seu envolvimento.

Portanto, segundo Meyers, Nihira e Zetlin (1979), a natureza da avaliação do comportamento adaptativo reflecte as exigências sociais dos vários envoltimentos nos quais se encontram incluídos os indivíduos. Estando esta ideia enraizada na tradição do desenvolvimento psicológico, do pensamento sociológico, das normas comportamentais e do sistema de valores da sociedade.

Na aplicação da escala, e ainda de acordo com os seus autores, é fundamental ter em conta alguns pressupostos, tais como: (a) ter presente a filosofia do CA como forma de avaliação de determinadas condições: deficiência mental, distúrbios sócio-emocionais ou perturbações desenvolvimental; (b) familiarização com os conteúdos das escalas, itens e a sua forma de avaliação; (c) as escalas deverão ser completadas com apenas uma fonte de informação, mas no caso de não ser possível dever-se-á recorrer a uma entrevista a um informador alternativo ou adicional; (d) o número de aplicações mínimas, recomendadas pelos autores, antes da aplicação formal das

escalas é de 3 (de preferência sendo aplicadas em indivíduos com e sem perturbações); (e) alguns comportamentos poderão não ser considerados como problemáticos quando referentes a um contexto particular. Aquando do registo deve-se abster de qualquer tipo de alusão a qualquer conotação, e transferi-las para o momento de interpretação dos resultados; (f) a forma recomendada de recolha de informação é a observação directa do maior número de tarefas executadas pelo avaliado; (g) tradução, numa linguagem simplificada e acessível, para todos os elementos que lidam com o avaliado (Lambert, Nihira e Leland, 1993).

Concluindo,

Um conceito importante ao nível da problemática abordada e que na prática detém a maior utilidade é a definição do grau de debilidade a partir do comportamento adaptativo. Ocorreu a necessidade de criar este tipo de definição porque a rotulação de défice na média de inteligência não nos fornece nenhuma informação acerca das capacidades/ potencialidades das pessoas portadoras deste tipo de deficiência. Os três aspectos mais salientes a reter no conceito de comportamento adaptativo são:

1. a importância do funcionamento independente (autonomia);
2. a importância da responsabilidade pessoal (correspondentes às expectativas de um grupo, de acordo com um conjunto de códigos, de regras, etc.);
3. e a consideração do comportamento adaptativo em função da idade e/ou da cultura específica do indivíduo em questão.

A debilidade reflecte não só um Q.I. (coeficiente de inteligência) significativamente abaixo da média de acordo com a bibliografia analisada, como também um nível abaixo da média no que concerne ao comportamento adaptativo. Desta forma, observa-se a importância capital que esta noção desempenha ao longo do processo de desenvolvimento dos indivíduos, ao mesmo tempo que se realça a necessidade de intervenção contextualizada no plano de vida dos mesmos e não num currículo nacional padronizado e normativo.

As orientações pedagógicas deverão ser adoptadas de acordo com os recursos disponíveis, com as limitações e concepções pedagógicas, bem como, adequada às

características de cada um. Não devendo esquecer a real importância da elaboração de um projecto educativo, enquanto orientação do desenvolvimento pretendido, sem serem restritivas de todo o potencial criativo dos membros envolvidos na execução do dito projecto.

Por outro lado, não devemos subvalorizar as potencialidades de cada um, pelo que, as orientações regulares não deverão actuar como segregadoras dos currículos ditos regulares. Toda a estrutura e o conjunto dos conteúdos abrangidos nos planos pedagógicos e educativos, devem ser flexíveis para permitir a individualização.

Discussão

“Eu Sou Assim!” A Fronteira da Dignidade

“(...) amar e ser amado é um desejo e direito de todos, independentemente do nível intelectual de cada um.”

(Op.cit. Glat, 1992, pp.71)

“Era uma vez um patinho... que era “feio” e por isso ninguém gostava dele, sentia-se rejeitado e solitário e também por isso, era uma patinho triste e inconsolável.

Mas eis que cresceu e, da mesma forma que o sapo se transformou em príncipe, que a abóbora se transformou em charrete e a pobre rapariga de vestes rasgadas se transformou na irresistível cinderela, também o “feio” patinho se transformou num belo cisne, passando de rejeitado a desejado, de só a amado e por todos querido... e foram todos felizes para sempre”.

Assim rezam os lendários contos infantis, revelando e potenciando o estigma da beleza, da normalidade, da perfeição.

O sistema de crenças é algo que se herda e se integra (ou não) na forma como cada um encara o mundo. Esta herança estigmatizante, faz parte do imaginário quotidiano de crianças e adultos, como forma encoberta de ultrapassar a angústia da não perfeição.

Nos ingénuos, mas longe de inócuos, clássicos infantis, em que o estigma da segregação e da diferença aparece com alguma frequência, mascarado nas mais variadíssimas personagens e enredos apaixonantes.

É também a partir deste sistema de crenças, que a humanidade tanto sofre ao confrontar-se com a realidade da debilidade, do limite da condição humana, da

traição ao ideal de perfeccionismo.

Existe pois uma dificuldade em integrar na vida social, familiar e individual, a existência de pessoas com debilidade... a existência de “patinhos feios” cuja existência dificilmente se auto-redimirá em “belos cisnes”. E questionamos nós: “Porque é que temos todos que ser “belos cisnes”? Será este o preço da felicidade?”

Por outro lado, à parte os incómodos e dificuldades que podem apresentar na realização dos planos pessoais de vida, está o facto de que com a sua simples presença, as pessoas com debilidade recordam que o homem é um ser finito, limitado e subjectivo, ainda que inteligente.

A inteligência parece continuar a ser a fonteira teórica que limita a debilidade da normalidade, ainda que entendida enquanto

“(...) capacidade de resolver equações diferentes, mas acima de tudo é a aptidão para aorganizar comportamentos, descobrir valores, inventar projectos e mantê-los, ser capaz de libertar-se do determinismo da situação, solucionar problemas, analisá-los” (Op. cit. Marina, 1995, pp 14), “(...) consiste em levar a nossa actividade mental a ajustar-se à realidade e a ultrapassá-la.” (Op. cit. Marina, 1995, pp 15).

Explicar o Mar ou Achá-lo Bonito...

O dualismo entre o pensamento subjectivo e a objectividade parece não mais fazer sentido. Tudo o que é impulso nervoso é, potencialmente, um pensamento, sendo que os pensamentos (sensações, emoções e afectos), são no fundo, anteriores à própria capacidade de serem pensados (Sá, 2001).

Já Piaget se preocupava em tentar englobar numa unidade as suas teorias com as teorias psicanalistas. Apesar das suas dificuldades, tentou uma visão mais global do psiquismo humano (para uma melhor compreensão do funcionamento cognitivo dentro da dinâmica da afectividade e da inteligência).

Frequentemente, os autores estudam a inteligência e a afectividade, conforme a relação da criança com os pais e, em particular com a mãe, logo desde os primeiros meses.

Pegando na noção de “função placentária” desenvolvida por Sá (2001),

podemos claramente ilustrar a importância determinante da relação primária com a mãe, já mesmo na vivência intra-uterina. Segundo o autor, é a partir de uma relação acolhedora e dialogante para o bebê, que se organiza um sistema imunitário mental que lhe dará recursos básicos para que metabolize e elabore as experiências de dor ao longo da sua vida.

Já em 1960, David e Appel, defendem que as interações constantes entre mãe-filho, constroem o modelo próprio de intervenção da mãe, moldando a criança quanto ao seu funcionamento afectivo-intelectivo futuro.

Wallon, defende que a “primeira forma de compreensão”, efectiva-se na emoção, sendo que a ternura se torna indispensável à criança para poder crescer em todos os sentidos, até mesmo no intelectual. Também Orth salienta as consequências nefastas para o desenvolvimento mental decorrentes da carência afectiva, estabelecendo uma certa analogia entre as crianças ditas “normais” e as pessoas (crianças, jovens, adultos) com debilidade, referindo serem ambas mais influenciadas emotivamente. É precisamente neste contexto que Mannoni defende que uma das causas da debilidade mental se traduz na carência da relação entre a criança e a mãe.

Contudo, segundo alguns autores, a grande vulnerabilidade psicológica da pessoa com debilidade prende-se com o impacto negativo da própria dimensão no desenvolvimento da personalidade.

Parece pois que o período da adolescência corporaliza um marco importante, na medida em que os adolescentes com debilidade, têm uma capacidade reduzida de integração de mudanças corporais e psicológicas, aumentando o risco de doença psicopatológica.

Poderíamos pensar à primeira vista que a clínica do défice autoriza uma partilha clara e relativamente simples entre a psicopatologia e a cognição, na medida em que a “deficiência” mostraria uma perturbação de natureza instrumental, exterior à psicopatologia e dependendo de uma compreensão puramente “cognitiva”.

Tal como nos diz Gibello (1999), oporíamos então a uma clínica do sentido (que repousa sobre uma causalidade psíquica), uma outra clínica puramente defensora das alterações das operações mentais (obedecendo mais facilmente a uma causalidade orgânica).

Haveria então uma espécie de exclusão mútua dos campos psicopatológico e

cognitivo, devido a uma incompatibilidade das hipóteses explicativas.

Opor-se-iam dois sistemas explicativos: por um lado, uma explicação pelo sentido, segundo a qual o *défice* mostra uma forma de indisponibilidade funcional de determinados processos mentais, causada por motivos diversos; por outro lado, uma explicação pelo mecanismo em si, colocando a alteração cognitiva como acto primeiro.

A noção de "*défice*" tem então a particularidade de introduzir a abordagem cognitiva de um modo aparentemente mais explicativo que descritivo, acentuando as diferenças em relação à perspectiva psicopatológica e psicanalítica, até à contradição. Retomando trabalhos como os de Misès ou Gibello, os diferentes intervenientes mostraram que há uma união dos distúrbios do pensamento ou da aprendizagem aos mecanismos psicopatológicos que são subjacentes à estruturação deficitária, aos distúrbios da personalidade (neuróticos, psicóticos ou estados-limite) que estão enredados na insuficiência intelectual.

De facto, as relações entre cognição e psicopatologia ou psicanálise não são assim tão simples. A questão não cessa de ser colocada, particularmente desde Piaget.

As relações entre psicopatologia e cognição organizam-se então a partir destas distinções. Esquemáticamente, os distúrbios cognitivos observados em clínica aparecem como consequências do fenómeno psicopatológico ou correlativos do fenómeno psicopatológico original.

O interesse destes dados consiste, em primeiro lugar, na possibilidade de ajudar a localizar, na massa das alterações reagrupadas sob os termos "*debilidade*" e "*deficiência mental*", componentes distintos, propondo uma grelha de leitura mais fina, um enriquecimento da semiologia. Esta abordagem elementar dos mecanismos cognitivos define em princípio, um modo de descrição da parte dos sintomas ou das patologias. Diz respeito a mecanismos que não são apropriados a uma forma de patologia definida, nem sequer à psicopatologia.

A interpretação do próprio "*défice*" não é unívoca, sendo que o nível das competências é então claramente distinta do dos desempenhos.

Concebemos então que a debilidade, tal como outros objectos clínicos, faz naturalmente convergir estas duas abordagens, pois não é o objecto que seria mais ou

menos "cognitivo" ou psicopatológico, e sim a abordagem ou a descrição que é feita dele.

Se supomos uma distinção das leituras e não dos objectos, logo a prática conjunta de uma psicologia do sentido, e de uma psicologia dos mecanismos, ela própria aberta aos contributos cognitivos, então a oposição entre explicação mecanicista e explicação intencional dos distúrbios já não pertence à actualidade (Gibello, 1999).

Por outro lado, a tendência de marginalização a que a pessoa com debilidade é exposta, é vivida por ela de uma forma passiva, podendo gerar comportamentos patológicos de autodefesa, que podem potenciar e conduzir à anulação da sua identidade.

O Homem: Ser de Relação

“Não há vinculação sem autonomia, e vice-versa”

(Winnicott)

Seguindo o conhecido axioma que postula que os seres humanos são seres sociais, em que a comunicação interpessoal constitui uma área essencial da vida humana, facilmente percebemos que o desenvolvimento do nosso dia-a-dia esteja determinado por uma gama variada de habilidades sociais, edificadas qual elo de ligação entre o indivíduo e o seu meio.

Desta forma, tal como nos diz Caballo (1993), a conduta assertiva (esperada e adequada), relaciona-se directamente com o contexto social da interacção interpessoal, sendo que este contexto se encontra determinado pelas normas sociais, sugerindo diferentes condutas consoante as situações com que os sujeitos se deparam.

Assim, partindo do pressuposto que uma relação é sempre uma relação dupla, aprender os contextos de vida, passa por uma questão de relações externas entre dois seres. Assim, a relação, pressupõe, pois uma visão dupla.

Segundo Bateson, a relação, não é, efectivamente, interior ao sujeito, na medida em que a ordem do relacional, tem origem naquilo que acontece entre as pessoas, e não numa ou outra coisa dentro da pessoa.

“O espírito não contém coisas, (...), não contém pessoas (...),mas somente ideias (isto é, sinais de diferença), informações sobre as coisas (...) não contém tempo nem espaço, mas somente “ideias” de tempo e “espaço”. (Op. Cit. Bateson, 1987, pp 120)

Falámos acerca da abordagem da compreensão (consciente ou inconsciente) do comportamento através das relações, numa tentativa de ilustrar e contextualizar um novo tipo lógico de aprendizagem, que não passa mais por uma questão de duas unidades, segundo um modelo linear de sujeito que ensina e de sujeito que aprende.

Assim, a aprendizagem do contexto surge a partir de uma espécie de descrição dupla, acompanhada pela relação e pela interacção, cujos motivos são autoconfirmados.

A unidade mais pequena de interacção contém três componentes, em que o reforço reforça a resposta e esta reforça o estímulo.

São pois as relações interpessoais, intersubjectivas, que constituem a base e veículo da construção identificativa, que forma e transforma o sujeito.

O sujeito não é mais que uma criação do sistema relacional em que vive e convive, da relação afectiva em que é envolvido, sendo uma criatura do outro e para o outro (Matos, 1996). Tal como nos diz Marina (1995),

“A carência radical do ser humano, a sua inevitável condição de prematuramente nascido, exige a elaboração de uma nova noção de pessoa, em que os outros homens têm uma função catalisadora. Só a presença do outro, permite à criança apossar-se dos seus actos e concretizar a sua possibilidade fundamental, que é a de ser inteligente e livre” (Op. cit. Marina, 1995, pp 77).

Contudo, os objectos internos não são o essencial da vida mental. As pessoas que existem dentro de nós, dão-nos um sentimento de existência, logo, podem ter um efeito imunitário. Se “não temos pessoas na nossa vida”, esses objectos internos não são alimentados e têm um efeito erosivo.

Os objectos internos, se alimentados, tornam-se momentaneamente em objectos de relação e as representações mentais dos objectos internos são indiscutivelmente importantes, na medida em que pressupõem um conhecimento coerente e constante (responde imediatamente às necessidades e expectativas); e, passando o pleonasma, a vida faz-se, afinal, espontaneamente de gestos espontâneos.

Assim, a relação narcísica é a antítese de uma relação objectal. Imaginar o que é que o outro está a dizer e imaginando responder em função do que estamos a imaginar e responder adequadamente. O modo como nós nos sentimos, tem a ver com o modo como sentimos que os outros nos sentem, ou seja, como nos sentimos presentes dentro do outro.

Assim, a triangulação é a regra geral associada à saúde mental.

Numa dimensão da relação com os outros, a loucura não existe. Existe unicamente como fantasma, como medo último.

A loucura é a solidão e em rigor, a solidão última não existe.

O Eu Por Trás da Máscara...

“Se somos tão competentes para conhecer, porque é que somos tão desconhecidos de nós próprios?”

(Meltzer)

A revisão teórica antes proposta, permite-nos compreender a necessidade de equacionarmos a questão da debilidade aos olhos de uma perspectiva multidimensional biológica, ambiental, clínica, cognitiva e adaptativa, impondo-se no nosso ponto de vista uma dimensão que muitas vezes é, facilmente esquecida e anulada. Falamos pois da identidade.

Falamos do débil ou da pessoa com debilidade? A pessoa tem uma identidade, uma unidade própria ou resume-se à sua debilidade, ... é a debilidade?

Partimos para esta reflexão a partir de uma ideia que nos parece sintetizar o âmago desta questão:

“O pensamento molda-se nas relações que lhe dão vida, constituindo elas, o aparelho de pensar cuja manifestação mais macroscópica é a identidade” (op.

cit. Sá, 2001; pp. 106).

A identidade é mais um processo de diferença dos outros do que uma identificação. De facto, o objecto de vinculação assume a função de identificação, presidindo à construção da identidade, mas o homem não cresce apenas por um processo de identificação.

Durante os primeiros anos de vida, perguntas como “quem é esta criança?”, “que expectativas posso ter?”, “como se desenvolverá?” são muito mais difíceis de responder do que para outras crianças. Além disso, a procura de respostas é um processo doloroso, agravado pelo sofrimento, impotência e insegurança, sendo que a forma como a criança reage pode dificultar esta procura, em vez de contribuir para ela, comprometendo, desta forma, o seu crescimento.

