



SALA DE RECURSOS

REVISTA

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1,
janeiro - junho, 2023. Disponível em: <www.saladerecursos.com.br>

*Não é uma questão
de cromossomos,
é sobre amor,
compreensão
e respeito.*





PARCEIROS



Aqui cabemos todos



CEF Queima Lençol - DF



ead.cafubiraliteraria.com.br



www.tudaq.com



SuperGreen

Gerenciador de
Atividades
Pedagógicas



Ecosistema Inclusão

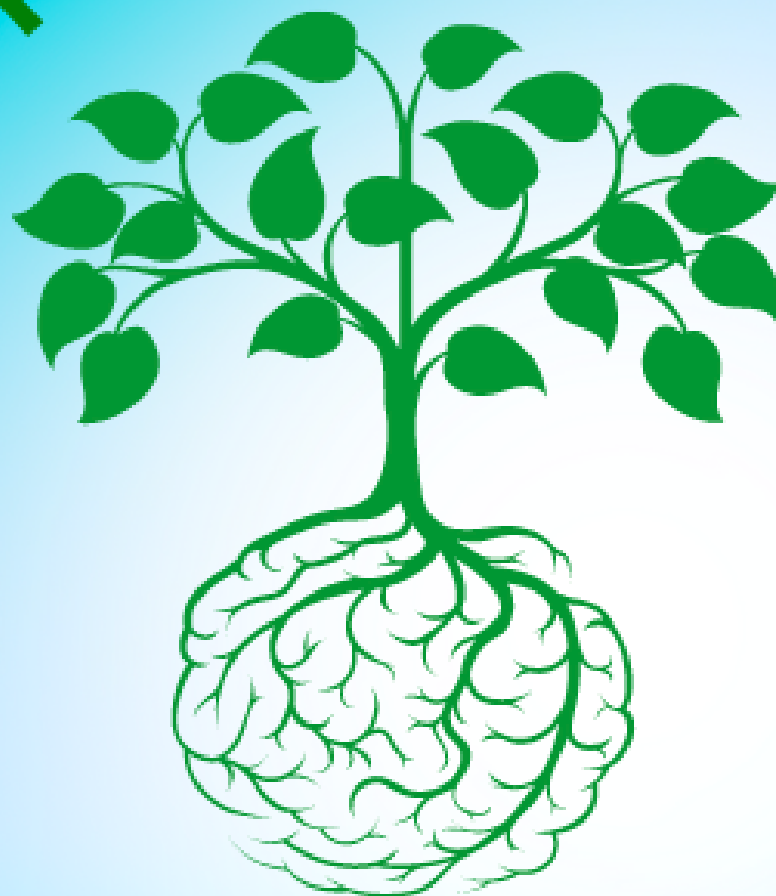
APLICATIVOS
green



Equipe Althas

Altas Habilidades ou Superdotação,
TEA, Transtornos, Deficiências,
Dificuldades de Aprendizagem

INCLUSÃO



Ecossistema Inclusão



O Ecossistema Inclusão tem como compromisso desenvolver pessoas, especialmente aquelas que apresentam dificuldades de aprendizagem ou que possuem altas habilidades ou superdotação. Além disso, busca promover ações afirmativas progressivas em direitos humanos, sobretudo os postulados pela CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E PROTOCOLO FACULTATIVO À CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA – conhecida como Convenção de Nova York sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Em nosso portal de serviços, <https://saladerecursos.com.br/>, oferecemos ao público interessado no assunto publicações sólidas, aplicativos e recursos pedagógicos destinados a superar obstáculos, remover barreiras e mitigar dificuldades. Além disso, para pessoas com altas habilidades ou superdotação, disponibilizamos atividades e materiais suplementares.

A gestão estratégica do Ecossistema Inclusão envolve a análise do ambiente externo e das políticas governamentais, a fim de identificar oportunidades e ameaças ao processo de inclusão, bem como o manejo dos recursos internos para implementação e distribuição dos produtos e serviços produzidos pela nossa equipe. Contamos com um time de especialistas em áreas estratégicas, como surdocegueira, altas habilidades e superdotação, transtornos da aprendizagem, deficiência intelectual, espectro autista, orientação educacional, design, publicidade, entre outros.

A curto prazo, temos o propósito de ampliar nosso portfólio de serviços, produtos e aplicativos, além de implementar ações para alcançar nossas metas. Isso depende da capacidade de gerenciar nossos recursos humanos, que contam com doutores, mestres e especialistas em educação especial. Ajude-nos a manter o Ecossistema Inclusão! Participe! Seja um voluntário em nossa equipe! Apoie o projeto nas redes sociais e envie suas dúvidas e sugestões!"





IBGE: Brasil tem 17.2 milhões de pessoas com alguma deficiência.

Missão

Dar visibilidade aos estudos e às pesquisas desenvolvidas nas salas de recursos do Distrito Federal e demais unidades da federação.

Princípios

Equidade, Igualdade, Respeito e Compromisso Ético.

Objetivo

Nosso objetivo é contribuir com a publicação de artigos, entrevistas e relatos de experiências vinculadas ao processo de inclusão escolar, bem como produzir recursos pedagógicos adaptados, seja na modalidade complementar, seja na modalidade suplementar.

Público Alvo

Professores, gestores escolares, coordenadores escolares, pesquisadores, famílias, entusiastas do tema inclusão.

Nosso Alcance

Google Analytics: 22/06/2023



NOSSOS NÚMEROS



200
mil acessos

Google Analytics



885
seguidores

Meta: Icançar 1200 seguidores em 2023
Caminho: ampliar a divulgação, lives formativas, compartilhar em grupos de mídia social nosso trabalho



5100
downloads

Google Analytics

10 Aplicativos em fase de distribuição

- Português
- Matemática
- Inglês



centopeia

Em fase de distribuição: atividades adaptadas

- Português
- Matemática
- Ciências



Recursos

E-Books : Teoria e Prática
em fase de distribuição

- Deficiência Intelectual.
- Altas Habilidades e Superdotação
- Síndrome de Down

4
cadernos

3
ebooks

“ FAÇA O BEM!