“Crescer é, então, entre pensamento e
pensamento em potência (ou não-pensamento), pensar”
(Sá, 2001, pp. 121),

logo, pensar não passa por ter conhecimentos, mas sim, ter experiência para conhecer.

Por outras palavras, os passos básicos do desenvolvimento, como a construção de um sentimento de “eu” e de autonomia, dificilmente seguirão um curso “suficientemente bom” nas crianças com debilidade; entendendo-se como “suficientemente bom”, a oportunidade de viver experiências para conhecer.

Podemos assim perceber, que a identidade não é mais que um vínculo. Das pessoas significativas para nós, os nossos pais parecem ser quem, de uma forma mais directa, nos cria o caminho do auto-conhecimento e encontro connosco próprios. É esta identificação que, precocemente, estabelece os alicerces da identidade. Isto é, são as pessoas e a intimidade estabelecida, num carácter de reciprocidade, espontaneidade e autenticidade “que nos ajudam a descobrir quem somos”.

Assim, a identidade da pessoa com debilidade passa necessariamente por respeitar e promover a sua constitutiva abertura aos outros, a sua busca de encontro, comunicação e relação.

Se não se oferecem estas possibilidades, dificilmente poderá buscá-las por si só, com o resultado final de que a realização prática das suas potencialidades inatas se verá truncada de raiz, por falta de estímulos e oportunidades.

Não foi genuinamente por acaso que optámos ao longo da revisão e discussão proposta, a designação de “pessoa com debilidade” em detrimento da noção de “débil”. Quanto a nós, esta última, pretende traduzir um conjunto de estados mais ou menos incipientes da vida mental que não corresponde, de todo, à realidade.

As pessoas com debilidade têm potencialidades de autonomia, de intuição, imaginação e aprendizagem e, acima de tudo, pensam.

Não são “débeis” senão diante o “complexo de superioridade” e “prepotência”, que conduz alguns a

“(…) imaginar que quem não fale como nós e menos do que nós, merece ser colonizado” (Sá, 2001; pp. 108),

porque acima de tudo, tal como nos diz Alfred Korzybski,

“o mapa não é o território, e o nome não é a coisa nomeada”

No período da adolescência assiste-se à coexistência de uma série de identidades, que arriscamos dizer, de particular inquietude, cuja síntese permite ao sujeito, crescer.

Desta forma, a emergência da sexualidade, vem pois estruturar e fortalecer a identidade, na medida em que uma

“relação de intimidade traz consigo todas as pessoas que duas pessoas têm dentro de si” (Sá, 2000; pp. 145).

No que respeita às questões que se prendem com a construção de uma identidade sexual, Felix (1982) levanta a questão que se prende com a necessidade de compreender o desenvolvimento biológico da pessoas com debilidade, como sendo, na maior parte das vezes, muito similar ao da pessoa dita “normal”, acreditando que só assim teremos capacidade para compreender as necessidades afectivas e sexuais destas pessoas, na medida em que a realização sexual-afectiva é essencial para qualquer pessoa, assumindo para cada um sentido único, diferente e especial.

Por outro lado, as atitudes reprimidas em relação à sexualidade das pessoas com debilidade, contribuem para a sua potencial vulnerabilidade e fazem com que estas pessoas percam oportunidades de aprender... de crescer!

Quando a Razão Também é Emocional ...

“Não somos um aglomerado de barro, e o que é decisivo não é aquilo que de nós fizeram, mas o que nós fazemos com aquilo que fizeram de nós”

Jean Paule Sartre

O tema da inteligência tem sido motivo de apaixonadas discussões e controvérsia, na medida em que, enquanto para alguns autores ela é caracterizada como sendo estática e imutável, para outros, deverá ser pensada em termos de fluidez, plasticidade e modificabilidade (evolução cultural do cérebro, evidenciando a capacidade do ser humano em modificar e adaptar a sua função cognitiva face às novas necessidades com as quais se vai confrontando) – Fonseca, 1991.

Nesta linha interpretativa, a posição tradicional de inteligência enquanto característica interna tende hoje em dia a acentuar a sua maleabilidade e a sua natureza experiencial. A inteligência deve pois ser compreendida em função das experiências particulares e das práticas culturais do indivíduos, sendo que a base orgânica parece ser condição necessária mas não suficiente para a compreensão da inteligência.

Enquanto competência cognitiva, a inteligência encontra-se intimamente ligada às experiências educativas dos indivíduos, reflectindo a cultura em que essas experiências ocorrem, bem como a capacidade de autodeterminação de cada um, através da acção de projectos.

“ (...) a inteligência humana é a transfiguração da inteligência animal pela liberdade (...) a capacidade de suscitar, controlar e dirigir os acontecimentos transforma todas as faculdades. Apoiando-se sobre um poder mínimo de autodeterminação, o homem consegue construir a sua inteligência criadora e a sua liberdade, ambas ao mesmo tempo, num processo de causalidade múltiplas e recíprocas.” (Op cit. Marina, 1995, pp 167)

Para sustentar esta posição, apoiamo-nos num considerável número de indicadores que sugerem que a inteligência não é uma característica inata, geral, fixa ou estável, mas uma característica humana resultante de factores genéticos, experienciais e contextuais. Não sendo uma característica universal e genérica da

mente, assume-se enquanto conjunto particular de competência relacionadas com os artefactos e tecnologias culturais ensinados ao sujeito.

Podemos assim concluir, que os equívocos resultantes de uma simples aproximação psicométrica da noção e do diagnóstico da debilidade mental resulta da existência de várias espécies de debilidade e, por isso mesmo, da falta de univocidade do respectivo conceito.

Somente uma abordagem multifactorial pode dar conta destas interacções, sendo que as diferentes características psíquicas observadas na debilidade mental dependem de numerosos factores (incluem os que causam a própria debilidade, genéticos e ambientais). Todos estes factores se relacionam, na medida em que à hereditariedade genética se associa uma “hereditariedade social” (Skeels), podendo gerar situações traumáticas e carenciais de ordem variada;

As debilidades podem assumir um carácter evolutivo, quer no sentido da deterioração, quer no contrário, quer ainda e, sobretudo, nos mais variados aspectos do psiquismo.

Em suma, e na linha de Freedman (1977, cit. in Gonzalez-Ibañez, 1991), a debilidade pode ser considerada como um problema médico, psicológico e educacional, mas em última análise é fundamentalmente um problema social, donde se deduz que o diagnóstico deverá sempre basear-se numa avaliação de carácter multidimensional.

Parece assim chegar-se à noção de um processo multifactorial de longo curso, através do qual a debilidade se organiza, se modela progressivamente. Por outro lado, longe de estar sempre a privilegiar o conjunto ambiental (em particular nas debilidades ligeiras ou moderadas), o défice da inteligência coexiste com outros aspectos do funcionamento mental e com as modalidades variáveis de investimento da sociedade e pela sociedade. É importante analisar os mecanismos inscritos e os modos de relação com o ambiente, visto que o problema do “raciocínio” ou da “inteligência” não é mais, hoje em dia, assemelhável ao défice isolado de uma função distinta, ele reenvia sempre a uma perturbação mais vasta que implica o indivíduo na sua totalidade.

Por outro lado, ao integrar-se em projectos, as operações mentais reorganizam-se, sendo que o comportamento inteligente antecipa e cria constantemente os estímulos.

É pois sustentando-nos neste pressuposto, que contextualizamos a inteligência na debilidade, enquanto uma falha concreta ao nível da criação de um sistema de perguntas, e não tanto, ao nível da incapacidade de oferecer respostas.

A Inteligência de Amanhã

“(…) o modo mais inteligente de ser inteligente é criara liberdade, a verdade e a dignidade.” (Op. cit. Marina, 1995, pp 265).

As pessoas com debilidade são muitas vezes incapazes de se armarem contra os nossos preconceitos relativamente ao que elas pensam, querem e sentem. Isto está, evidentemente, relacionado com o facto de serem elas próprias vulneráveis (De Belie, 2000), mas também, e talvez mais essencial, relativamente à relação que têm connosco. A nossa relação com pessoas com debilidade é determinada pela visão que temos delas. Determinamos as fronteiras da liberdade e da responsabilidade, e isto baseia-se no nosso conhecimento sobre e no nosso envolvimento com pessoas com “deficiências” em geral. Pais e profissionais, que têm boas intenções, lutam continuamente contra a tensão entre conceitos como independência, autodeterminação e auto-realização por um lado, e segurança e protecção das pessoas com debilidade por outro. Há uma tendência geral para favorecer as últimas (Lesseliers, 1997).

Encontramos sem dúvida este tipo de atitude quando lidamos com temas com uma grande carga emocional, como as experiências relacionais e sexuais de pessoas com debilidade e a educação sexual destas pessoas (Kempton, 1998).

Por outro lado, a questão da sexualidade das pessoas com debilidade, inscreve-se certamente, nesta visão holística da pessoa humana, enquanto totalidade genuína.

Ao pretender-se capacitar os indivíduos para debaterem as suas ideias, criarem autonomia, encontrarem soluções pessoais e aceitarem e tolerarem formas diferentes de pensar e de fazer (Marques, 1995), não estaremos a fazer mais que a protagonizar um processo de aprendizagem inteligente, estaremos pois a criar o terreno onde nascerão as competências emocionais. E serão estas menos importantes que as competências escolares, directamente circunscritas aos limites de um Q.I.? O que pretendemos afinal: criar génios ou sustentar as bases para educar alguém a

aprender a ser emocionalmente competente na sua dimensão relacional (intra e interpessoal)?

Mais uma vez esta questão particular não pode ser, no nosso ponto de vista, arredada das questões que se prendem com a inteligência emocional. Hoje em dia, para triunfar, seja em que sentido for que entendamos a noção de triunfo, não basta a competência técnica e o Q.I. A auto-confiança, a criatividade, o à vontade no relacionamento e a autonomia fazem a diferença.

A inteligência emocional e a capacidade de relacionamento são a inteligência de amanhã, e é esse amanhã que pode destituir muitas das pessoas com debilidade, do estigma actual da debilidade, da “falta de inteligência”, se adoptada uma “cultura emocional” e uma conseqüente aprendizagem de competências emocionais.

Para Uma Sexualidade Esclarecida

Em 1988, Winifred Kempton disse que achava uma pena ter de escrever um livro sobre educação relacional-sexual, porque esperava que em meados dos anos 80 a sexualidade já fosse considerada uma parte natural da existência humana. No entanto, em 2002, ainda sentimos que temos de escrever e argumentando a favor da educação sexual.

Frequentemente encontra-se, tanto da parte da família quanto dos profissionais, a noção errada de que a sexualidade das pessoas com debilidade é intrinsecamente problemática quando não patológica. Ainda hoje persiste o estereótipo da pessoa com debilidade como sexualmente agressiva ou não assexuada, enquanto extensão da visão popular da debilidade como uma dimensão demoníaca, atitudes estas justificativas de negação da sexualidade destas pessoas (Glat, 1992).

Porém, vários estudos têm demonstrado não haver qualquer evidência científica para esses estereótipos, sendo que a maioria dos autores considera que a sexualidade das pessoas com debilidade (excepto talvez as mais prejudicadas neurologicamente) não é qualitativamente diferente das pessoas ditas “normais”. Ou seja, as pessoas com debilidade não são necessariamente diferentes nos seus impulsos e desejos sexuais.

Por outro lado confrontamo-nos muitas vezes com o estereótipo que se prende com a aparente incapacidade da pessoa com debilidade analisar a sua vida e expressar os seus sentimentos, sendo que as suas opiniões e necessidades raramente são tidas em consideração na elaboração de teorias em respeito da sua sexualidade (e da debilidade de uma forma geral), bem como no planeamento de programas de educação sexual.

Há bastante literatura que expõe a escassa quantidade de conhecimento sexual das pessoas com debilidade (Douma et al., 1998; Bosch, 1995; Lesseliers, 1996). A maioria das pesquisas actuais sobre as experiências relacionais pessoais e sexuais das pessoas com debilidade (Lesseliers, 1999), também chegam às mesmas lamentáveis conclusões a respeito da falta de conhecimento sexual: a maior parte destas pessoas é incapaz de nomear os seus órgãos sexuais, nem numa linguagem própria nem com terminologia científica (básica). Muitas pessoas com debilidade fazem alguma ideia de que há uma diferença entre um homem e uma mulher, mas não sabem qual. Mesmo quando não se mencionam os órgãos genitais, não deveria ser tão surpreendente que o conhecimento das suas funções seja de todo inexistente. Apenas uma mão-cheia de pessoas com debilidade conseguem expressar como são concebidos os filhos, mas a maioria delas está muito confusa a este respeito.

Desta forma, parece-nos importante realçar a importância da educação “especial” assumir uma atitude mais activa a esse respeito e a urgência de se desenvolver programas de educação e orientação sexual adequados. Sobretudo no que diz respeito às pessoas com debilidade do tipo ligeiro ou moderado, parece-nos evidente, tal como provado num estudo levado a cabo por Glat (1992), que estas pessoas têm capacidade para participar em programas sem um carácter “especial”, bastando adaptar os inúmeros programas já existentes.

Muitos dos problemas que aparecem para a integração afectiva e sexual dos sujeitos com debilidade, radicam-se numa compreensão insuficiente da sexualidade e na falta da consciência do carácter histórico e evolutivo do ser humano.

As relações pessoais são um eixo complexo cuja essência não esgota os elementos racionais por importantes que estes sejam, donde, as formas de comunicação são muitíssimo variadas e cada uma das suas manifestações deve situar-se no conjunto da existência humana e no contexto sociocultural.

Dentro destas ocupa um lugar privilegiado a sua estrutura corporal, que alcança uma importância maior nas pessoas que apresentam alguma deficiência ou incapacidade, devido à sua especial limitação e dificuldade para realizar uma comunicação convencional.

O corpo humano só existe como diferenciado em masculino e feminino e tal diferenciação marca em profundidade cada pessoa na medida em que a masculinidade e feminilidade não são elementos acidentais do ser humano, mas pertencem à sua essência mais íntima e pessoal.

O simples eixo da nossa existência faz-nos sexuados e converte a nossa comunicação num encontro sexual. Negar isto suporia um erro pedagógico lamentável.

Ainda assim, a nossa cultura tem-se caracterizado por uma certa desvalorização da vida afectivo-sexual, que é o domínio por excelência das regras sociais e morais e um objectivo preferente para todas as ideologias.

O Tabu da Sexualidade: "Vendem-me os Olhos, Que Eu Não Quero Ver..."

Podemos pois perceber que o estigma da deficiência enquanto exclusão (também na esfera da educação sexual), tem proliferado ao longo dos tempos. Hoje em dia, desfeitos alguns mitos, aceite a pessoa com debilidade enquanto ser sexuado como qualquer outro, percebe-se que a intervenção educacional nesta área é tanto ou mais importante que para o resto da população.

Há uma razão para as Nações Unidas afirmarem numa das suas regras básicas que as pessoas com debilidade têm direito a uma educação sexual especificamente acessível para elas (O.N.U.). A educação sexual é uma parte essencial da nossa educação como seres humanos. É o tipo de informação à qual todos os seres humanos – com ou sem debilidade – simplesmente, têm direito (Bosch, 1995). É uma oportunidade de crescimento. Adquirir conhecimento é de facto um dos mecanismos mais poderosos de emancipação das pessoas.

Um tipo particular de atitude relativamente à sexualidade afecta a forma como uma pessoa opta pela educação sexual.

Van Zijderveld e Sweere (1974, in De Belie, 2000) crêem que o número de preconceitos parece ser maior quando lidamos com pessoas com debilidade.

Por exemplo, as chamadas atitudes “atípicas” de algumas pessoas com debilidade, parecem prender-se mais com uma inibição sexual do que qualquer outra característica, não parecendo responder a nenhuma disfunção intrínseca, mas sim à carência de condições e oportunidades para desenvolverem uma sexualidade saudável.

Por outro lado, actualmente, todos nós nos encontramos expostos a várias mensagens nos “mass media” sobre sexo e sexualidade. Parece-nos pois compreensível que as pessoas com debilidade, necessitem de ajuda para poderem e aprenderem a processar estas diferentes mensagens que lhe são intensa e diariamente transmitidas.

A questão que se coloca parece não ser mais se os jovens devem ou não receber uma educação sexual, mas sim quais são as formas e os agentes mais adequados para transmitir essas informações. Uma educação sexual bem orientada, pode diminuir consideravelmente os riscos de abuso sexual e de comportamentos socialmente inaceitáveis (Glat, R. 1992).

Por outro lado nunca é demais lembrar que as pessoas com debilidade, são capazes de manter relacionamentos afectivos e esses relacionamentos são de importância fundamental para as suas vidas.