PENSE

e faça

coisas boas!”

www.saladerecursos.com.br

MÔNICA C. COELHOOrtodontia e Ortopedia Facial:
atendimento às crianças e aos bebês
com T-21.

13

WELLINGTON DE OLIVEIRAArte: Altas Habilidades e
Superdotação

21

JENIFFER WENDY FERREIRA ROSAA Artrogrípse Múltipla Congênita
Inclusão: a melhor alternativa social

32

LÚCIA REGINA OLIVEIRA E PINHODa Lógica Manicomia à Reforma
Psiquiátrica: Uma História em Movimento

41

**FATIMA ALI ABDALAH ABDEL
CADER-NASCIMENTO**Potência Cultural Linguística e os Efeitos na
Surdez e na Surdocegueira

68

**BÁRBARA PEREIRA DE ALENCAR
DA ROCHA**Momento de Visibilidade e De
Experimentação na Orientação e
Mobilidade na Surdocergueira

77

ISIS GONÇALVESMinha Trajetória de Vida: Foco, Força e
Vontade

93

**ELIZABETH CRISTINA REIS DE
OLIVEIRA**

Dez dicas sobre dislexia



97

RACHEL RABELODEZ consequências de não realizar
atendimento adequado aos estudantes
com altas habilidades ou superdotação

100



Editores Científicos:

Fatima Ali Abdalah Abdel Cader-Nascimento, SEEDF.
Doutora em Educação Especial pela UFSCar, São Paulo, 2004.
<http://lattes.cnpq.br/9235531902125074>

Bárbara Pereira Alencar da Rocha, SEEDF.
Doutoranda no Departamento de Literatura/PósLit - Instituto de Letras da UnB.
<http://lattes.cnpq.br/1593472119491222>

Eurípedes Rodrigues da Neves, SEEDF.
Mestre em Educação pela Universidade de Brasília, UnB, Brasília, 2017.
http://lattes.cnpq.br/2341940544410287_

Sebastiana Geny dos Santos Amorim, SEEDF. (in memoriam)
Mestre em Ciências da Linguagem pela Universidade Sul de Santa Catarina – UNISUL - Tubarão/SC, 2010
<http://lattes.cnpq.br/4585797897744073>

Editor de Normalização:

Eurípedes Rodrigues da Neves, SEEDF.
Mestre em Educação pela Universidade de Brasília, UnB, Brasília, 2017.
<http://lattes.cnpq.br/2341940544410287>

Editores Executivos:

Luciana Reis Pereira, SEEDF.
Especialista em Educação inclusiva pela Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2009.
<http://lattes.cnpq.br/0237993615916519>

Rachel Rabelo, SEEDF.
Especialista em Informática na Educação pela Universidade de Brasília, Brasília, 1999.
<http://lattes.cnpq.br/4085446577208699>



Comitê Editorial:

Edilene Francisco de Carvalho, SEEDF.

Mestranda em Educação pela Universidade de Brasília, UnB, 2021.

<http://lattes.cnpq.br/9550173440850528>

Eliane Maria dos Santos Lima, S.E. Pombos - PE.

Mestranda em Ciências da Educação/Universidade Grendal, Estados Unidos da América, Flórida, 2021.

<http://lattes.cnpq.br/4203912721231225>

Socorro Santos, SEEDF.

Especialização em Desenvolvimento Humano: coach Febracis, 2022.

Especialização em Neuropsicopedagogia, Faculdade Metropolitana - 2021-2022

Especialização em Desenvolvimento Humano e Analista Comportamental, Faculdade Metropolitana 2022

Editores Assistentes:

Ray Oliveira, SEEDF.

Especialista em Educação Inclusiva e Desenvolvimento Humano pela Universidade de Brasília, Brasília, 2008

<http://lattes.cnpq.br/9522638162652715>

Maria Paula da Silva, S.E. Pernambuco.

Pedagogia pela UFRPE e Especialista em Práticas de Educação Inclusiva.

Equipe de Apoio:

Revisão Gramatical: Márcia Andelo

Jornalista e Consultor: William Weber MTB – RJ 12.674 (in memoriam)

Audiovisual : Lunna Mara.

Design e Marketing: Aline Cardoso Weber

Relações Institucionais: Ray Oliveira

Libras: Alyne Oliveira e Cristiane de Araújo Martins Vieira.

Diagramação: Willians Celestino e Thomás de Aquino



Dia Mundial da Síndrome de Down Sala de Recursos Revista

Caros leitores,

Neste mês, celebramos o Dia Mundial da Síndrome de Down, uma data que representa um chamado à conscientização global e à reflexão sobre a inclusão das pessoas com Trissomia 21 em nossa sociedade. Desde que a data foi oficialmente reconhecida pelas Nações Unidas em 2012, temos testemunhado avanços significativos no tratamento e no entendimento da Trissomia 21. No entanto, também somos lembrados dos desafios persistentes que a comunidade de indivíduos com síndrome de Down enfrenta diariamente.



A Trissomia 21 é caracterizada pela presença de um cromossomo adicional no par 21, resultando em uma diferença genética única. Essa diferença genética não deve ser vista como uma limitação, mas sim como um aspecto que enriquece a diversidade humana. Nossos esforços devem se concentrar em promover a inclusão e na remoção de barreiras para que essas pessoas possam alcançar seu pleno potencial.

Na área da educação, é fundamental garantir um ambiente inclusivo e acessível para todos os estudantes. É preciso oferecer recursos e apoio adequados, bem como capacitar os professores para atender às necessidades individuais de cada aluno com Trissomia 21. A inclusão escolar não apenas beneficia os estudantes com síndrome de Down, mas também enriquece a experiência educacional de toda a comunidade escolar.

Além disso, é imprescindível que o setor público e o privado fomentem oportunidades de emprego para pessoas com Trissomia 21. Iniciativas como programas de estágio, treinamentos adaptados e incentivos às empresas que promovem a diversidade são essenciais para criar uma sociedade mais inclusiva e justa. Devemos desafiar os estereótipos e reconhecer o potencial de contribuição desses indivíduos para o mundo profissional.

No entanto, nosso compromisso com a inclusão não pode se limitar a essas esferas. É necessário que a sociedade como um todo abraça e acolha as pessoas com Trissomia 21, garantindo-lhes acesso pleno aos espaços públicos, à cultura e ao lazer. Isso requer a promoção de uma mentalidade inclusiva e a conscientização sobre os direitos e as necessidades específicas dessa comunidade.

A Revista Sala de Recursos está comprometida em ser uma voz ativa na defesa da inclusão das pessoas com Trissomia 21. Queremos destacar histórias inspiradoras, compartilhar informações relevantes e apoiar todas as iniciativas que promovam a igualdade de oportunidades. Convidamos você, leitor, a se juntar a nós nesse movimento e ser um agente de mudança.



Enquanto celebramos o Dia Mundial da Síndrome de Down, lembremo-nos de que a inclusão não é apenas uma questão de direitos humanos, mas também de enriquecimento de nossa sociedade. Quando abraçamos a diversidade e oferecemos oportunidades iguais a todos, damos um grande passo em direção a um futuro mais justo e empático. Juntos, podemos construir um mundo onde todos tenham seu valor reconhecido, independentemente de sua condição genética. A luta pela inclusão é uma jornada coletiva que exige esforços contínuos. Vamos unir nossas vozes e esforços para que cada vez mais pessoas com Trissomia 21 possam desfrutar de uma vida plena e significativa. Celebremos a inclusão!



SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V4 n.1 janeiro - junho, 2023
Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>



ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL: ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E AOS BEBÊS COM T-21. Mônica C. Coêlho

A Dra. Mônica Coelho é uma profissional altamente qualificada e dedicada. Graduada em Odontologia, ela possui uma especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial, o que a torna uma especialista nessa área. Além disso, a Dra. Mônica também é mestre em Ciências da Saúde, demonstrando seu comprometimento em aprimorar seus conhecimentos e contribuir para o avanço da área.

No entanto, seu envolvimento vai além da esfera profissional. A Dra. Mônica é mãe de Melina, uma menina encantadora e animada que tem T-21, também conhecida como Síndrome de Down. Essa experiência pessoal e única permite que a Dra. Mônica tenha uma compreensão profunda das necessidades e desafios enfrentados por crianças e bebês com T-21, bem como suas famílias.

Ao longo de sua jornada como mãe e profissional, a Dra. Mônica adquiriu valiosas informações e conhecimentos sobre o cuidado e o suporte necessários para crianças com T-21. Sua experiência se reflete não apenas em sua prática clínica, mas também em sua capacidade de compartilhar informações preciosas com outros pais e profissionais de saúde.

A Dra. Mônica Coelho é, portanto, uma profissional e mãe excepcionalmente capacitada, que une sua expertise em odontologia e ortodontia com sua vivência pessoal para oferecer cuidados de qualidade e suporte integral às crianças e bebês com T-21. Sua entrevista é um presente valioso para todos aqueles que buscam conhecimento e orientação nesse caminho.

figura 1



Entrevistada

Mônica Coêlho: Graduação em Odontologia - UFG. Especialização em Ortodontia e Ortopedia Facial - ABO GO. Mestrado em Ciências da Saúde - UnB. Aperfeiçoamento em OPNE - ABO GO. Imersão em Placa Palatina de Memória - IMEP SP. Capacitação em T-21 - CEPEC SP.

<http://lattes.cnpq.br/1331687404980196>



SR: Sala de Recursos Revista:

Nos conte um pouco mais sobre a Mônica profissional de Odontologia e a Mônica, mãe de Melina.

Dra. Mônica:

Eu sempre fui dedicada aos estudos e, como profissional, busquei várias formações, ministrei conferências em congressos e até participei como professora em cursos de especialização em Ortodontia. No entanto, nunca tive a oportunidade de prestar atendimento a crianças com T-21, nem em cursos nem no meu consultório particular. Portanto, não tinha experiência alguma ou formação específica para essa área, nem mesmo sabia das necessidades buco-faciais da minha própria filha. Durante uma das minhas saídas com ela, encontrei uma amiga Ortopedista Funcional dos Maxilares que comentou sobre um dispositivo que poderia ser usado em bebês com T-21 e auxiliar no desenvolvimento das arcadas dentárias. Assim, iniciei a busca pela Placa Palatina de Memória de Castillo Morales. Passei uma semana acompanhando atendimentos em um consultório de uma Ortodontista ligada a um grande centro de atendimento a pessoas com T-21 em São Paulo sem muito êxito, busquei literatura, ainda bem escassa, e por fim consegui contato com a Dra. Vera Carneiro do Hospital das Clínicas da UFPR que tinha formação específica e que me acolheu com muito amor e profissionalismo.

A partir da Melina e pela Melina eu fui buscando conhecimentos em termos gerais sobre a T-21 na intenção de oferecer a ela tudo o que propicia oportunidades de evolução, mas sempre lembrando das palavras de uma amiga e colega por quem eu tenho grande carinho, que me acolheu no grupo de mães Mais 21, quando sabiamente ressaltou a importância do nosso olhar de mãe e me disse para quando olhasse para Melina que eu visse a minha filha, a criança, e não os sinais da T-21. E é com este olhar que eu sigo como mãe. Talvez por não ter tido a experiência de outro filho, apesar de ter papariado muito os sobrinhos, não faço comparações. Acredito que cada ser é único e tem a sua personalidade e possibilidades próprias, de maneira individual. Confesso que muitas vezes a Melina me surpreende com palavras e atitudes que eu não sei de onde tira (rsrs)! Eu vejo nela uma criança linda, esperta, inteligente, sorridente, expansiva, brincalhona, divertida, às vezes traquina e que sabe conquistar e cativar pessoas, sendo muitas vezes desafiadora, no sentido de alcançar o que quer à maneira dela.