A Propósito da Identidade e da Sexualidade... a Cultura da Dignidade

“Que a vida exista e a identidade
Que tu és aqui
Que o prodigioso espectáculo continue
E que tu possas participar com a tua rima”
Walt Whitman

A pesquisa empírica ensina-nos que a educação sexual deve ter como ponto de partida a adaptação ao apoio e à comunicação, a orientação para os desejos e vontades individuais em cenários institucionais, a orientação para os limites, para diferenças e preferências sexuais e para a perspectiva do rumo de vida de uma pessoa (Lesseliers, 1999).

Segundo Pan (1997), as afirmações que configuram uma aproximação equilibrada ao mundo afectivo-sexual da pessoa com debilidade, são as seguintes:

1. A pessoa com debilidade deve ser respeitada e tratada como pessoa, pelo que se lhe devem reconhecer os direitos correspondentes fundamentais, inatos e invioláveis, principalmente o direito ao desenvolvimento livre e pleno da sua personalidade.
2. Há que evitar a tentação de impor uma posição de força para impor ao sujeito condições de vida demasiado restritivas que tornam vulneráveis aspectos básicos da sua personalidade.
3. A autonomia é uma das características essenciais da dignidade humana, sem a qual não se respeita o indivíduo. A pessoa com debilidade tem direito a realizar as suas próprias eleições no âmbito das suas próprias capacidades e tem direito a uma vida privada ainda que viva numa instituição.
4. A opção por uma afirmação plena de afectividade e da sexualidade da pessoa com debilidade está de acordo com a dignidade da pessoa.

Tal como exposto anteriormente, dentro dos pressupostos psicológicos, uma primeira regra fundamental é a necessidade de não tratar nunca a pessoa com debilidade, como uma *criança normal mais jovem e do mesmo nível mental*. O conceito de idade mental não permite nenhuma assimilação entre o atraso e o sujeito dito “normal” mais jovem do mesmo nível.

Há que tratar a pessoa com debilidade como tratamos os indivíduos de igual idade cronológica, tendo em conta as particularidades do seu funcionamento mental. O segundo critério a ter em conta são as características evolutivas de cada um. Cada idade tem características que têm que ser observadas também no âmbito da sexualidade.

Por esta razão, é necessária uma educação sexual adequada para cada etapa evolutiva até completar o itinerário de uma personalidade adulta e matura.

Os conteúdos devem ser apresentados, quando são significativos para a pessoa, quando os pode entender e são funcionais relativamente à sua vida quotidiana.

A realidade confirma que os interesses relacionados com a sexualidade, estão presentes desde o começo da vida, e que as experiências da infância influenciam poderosamente a vida adulta.

O critério que melhor define as fases de evolução (anatômica, fisiológica, psíquica e social) é o que tem em conta a forma como o sujeito percebe o mundo, a qual condiciona os seus conhecimentos, a sua afectividade e as suas relações com os outros.

O desenvolvimento psicológico não pode ser entendido com base numa sucessão de segmentos individualizados. Todo o desenvolvimento da vida psíquica é uma realidade mais complexa do que o que sugerem os termos do desenvolvimento e da evolução.

A imagem da linearidade tem que ser combinada com a de circularidade, em que melhor se encaixam as realidades psíquicas, sendo de sinal globalizante dentro das leis da evolução, do desenvolvimento, da maturação, do crescimento e da aprendizagem a que estão submetidas.

A debilidade depende em parte das dificuldades que a pessoa experimenta em assimilar o sistema de signos e significações próprias do seu meio ambiente e cujo domínio permite o acesso ao pensamento abstracto.

Assim, a pessoa com debilidade encontra-se numa relação recíproca de incompreensão na relação com os outros, donde, o discurso e a relação assumem um valor preponderante.

O educador deve sempre ter isto em consideração, na medida em que a vida sexual da pessoa com debilidade, está muito mediatizada pela necessidade de afecto e de estima. Mais propriamente do que procura de satisfação sexual, as suas manifestações de carinho, traduzem uma chamada ao encontro interpessoal. É verdade que a pessoa com debilidade, está mais desarmada que qualquer outra pessoa, frente às solicitações de que pode ser objecto, pela debilidade dos seus interesses e a insuficiência do seu campo mental.

Mais ou menos objecto de sugestão e influência, a sua resistência às solicitações exteriores é menor.

Qualquer metodologia que aceite e proponha uma atenção individualizada, como orientação máxima da sua acção, tem que ser congruente com o princípio de ajuda no discernimento das verdadeiras vontades da pessoa e a tomada de decisões com o maior grau de liberdade possível, configurando-se segundo o mesmo de modo concreto, salvando com criatividade e eficácia os obstáculos que podem aparecer no processo.

Trata-se de um diálogo profundo que comporta participação e interacção. O papel do educador deve ser de um animador que escuta, acolhe, orienta e favorece a troca de interesses, abrindo perspectivas inovadoras e suscitando reacções positivas. Assim, não há que subestimar a capacidade da pessoa com debilidade governar a sua própria actividade pulsional, na medida em que só pode assumir um papel adulto através de uma progressão de experiências cada vez mais amplas e articuladas, vivendo situações afectivas e experiências semelhantes à dos outros sujeitos da sua idade.

Uma determinada capacidade só poderá considerar-se como adquirida quando a pessoa, a nível real, está em condições de levar a cabo uma experiência directa do dado aprendido, isto é, de aplicá-lo correctamente a uma acção própria. Conhecimento e experiência coincidem substancialmente como condição para aceder ao mundo dos adultos.

Assim, a educação sexual deve estar integrada com as restantes áreas educativas, na medida em que podem surgir questões, em qualquer momento, de carácter sexual, noutras áreas, que o respectivo educador deve dar resposta, sem esperar que seja o educador sexual que as aborde.

As pessoas com debilidade são seres capazes de comportar-se como sujeitos, como centros de iniciativa e acção, sempre e quando o seu contexto social o permita e o seu processo educativo as capacite emocionalmente para tal.

A Supremacia do (Inter)pessoal...

A co-educação apresenta-se também como uma exigência geral dos actuais projectos educativos, ainda mais se tratar de oferecer uma educação ajustada ao que realmente é o ser humano. Este contexto co-educativo significa integrar os dois sexos no âmbito académico e convivencial, com os seguintes objectivos: (a) facilitar as relações interpessoais de todo o tipo e fomentar atitudes abertas face aos outros, as suas ideias, sentimentos e formas de ser; (b) ensinar a aceitar o outro tal como é, fazendo ver nas diferenças mais uma riqueza que um obstáculo; (c) facilitar experiências de integração e de afirmação pessoal que façam confiar na própria valia e elevem a sua auto-estima; (d) ajudar ao descobrimento natural e espontâneo do outro sexo; (e) conseguir um clima de comunicação e confiança entre ambos os

sexos, orientando e facilitando a tendência natural face ao contacto mútuo; (f) oferecer canais de encontro que facilitem o envolvimento mútuo na convivência de cada dia, que se traduzirá num crescimento maturo e positivo, dentro de um processo gradual e contínuo.

Se as diferentes experiências de e entre os sexos não forem incluídas na educação sexual, há o risco de homens e mulheres avaliarem de forma errada as expectativas de cada um. As diferenças entre os dois sexos devem ser consideradas uma base significativa para trocas. Estas diferenças podem ensinar-nos a considerá-las alternativas equivalentes: equivalentes, mas diferentes, e lidando com essa diferença, isto é, que as pessoas nunca têm de satisfazer completamente os desejos uma das outra a nível sexual (Luyens & Smits e também Luyens in Frans, 1999a). A educação sexual também deve assegurar que diferentes preferências sexuais sejam abordadas de forma respeitosa e não apresentadas como coisas triviais.

Na linha de Raedemakers (in Frans, 1999), e tal como como já enunciámos, nunca é demais lembrar que a sexualidade das pessoas deve ser considerada da perspectiva do rumo da sua vida. Esta perspectiva permite-nos atribuir diversos significados às experiências sexuais e prestar atenção às diferentes fases da vida. Não é nada fácil determinar o desenvolvimento específico de uma pessoa individual, embora o ambiente destas pessoas tenha tendência para tirar tais conclusões com base em anos de associação com elas. Ter uma boa ideia do rumo da vida das pessoas com debilidade significa, entre outras coisas, olhar com regularidade para a pessoa como se fosse a primeira vez e esquecer interpretações assentes (Soeter et al., 1993).

Conix (1999) afirma ainda que a educação sexual deve envolver os pais e os profissionais, os criadores de políticas e as pessoas com debilidade, procurando abandonar a tradicional perspectiva de trabalhar apenas para as pessoas com debilidade, potenciando uma nova abordagem que implica a própria pessoa na tomada de decisão da sua vida, e assim, trabalhar para e com a própria pessoa com debilidade, promovendo a sua auto-representação.

Os pais e os profissionais devem estar envolvidos activamente quando se quer dar esta educação a pessoas com debilidade. É importante que os pais e os profissionais se convençam da utilidade de uma educação sexual para estas pessoas. Se isto não acontecer, correm o risco de não receberem educação ou de receberem

um tipo muito isolado de educação, sem que esta esteja inserida no ambiente quotidiano em que vivem.

Uma série de entrevistas com educadores profissionais mostra que nem sempre é claro até que ponto as sessões de treino são implementadas de forma realista na vida quotidiana dentro de organizações. Além disso, por vezes não é claro até que ponto estas sessões estão inseridas numa visão mais vasta da sexualidade dentro de organizações e até que ponto a educação está ligada a medidas estruturais-organizacionais que permitem às pessoas viverem as relações e a sexualidade. Não devemos esquecer que a visão da sexualidade e da educação sexual constitui apenas um elemento dentro de uma visão total das pessoas (Derluyn, Holvoet, Tiebos, Vandecappelle & Vroman, 1999, in De Belie, 2000).

É também de realçar que a pessoa com debilidade, tende a moldar-se ao seu ambiente com facilidade e que grande parte da sua aprendizagem se faz por imitação, tanto de modelos reais como de modelos exemplares.

Os elementos do ambiente, em maior ou menor grau, contêm numerosas mensagens explícitas e implícitas de natureza sexual, que exercem uma grande influência educativa.

Assim, a televisão é uma fonte privilegiada de informação e de aprendizagem de formas de comportamento sexual, porque exige pouco esforço mental, é gratificante e os conteúdos são sobreabundantes, repetidos e explícitos.

Estas aprendizagens, actuam de uma forma crítica, quase automática e inconsciente e são de muito difícil erradicação uma vez instaurados.

Por outro lado, como apresenta condutas sexuais explícitas em sequências (muito rápidas) numa frequência e unidade de tempo que não corresponde à realidade, provocam uma visão distorcida da sexualidade e favorecem a fabulação e a imitação.

Estes efeitos são maiores, quando a televisão é a única ou principal fonte de informação e se desfruta de tempo livre.

Parece assim necessário que a pessoa com debilidade, desfrute do seu ócio e tempo livre de uma forma muito mais criativa e participativa, que favoreça o seu processo de maturação e de instalação na vida.

Parece-nos pois que há que estimular a participação da própria pessoa através das suas perguntas, comentários e relato das suas próprias situações vitais, sem problematizar.

Deve educar-se com e para o diálogo, numa escuta franca e aberta, que a pessoa deve sentir.

A educação deve estar centrada no educando e na sua realidade, fomentando a sua participação activa na própria busca de soluções e nas interrogações a partir de uma atitude de disponibilidade e compromisso, sentindo-se reconhecido e aceite na sua originalidade e individualidade através de uma diálogo personalizado.

Não se trata tanto de saber o que não pode fazer, mas sim de conhecer o que efectivamente é capaz de levar a cabo, sentindo-se apoiado na sua realização.

Actualmente pretende-se cada vez mais que a avaliação das pessoas com debilidade, incida na capacidade adaptativa e de maturação que todo o indivíduo possui.

Pretende-se adoptar uma prática que consiste na construção de *perfis de desenvolvimento das competências do sujeito e das dificuldades funcionais*, relacionando-o com a avaliação do seu ambiente biosocial, sendo que aquilo que as pessoas podem fazer com a ajuda de outros pode ser mais indicador do seu desenvolvimento mental que o que podem fazer por si mesmas.

Assim, a integração da pessoa é um dos objectivos máximos de todo o processo educativo e de reabilitação, implicando que o indivíduo, obtenha o número máximo de *competências sociais* para permitir que viva em comunidade, com a utilização de todos os seus recursos e o cumprimento de todas as suas obrigações.

O meio com recursos adequados é o primeiro requisito para a pessoa com deficiência mental, sendo que o ambiente, traduz o espaço onde a pessoa vive, aprende e se diverte, trabalha e mantém relações sociais.

Surge assim a necessidade de intervir no meio envolvente da pessoa com deficiência mental para promover a sua autonomia.

Por outro lado, os princípios a colocar em prática no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas com debilidade, passam, essencialmente, por dar um maior ênfase nas semelhanças entre os chamados “deficientes mentais” e “não deficientes” que nas suas diferenças; reconhecer que as pessoas com debilidade podem melhorar o seu nível de funcionamento desde que se lhes dê a oportunidade

apropriada; questionar o conceito de debilidade; insistir em que não se ponham etiquetas e oferecer um atendimento mais individualizado.

Assim, tratar as pessoas com debilidade de forma humana requer satisfazer os seus desejos e necessidades pessoais, o que deve ser interpretado através de concessões particulares a nível individual. esta é a única maneira de honrar o direito a experiências relacionais e sexuais, potenciando a “inteligência do coração”.
é, de facto, um desafio especial, preferivelmente para o futuro mais próximo possível.

O amor, que é afecto, emoção e entrega, vital para todo o ser humano, converte-se num imperativo para a pessoa com debilidade porque muitas vezes, apenas experimentou que é um “patinho feio” e que a sua vida não é causa de alegria para quase nada.

Conclusão

Através da revisão bibliográfica e do estudo do caso proposto, pudemos chegar a algumas conclusões que vêm confirmar os pressupostos teóricos de partida.

A qualidade das interações primárias assume uma influência determinante no desenvolvimento em geral, sendo que, a constituição de um núcleo deficitário nas debilidades, resulta da inscrição de mecanismos psicopatológicos, directamente relacionados com a afectividade e emotividade, em determinado momento de evolução (mesmo nos casos de compromisso biológico).

Assim se percebe e contextualiza a heterogeneidade presente nas situações de debilidade, na medida em que a uma hereditariedade genética corresponde, muitas das vezes, uma hereditariedade social. O perfil desarmónico constituído, inscreve pois a distância entre a debilidade e a pseudo-debilidade.

Podemos também concluir que a noção de debilidade, nos estreitos limites da psicometria, é válida enquanto uma primeira aproximação; a fronteira entre a debilidade e a não debilidade é puramente convencional, se nos colocarmos numa perspectiva de descontinuidade. Assim, na perspectiva do concreto humano, a

debilidade corresponde a uma situação estrutural que poderá desdobrar-se em modalidades existenciais diversas, enquanto na perspectiva estatística representa a referência a um modelo de distribuição normal que poderá ser de utilidade, se não nos esquecermos que nem todos os factores da estrutura psicossomática variam de acordo com a distribuição gaussiana.

Não se resumindo a uma unidade estanque e global, a inteligência constitui um processo relacional dialéctico e construtivo entre o sujeito e o seu meio sociocultural, sendo que inteligência (cognição: estrutura psíquica que é constituída tendo em conta a sua dinâmica conflitual e os seus mecanismos defensivos) e afectividade, nascem simultaneamente, gerando-se uma à outra e constituindo um todo unido e integrante em que cada factor ou vector tem o seu papel específico dentro do aparelho psíquico.

As dificuldades ao nível da afectividade e inteligência, comprometem a capacidade de adaptação ao meio, e reforçam a própria estrutura deficitária, na medida em que, mais que a inteligência conceptual (Q.I.), é determinante a forma/estratégias de adaptação às condições de vida e às exigências do meio.

Por outro lado, pudemos ainda constatar que as dificuldades ao nível da metacognição, reforçada por contingentes relacionadas com a dependência afectiva, potenciam a vulnerabilidade, sendo que as recordações e o estado emocional presente, influenciam as acções/ escolhas do momento.

Quanto às questões que se prendem directamente com a psicosexualidade, dentro do contexto que confirma a existência de uma identidade sexual na debilidade, pudemos concluir que, a negação desta, pode conduzir a comportamentos socialmente desajustados e comprometedores da integridade física e psicológica de cada um, bem como pode potenciar a dependência afectiva/emocional.

De facto podemos perceber que as pessoas com debilidade parecem ter uma vida sexual e relacional mais reprimida, o que não se deve às suas supostas ou reais deficiências, mas sim, à falta concreta de oportunidades de encontros interpessoais gratificantes, o que ainda assim, não justifica a negação da sua sexualidade. A causa de comportamentos inadequados relacionados com a sexualidade das pessoas com debilidade, parece não prender-se necessariamente no grupo da deficiência em si, mas no tipo de estrutura de vida e educação que essas pessoas geralmente recebem.

Assim, tanto a super-protecção, como um ambiente hostil, não contentor, limita o indivíduo na sua autonomia, aumenta a sua dependência e como tal, a sua

vulnerabilidade. Por outro lado, as questões éticas e práticas que se prendem com a esterilização/laqueação, reforçam uma atitude castradora, que não promove nem o respeito por si, nem o conhecimento esclarecido da sexualidade, promovendo atitudes e comportamentos “promíscuos” desprovidos de qualquer filtro selectivo e estruturante do sentimento de integridade.

A educação sexual assume-se desta forma, como uma alternativa positiva e construtiva à negação da sexualidade, ao desprivilégio social da identidade da pessoa com debilidade, ao esquecimento banal, de que qualquer pessoa, passando o pleonasma, é só e tão somente, auto-representante de si mesmo.

Como forma de melhoramento ao presente estudo, consideramos importante que, em hipóteses futuras, se constitua uma amostra, e não apenas um estudo de caso, que nos permita avaliar com maior fiabilidade (quanto mais não seja, numérica) a relação debilidade, inteligência, afectividade e sexualidade.

Pensamos que esta reflexão poderá suscitar a sensibilidade e o ponto de partida para estudos futuros sustentados a partir da pertinência de elaboração de projectos integrais e normalizado da debilidade, em que seria aconselhável fomentar a vivência criativa e responsável da vida e da sexualidade (enquanto dimensão da vida humana) das pessoas com debilidade. Parece-nos que continuamos carenciados de um espaço de compreensão, de autonomia e liberdade onde a pessoa com debilidade, pratique e vá aprendendo a organizar o seu tempo, a partilhá-lo com os outros solidariamente, a ter e desenvolver iniciativas próprias.

Por outro lado, parece-nos também pertinente que se proceda ao estudo de programas de educação sexual, adaptando alguns dos inúmeros programas já existentes e em que, ainda que não tenham forçosamente que assumir um carácter “especial”, sejam ajustados à especificidade individual de cada um dos beneficiados.

Referências Bibliográficas

Ajuriaguerra, J. (1974). *Manuel de Psychologie de L'enfant*. Paris: Masson et Cie Editeurs.

Almeida, L. (1994). *Inteligência: definição e medida*, Aveiro: Edição Cidine

Albuquerque, M. (1990). Definir a deficiência mental. *Psychologica*, 4, 149-160.

Almeida, L., & Roazzi, A. (1988). Inteligência: A necessidade de uma definição e avaliação contextualizadas. *Psychologica*, 1, 93-104.

American Association on Mental Retardation (1992). *Mental retardation : Definition, Classification and Systems of Supports*, (9ª ed.) : Washington D.C.

Anthony, (1979). *As Emoções e a Inteligência*. In V. Varma e P. William (org.), Piaget – Psicologia e Educação (pp. 69-84). Lisboa : Moraes.

Athaíde, S. (1969). A prevenção na deficiência mental na criança. *Revista Portuguesa de Deficiência Mental*, 1(1), 19.

Athaíde, S. (1973). Características diferenciais da conduta nos vários tipos de debilidade mental. *Revista Portuguesa de Deficiência Mental*, 2(9), 149-163.

Badaraco, H. (1998). Inteligência emocional. *Pessoal*, 83(6), 4-7.

Bairrão, J. (1971). Introdução ao estudo das estruturas cognitivas na debilidade. *Revista Portuguesa da Deficiência Mental*, 1(4), 349-354.

Bairrão, J., & Feijó, (1979). Introdução ao estudo da debilidade mental. *Revista do Desenvolvimento da Criança*, 1(1).

Bairrão, J. (1981). Sobre a deficiência mental. *Psicologia*, 2 (2/3).

Barnett, S. (1986). Definition and classification of mental retardation: A reply to Zigler, Balla and Hodapp. *American Journal of Mental Deficiency*, 91(2), 111-116.

Barros, J. (1993). *Inteligência e Aprendizagem: Funcionamento e disfuncionamento*. Coimbra: Almedina

Bateson, G. (1987). *Natureza e Espírito*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

- Binet, A. (1909). *Les idées modernes sur les enfants*. Paris: Ed. Flammarion.
- Bleichmar, N., & Bleichmar, C. (1992). *Psicanálise Depois de Freud: teoria e Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blos, P. (1967). *Second Individuation Process of Adolescence*. New York: International University Press.
- Bollas, C. (1978). The transformatal object. *International Journal of Psycho-Analise*, 60-97.
- Bollas, C. (1996). *Communications de Linconscient*. *Gradiva*, 1(1), 31-44.
- Bollas, C. (1982). On the relation to the self as an object. *International Journal of Psycho-Analise*, 63, 347-359.
- Bonini (1989). *Sistemi di Suporto alle Decisioni e Psicologia Cognitiva: Sistemi Intelligenti*
- Bowlby, J. (1978). *Vinculação*. Lisboa: Socioculturalidade.
- Bowlby, J. (1982). *Vínculo Mãe-Filho e a saúde Mental*. Galiza
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1990). *The earliest relationship*. USA: Addison/Wesley.
- Brown, L. & Leigh, J. (1993). *ABI - Adaptive Behavior Inventory: Examiner's Manual*, Austin, Texas: PRO-ED
- Bruininks, R., & McGrew, K. (1990). *Panoramica de la Conduta Adaptativa Dentro del Retraso Mental*. In I. C. E. Editor Discapacidad y Conducta Adaptativa. (pp. 11-29). Bilsao.
- Budoff, M., & Pagell, W. (1968). *Learning Potential and Rigidity in the Adolescent Mentally Retarded*.
- Caballo, V. (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*, Manuales de Psicología, Madrid: Siglo Veintiuno Editores
- Cairns, R. (1986). A Contemporary Perspective on Social Development In STRAIN, P., GURALNICK, M., & WALKER, H., *Children's Social Behavior*, pp. 3-47, London: Academic Press, Inc.
- Campione, A., & Brown, A. (1986). Psychological theory and the study of learning disabilities. *American Psychol.* 14(10), 1059-1068.
- Campione, A., Brown, A., & Ferrara, B. (1986). *Children's learning and*

transfer of inductive reasoning rules: studies of proximal development. Child Development. 57 (5), 1087-1099.

Chaplin, J. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: D. Quixote.

Chiva, M. (1973). *Debiles Normaux, debiles Pathologiques*. Neuchatel: Delachaux et Niestle.

Chiva, M. (1974). Porquê estudar a debilidade mental?. Revista Portuguesa de Deficiência Mental, 2(11), 235-240.

Cunha, J., Freitas, N., & Raymundo, M. (1986). *Psicodiagnóstico*. Portoalegre: Artes Médicas.

David & Appel (1966). La relation mère-enfant – Étude de cinq “patern” d’interaccion entre mère et enfant à l’age de un an. Psychiatrie de l’enfant. 9(2), 444-533.

De Belie, E. (1993). Ik-Steunende Psychotherapie voor Kinderen en Jongeren met een mentale handicap. Tokk, 18, 99-111.

De Belie, E., Ivens, C., Lesseliers, J., & Valtove, G. (2000). *Sexual Abuse of People with Learning Disabilities : prevention and Assistance*. Sint Franciscus : MPI.

De Witt, J., & Matens, B. (1984). Adaptative behavior: tests and assessments issues. School Psychology Review. 13, 478-484.

Detterman, D. (1987). *What Does Reaction Time Tell Us About Intelligence ?* Norwood : Ablex

Dolto, F. (1977). *Psicanálise e Pediatria*. Lisboa : D. Quixote.

Erickson, (1950). *Childhood and Society*. New York : W.W. Norton & Company.

Fairbairn, (1952). *Psycho-Analytic Studies of the Personality*. London : Tavistock.

Farina, M., & Galimberti, C. (1993). *Relazioni Intergenerazionali e Ipotesi di Autonomizzazione nella Famiglia del Giovane Adulto : Eta Evolut*.

Félix, I., & Marques, A. (1995). *Nós Somos Diferentes ? Sexualidade e Educação Sexual na Deficiência mental*. Lisboa : APF.

Feurstein, R. (1979). *The Dynamic Assessment of Retarded Performers*. Baltimore : University Park Press.

Feurstein, R., Rand, Y., Hoffman, M., Jensen, M., & Miller, R. (1980). *Instrumental Enrichment : An Intervention Programe for Cognitive Modifiability*. Baltimore : University Park Press

Feurstein, R., Rand, Y., & Rynders, J. (1988). *Don't Accept me as I am : Helping Retarded People to Excel*. New York : Plenum Publishing Corporation.

Fleming, M. (1993). *Adolescência e Autonomia: O Desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais*. Porto: Edições Afrontamento.

Fonagy, P., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The theory and practise of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(2), 231-257.

Fonseca, V. (1989). *Educação Especial. Programa de Estimulação Precoce*. Lisboa: Editorial Notícias.

Fonseca, V. (1991). De algumas concepções de inteligência à perspectiva da modificabilidade cognitiva estrutural de R. Furerstein: algumas implicações para o combate ao insucesso escolar, *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Departamento de Educação Especial e Reabilitação, 1(5/6), 13-24.

Fontes, V. (1969). Alguns aspectos médico-sociais da deficiência mental. *Revista Portuguesa da Deficiência Mental*, 1(1), 4-8.

Forreta, F.; Amaro, A.; Pina, E; Daniel, G.; Castelbranco, M.; Bizarro, J; Freitas, L., & Pedro, P. *Deficiência Mental: Uma abordagem Técnica à Formação Profissional e SocioProfissional*. Setúbal: Texto Editora.

Fraiberg, S. (1966). *The Magic Years*. New York : C. Scribner's Sons.

Freeman, F. (1976). *Teoria e Prática dos Teste Psicológicos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Freud, S. (1909). *Family Romances*. London: Standard Edition.

Freud, S. (1917). *Introductory Lectures on Psychoanalysis*. London: Standard Edition.

Freud, S. (1958). *Adolescence. The Psychoanalytic Study of the Child, XIII*.

Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences – the theory in practice*, USA: Basic Books

Gardner, H. (1996). *Mentes que Criam*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Garmezy (1981). *Classification System for Research in Child-wood Psychopathology: Part 1. An Empirical Approach Using Factor and Cluster*. New York: Academic Press.

Garrone, G. (1986). *Jeunes Parents Psychotiques et Leurs Enfants*.

Villeurbanne: SIMEP.

Georgieff, N. (1995). À propos des approches psychopathologique et cognitive de la déficience mentale. Neuropsychiatrie de l'enfance, 43(12), 528-536.

Giami, A. (1983). Approche psycho-sociale clinique des ideologies de la sexualite. Proportions metodologiques. Bull Psychologie. 360, 571-575.

Gibello, B. (1999). *Pensamento Incontido*. Lisboa : Climepsi Editores.

Glat, R. (1992). A sexualidade da pessoa com deficiência mental. Revista Brasileira de Educação Especial. 1(1), 65-74.

Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional. Temas e Debates*. Lisboa:

Salvat.

Gonzalez-Ibanez, (1991). *Psicopatologia de la Inteligência*. Barcelona:

Greenspan, S. (1981). Defining childhood social competence: A proposed working model. Advances in Special Education, 3, 1-39.

Greenspan, S. (1991). *The Clinical Interview of the Child*. Washington: Ammer. Psychiatric Press.

Grossman, (1973). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation (special Publication, no 2)*. American Association on Mental Deficiency. Washington: D.C.

Grossman, (1977). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. American Association on Mental Deficiency. Washington: D.C.

Grossman, (1983). *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. American Association on Mental Deficiency. Washington: D.C.

Grunspun, (1966). *Disturbios Psiquiátricos da Criança*: Livraria Atheneu.

Gruntrip, H. (1985). *Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self*. London: Maresfield Lis.

Guntrip, H. (1992). Object relations theory and psychoterapy. In *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self* (pp. 310-389). London: Karnac Books.

Guignard, F. (1993). Défferences des sexes et theories sexuelles. Desir et danger de connaitre. Rev. Franc. Psychanal. 57 (SPC), 1691-1699.

Haywood, H., Meyers, C., & Switzzy, H. (1982). *Mental Retardation. California: Annual Reviews Inc.*

Hogg, J. & Raynes, N.V. (1987). *Assessing People with Mental Handicap: an Introduction* In HOGG, J. & RAYNES, N.V., *Assessment in Mental Handicap – a guide to assessment practices, test and checklists*, (1-11), Cambridge, Massachusetts: Brookline Books.

Inhelder, B. (1963). *Le Diagnostic du Raisonnement chez les débiles mentaux*: Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Inhelder, B., & Smock, C. (1966). Cognitive development. *American Psychologist*, 21, 160-164.

Jacques, M. (1998). As dimensões cognitivas e afectivas da identidade. *Psicologia, Educação e Cultura*. 2(2), 309-313.

Josselson, (1980). Ego development in Adolescence, in Adelson J. (ed.). *Handbook of Adolescent Psychology*. New York: Wiley.

Kanner, L. (1995). Etude de l'évolution de onze enfants autistes initialement rapportés en 1943. *Psychiatric Infant*, 38 (2), 421-461.

Kaplan, R. & Saccuzo, D. (1993). *Psychological Testing: principles, applications and issues*, 3ª edição, Califórnia: Lawrence S. Wightsman Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove.

Kempton, (1983). *Sexuality Training for Professionals who Work with Mentally Handicapped Persons*. Kent: Costello.

Kirchler, E. , Palmonari, A., & Pombeni, M. (1992). *Evolution of the Self Concept in Adolescence and Social Categorization Processes*. Chichester: John Wiley & Sons.

Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*. 27, 34-46.

Kohlberg, (1979). *Measuring Moral Judgement*. Worcester, Mass: Clark.

Lambert, N.; Nihira, K.; & Leland, H. (1993). *Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual*, Second Edition. Austin, Texas: PRO-ED

Lang, J. (1958). Formations de l'inconscient. *Bull Psychology*.

Lang, J. (1985). *Introduction a la Psicopatologia Infantil*. Madrid: Paraninfo.

Leland, H. (1973). *Terapeutica por el Juego en los Ninos Oligofrenicos*. Barcelona: Expaxs.

Lippe, M. (1983). *Sexo e Excepcional Dependente e Não dependente*. S.Paulo: Cortez Editora

- Loevinger, (1976). *Ego Development*. San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Loureiro, M.A. (1995). Pais face ao desenvolvimento psicosexual do seu filho portador de deficiência mental. Cadern. Consult. Psicol. 10/11, 105-114.
- Lúria, A (1973). *The Working Brain*. New York: Basic Books.
- Lustin, J.L. (1998). *Clinica Infantil*. Lisboa: Climepsi.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Martin, I. (1964). Adaptation, In HELSON, H. (ED), Psychological Bulletin, American Psychology Association, 61(1), 35-44.
- Mannoni, M. (1967). *Criança Doente e os Outros*. Lisboa: Moraes.
- Marcia, (1968). The case history of a construct: Ego Identity Status, in Vinacke, E. (ed.), *Readings in General Psychology*. New York: American Book Co.
- Marina, J.A. (1995). *Teoria da Inteligência Criadora*. Lisboa: Caminho da Ciência
- Marques, A. (1995). *Princípios e Prática na Educação Sexual*. Lisboa: APF.
- Marques, A. (1995). *Salud. Promocion de la Salud para la Salud. Bases Conceptuales*. Lleide: Universitat de Lleide.
- Marques, M. (1998). *Árvores de Deus e as suas Flores: Psicologia Social das Relações Amorosas*.
- Marques, R. (1990). *Educação Cívica e Desenvolvimento Pessoal e Social. Objectivos, Conteúdos e Métodos*. Lisboa: Texto Editora.
- Mathias, J., & Nettelbeck, T. (1992). Validity of Greenspan's models of adaptative and social intelligence. Research in Development Disabilities, 13. 113-129. Pergamon Press.
- Mathias, J., & Nettelbeck, T. (1992). Reliability of seven measures of social intelligence in a sample of adolescents with mental reatardation. Research in Development Disabilities, 13. 131-143. Pergamon Press.
- Matos, A. (1996). Percursos da identidade: processos transformadores. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria. 11, 23-33.
- McCarthy, M., & Thompson, D. (1996). Sexual abuse by design: an examination of the issues in learning disability services. Disability and Society. 11, 205-217.

McConhachie, H. (1995). Critique of Current Practices in Assessment of Children, In ZINKIN, P., & MCCONACHIE, H. *Disabled Children and Developing Countries*, Institute of Child Health, New York: Cambridge University Press, 110-130.

Meltzer (1978). *Developpement Kleinien de la Psychanalyse : 1. L'évolution Clinique de Freud*. Toulouse : Privat.

Meltzer (1985). Object esthetique. Review Française de Psychanalyse, 49 (5), 1385-1389.

Mental Retardation Activities of the United States Department of Health Education and Welfare (1963). Washington D.C. : United States Government Printing Office.

Meyers, C.; Nihira, K. & Zetlin, A. (1979). The Measurement of Adaptative Behavior. In ELLIS, Norman R., *Handbook of Mental Deficiency, Psychological Theory and Research*, Second Edition. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 431-481.