SR: Sala de Recursos Revista

No seu Instagram - [@euemelina](#), li uma frase impactante, **“Ser especial é fazer a diferença na vida de alguém”**, Como você descobriu que seria mãe de uma criança com T21? Você já havia tido a oportunidade de alguma experiência ou conhecimento sobre a Trissomia 21?



Dra. Mônica:

Eu soube que a Melina tinha Trissomia do Cromossomo 21 após o seu nascimento. No parto, a Obstetra percebeu através das características físicas e, após a finalização de todo o procedimento dos primeiros cuidados com a Melina e eu já ter ido para o quarto, ela chamou meu esposo e minha irmã, que é médica, uma vez que assistiram o parto, e falou da sua suposição e então pensaram no melhor momento e quem seria a melhor pessoa para me revelar. Em um primeiro momento, assim como muitas mães que recebem a informação de que seu filho nasceu com alguma alteração de desenvolvimento, me veio uma grande preocupação: Como será o futuro da minha filha? Quem vai cuidar dela quando eu não estiver mais aqui? Todas estas dúvidas se dão em decorrência da falta de conhecimento.

Felizmente, em nenhum momento eu tive rejeição pela minha filha, ou sentimento de luto, como já ouvi em outros relatos. Ao contrário disso, aumentou meu sentimento de acolhida e de amor por ela, mas não de compaixão.

Assim que recebemos o resultado do cariótipo, exame em que confirma a Trissomia do Cromossomo 21, eu fiz questão de pegar meu celular e enviar uma mensagem para todos os meus contatos contando que tínhamos sido escolhidos para cuidar, educar e amar uma linda bebê com T-21. Isto porque eu não queria que as pessoas ficassem comentando como se algo de ruim tivesse acontecido na minha vida, enquanto eu me sentia agraciada. E a única pergunta que eu fiz para Deus foi se eu era merecedora de ser escolhida por ele para esta missão tão especial. Sou grata, me sinto engrandecida por isto e reafirmo: “Ser especial é fazer a diferença na vida de alguém”. Tudo o que busco é fazer a diferença na vida da Melina, assim como ela faz diariamente na minha.

Eu nunca tinha tido convivência com nenhuma pessoa com T-21. A não ser a lembrança de uma adorável garotinha da minha infância, Geórgia, que era paciente do meu saudoso e amado pai, Odontólogo à época. Assim, quando a Melina nasceu, o meu conhecimento sobre as especificidades dela era puramente teórico, baseado nas aulas de graduação.

E foi através de uma visita ilustre que recebemos quando a Melina já estava com quase 03 meses de idade, o João Paulo, um garoto inteligente com T-21, e sua mãe, que eu fiquei sabendo de que eu precisaria buscar de imediato terapias que ajudariam no desenvolvimento das habilidades dela. A partir daí, comecei a estudar sobre o assunto através da leitura e da participação de cursos e congressos.

“Sou grata, me sinto engrandecida por isto e reafirmo: “Ser especial é fazer a diferença na vida de alguém”. Tudo o que busco é fazer a diferença na vida da Melina, assim como ela faz diariamente na minha.”



Quais os trâmites para se fazer o diagnóstico de um bebê com suspeita de T-21?

Dra. Mônica:

Em primeiro lugar é preciso que haja a suspeita e geralmente ela se dá através do ultrassom morfológico fetal que serve para avaliar a translucência nuchal, com objetivo de medir o comprimento da nuca do bebê. Cabe ressaltar que nem sempre a translucência nuchal indicará a alteração, já que este exame pode ser influenciado por diferentes variáveis. No nosso caso, foi feito o ultrassom morfológico fetal com resultado sem alterações. Sendo assim, só soubemos da Trissomia após o nascimento da Melina.

Um outro dado que pode levantar suspeita de que haja Trissomia do Cromossomo 21 é pela identificação de anormalidades cardíacas, que podem ser verificadas com precisão através de um ecocardiograma fetal bidimensional, já que estas alterações estão presentes em 40 a 50% dos bebês com T-21.

A partir daí, a confirmação pode ser feita pelos exames de amniocentese, por meio de coleta de uma amostra do líquido que fica em volta do bebê, pela amostragem das vilosidades coriônicas, através da coleta de um pequeno pedaço da placenta que possui material genético idêntico ao do bebê, para pesquisar os cromossomos alterados e ainda pela cordocentese que corresponde à retirada de uma amostra de sangue do bebê pelo cordão umbilical.

Esses exames são invasivos, podendo colocar em risco a vida do bebê. No lugar deles podem ser usados testes não invasivos de rastreamento, que medem substâncias (marcadores) no sangue ou na urina da mãe, em que avalia o DNA do feto e faz a classificação do risco para anormalidades como alto ou baixo. Após o nascimento, o diagnóstico clínico de T-21 é comprovado pelo exame do cariótipo, o estudo dos cromossomos, através da coleta de sangue do bebê.

figura 2: Dra. Mônica no consultório



fonte: arquivo pessoal

figura 3: Dra. Mônica e a sua filha Melina



fonte: arquivo pessoal

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V4 n.1 janeiro - junho, 2023

Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>

SR: Sala de Recursos Revista

A criança com T-21 precisa ser estimulada para desenvolver da melhor forma possível as habilidades motoras, sensoriais e cognitivas. Quais terapias e acompanhamentos você considera terem sido fundamentais para o desenvolvimento de Melina?

Dra. Mônica

Todas as terapias aplicadas da maneira correta, na quantidade desejável e no momento adequado são de extrema importância para o desenvolvimento da criança com T-21. Considero fundamental a participação dos cuidadores, sejam pais ou outras pessoas que cuidam do bebê e da criança, no sentido de seguir as orientações dos profissionais, mas sempre lembrando de não transformar a sua casa em um centro de terapias.