Misés, R. (1975). *L'enfant Deficient Mental*. Paris: Presses Universitaires de France.

Misés, R. (1987). Diagnostic et nosographie des psychoses précoces : quelques préalables. In *Autisme Infantil*. Colóquio INSERM, (146), 37-43.

Misés, R. (1995). Evolution des pathologies à risque déficitaire pendant l'adolescence. Aspects psychodynamiques. Neuropsychiatrie de l'enfance, 43(12), 523-527.

Misés, R., & Perron R.(1995). *Éthude Psychopathologique des Deficiences Intellectuelles de l'Énfant*. Paris: PUF

Mittler, (1977). *Research to Practise in Mental Retardation. Education and Training*, III. Baltimore: University Park Press.

Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Morato, P. (1996/98). *Conceito de Comportamento Adaptativo... - abordagem teórica, Colectânea de Textos*: Universidade Técnica de Lisboa

Morss, J. (1985). *Early Cognitive development: Diference Delay? Current Approaches to Down's Syndrome*: Holt, Rinchart and Winston.

Muller-Lissner, A. (2001). *A Inteligência Emocional na Criança. Como estimulá-la no seu filho!* Cascais: Pergaminho.

O'Connor, N. (1987). Cognitive psychology and mental handicap. Journal of mental Deficiency Research, 31(4), 329-336.

Olbrich, E., & Burnstein, J. (1985). Personal helplessness and action control: analysis of achievement-related cognitions, self assessment and performance. J. Personal Soc. Psychology. 48 (6), 1540-1551.

Oliveira, J. (2002). *Freud e Piaget: Afectividade e Inteligência*. Lisboa: Instituto Piaget

O. M. S. (1980). *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease*. Tradução Portuguesa do Secretariado Nacional de Reabilitação (1989).

O.N.U. (1983). Programa Mundial de Acção Relativo às Pessoas Deficientes. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.

Orth, E. (1971), L'importance de l'affectivité dans le developpement mental. Les Cahiers de l'enfance Inadaptée. 2, 8-16.

Palmonari, A., Pombeni, M., & Kirchler, E. (1990). Adolescents and their peer groups: study on significance peers social categorization processes coping development tasks. Social Behavi. 5(1), 33-48.

Pan, J. (1997). *Afectividad y Sexualidad en la Persona com Deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

Patton, J., Payne, J., & Smith, M. (1986). *Mental Retardation*. Ohio: Charles E. Cerril Publishing, Co Columbus.

Pécheux, M.G. (1994). *Developpement du Bebe Dans un Contexte Social*. Tours: Nathau.

Pelica, V. (1994). *Factores de Integração em Alunos com Deficiência Mental em Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico*, Tese de Mestrado não publicada, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

Pereira, M., & Vieira, F. (1992). Uma Perspectiva de Organização Curricular para a Deficiência Mental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/ Serviço de Educação.

Perron, R. (1962). *Debilite Mentale*: Bull Psychologie.

Perron, R., Tomkiewicz, S., & Mises, R. (1987). *Deficientes Mentales*.

Perron-Borelli, M., & Perron, R. (1987). Fantasma et action. Rev. Franc. Psychanal. 51(2), 539-637.

Pruelli, V. (1987). Review of the psychoanalytic theory of sexuality:

comments on the assault against it. International Journal of Psycho-Analysis. 78, 357-367.

Ribeiro, M.G. (1996). *A comunicação na Deficiência Mental Profunda*, Coleção Humanidades 32, Braga: Edições APPACDM distrital de Braga.

Rondal, J.A. (1981). *Uns Prospectives Sur l'évolution de la Psychologie de l'enfant*. Bruxelles: Pierre Mardaga.

Ruivo, J. (1969). Contribuição do prof. Zazzo e da sua equipa para o estudo da debilidade mental. Revista Portuguesa de Deficiência mental, 1(1), 15 - 18.

Sá, E. (2000). *Crianças Para Sempre*. Lisboa: Fim de Século

Sá, E. (2001). *Psicologia do Feto e do Bebê*. Lisboa: Fim de Século

Salvia, J. & Ysseldyke, J. (1991). *Avaliação em educação Especial e Correctiva*, 4ª Edição: Editora Manole, Lda

Sampaio, D. (1994). Clínica e intervenção sistémica: a propósito do 10º aniversário da SPTF. Psicologia, 9 (1), 7-10.

Sanders, P., & Swiden, L. (1995). *Para me conhecer, para te conhecer...Estratégias de Educação sexual para o 1º e 2º ciclos do Ensino Básico*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família.

Santa Clara, H. (1991). *A Relação Pedagógica com Crianças com Deficiência Mental – análise multidimensional da instrução e das situações de prática no ensino de actividades físicas*, Trabalho Síntese de Provas de Aptidão Pedagógica e capacidade Científica, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa (documento não publicado)

Segal, S. (1984). *Society and mental Handicap: Are we Ineducable?* Kent, Ms Diana, C. Brisose.

Sève (1989). Dialectique et psychologie chez Vigotski. Enfance, ½, 11-16.

Simeonsson, R. (1986). *Psychological and Developmental Assessment of Special Children*, Allyn and Bacon Inc.

Simões, M. (1969). Noção de debilidade mental em psicologia diferencial. Revista Portuguesa de Deficiência mental, 1(1), 9 - 13.

Sinason, V. (1992). *Mental Handicap and the human condition. New Approaches from the Tavistock*. London: Free Association Books.

Spitz, R. (1958). Experiments in the U.S.A. on the Consequences off Affect Deprivation and Stimulus Deprivation in Animal and Man.

Stamback, M., & Zazzo, R. (1969). *Test de Perseveration*. Neuchatel: Delachaux et Niestle.

Stevens, H. (1965). *Social Reinforcement of Children's Behavior*. New York: Academic Press.

Stevens, H., & Allen, S (1964). Adult performance as a function of sex of experimenter and sex of subject. Journal Abnormal Social Psychology. 68(2), 214-216.

Stolorow, R. (1979). Psychosexuality and the representational world. International Journal of Psycho-Analise, 60 (1), 39-45.

Sutherland, G. (1981). *Origins of Special Education*. London: Open University Press.

Thorndike, R. (1982). *Applied Psychometrics Houghton Mittlin*. Oston: MA.

Vicari, S., Albertini, G., & Caltagirone, C. (1992). Cognitive profiles in adolescents with mental retardation. Journal of Intellectual Disability Research. 36. 415-423.

Vicente, H. (1995). *Etiologia e Caracterização das Deficiências*, vol. 24. Deficiências Mentais. Lisboa: Colecção Aprender - IEFP -

Vieira, F., & Pereira, M. (). “*Se houvera quem me ensinara...*” – *A educação da pessoa com deficiência Mental. Textos de Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian – Serviço de Educação.

Vigotsky, L. (1968). *Thought and Language*: MIT.

Vigotsky, L. (1977). *Aprendizagem e Desenvolvimento Intellectual na Idade Escolar. Psicologia e Pedagogia I. Bases Psicológicas da Aprendizagem e do desenvolvimento*. Lisboa: Editorial Estampa.

Wallon, H. (1978). *Evolução psicológica da Criança*. Lisboa: edições 70.

Wallon, H. (1983). *Origens do Carácter da Criança. Os Prelúdios do Sentimento de personalidade*.

Winnicott, D. (1960). Theory of the parent- infant relationship. International Journal fo Psycho-Analise, 41(6), 585-595.

Winnicott, D. (1963). Dependence in infant care, in child care in the psychoanalytic setting. International Journal fo Psycho-Analise, 44(3), 339-344.

Winnicott, D. (1974). Transitional objects and transitional phenomena. Playing and Reality, 1-30. Middlesex: penguin Books.

Zazzo, R. (1969). *Conduites et Conscience*, II, Paris.

Zazzo, R. (1976). *As Debilidades Mentais. I - A Debilidade em Questão*. Lisboa: Coleção Educação e Reabilitação Sociocultural.

Zazzo, R. (1978). *Nova Escala Métrica de Inteligência*. Lisboa: Livros Horizonte.

Zigler, E., Balla, D., & Hodapp, R. (1984). On the definition and classification of mental retardation. *American Journal of Mental Deficiency*, 84(3), 215-230.

Zigler, E., & Hodapp, R. (1986). *Understand Mental Retardation*. New York: Cambridge University Press.

Zuckers, S. & Polloway, E. (1987). Issues in identification and assessment in mental retardation, *education and training in mental retardation and developmental disabilities*. *The Journal of the Division on Mental Retardation and Developmental Disabilities – the Council for Exceptional Children*, 22 (2), 69-76.

Anexos

Anexo A

ECA-RC:2

ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO - RESIDENCIAL E
COMUNITÁRIA (2ª EDIÇÃO)
DE KAZUO NIHIRA, HENRY LELAND E NADINE LAMBERT

Tradução e Adaptação - Ana Sofia Santos e Ana Cristina Espadinha

FICHA DE REGISTO

NOME DO

OBSERVADO _____

—
NOME DO EXAMINADOR

NOME DO ENTREVISTADO _____

DATA DE AVALIAÇÃO _____

CENÁRIO/SERVIÇO _____

ECA-RC DE NADINE LAMBERT, KAZUO NIHIRA E HENRY LELAND ADAPTAÇÃO DE ANA SOFIA SANTOS E ANA CRISTINA ESPADINHA	ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO – RESIDENCIAL E COMUNITÁRIA
---	---

NOME: _____ SEXO: M F

DATA DE NASCIMENTO: ___ / ___ / ___ DATA DE OBSERVAÇÃO: _____

IDADE: _____ ESTABELECIMENTO: _____

RESPONSÁVEL PELA OBSERVAÇÃO: _____

PROVENIÊNCIA DA INFORMAÇÃO:

- OBSERVAÇÃO DIRECTA
- PROFESSOR
- PAIS
- OUTROS: _____

• RESIDÊNCIA (LOCALIDADE):

MEIO: URBANO RURAL

• LOCAL DE NASCIMENTO: _____

• AGREGADO FAMILIAR (FATRIA): _____

• FORMA DE DESLOCAÇÃO PARA A ESCOLA: _____

ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO - RESIDENCIAL E COMUNITÁRIA

INSTRUÇÕES GERAIS

Instruções para a Primeira Parte

Esta escala consiste num conjunto de afirmações que descrevem algumas formas de agir em diferentes situações, por parte das pessoas. Existem várias formas de administrar a escala em questão; estas, bem como as instruções pormenorizadas de classificação, encontram-se no manual do examinador.

Durante a aplicação da escala é favor observar as seguintes regras gerais:

1. Os itens que especificam "com ajuda" ou "com apoio" para a concretização da tarefa, referem-se a um apoio físico directo.
2. Cote o item, mesmo se for necessário para completar a tarefa, o reforço verbal ou a análise da tarefa, a não ser que o item o "proíba" expressamente.

Alguns itens podem estar relacionados com condutas que sejam contrárias aos regulamentos internos da instituição (como por exemplo, a utilização dos telefones), ou com comportamentos que não são possíveis de ser observados devido à inexistência de oportunidades (como por exemplo, uma pessoa acamada comer em restaurantes). Mesmo nestas circunstâncias devemos completar a nossa classificação: devemos atribuir a cotação no caso de termos a certeza de que as pessoas adoptariam determinado comportamento, sem um treino adicional, se lhe fossem fornecidas oportunidades para.

Escala de Comportamento Adaptativo - Residencial e Comunitária

Seguidamente vão ser apresentados dois tipos de itens da primeira parte da escala. O primeiro requer somente a escolha do nível mais elevado dos comportamentos exibidos pelos indivíduos que estão a ser submetidos a esta escala.

Por exemplo:

Item 2	Comer em locais públicos (Assinale o nível mais elevado)	
	Encomenda refeições completas num restaurante.	3
	Encomenda refeições simples (hamburguers ou cachorros).	②
	Encomenda itens simples (bebidas, gelados, bolos, etc.), numa cantina ou num bar.	1
	Não encomenda comida em locais públicos próprios.	0
		<input type="checkbox"/> 2

Repare que as afirmações se encontram organizadas em termos da sua dificuldade. Assinale o número da frase que melhor descreva o mais difícil ou o mais elevado nível da tarefa que a pessoa consegue alcançar, procedendo depois à atribuição desse número no respectivo quadrado. Neste exemplo o indivíduo observado apenas consegue encomendar refeições simples, como hamburguers ou cachorros quentes (2), não conseguindo encomendar uma refeição completa (3). Portanto é assinalado o 2, com um círculo no mesmo, sendo seguidamente transposto para o quadrado.

O segundo tipo de itens solicita que se leia cada afirmação e que se assinale o número correspondente ao "Sim" ou "Não". Poderão existir situações em que uma afirmação apareça com o item, devido ao facto de certos itens não se aplicarem aos indivíduos que estão a ser avaliados. Nestes casos, siga as instruções colocando uma marca (✓) no espaço fornecido para tal e assinalando os valores associados com "Sim" ou "Não", como referido nas instruções. Por exemplo:

Item 4**Maneiras à mesa**
(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque ele/ela está acamado/a ou tem uma dieta líquida, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

	Sim	Não	
Atira a comida.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	
Engole os alimentos sem os mastigar.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	
Mastiga os alimentos com a boca aberta.	<input checked="" type="radio"/> 0	1	
Deixa cair a comida na mesa ou no chão.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	
Não usa o guardanapo.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	
Fala com a boca cheia.	<input checked="" type="radio"/> 0	1	
Tira comida do prato dos outros.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	
Come demasiado rápido ou demasiado devagar.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	
Brinca com os dedos na comida.	0	<input checked="" type="radio"/> 1	<input type="text" value="7"/>

Para os outros itens (do segundo tipo), as cotações positivas (i.e., 0) aparecem debaixo do "Sim". Com cotações negativas (i.e., 1) sob o "Não", neste exemplo, "Mastiga a comida com a boca aberta." e "Fala com a boca cheia.". Deste modo os 0s são assinaladas (indicando uma resposta "Sim") para estes comportamentos e os 1s (as respostas "Não") assinalam nos restantes. Os pontos são somados e o "7" é colocado no quadrado.

PRIMEIRA PARTE

DOMÍNIO I

AUTONOMIA

A. ALIMENTAÇÃO

Item 1

Uso dos utensílios de mesa (Assinale o nível mais elevado)

- Usa uma faca de mesa para cortar ou barrar. 6
- Come asseadamente com colher e garfo (ou utensílios alternativos apropriados, como por exemplo: pauzinhos). 5
- Come sozinho com colher e garfo (ou utensílios alternativos apropriados) mas entornando parte da comida. 4
- Come sozinho com uma colher - com asseio. 3
- Come sozinho com uma colher - entornando parte da comida. 2
- Come com os dedos. 1
- Não come sozinho, tem de ser alimentado. 0

Item 2

Comer em locais públicos (Assinale o nível mais elevado)

- Encomenda refeições completas num restaurante. 3
- Encomenda refeições simples (hamburguers ou cachorros). 2
- Encomenda itens simples (bebidas, gelados, bolos, etc.), numa cantina ou num bar. 1
- Não encomenda comida em locais públicos próprios. 0

Item 3

Beber (Assinale o nível mais elevado)

- Bebe sem entornar, segurando um copo com uma mão. 3
- Bebe por um copo sem ajuda, com asseio. 2
- Bebe por um copo sem ajuda, entornando parte da bebida. 1
- Não bebe por um copo sem ajuda. 0

Item 4**Maneiras à mesa**

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque ele/ela está acamado/a ou tem uma dieta líquida, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

	Sim	Não
Atira a comida.	0	1
Engole os alimentos sem os mastigar.	0	1
Mastiga os alimentos com a boca aberta.	0	1
Deixa cair a comida na mesa ou no chão.	0	1
Não usa o guardanapo.	0	1
Fala com a boca cheia.	0	1
Tira comida do prato dos outros.	0	1
Come demasiado rápido ou demasiado devagar.	0	1
Brinca com os dedos na comida.	0	1

B. UTILIZAÇÃO DA CASA DE BANHO**Item 5****Treino na utilização da casa de banho****(controlo dos esfíncteres)**

(Assinale o nível mais elevado)

Nunca tem acidentes.	4	
Apenas tem acidentes à noite.	3	
Tem acidentes durante o dia, ocasionalmente.	2	
Tem acidentes durante o dia, frequentemente.	1	
Não tem treino nenhum do uso da casa de banho.	0	

Item 6**Autonomia na casa de banho**

(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não
Baixa as cuecas na casa de banho sem ajuda.	1	0
Senta-se na sanita sem ajuda.	1	0
Utiliza o papel higiénico de uma forma correcta.	1	0
Puxa o autoclismo após utilização.	1	0
Veste-se sem ajuda.	1	0
Lava as mãos sem ajuda.	1	0

C. HIGIENE

Item 7

Lavar as mãos e a cara
(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não
Lava as mãos e a cara com sabonete e água sem que lhe seja necessário dizer alguma coisa.	1	0
Lava as mãos com sabonete.	1	0
Lava a cara com sabonete.	1	0
Lava as mãos e a cara com água.	1	0
Seca as mãos e a cara.	1	0