Nos primeiros meses de vida, as atividades são chamadas de estimulação precoce e devem começar a partir do nascimento. Infelizmente, muitos pediatras não têm este conhecimento e muitas crianças demoram a iniciar. Um outro fator que interfere no início das terapias é a presença de alguma patologia como as cardiopatias, por exemplo. Nestes casos, é preciso que haja primeiro autorização médica.

Uma característica comum a todas as crianças com T-21 é a hipotonia muscular e a frouxidão dos ligamentos, o que acarreta uma musculatura mais fraca, dificultando o desenvolvimento motor tendo como consequência atraso no andar. A fisioterapia contribui para o fortalecimento da musculatura preparando o bebê para sustentar o pescoço, rolar, sentar, arrastar, engatinhar, ficar em pé e então andar. E é importante lembrar que cada criança terá o seu desenvolvimento próprio e resultados em diferentes idades.

A hipotonia também está presente na musculatura da face, incluindo bochechas, lábios e língua, o que pode prejudicar a amamentação e, conseqüentemente, todo o desenvolvimento das arcadas dentárias, dificultando ainda mais o desenvolvimento da fala. A terapia de fonoaudiologia atua no fortalecimento da musculatura da face e da boca e busca a coordenação entre as funções orais e a respiração com o objetivo inicial de minimizar as dificuldades de alimentação, como sugar, mastigar e engolir, e a seguir para o alcance da articulação dos sons, linguagem oral, leitura e escrita.

A terapia ocupacional trabalha as habilidades cognitivas e motoras e tem como objetivo preparar a pessoa para o desempenho de atividades que realizamos no dia a dia relacionadas ao autocuidado, como fazer a higiene pessoal e alimentar-se, bem como ao convívio social, como preparar a sua alimentação, escolher as próprias roupas, se locomover sozinho, entre outras atividades, que permitirão o alcance de autonomia e independência.

A terapia comportamental desempenhada pelo profissional da Psicologia orienta o desenvolvimento emocional e auxilia no entendimento das emoções e sentimentos, comportamentos e atitudes, além de orientar os outros profissionais, ajudando também a família nesse processo. A Melina tem se beneficiado de todas estas terapias, mas como falei inicialmente, aplicadas no momento certo sem sobrecarregar, o que poderia atrapalhar ao invés de beneficiar o desenvolvimento.



Hora de ir à escola não é fácil para nenhuma mãe. Como aconteceu o processo de adaptação à escola? Qual o critério de escolha da escola? Como é a trajetória escolar de Melina? A escola tem realizado alguma adequação curricular?

Dra. Mônica:

Com certeza não é uma escolha fácil, principalmente para quem não é da área de educação. A Melina sempre foi bastante sociável e comunicativa e não teve qualquer dificuldade de adaptação. Na realidade, os medos e incertezas são próprios de quem está desempenhando o papel de mãe (rsrs), então precisamos passar segurança para a criança. Acho que cada um tem seu critério de escolha. Aqui nos preocupamos em buscar uma escola que estivesse consolidada e comprometida com a formação pessoal da criança, com o processo de educação como um todo e posso dizer que fomos felizes nesta escolha. Quando fomos para a primeira entrevista, a coordenadora nos informou de que em quase 50 anos de existência do colégio, nunca tinha passado por lá um aluno com T-21, mas me deixou tranquila ao dizer que eles buscavam atender as necessidades individuais de cada aluno, independente de terem algum diagnóstico de alteração de desenvolvimento, e é isto que tem acontecido. A Melina tem uma atenção individualizada na sua adaptação curricular e de atividades a serem desenvolvidas, bem como no processo avaliativo, propiciando o máximo de aprendizado possível para ela. Hoje, aos 08 anos, a Melina lê com fluência e entendimento do texto, participa das atividades de sala de aula com os colegas e tem aplicação específica nas matérias que têm maior dificuldade, como a matemática.

Outro fator que influenciou na nossa escolha foi o fato de o colégio contemplar todas as fases de formação desde o Infantil até o Ensino Médio. Acreditamos que isto favorece uma melhor adaptação nas transições de uma fase para outra.

figura 4 : Dra. Melina com seus colegas de classe



"Aqui nos preocupamos em buscar uma escola que estivesse consolidada e comprometida com a formação pessoal da criança, com o processo de educação como um todo e posso dizer que fomos felizes nesta escolha"

fonte: arquivo pessoal

SR: Sala de Recursos Revista

O que você considera fundamental para o processo de aprendizagem de um estudante com T-21?

Dra. Mônica:

O processo de inclusão ainda é uma novidade também para o núcleo educacional e nós como responsáveis devemos ser parceiros da escola e não apenas exigir a obediência à lei. Considero fundamental primeiro que a criança receba uma alimentação saudável, voltada para as suas necessidades nutricionais, que são bem específicas, no caso da T-21. Além disso, é primordial que o educador tenha amor pelo seu trabalho e acredite no potencial da criança com T-21 para que ele se interesse em entender como ela aprende, qual o melhor método a ser utilizado para facilitar o entendimento, sendo importante ainda que a criança receba o mesmo tratamento de outras, tanto pelo professor quanto pelos colegas. Cabe ao profissional ter sabedoria e entendimento sobre o comportamento desse aluno para fazê-lo cumprir as normas estabelecidas dentro de sala. É preciso que haja hierarquia e disciplina. A criança com T-21 têm dificuldade intelectual, mas é inteligente o suficiente para perceber quem está favorecendo-a e se beneficiará desta regalia como qualquer outra. Um estudante com dificuldade intelectual, como é o caso da T-21 não tem idade mental diferente da cronológica, nem é menos inteligente que os demais. Ele é diferente, como todos os outros. Ou seja, ninguém é igual. Cada criança com ou sem T-21 é única. Somos todos diferentes, dentro das individualidades.

SR: Sala de Recursos Revista

Melina mudou sua vida e seu olhar de mundo. Mudou seu olhar como dentista também? Como a odontologia inclusiva surgiu? Como é atender um paciente com T-21? Qual a importância de se oferecer um tratamento odontológico diferenciado?

Dra. Mônica:

A Melina transforma a minha vida diariamente (rsrs) e me fez entender a minha missão de vida. Na minha busca de informações para atender às suas necessidades eu percebi que o conhecimento e o atendimento odontológico voltado para bebês e crianças com T-21 era bastante escasso, de maneira que os atendimentos eram sempre feitos por Odontopediatras ou ainda por especialistas em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais, mas muitas vezes sem considerar as especificidades gerais da Trissomia do Cromossomo 21 e até as relacionadas ao desenvolvimento da face e das arcadas dentárias. Assim, eu resolvi atender este nicho com o objetivo de orientar a mãe que se depara com um bebê em seus braços sem qualquer conhecimento sobre T-21 e ainda de propiciar um melhor desenvolvimento da face da criança, sempre em conjunto com a fonoaudiologia, o que é primordial para obtermos os melhores resultados. Atender o bebê ou a criança com T-21 é muito gratificante, mas também desafiador.



Muitas vezes estas crianças estão cercadas de um excesso de zelo e cuidado e os responsáveis tomam para si a possibilidade de dor ou desconforto e acabam por prejudicar a condução do tratamento necessário. Daí, a importância de se oferecer um atendimento diferenciado que contemple a necessidade do tratamento, a escolha do aparelho que a criança melhor se adapte e ainda a aceitação e adesão dos responsáveis.

SR: Sala de Recursos Revista

O que é Placa Palatina de Memória? Quais os benefícios do seu uso? Quando usar?

Dra. Mônica:

A Placa Palatina de Memória PPM foi idealizada por Castillo Morales, um médico fonoaudiólogo argentino, e é composta por um dispositivo de acrílico, chamado botão palatino, com formato e tamanho que, quando a placa é posicionada no palato da criança, toca no dorso da língua e promove um estímulo que é enviado para o cérebro fazendo com que a língua seja retraída para dentro da boca como resposta. Isto faz com que a criança treine e memorize a postura da língua dentro da boca. Além do botão, a placa apresenta ranhuras na sua porção anterior que funcionam como estimuladores para os lábios e induzem o vedamento labial. Como resultado teremos uma melhora da musculatura orofacial da criança e o desenvolvimento da respiração nasal. O ideal é que a placa seja instalada de preferência nos primeiros meses de vida do bebê, período de maior desenvolvimento do Sistema Nervoso Central, para já treinar o padrão funcional e postura da língua corretos. Mas, ainda em idades mais adiantadas é possível obter bons resultados com o uso da PPM, associado a um bom trabalho fonoaudiológico.

figura 5



figura 6



figura 7



figuras 5, 6 e 7 detalham a importância da inclusão escolar e revelam a presença de Melina em sua jornada escolar, sempre com o apoio familiar. Fonte: Instagram [@euemelina](https://www.instagram.com/euemelina)

SR: Sala de Recursos Revista

Quais foram os maiores desafios superados pela mãe da Melina? Quais ainda precisam de superação?

Dra. Mônica:

Um grande desafio tem sido lidar com a falta de conhecimento por parte dos profissionais. A tríade no cromossomo 21 traz uma série de alterações que vão muito além das características físicas. Ocorrem alterações de formação e funcionais que requerem cuidados específicos relacionados a uso de medicamentos, condutas no tratamento de enfermidades, vacinação e ainda à alimentação e necessidade de suplementação nutricional. Poucos profissionais se dedicam ao estudo na busca de formação relacionado à T-21 e muitos acabam por cuidar destas pessoas sem o conhecimento devido. Quando se trata da hipotonia, por exemplo, é importante atentar para o fato de estar presente não só nos membros, mas em toda a musculatura em geral, incluindo vasos, nervos, batimento ciliar, entre outras questões que influenciam o funcionamento dos órgãos e a resposta do organismo como um todo. Infelizmente, muitas vezes, antes de seguir as orientações de alguns profissionais temos que buscar informações se precisaremos de alguns ajustes até mesmo nas medicações recomendadas. O mais difícil nesta questão se refere à dificuldade no reconhecimento de que o trabalho multiprofissional pode trazer melhores resultados.

SR: Sala de Recursos Revista

Como você vê a questão das políticas públicas em relação à pessoa com T-21? O que já avançamos? O que ainda pode ser feito? O ativismo de pais e associações são fundamentais? Falta conhecimento pela sociedade?

Dra. Mônica:

Com certeza muitas conquistas foram alcançadas, mas ainda estamos longe dos resultados que precisamos relacionados a assistência e inclusão. Há uma enorme desinformação da sociedade e até mesmo de pais e familiares de crianças com T-21. Eu vejo as associações de pais e pessoas com T-21 trabalhando de maneira fragmentada. Desta forma não ganham força e as autoridades públicas em geral não despertam um olhar para uma minoria. É preciso capacitar as pessoas com T-21 e aqueles que as apoiam e que com elas trabalham para demandar as oportunidades e o apoio necessário e ainda colaborar com outras partes interessadas, incluindo profissionais de educação, saúde e assistência social, empregadores, órgãos comunitários e públicos, mídia e a comunidade em geral para garantir que entendam como oferecer oportunidades, compartilhar experiências e promover mudanças.



Aproveito então a oportunidade para fazer algumas orientações:

1. Usa-se o termo Trissomia do Cromossomo 21, (T-21). Não se usa mais o nome Síndrome de Down porque muitas vezes Down era usado de maneira pejorativa escrevendo down com letra minúscula traduzido do inglês “para baixo”, enquanto Down deve ser escrito com letra maiúscula porque se trata do nome do médico que primeiro descreveu as características encontradas em um grupo de pessoas.
2. Não é correto falar “portador” de T-21 ou de Síndrome de Down porque só se porta algo que se pode deixar de portar, como um documento, por exemplo.
3. O termo PNE (Portador de Necessidades Especiais) mudou para PcD (Pessoa com Deficiência) porque a deficiência não se porta, a pessoa tem uma deficiência, faz parte dela.
4. Não é correto dizer que a pessoa é Down e sim que tem T-21 porque a Síndrome não define o indivíduo. Muito além dela existe uma pessoa com características próprias, personalidade e suas preferências.