Item 8

Banho
(Assinale o nível mais elevado)

Prepara e toma o banho sem ajuda.	6
Lava-se e seca-se completamente, sem ajuda e sem que lhe seja solicitado.	5
Lava-se e seca-se razoavelmente bem com ajudas verbais e/ou gestuais.	4
Lava-se e seca-se com ajuda.	3
Tenta ensaboar-se e lavar-se sozinho.	2
Coopera quando é lavado ou seco por outros.	1
Não faz qualquer tentativa para se lavar e secar.	0

Item 9

Higiene pessoal
(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque está completamente dependente de outros, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

	Sim	Não
O odor axilar é bastante forte.	0	1
Não muda com regularidade a sua roupa interior.	0	1
A pele está frequentemente suja se não for acompanhado.	0	1
Não mantém as unhas limpas, por si mesmo.	0	1

Item 10**Lavar os dentes**

(Assinale o nível mais elevado)

- Lava a dentadura de uma forma apropriada. 5
- Põe pasta de dentes e lava os dentes com movimentos verticais. 5
- Põe pasta de dentes e lava os dentes com movimentos laterais. 4
- Lava os dentes sem ajuda mas sem aplicar pasta de dentes. 3
- Lava os dentes com supervisão. 2
- Coopera na lavagem dos dentes. 1
- Não faz nenhuma tentativa de lavar os dentes. 0
- Não lava a dentadura. 0

D. APARÊNCIA

Item 11**Postura**

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque está acamado ou é não-ambulatório, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

- | | _____ | Sim | Não |
|--|-------|-----|-----|
| A boca permanece aberta. | 0 | 1 | 1 |
| A cabeça permanece pendida. | 0 | 1 | 1 |
| A barriga encontra-se proeminente devido à postura. | 0 | 1 | 1 |
| Os ombros pendem para a frente com as costas arqueadas. | 0 | 1 | 1 |
| Marcha com as pontas dos pés viradas para dentro ou para fora. | 0 | 1 | 1 |
| Marcha com os pés muito afastados. | 0 | 1 | 1 |
| Troca, arrasta ou enterra os pés quando anda. | 0 | 1 | 1 |
| Anda em bicos dos pés. | 0 | 1 | 1 |

Item 12

Vestuário

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque se encontra completamente dependente de outros, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

	Sim	Não	
Usa roupas que não lhe servem bem, se não for ajudado.	0	1	
Usa roupa amarrotada se não for avisado.	0	1	
Volta a usar roupa suja ou malcheirosa se não for avisado.	0	1	
Usa combinações de cores aberrantes se não for avisado.	0	1	
Não distingue entre sapatos de trabalho e de cerimónia.	0	1	
Não escolhe diferentes roupas para ocasiões formais e informais.	0	1	
Não utiliza roupas adequadas (gabardinas, botas, etc.) às várias condições atmosféricas.	0	1	<input type="checkbox"/>

E. CUIDADOS COM O VESTUÁRIO

Item 13

Cuidados com o vestuário

(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Limpa e/ou engraxa os sapatos quando necessário.	1	0	
Guarda a roupa na cómoda, arca ou guarda-fato.	1	0	
Pendura a roupa sem ser necessário dizer-lho.	1	0	
Chama a atenção para a falta de botões, buracos e/ou remendos da roupa.	1	0	<input type="checkbox"/>

Item 14

Lavar a roupa

(Assinale o nível mais elevado)

Utiliza as máquinas de lavar/secar roupa sem ajuda.	3	
Coloca a roupa na máquina de lavar/secar, iniciando-a com ajuda.	2	
Separa a roupa com ajuda.	1	
Não participa na tarefa da lavagem da roupa.	0	<input type="checkbox"/>

F. VESTIRE DESPIR

Item 15

Vestir

(Assinale o nível mais elevado)

- Veste-se sozinho. 5
- Veste-se sozinho, apenas com reforço verbal. 4
- Veste-se pondo todas as roupas com ajuda verbal e apertando-as (abotoando-as, correndo o fecho, etc.) com ajuda. 3
- Veste e aperta a maioria das roupas com ajuda. 2
- Coopera quando está a ser vestido extendendo os braços e as pernas 1
- Tem que ser completamente vestido. 0



Item 16

Despir nas alturas apropriadas

(Assinale o nível mais elevado)

- Despe-se sozinho. 5
- Despe-se sozinho, apenas com reforço verbal. 4
- Despe-se tirando todas as roupas com ajuda, desapertando-as (desabotoando-as, abrindo o fecho, etc.) com ajuda verbal. 3
- Despe e desaperta a maioria das roupas com ajuda. 2
- Coopera quando está a ser despido extendendo os membros. 1
- Tem que ser completamente despido. 0



Item 17

Sapatos

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|--------------------------------------|-----|-----|
| Calça os sapatos sem ajuda. | 1 | 0 |
| Aperta os atacadores sem ajuda. | 1 | 0 |
| Desaperta os atacadores sem ajuda. | 1 | 0 |
| Descalça os sapatos sem ajuda. | 1 | 0 |
| Cola e descola o Velcro dos sapatos. | 1 | 0 |



G. DESLOCAÇÃO

Item 18

Sentido de orientação

(Assinale o nível mais elevado)

- Vai para além dos quarteirões conhecidos sem se perder. 3
- Vai para além de alguns quarteirões conhecidos sem se perder. 2
- Anda pelas vizinhanças da instituição ou da casa sozinho. 1
- Perde-se sempre que sai da sua área de residência sozinho. 0



Item 19

Transporte

(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Anda em carros particulares, com segurança.	1	0	
Anda sozinho de comboio, avião ou camioneta em longas distâncias.	1	0	
Anda sozinho de táxi.	1	0	
Anda sozinho de metro ou autocarro em viagens urbanas não familiares.	1	0	
Anda sozinho de metro ou autocarro em viagens urbanas familiares.	1	0	<input type="checkbox"/>

Item 20

Mobilidade

(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Atravessa a estrada sozinho e em segurança.	1	0	
Pode ir sozinho para a escola/trabalho.	1	0	
Pode regressar sozinho da escola/trabalho.	1	0	
Pode ir e vir de actividades de recreação (ex: filmes, jogos) sozinho.	1	0	
É portador de carta de condução.	1	0	<input type="checkbox"/>

Item 21

Segurança na rua ou no recinto escolar

(Assinale o nível mais elevado)

Consciência dos possíveis perigos (ex: evita grandes profundidades da piscina, não aceita boleias de estranhos, usa o cinto de segurança nos carros, usa o corrimão das escadas, etc.).	3		
Obedece aos sinais de trânsito.	2		
Olha para os dois lados e espera se necessário antes de atravessar a estrada.	1		
Não reconhece perigos possíveis.	0		<input type="checkbox"/>

H. OUTROS ITENS DE AUTONOMIA

Item 22

Telefone

(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Utiliza a lista telefónica.	1	0	
Utiliza telefones públicos.	1	0	
Faz chamadas de telefones privados.	1	0	
Atende o telefone de uma forma apropriada.	1	0	<input type="checkbox"/>
Recebe mensagens telefónicas.	1	0	

Item 23**Vários**

(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Apresenta um controlo normal do apetite, comendo com moderação	1	0	
Conhece as franquias e compra selos nos correios.	1	0	
Vigia a sua saúde (ex: troca a roupa molhada pela seca).	1	0	
Trata ferimentos simples (ex: cortes, queimaduras).	1	0	
Sabe como e onde obter ajuda médica.	1	0	
Conhece a existência da assistência social na comunidade.	1	0	
Sabe a sua morada.	1	0	<input type="checkbox"/>

Item 24**Segurança em casa**

(Assinale o nível mais elevado)

Pergunta se um objecto desconhecido é próprio para consumo/tocar.	3	
É cuidadoso com os perigos dos equipamentos eléctricos.	2	
É cauteloso com a comida/bebida, pratos/panelas quentes.	1	
Não tem consciência de possíveis perigos.	0	<input type="checkbox"/>

Total do Domínio da Autonomia

(Soma dos itens 1 - 24)

DOMÍNIO II

DESENVOLVIMENTO FÍSICO

A. DESENVOLVIMENTO SENSORIAL (CAPACIDADES OBSERVÁVEIS)

- Item 25** **Visão (com óculos, se utilizados)**
(Assinale o nível mais elevado)
- Não tem dificuldades em ver. 3
- Tem algumas dificuldades em ver. 2
- Tem grandes dificuldades em ver. 1
- Não consegue ver. 0

- Item 26** **Audição (com aparelho auditivo, se utilizados)**
(Assinale o nível mais elevado)
- Não tem dificuldades em ouvir. 3
- Tem algumas dificuldades em ouvir. 2
- Tem grandes dificuldades em ouvir. 1
- Não consegue ouvir. 0

B. DESENVOLVIMENTO MOTOR

- Item 27** **Equilíbrio**
(Assinale o nível mais elevado)
- Nota: se é uma pessoa que ande em bicos dos pés (veja o item 11h) cote 0.
- É capaz de se manter em bicos dos pés durante 10 s, quando solicitado. 5
- É capaz de se manter apoiado num pé durante 2 s quando solicitado. 4
- Permaneça em pé sem ajuda cerca de 5 minutos ou mais. 3
- Permaneça em pé com ajuda cerca de 5 minutos ou mais. 2
- Mantém-se sentado sem ajuda cerca de 10 minutos ou mais. 1
- Não consegue fazer nada do descrito nas afirmações anteriores. 0

Item 28**Marcha e Corrida**
(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Anda sozinho.	1	0	
Sobe e desce escadas sozinho.	1	0	
Desce as escadas com alternância dos pés.	1	0	
Corre sem cair, com frequência.	1	0	
Salta ou pula.	1	0	<input type="checkbox"/>

Item 29**Coordenação óculo-manual**
(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Apanha/agarra uma bola.	1	0	
Atira/lança uma bola por cima do ombro.	1	0	
Levanta uma chávena ou um copo.	1	0	
Agarra com o polegar e um dedo (oponibilidade do polegar).	1	0	<input type="checkbox"/>

Item 30**Funcionalidade dos membros**
(Assinale todas as respostas)

	Sim	Não	
Utiliza, de uma forma efectiva, o braço direito.	1	0	
Utiliza, de uma forma efectiva, o braço esquerdo.	1	0	
Utiliza, de uma forma efectiva, a perna direita.	1	0	
Utiliza, de uma forma efectiva, a perna esquerda.	1	0	<input type="checkbox"/>

Total do Domínio do Desenvolvimento Físico

(Soma dos itens 25 - 30)

DOMÍNIO III

ACTIVIDADE ECONÓMICA

A. MANUSEAMENTO DO DINHEIRO E PLANEAMENTO DA SUA UTILIZAÇÃO

Item 31

Manuseamento do dinheiro

(Assinale o nível mais elevado)

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Toma conta do seu próprio dinheiro. | 4 | |
| Faz trocos correctamente. Não utiliza os serviços bancários. | 3 | |
| Soma moedas até perfazer a quantia de 500\$00. | 2 | |
| Utiliza o dinheiro mas não faz trocos correctamente. | 1 | |
| Não utiliza o dinheiro. | 0 | <input type="checkbox"/> |

Item 32

Serviços bancários

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Utiliza os serviços bancários de forma independente. | 1 | 0 |
| Mantém uma conta com ajuda. | 1 | 0 |
| Pode preencher os impressos de depósito e de levantamento. | 1 | 0 |
| Tem cartão multibanco - pode utilizar as "caixas automáticas". | 1 | 0 |

Item 33

Capacidade de planear a utilização do dinheiro

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Poupa dinheiro com um objectivo particular. | 1 | 0 |
| Faz estimativas dos preços dos bilhetes, das refeições, etc.. | 1 | 0 |
| Gasta o dinheiro obedecendo a uma determinada planificação. | 1 | 0 |
| Controla a maioria das suas despesas. | 1 | 0 |

B. IR ÀS COMPRAS

Item 34

Recados

(Assinale o nível mais elevado)

- Vai a várias lojas e especifica diferentes itens. 4
- Vai a uma loja e especifica um item. 3
- Vai às compras, quando solicitado, sem levar uma lista. 2
- Vai às compras, quando solicitado, levando uma lista. 1
- Não pode ser enviado para fazer recados relativos a compras. 0

Item 35

Compras

(Assinale o nível mais elevado)

- Compra as suas próprias roupas. 5
- Compras os acessórios para as suas roupas. 4
- Faz compras menores, sem ajuda (ex: doces, bebidas, etc.). 3
- Faz compras sob uma pequena supervisão. 2
- Faz compras sob uma supervisão apertada. 1
- Não faz compras. 0

Item 36

Recursos de pagamento

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Tem cartões de crédito exclusivos de determinadas lojas. | 1 | 0 |
| Tem cartões de crédito ou acesso a outras formas de crédito. | 1 | 0 |
| Transporta a identificação apropriada. | 1 | 0 |
| Consegue endossar cheques. | 1 | 0 |

Total do Domínio das Actividades Económicas

(Soma dos itens 31 - 36)

DOMÍNIO IV

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM

A. EXPRESSÃO

Item 37

Escrita

(Assinale o nível mais elevado)

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Escreve cartas ou histórias completas e compreensíveis. | 5 | |
| Escreve memorandos ou notas curtas. | 4 | |
| Escreve ou imprime frases completas. | 3 | |
| Escreve ou imprime, no mínimo, dez palavras. | 2 | |
| Escreve ou imprime o nome. | 1 | |
| Não consegue escrever ou imprimir quaisquer palavras. | 0 | <input type="checkbox"/> |

Item 38

Escrever à mão

(Assinale todas as respostas)

Se o item 37 está cotado com um "0", coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

- | | Sim | Não | |
|--|-----|-----|--------------------------|
| Inverte a escrita. | 0 | 1 | |
| Troca algumas letras. | 0 | 1 | |
| A sua escrita é, de uma forma geral, ilegível. | 0 | 1 | |
| Não é capaz de agarrar a caneta ou o lápis. | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> |

Item 39

Expressão pré-verbal

(Assinale todas as respostas)

Se a pessoa é capaz de expressar pelo menos algumas palavras, então coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

- | | Sim | Não | |
|---|-----|-----|--------------------------|
| Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria. | 1 | 0 | |
| Indica que tem fome. | 1 | 0 | |
| Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando. | 1 | 0 | |
| Imita sons de objectos ou animais (ex: au-au, mée-mée, etc.). | 1 | 0 | |
| Expressa prazer ou desagrado através de ruídos vocais. | 1 | 0 | <input type="checkbox"/> |

Item 40**Articulação**

(Assinale todas as respostas)

Se a pessoa não fala, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

	Sim	Não
O discurso é baixo, fraco, sussurrado ou difícil de ser ouvido.	0	1
O discurso é lento, deliberado, ou trabalhado.	0	1
O discurso é apressado, acelerado ou precipitado.	0	1
Fala com bloqueios, hesitações ou outras interrupções irregulares.	0	1

Item 41**Frases**

(Assinale o nível mais elevado)

Por vezes utiliza frases complexas, contendo "Porque", "Mas", etc.. 3

Coloca questões utilizando palavras como "Porquê", "Como", "O quê", etc.. 2

Fala através de frases simples. 1

Fala apenas através de frases primitivas ou de uma forma não verbal. 0

Item 42**Utilização das palavras**

(Assinale o nível mais elevado)

Utiliza o "verbo" quando descreve imagens. 4

Nomeia pessoas ou objectos na descrição de imagens. 3

Nomeia objectos familiares. 2

Pergunta pelos objectos pelo seu nome. 1

É não-verbal ou quase não-verbal. 0

B. COMPREENSÃO VERBAL**Item 43****Compreensão da leitura**

(Assinale o nível mais elevado)

Lê livros adequados para crianças com nove anos de idade ou mais. 5

Lê livros adequados para crianças de 7 ou 8 anos de idade. 4

Lê histórias simples ou banda desenhada. 3

Lê vários sinais (ex: "Stop", "Homens", "Senhoras", etc.). 2

Reconhece 10 ou mais palavras através da visão. 1

Reconhece menos de 10 palavras. 0

Item 44

Compreensão de instruções verbais

(Assinale o nível mais elevado)

- Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão:
 “Se _____, faz isto; mas se não, faz _____.” 4
- Compreende instruções envolvendo uma série de passos: “Primeiro
 faz _____; depois faz _____.” 3
- Responde a questões simples (ex: “Como te chamas?”, “O que é
 que estás a fazer?”, entre outras). 2
- Responde correctamente a frases simples
 (ex: “Pára!”, “Senta-te!”, “Vem cá!”, etc.). 1
- Não compreende mesmo as instruções verbais mais simples. 0

C. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM SOCIAL

Item 45

Conversaço

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Utiliza frases como “Por favor” e “Obrigado”. | 1 | 0 |
| É sociável e conversa durante as refeições. | 1 | 0 |
| Fala com os outros de desporto, família, actividades de grupo, etc.. | 1 | 0 |