“É preciso dar a cada pessoa com T-21 a oportunidade de usufruir dos mesmos direitos de todos os outros. Fica o meu agradecimento pela oportunidade de participar desta edição da Revista e me coloco à disposição para outros momentos na expectativa de ter contribuído com este importante trabalho.”

Dra. Mônica Côelho



SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V4 n.1 janeiro - junho, 2023
Disponível em: < www.saladerecursos.com.br >



ARTE: ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO Wellington de Oliveira

A Sala de Recursos Revista tem o prazer de apresentar o professor Wellington de Oliveira, um artista da cena, arte-educador e produtor cultural que está deixando sua marca no campo da educação. Com um currículo impressionante e uma vasta experiência, Wellington traz consigo um conjunto diversificado de habilidades e conhecimentos que enriquecem seu trabalho como educador.

Com uma formação sólida e abrangente permite que ele explore as interseções entre a arte e a educação de maneiras inovadoras, Wellington atualmente atua como professor da Secretaria de Educação do Distrito Federal, na Sala de Recursos de Altas Habilidades de Planaltina-DF. Sua dedicação à educação inclusiva é evidente em seu compromisso em proporcionar um ambiente de aprendizado enriquecedor para estudantes com altas habilidades ou superdotação em Artes Cênicas. Sua experiência como arte-educador e produtor cultural traz uma abordagem criativa e dinâmica ao processo educacional, inspirando os alunos a explorarem suas capacidades artísticas e a se expressarem de maneira única.

Nesta edição da revista, teremos o privilégio de explorar a visão de Wellington sobre a Altas Habilidades ou Superdotação nas Artes Cênicas e sua abordagem única no trabalho com estudantes com altas habilidades. Seus insights e práticas inovadoras certamente nos inspirarão a conhecer mais sobre o assunto e a expressão destes talentos.

figura 1



foto do entrevistado

Wellington de Oliveira: Artista da cena, arte-educador e produtor cultural; Doutorando em Educação Artística na Faculdade de Belas Artes da Universidade do Porto e em Artes Cênicas na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), em regime de cotutela internacional. Mestre em Artes e graduado em Artes Cênicas pela Universidade de Brasília. Professor da Secretaria de Educação do Distrito Federal, atuando na Sala de Recursos de Altas Habilidades de Planaltina-DF.



SR: Sala de Recursos Revista:

Wellington, fale um pouco sobre sua trajetória e formação.

Wellington de Oliveira:

Eu sou licenciado em Artes Cênicas e Mestre em Artes pela Universidade de Brasília – UnB. Estou concluindo o doutorado em Educação Artística na Universidade do Porto e em Artes Cênicas pela UniRio, em regime de cotutela internacional. Minha trajetória no teatro começou ainda criança, dentro da escola pública, a partir do incentivo de professoras que perceberam um potencial diferenciado para o campo teatral. Passei toda a infância sendo muito estimulado e incentivado na escola. Na adolescência, passei por alguns grupos de teatro e comecei a fazer várias oficinas, momento em que confirmei a minha escolha profissional. Prestei o vestibular da UnB já com o desejo de ser professor de Teatro e consegui seguir essa trajetória, ingressando na Secretaria de Educação do Distrito Federal, em 2013. Atualmente, sou professor na Sala de Recursos de Altas Habilidades e Superdotação na área de Artes Cênicas, em Planaltina-DF.

SR: Sala de Recursos Revista

Qual é o processo de seleção dos alunos para participarem do Atendimento Educacional Especializado em Altas Habilidades e Superdotação na área de Talento – Artes Cênicas em Planaltina?

Wellington de Oliveira:

Os estudantes, geralmente, são encaminhados para a Sala de Altas Habilidades por professores das escolas em que estudam, mediante o preenchimento de uma ficha de indicação. Também realizo buscas ativas nas escolas e oficinas para identificar estudantes que possuem notório interesse e habilidades que podem ser desenvolvidas. Após essa identificação prévia, eles começam a participar das atividades e passam por um período mais longo de observação, que pode chegar a até 16 encontros. Ao longo desse período são acompanhados por mim (professor de teatro) e por uma psicóloga, onde avaliamos a resposta aos diversos estímulos e proposições feitas ao longo do processo de observação. Assim, seguindo o referencial orientado pela Secretaria de Educação do DF, observamos se os estudantes apresentam características ou comportamentos indicativos de Altas Habilidades, conforme o modelo dos Três Anéis do Joseph S. Renzulli: habilidades gerais acima da média, elevado grau de criatividade e motivação/envolvimento com a tarefa. Identificadas essas características, o estudante é efetivado no Atendimento Educacional Especializado e pode ser acompanhado ao longo de toda a trajetória escolar, desde que continue apresentando e desenvolvendo tais comportamentos.



SR: Sala de Recursos Revista:

Como você incentiva seus alunos a desenvolverem habilidades teatrais em um nível mais avançado?

Wellington de Oliveira:

Percebo em muitos estudantes encaminhados para o atendimento de Altas Habilidades um senso comum que enquadra o “talento” e a “criatividade” como qualidades livres e autônomas, dissociando-os do compromisso e envolvimento com as atividades artísticas. Então, uma das primeiras coisas que busco desconstruir é essa ideia de que o talento e a criatividade são qualidades inatas a eles, chamando atenção para os aspectos do comprometimento e da percepção de habilidades que ainda precisam ser desenvolvidas. Dessa maneira, sempre ressalto que alcançar um nível de maestria nas habilidades teatrais exige tempo, dedicação, persistência, deslocamentos, mudanças de percepção, resiliência, enfrentamentos, diálogos e, principalmente, coragem para acolher os erros e as dificuldades. Sempre procuro evidenciar que aquilo que chamamos de criatividade e talento são conhecimento tácito, ou seja, conhecimentos emergentes de muito tempo investido, prática constante e empenhada, os quais não podem ser obtidos por meio de treinamentos teóricos. Em resumo, incentivo os estudantes a privilegiar os aspectos experienciais das práticas teatrais e procuro oferecer um ambiente propício ao enfrentamento dos desafios e acasos da criação artística, principalmente, através da vivência dos processos de montagem, criação e apresentação teatral.

figura 2



Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado:

Quais são as principais técnicas ou estratégias que você utiliza para motivá-los, encorajá-los a se desafiarem continuamente e continuar avançando?