Item 46

Vários

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Podem-se discutir questões de uma forma socialmente aceite | 1 | 0 |
| Responde quando abordado. | 1 | 0 |
| Fala com lógica. | 1 | 0 |
| Lê livros, jornais ou revistas por prazer. | 1 | 0 |
| Repete uma história com pouca ou nenhuma dificuldade. | 1 | 0 |
| Preenche a maioria dos itens de impressos bastante bem. | 1 | 0 |

Total do Domínio do Desenvolvimento da Linguagem

(Soma dos itens 37 - 46)

DOMÍNIO V

NÚMEROS E TEMPO

Item 47	Números		
	(Assinale o nível mais elevado)		
	Faz divisões e multiplicações.	6	
	Faz adições e subtracções simples.	5	
	Conta dez ou mais objectos.	4	
	Conta mecanicamente até dez.	3	
	Conta dois objectos dizendo "Um... Dois".	2	
	Discrimina entre "Um", "Vários" e "Muitos".	1	
	Não compreende o conceito de números.	0	<input type="checkbox"/>
Item 48	Tempo	Sim	Não
	(Assinale todas as respostas)		
	Diz as horas num relógio com precisão até ao minuto.	1	0
	Vê as horas correctamente num relógio digital.	1	0
	Compreende intervalos de tempo (ex: entre as "3:30 e as 4:30).	1	0
	Compreende a equivalência das horas (ex: "9:15" e nove e quarto).	1	0
	Relaciona as horas com várias acções ou eventos.	1	0
Item 49	Conceito de tempo	Sim	Não
	(Assinale todas as respostas)		
	Nomeia os dias da semana.	1	0
	Refere-se correctamente à "manhã" e à "tarde".	1	0
	Compreende diferenças entre dia/semana, minuto/hora, mês/ano...	1	0

Total do Domínio dos Números e Tempo

(Soma dos itens 47 - 49)

DOMÍNIO VI

ACTIVIDADE DOMÉSTICA

A. LIMPEZA

Item 50

Limpeza do espaço próprio

(Assinale o nível mais elevado)

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Limpa, sem que lhe seja solicitado, o seu espaço próprio quer no local de residência, quer na escola (ex: cama, carteira, etc.). | 3 | |
| Limpa, quando lhe é solicitado e/ou com ajudas verbais ou gestuais, o seu espaço próprio quer no local de residência quer na escola. | 2 | |
| Esforça-se por limpar o seu espaço próprio quer no local de residência quer na escola, mas não o faz na sua totalidade. | 1 | |
| Não limpa o seu espaço próprio, nem na escola nem no local de residência. | 0 | <input type="checkbox"/> |

Item 51

Tratamento do vestuário

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Lava a roupa. | 0 | 1 |
| Estende, apanha ou seca a roupa. | 0 | 1 |
| Dobra a roupa. | 0 | 1 |
| Passa a ferro quando necessário. | 0 | 1 |
| Utiliza correctamente a máquina de lavar e/ou secar roupa. | 0 | 1 |

B. COZINHA

Item 52

Pôr a mesa

(Assinale o nível mais elevado)

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Coloca todos os talheres, pratos, copos bem como guardanapos, pão, temperos, etc. nos locais correctos. | 3 | |
| Coloca pratos, copos e talheres nos locais correctos. | 2 | |
| Coloca pratos, copos e talheres na mesa. | 1 | |
| Não põe a mesa. | 0 | <input type="checkbox"/> |

Item 53**Preparação de refeições**
(Assinale o nível mais elevado)

- Utiliza correctamente o fogão e/ou micro-ondas para preparar uma refeição completa. 4
- Prepara uma refeição completa de uma forma adequada (utilizando comida congelada ou enlatada). 3
- Prepara ou confecciona pratos culinários simples, como por exemplo ovos mexidos, etc. 2
- Prepara refeições simples que não exigem preparação ou confecção culinária como sandes, misturar cereais com leite, etc.. 1
- Não prepara qualquer tipo de refeição. 0

Item 54**Levantar a mesa**
(Assinale o nível mais elevado)

- Levanta a mesa com pratos e copos quebráveis. 2
- Levanta a mesa com pratos e copos inquebráveis. 1
- Não levanta a mesa. 0

C. OUTROS DEVERES DOMÉSTICOS**Item 55****Vários**

(Assinale todas as respostas)

- | | Sim | Não |
|---|-----|-----|
| Lava bem os pratos. | 1 | 0 |
| Faz a cama correctamente. | 1 | 0 |
| Ajuda nas tarefas domésticas. | 1 | 0 |
| Executa tarefas domésticas de uma forma regular. | 1 | 0 |
| Coloca a louça na máquina de lavar e utiliza-a correctamente. | 1 | 0 |
| Utiliza correctamente pequenos electrodomésticos de cozinha. | 1 | 0 |

Total do Domínio da Actividade Doméstica

(Soma dos itens 50 - 55)

DOMÍNIO VII

ACTIVIDADE PRÉ-PROFISSIONAL E PROFISSIONAL

Item 56	Complexidade do trabalho (Assinale o nível mais elevado)		
	Realiza um trabalho que requeira a utilização de instrumentos ou maquinaria (ex: trabalho numa loja, coser, etc.).	2	
	Realiza trabalho simples (ex: jardinagem, despejar o lixo, etc.).	1	
	Não desempenha qualquer tipo de trabalho.	0	<input type="checkbox"/>
Item 57	Desempenho do trabalho - emprego/escola (Assinale todas as respostas)		
	Se o item 50 estiver cotado com o "0", então coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Não" para todas as afirmações.		
		Sim	Não
	Trabalhador cauteloso - evita os acidentes consigo e com os outros.	1	0
	Toma conta das ferramentas, equipamentos, abastecimentos, etc..	1	0
	Trabalha constante e produtivamente.	1	0
	É organizado e preciso.	1	0
			<input type="checkbox"/>
Item 58	Hábitos de trabalho/escolares (Assinale todas as respostas)		
		Sim	Não
	Chega atrasado ao trabalho/escola, sem uma boa razão para tal.	0	1
	Falta com frequência ao trabalho/escola.	0	1
	Não completa o trabalho sem encorajamento/supervisão constante.	0	1
	Abandona o seu lugar de trabalho/escola sem permissão.	0	1
	Queixa-se e protesta sobre o trabalho/escola.	0	1
			<input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Actividade Pré-Profissional e Profissional
(Soma dos itens 56 - 58)

6

DOMÍNIO VIII

PERSONALIDADE

A. INICIATIVA

Item 59

Iniciativa

(Assinale o nível mais elevado)

- Inicia a maioria das suas actividades (ex: jogos, tarefas, etc.). 3
- Pergunta se há alguma coisa para fazer ou explora o envolvimento (ex: casa, jardim, escola, sala de aula, etc.). 2
- Apenas participa nas actividades quando solicitado ou designado. 1
- Não participa em actividades designadas (ex: arrumar os brinquedos, etc.). 0

Item 60

Passividade

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não se aplicarem aos indivíduos devido ao facto de ele/a estar completamente de outros, então coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

- | | Sim | Não | |
|---|-----|-----|--------------------------|
| Necessita de encorajamento constante para concretizar as tarefas. | 0 | 1 | |
| Tem de se lhe "ordenar" a execução de tarefas. | 0 | 1 | |
| Não tem ambição. | 0 | 1 | |
| Parece não ter nenhum interesses nas coisas. | 0 | 1 | |
| Termina as tarefas em último devido ao tempo desperdiçado. | 0 | 1 | |
| É desnecessariamente dependente dos outros para ser ajudado. | 0 | 1 | |
| Os movimentos dele são lentos e arrastados. | 0 | 1 | <input type="checkbox"/> |

B. PERSEVERANÇA

Item 61

Atenção

(Assinale o nível mais elevado)

- Prestará atenção a actividades significativas, mais de 15 minutos (ex: leitura, limpezas, jogos, etc.). 4
- Prestará atenção a actividades significativas até 15 minutos. 3
- Prestará atenção a actividades significativas até 10 minutos. 2
- Prestará atenção a actividades significativas até 5 minutos. 1
- Não prestará atenção a actividades significativas nem 5 minutos. 0

Item 62

Persistência

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não se aplicarem aos indivíduos por estes serem totalmente incapazes de realizar/planear qualquer actividade organizada, então coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

	Sim	Não	
Não consegue organizar tarefas.	0	1	
Desmotiva-se facilmente.	0	1	
Falha na consecução de tarefas.	0	1	
Salta de uma actividade para outra.	0	1	
Necessita de encorajamento constante para completar as tarefas.	0	1	<input type="checkbox"/>

C. TEMPOS LIVRES

Item 63

Ocupação dos tempos livres

(Assinale o nível mais elevado)

Organiza actividades de recreação a um nível algo complexo (ex: ir à pesca, jogar bilhar, jogos de computador, etc.).	4	
Denota um interesse activo nos passatempos (ex: pintura, filatelia, numismática, cadernetas de cromos, etc.).	3	
Participa em actividades de recreação quando organizados para ele/a	2	
Participa em actividades de recreação a um nível simples (ex: ouvir rádio, ver televisão, etc.).	1	
É incapaz de integrar actividades de recreação, mesmo as de mais simples natureza.	0	<input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Personalidade

(Soma dos itens 59 - 63)

DOMÍNIO IX

RESPONSABILIDADE

Item 64	Objectos pessoais (Assinale o nível mais elevado)		
Muito fiável - toma sempre conta dos seus objectos pessoais.	3		
Geralmente fiável - toma de uma forma geral conta dos seus objectos pessoais.	2		
Não muito fiável - raramente toma conta dos seus objectos pessoais.	1		
Não é nada responsável, não toma conta dos seus objectos pessoais.	0		<input type="checkbox"/>
Item 65	Responsabilidade em geral (Assinale o nível mais elevado)		
Muito consciente e muito responsável - desenvolve esforços especiais, as actividades atribuídas são sempre cumpridas.	3		
Geralmente fiável - faz um esforço para cumprir as responsabilidades; as actividades que lhe estão atribuídas são quase de certeza cumpridas.	2		
Não é fiável - faz poucos esforços para cumprir as suas responsabilidades; as actividades que lhe estão atribuídas são pouco certas de serem cumpridas.	1		
Não lhe são atribuídas responsabilidades; é incapaz de as cumprir.	0		<input type="checkbox"/>
Item 66	Responsabilidade Pessoal (Assinale todas as respostas)		
		Sim	Não
De uma forma geral mantém o seu auto-controlo.	1	0	
Compreende o conceito da pontualidade.	1	0	
Procura e aceita ajuda nas instruções.	1	0	
Participa (professor, supervisor, etc.) a existência de um problema.	1	0	<input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Responsabilidade	
(Soma dos itens 64 - 66)	

DOMÍNIO X

SOCIALIZAÇÃO

Item 67	Cooperação		
	(Assinale o nível mais elevado)		
	Oferece ajuda aos outros.	2	
	Está disposto a ajudar, se solicitado.	1	
	Nunca ajuda os outros.	0	
Item 68	Consideração pelos outros		
	(Assinale todas as respostas)		
		Sim	Não
	Demonstra interesse nos assuntos dos outros.	1	0
	Toma conta dos objectos dos outros.	1	0
Dirige ou gere os assuntos dos outros, quando necessário.	1	0	
	Demonstra consideração pelos sentimentos dos outros.	1	0
Item 69	Consciência da existência dos outros		
	(Assinale todas as respostas)		
		Sim	Não
	Reconhece a sua própria família.	1	0
	Reconhece outras pessoas para além da família.	1	0
	Tem informações sobre outros (ex: empregos, moradas, etc.).	1	0
Sabe os nomes das pessoas próximas (ex: vizinhos, colegas, etc.).	1	0	
	Sabe o nome das pessoas com as quais não está com regularidade.	1	0
Item 70	Interacção com os outros		
	(Assinale o nível mais elevado)		
	Interage com os outros em jogos/actividades de grupo.	3	
	Interage com os outros pelo menos num curto período de tempo (ex: mostrando ou oferecendo brinquedos, roupas ou objectos).	2	
	Interage com os outros imitando-os, com pouca interacção.	1	
	Não responde aos outros de uma forma socialmente adequada.	0	

Item 71**Participação em actividades de grupo**

(Assinale o nível mais elevado)

- Inicia actividades de grupo (líder e organizador). 3
- Participa nas actividades de grupo de uma forma espontânea e entusiástica (participação activa) 2
- Participa nas actividades de grupo quando encorajado (participação passiva). 1
- Não participa ou afasta-se de actividades de grupo. 0

Item 72**Egoísmo**

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque não têm vida social ou estão isolados, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| Recusa fazer turnos. | 0 | 1 |
| Não partilha com os outros. | 0 | 1 |
| Fica danado se as coisas não acontecerem como ele/a quer. | 0 | 1 |
| Interrompe a ajuda ou o professor que está a ajudar outro. | 0 | 1 |

Item 73**Maturidade social**

(Assinale todas as respostas)

Se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque não têm vida social ou estão isolados, coloque um visto no espaço em branco e assinale o "Sim" para todas as afirmações.

- | | Sim | Não |
|--|-----|-----|
| É demasiado familiar com estranhos. | 0 | 1 |
| Tem medo dos estranhos. | 0 | 1 |
| Faz qualquer coisa para fazer amigos. | 0 | 1 |
| Gosta muito de agarrar as mãos a todas as pessoas. | 0 | 1 |
| Está sempre agarrado a alguém. | 0 | 1 |

Total do Domínio da Socialização

(Soma dos itens 67 - 73)

Item suplementar para raparigas	Menstruação (Assinale o nível mais elevado)	
Cuida-se sozinha durante a menstruação sem a lembrar ou a ajudar	5	
Cuida-se razoavelmente bem durante a menstruação	4	
Ajuda a mudar os pensos durante a menstruação	3	
Indica a necessidade de mudar de penso durante a menstruação	2	
Indica o início da menstruação	1	
Não realiza nada relacionado com as afirmações anteriores	0	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO - RESIDENCIAL E COMUNITÁRIA

Instruções para a Segunda Parte

Esta parte contém apenas um tipo de item, ilustrado pelo seguinte exemplo:

Item 19	Danificar as propriedades dos outros	N	O	F	
	Rasga, estraga ou roi a roupa dos outros.	0	1	2	
	Suja as propriedades dos outros.	0	1	2	
	Rasga as revistas, livros ou haveres pessoais dos outros.	0	1	2	
	Outro (especifica _____).	0	1	2	5

Assinale o "0" se comportamento nunca ocorrer (simbolizado pelo N), o "1" se comportamento ocorrer ocasionalmente (simbolizado pelo O) ou o "2" se o comportamento ocorrer frequentemente (simbolizado pelo F). No exemplo, a primeira afirmação é verdadeira "ocasionalmente", a segunda e a terceira são verdadeiras "frequentemente", não ocorrendo nenhum outro comportamento relativo à danificação das propriedades dos outros. Deste modo 5 pontos foram atribuídos no respectivo quadrado.

"Nunca" significa que o comportamento nunca foi observado; "Ocasionalmente" significa que o comportamento ocorre de vez em quando; e "Frequentemente" traduz que o comportamento ocorre várias vezes ou de uma forma habitual. Utilize o espaço para "Outro" quando:

1. O indivíduo apresenta outros problemas de comportamento associados aos já assinalados no item.
2. O indivíduo apresenta problemas de comportamento que não se encontram abrangidos por qualquer uma das afirmações do item.

O comportamento "Outro" pode ser um exemplo específico do problema de comportamento afirmado pelo item. Para cotar é permitido apenas um "Outro" por item.

DOMÍNIO XI**COMPORTAMENTO SOCIAL**

Item 1	Ameaças ou violência física	N	O	F	
	Utiliza gestos ameaçadores.	0	1	2	
	Indirectamente magoa os outros.	0	1	2	
	Cospe nos outros.	0	1	2	
	Empurra, arranha ou belisca os outros.	0	1	2	
	Puxa o cabelo, as orelhas, etc., dos outros.	0	1	2	
	Morde os outros.	0	1	2	
	Pontapeia, bate ou esbofeteia os outros.	0	1	2	
	Atira objectos aos outros.	0	1	2	
	Asfixia os outros.	0	1	2	
	Utiliza objectos como armas contra os outros.	0	1	2	
	Maltrata os animais.	0	1	2	<input type="checkbox"/>
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 2	Tem comportamentos violentos ou birras temperamentais	N	O	F	
	Chora e grita.	0	1	2	
	Bate o pé batendo com objectos ou com as portas, etc..	0	1	2	
	Bate o pé, gritando e berrando.	0	1	2	
	Atira-se para o chão, gritando e berrando.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 3	Arrelia ou diz mal dos outros	N	O	F	
	Diz mal dos outros.	0	1	2	
	Conta histórias exageradas ou falsas sobre os outros.	0	1	2	
	Arrelia os outros.	0	1	2	
	Implica/provoça os outros.	0	1	2	
	Goza dos outros.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

Item 4	Manda e manipula os outros	N	O	F
	Tenta dizer aos outros o que fazer.	0	1	2
	Exige serviços dos outros.	0	1	2
	Empurra as pessoas de um lado para o outro.	0	1	2
	É o causador de lutas entre os outros.	0	1	2
	Manipula os outros de forma a colocá-los em sarilhos.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 5	Utiliza uma linguagem agressiva	N	O	F
	Utiliza uma linguagem hostil (ex: "estúpido idiota", "porco sujo").	0	1	2
	Pragueja, amaldiçoa ou utiliza linguagem obscena.	0	1	2
	Grita ou berra ameaças de violência.	0	1	2
	Ameaça outros verbalmente, sugerindo violência física.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 6	Fraca tolerância à frustração	N	O	F
	Culpa os outros pelos seus próprios erros.	0	1	2
	Afasta-se ou amua quando contrariado.	0	1	2
	Aborrece-se quando contrariado.	0	1	2
	Atira-se em birras temperamentais quando não consegue o que quer.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 7	Perturba as actividades dos outros	N	O	F
	Está sempre no caminho (intrometido).	0	1	2
	Interfere com as actividades dos outros (ex: bloqueando a passagem, etc.).	0	1	2
	Atrapalha o trabalho dos outros.	0	1	2
	Bate à volta dos objectos com os quais os outros estão a trabalhar (ex: puzzles, jogos de cartas, etc.).	0	1	2
	Retira os objectos das mãos dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio do Comportamento Social

(Soma dos itens 1 - 7)

DOMÍNIO XII**CONFORMIDADE**

Item 8	Ignora Regulamentos ou Rotinas	N	O	F	
	Apesar de ter uma atitude negativa à cerca das regras usualmente conforma-se.	0	1	2	
	Tem de ser forçado a dirigir-se a filas de espera (ex: para o almoço).	0	1	2	
	Viola regras e regulamentos (ex: come em áreas restritas a, não respeita os sinais de trânsito, etc.).	0	1	2	
	Recusa participar em actividades obrigatórias (ex: escola, trabalho).	0	1	2	<input type="checkbox"/>
	Outro (especificar) _____				
Item 9	Resiste a cumprir instruções, pedidos ou ordens	N	O	F	
	Fica aborrecido se lhe for dada uma ordem directa.	0	1	2	
	Finge não ouvir e não segue instruções dadas.	0	1	2	
	Não presta atenção às instruções.	0	1	2	
	Recusa-se trabalhar em actividades atribuídas.	0	1	2	
	Hesita muito tempo antes de fazer tarefas atribuídas.	0	1	2	
	Faz o oposto do que lhe foi solicitado.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 10	Tem uma atitude imprudente ou rebelde face a autoridade	N	O	F	
	Ressente-se contra pessoas com autoridade (ex. professores, líderes)	0	1	2	
	É hostil face às pessoas com autoridade.	0	1	2	
	Ridiculariza as pessoas com autoridade.	0	1	2	
	Afirma que pode atingir pessoas com autoridade.	0	1	2	
	Afirma que familiares virão matar ou magoar pessoas com autoridade.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

Item 11	Falta, atrasa-se para tarefas ou locais	N	O	F
	Chega atrasado para actividades ou locais solicitados.	0	1	2
	Não regressa ao local desejado depois de ir a um determinado lugar (ex: regressar da casa de banho, ir fazer um recado, etc.).	0	1	2
	Deixa o local de uma actividade solicitada sem pedir permissão (ex: escola, trabalho, sala, etc.).	0	1	2
	Falta a actividades quotidianas (ex: trabalho, aulas, etc.).	0	1	2
	À noite chega tarde a casa, ao dormitório, etc..	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>
Item 12	Foge ou tenta fugir	N	O	F
	Tenta fugir de casa, escola, trabalho, etc..	0	1	2
	Foge de actividades de grupo (ex: piqueniques, viagens de estudo).	0	1	2
	Foge de casa, escola, trabalho, etc..	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>
Item 13	Porta-se mal em situações de grupo	N	O	F
	Interrompe discussões de grupo abordando temas não relacionados.	0	1	2
	Perturba jogos recusando-se cumprir as regras.	0	1	2
	Perturba actividades de grupo produzindo barulho ou "armando-se".	0	1	2
	Não se mantém no lugar durante o período da aula, do almoço ou em outras situações de grupo.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>

Total do Domínio da Conformidade

(Soma dos itens 8 - 13)

DOMÍNIO XIII**MERECEDOR DE CONFIANÇA**

Item 14	Demonstra desrespeito pelas propriedades dos outros	N	O	F	
	Não devolve itens emprestados.	0	1	2	
	Usa propriedades dos outros sem pedir permissão.	0	1	2	
	Perde os pertences dos outros	0	1	2	
	Danifica propriedades dos outros.	0	1	2	
	Não reconhece a diferença entre as suas propriedades e a dos outros	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 15	Apodera-se da propriedade alheia	N	O	F	
	Já foi suspeito de ter roubado.	0	1	2	
	Tira objectos dos outros se estes não estiverem guardados.	0	1	2	
	Apodera-se de objectos, de bolsos, carteiras, gavetas, etc, de outros.	0	1	2	
	Apodera-se de objectos abrindo ou arrombando fechaduras.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 16	Mente e engana	N	O	F	
	Distorce a verdade em seu proveito.	0	1	2	
	Faz batota em jogos, testes, tarefas, etc..	0	1	2	
	Mente àcerca de situações.	0	1	2	
	Mente àcerca de si próprio.	0	1	2	
	Mente àcerca dos outros.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

Item 17	Danificar propriedades pessoais	N	O	F
	Rasga, estraga ou rói a sua roupa.	0	1	2
	Suja as suas propriedades.	0	1	2
	Rasga as revistas, livros ou os seus haveres pessoais.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>
Item 18	Danifica propriedades públicas	N	O	F
	Rasga revistas, livros ou outras propriedades públicas.	0	1	2
	É demasiado rude com a mobília (ex: pontapeia, parte, derruba-a).	0	1	2
	Parte janelas.	0	1	2
	Enche sanitas de papel higiénico ou outros objectos sólidos para provocar o seu entupimento.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>
Item 19	Danificar as propriedades dos outros	N	O	F
	Rasga, estraga ou rói a roupa dos outros.	0	1	2
	Suja as propriedades dos outros.	0	1	2
	Rasga as revistas, livros ou haveres pessoais dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Merecedor de Confiança

(Soma dos itens 14 - 19)

DOMÍNIO XIV**COMPORTAMENTO ESTEREOTIPADO E HIPERACTIVO**

Item 20	Tem comportamentos estereotipados	N	O	F	
	Tamborila com os dedos continuamente.	0	1	2	
	Bate com o pé continuamente.	0	1	2	
	As mãos apresentam movimentos constantes.	0	1	2	
	Bate-se, coça-se ou esfrega-se continuamente.	0	1	2	
	Mexe ou abana partes do corpo repetidamente.	0	1	2	
	Move-se ou embala-se para trás e para a frente.	0	1	2	
	Abana-se para trás e para a frente.	0	1	2	
	Anda de um lado para o outro, sem um objectivo específico.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 21	Exibe comportamentos interpessoais inapropriados	N	O	F	
	Fala demasiado próximo da cara dos outros.	0	1	2	
	Sopra na cara dos outros.	0	1	2	
	Arrota para os outros.	0	1	2	
	Beija ou lambe os outros.	0	1	2	
	Abraça ou aperta os outros.	0	1	2	
	Toca os outros de modo inapropriado.	0	1	2	
	Agarra-se aos outros e não os deixa ir embora.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 22	Tem hábitos vocais ou de discurso perturbadores	N	O	F	
	Dá gargalhadas histéricas.	0	1	2	
	Fala alto ou grita aos outros.	0	1	2	
	Fala em voz alta consigo próprio.	0	1	2	
	Ri de forma inapropriada.	0	1	2	
	Faz grunhidos, roncões ou outros barulhos desagradáveis.	0	1	2	
	Repete continuamente uma palavra ou uma frase.	0	1	2	
	Mima o discurso dos outros.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

Item 23	Tem hábitos orais inaceitáveis	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>
	Baba-se.	0	1	2
	Range os dentes de forma audível.	0	1	2
	Cospe no chão.	0	1	2
	Rói as unhas.	0	1	2
	Rói ou chucha dedos ou outras partes do corpo.	0	1	2
	Rói ou chucha roupa ou outros objectos não comestíveis.	0	1	2
	Come objectos não comestíveis.	0	1	2
	Bebe a água da sanita.	0	1	2
	Põe tudo na boca.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>
Item 24	Tem tendências de hiperactividade	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>
	Fala excessivamente.	0	1	2
	Não fica sentado num lugar muito tempo.	0	1	2
	Corre ou salta constantemente à volta da sala.	0	1	2
	É irrequieto e move-se constantemente.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Comportamento Estereotipado e Hiperactivo

(Soma dos itens 20 - 24)

DOMÍNIO XV**COMPORTAMENTO SEXUAL**

Item 25	Despe ou arranca a sua própria roupa	N	O	F	
	Arranca botões ou fechos.	0	1	2	
	Tira inapropriadamente os sapatos ou as meias.	0	1	2	
	Despe-se em momentos desadequados.	0	1	2	
	Tira toda a roupa enquanto está na casa-de-banho.	0	1	2	
	Arranca a sua própria roupa.	0	1	2	
	Recusa-se a usar sua roupa quando lhe é pedido.	0	1	2	<input type="checkbox"/>
	Outro (especificar) _____				
Item 26	Masturba-se inapropriadamente	N	O	F	
	Tenta masturbar-se manifestamente.	0	1	2	
	Masturba-se em frente dos outros	0	1	2	
	Masturba-se em grupo.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 27	Expõe o corpo inapropriadamente	N	O	F	
	Expõe o corpo desnecessariamente depois de usar a casa-de-banho.	0	1	2	
	Permanece com as calças para baixo ou veste-as em público.	0	1	2	
	Expõe o corpo excessivamente durante actividades (por exemplo, quando joga, dança, está sentado, etc.).	0	1	2	
	Despe-se em locais públicos ou em frente a janelas iluminadas.	0	1	2	<input type="checkbox"/>
	Outro (especificar) _____				

Item 28	Tem comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis	N	O	F
	É demasiadamente sedutor, quer através da aparência quer através de acções.	0	1	2
	Abraça ou acaricia intensamente em público.	0	1	2
	Necessita de observação no que respeita ao comportamento sexual.	0	1	2
	Levanta ou desabotoa a roupa de outros para tocar intimamente.	0	1	2
	Tem relações sexuais em locais públicos.	0	1	2
	É demasiado agressivo sexualmente.	0	1	2
	Permite que tirem vantagens sexuais facilmente	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2 <input type="checkbox"/>

Total do Domínio do Comportamento Sexual	
(Soma dos itens 25 - 28)	

DOMÍNIO XVI

COMPORTAMENTO AUTO-ABUSIVO

Item 29	Tem outros hábitos e tendências excêntricas	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>
	Preocupa-se demais com o local onde se senta ou dorme.	0	1	2
	Mantém-se num local favorito (ex. à janela, porta, etc.).	0	1	2
	Senta-se sobre tudo o que vibre.	0	1	2
	Tem medo de subir ou descer escadas.	0	1	2
	Não quer ser tocado.	0	1	2
	Grita se for tocado.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>
Item 30	Inflige violência física a si próprio	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>
	Morde-se ou corta-se.	0	1	2
	Bate-se ou agride-se.	0	1	2
	Bate com a cabeça ou outras partes do corpo contra objectos.	0	1	2
	Puxa o seu cabelo, orelhas, etc..	0	1	2
	Arranha-se ou belisca-se causando ferimentos.	0	1	2
	Suja-se e besunta-se de lama, óleo, etc..	0	1	2
	Provoca propositadamente abuso por parte dos outros.	0	1	2
	Mexe em qualquer ferida que tenha.	0	1	2
	Coloca objectos nas suas orelhas, olhos, nariz ou boca.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>

Item 31	Tem hábitos estranhos ou inaceitáveis	N	O	F
	Cheira tudo.	0	1	2
	Guarda inapropriadamente tudo nos seus bolsos, roupa ou sapatos.	0	1	2
	Puxa fios das suas roupas.	0	1	2
	Brinca com a roupa que trás vestida (ex: atacadores, botões, etc.).	0	1	2
	Guarda e usa objectos não usuais (ex: alfinetes d'ama, tampas, etc.).	0	1	2
	Guarda/esconde tudo incluindo comida.	0	1	2
	Brinca com a saliva.	0	1	2
	Brinca com as fezes e com a urina.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio: Comportamento Auto - Abusivo

(Soma dos itens 29 - 31)

DOMÍNIO XVII**AJUSTAMENTO SOCIAL**

Item 32	É inactivo	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
Mantém-se na mesma posição por um longo período de tempo.		0	1	2	
Não faz mais nada do que sentar-se e observar os outros.		0	1	2	
Deixa-se dormir sentado numa cadeira.		0	1	2	
Fica deitado no chão o dia inteiro.		0	1	2	
Parece não reagir a nada.		0	1	2	
Outro (especificar) _____		0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 33	É ausente	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
Parece que não tem consciência do envolvimento.		0	1	2	
É difícil de entrar em contacto ou de o alcançar.		0	1	2	
É apático e não corresponde a sentimentos.		0	1	2	
Tem um olhar inexpressivo.		0	1	2	
Tem um expressão fixa.		0	1	2	
Outro (especificar) _____		0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 34	É envergonhado	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
É tímido e envergonhado em situações sociais.		0	1	2	
Esconde a cara em situações de grupo (ex: festas, convívios, etc.).		0	1	2	
Não se "mistura" com os outros.		0	1	2	
Prefere estar sozinho.		0	1	2	
Outro (especificar) _____		0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 35	Tem uma postura particular ou outros maneirismos	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
Coloca a cabeça pendida.		0	1	2	
Senta-se com os joelhos debaixo do queixo.		0	1	2	
Anda em bicos dos pés.		0	1	2	
Deita-se no chão com os pé nos ar.		0	1	2	
Anda com os dedos nas orelhas ou com as mãos na cabeça.		0	1	2	
Outro (especificar) _____		0	1	2	<input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Ajustamento Social

(Soma dos itens 32 - 35)

DOMÍNIO XVIII

COMPORTAMENTO INTERPESSOAL COM PERTURBAÇÕES

Item 36	Tende a sobrestimar as suas capacidades	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
	Não reconhece as suas limitações.	0	1	2	
	Tem uma opinião demasiado elevada de si próprio.	0	1	2	
	Fala acerca de planos futuros não realísticos.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 37	Reage mal às críticas	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
	Não fala quando corrigido.	0	1	2	
	Retira-se ou amua quando criticado.	0	1	2	
	Fica aborrecido quando criticado.	0	1	2	
	Grita e chora quando corrigido.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 38	Solicita demasiada atenção ou elogios	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
	Exige elogios excessivos.	0	1	2	
	É ciumento da atenção dada aos outros.	0	1	2	
	Solicita demasiados encorajamentos.	0	1	2	
	Age de modo incorrecto para ganhar a atenção dos outros.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>
Item 39	Parece sentir-se perseguido	<i>N</i>	<i>O</i>	<i>F</i>	
	Queixa-se de injustiça, mesmo quando privilégios ou partilhas iguais tenham sido atribuídos.	0	1	2	
	Queixa-se que "Ninguém gosta de mim".	0	1	2	
	Afirma: "Toda as pessoas implicam comigo".	0	1	2	
	Afirma: "As pessoas falam sobre mim".	0	1	2	
	Afirma: "As pessoas estão contra mim".	0	1	2	
	É desconfiado dos outros.	0	1	2	
	Outro (especificar) _____	0	1	2	<input type="checkbox"/>

Escala de Comportamento Adaptativo - Residencial e Comunitária

Item 40	Tem tendências hipocondríacas	N	O	F
	Queixa-se acerca de indisposições físicas imaginárias.	0	1	2
	Finge estar doente.	0	1	2
	Age como doente depois da doença ter sido debelada.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>
Item 41	Apresenta outros sinais de instabilidades emocionais	N	O	F
	Tem alterações de humor sem razões aparentes.	0	1	2
	Queixa-se de pesadelos.	0	1	2
	Chora quando está a dormir.	0	1	2
	Chora sem razão aparente.	0	1	2
	Parece não ter qualquer controlo emocional.	0	1	2
	Vomita quando perturbado.	0	1	2
	Parece inseguro ou com medo nas actividades diárias.	0	1	2
	Fala acerca de pessoas ou objectos que causam medos não reais.	0	1	2
	Fala acerca do suicídio.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>

Total do Domínio: Comportamento Interpessoal com perturbações
 (Soma dos itens 35 - 41)

Item suplementar	Uso de medicamentos prescritos (psicoactivos)	N	O	F
	Usa tranquilizantes.	0	1	2
	Usa sedativos.	0	1	2
	Usa medicamentos anti-convulsivos.	0	1	2
	Usa estimulantes.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
				<input type="checkbox"/>

Anexo B

PERFIL