Wellington de Oliveira:

Uma das estratégias que proponho nos primeiros encontros com os estudantes é o mapeamento das competências/habilidades que eles consideram ter e do que já sabem. Conforme as atividades vão avançando, proponho outro momento de mapeamento das “incompetências conscientes”, ou seja, aquilo que o estudante descobriu ainda não saber. Essa estratégia reafirma o que eu disse acerca da ideia de talento e criatividade como resultantes de um envolvimento intenso com as tarefas, pois partimos de uma perspectiva do conhecimento como um processo: o ponto de partida será sempre do reconhecimento de que temos muitas “incompetências inconscientes”. Em seguida, quando os estudantes se mostram “conscientes das incompetências” - dos não saberes - proponho uma série de atividades empenhadas em aprender/dominar determinada técnica, para que possam chegar ao saber fazer - à consciência da competência. Quando percebem que já sabem fazer, partimos para a etapa mais avançada de aperfeiçoamento, visando atingir um nível de maestria chamado de “competência inconsciente”, aquele estágio onde fazemos as coisas sem sequer precisar pensar sobre elas. Em resumo, acredito que esse percurso desafia os estudantes ao aprofundamento de suas habilidades, pois todo o processo é orientado para uma apropriação das técnicas teatrais, partindo da consciência do que ainda não dominam e seguindo em direção ao domínio mais intuitivo delas. Sempre ressalto aos estudantes que as pessoas chamadas de “talentosas” são aquelas que já trazem consigo esse grau de conhecimento intuitivo.

Já em relação às técnicas, especificamente as teatrais, é importante ressaltar que há muitas maneiras de fazer. Qualquer técnica no campo artístico emerge da experiência e da experimentação, pois é no ato da criação e conforme as demandas do processo que o estudante-artista percebe as múltiplas possibilidades e vai tecendo espontaneamente as variadas técnicas. Dito isso, gostaria de destacar que tenho como bases orientadoras dos processos pedagógicos e de direção teatral a “técnica de solução de problemas” e o sistema dos “Jogos Teatrais” propostos por Viola Spolin. Nessa perspectiva, trabalho com a ideia de teatro enquanto um jogo com regras e objetivos, além de situar os estudantes como jogadores. Nos processos de ensaio e treinamento, as questões que permeiam a cena - espacialidade, temporalidade, foco, marcação, personagens, emoção, projeção vocal, entre outros - são apresentadas como problemas que precisam ser solucionados. Assim, os estudantes-atores-jogadores devem desenvolver estratégias para solucionar os problemas da cena, envolvendo-se de maneira física, intelectual e intuitiva com as demandas da criação artística. É importante destacar que essa perspectiva de jogo envolve os estudantes dentro de um objetivo no qual devem se concentrar em resolver, inclusive afastando a possibilidade de avaliar os processos de criação com julgamentos de “bom” ou “ruim”.



Quando comecei a trabalhar com estudantes de Altas Habilidades, identifiquei em muitos uma necessidade de “aprovação” de qualquer coisa que faziam, algo que os desconectava dos aspectos experienciais da criação teatral. Havia uma preocupação maior em exibir seus “talentos” e receber a aprovação do professor, em vez de focar na descoberta de novas possibilidades. Por outro lado, quando vinha a “desaprovação” a tendência era a timidez e o afastamento das atividades. Dessa maneira, encontrei no sistema dos Jogos Teatrais e na técnica de solução de problemas um dispositivo que desafia os estudantes a se envolverem com a cena e a criação, pois eles devem se concentrar em “jogar o jogo” para resolver os problemas apresentados. Assim, cria-se um ambiente repleto de regras e desafios que devem ser solucionados coletivamente, eliminando a competição e as formas de avaliação baseadas em maneiras “certas” ou “erradas”. O foco, portanto, é se os problemas da cena foram solucionados, conscientes de que o resultado final é sempre consequência de um processo. Há muitas formas de construir um percurso! Essa é uma das afirmações cotidianas que faço em sala de aula.

SR: Sala de Recursos Revista

Você tem um histórico de apresentações na comunidade. Conte como é a preparação para estas apresentações teatrais, inclusive em espetáculos e apresentações que buscam uma maior proximidade com o público e promovem a democratização do acesso à cultura e às artes cênicas. Você e seus alunos possuem uma metodologia específica para ensaios e performance?

Wellington de Oliveira:

Ser professor de Artes Cênicas dentro da escola levou-me a pensar mais profundamente sobre os vínculos das minhas práticas com as comunidades envolvidas. Qual o sentido das práticas teatrais em cada contexto? Que saberes e manifestações culturais das comunidades podem ser incorporados nas práticas artísticas? Como a escola pode ser um espaço de reconhecimento e valorização das produções culturais dos próprios estudantes e de suas comunidades? Essas questões me aproximaram de um campo de estudos e investigação denominado Teatro em Comunidade, cujas metodologias e propostas de criação buscam o envolvimento das comunidades nos processos de criação. Assim, priorizamos processos de criação colaborativos, em que os espetáculos são baseados em inquietações, debates, e/ou histórias emergentes dos próprios contextos comunitários. Nessa perspectiva, nossas metodologias de ensaio e apresentações costumam partir de atividades que consistem no desenho de “mapas da vida”, entrevistas com pessoas da comunidade, cartografias afetivas e geográficas dos espaços da cidade, entre outras. A ideia de envolver os referenciais de cada local é passar de uma simples noção de democratização cultural para uma democracia cultural, pois não apenas circulamos espetáculos e oferecemos o acesso às produções teatrais, pelo contrário, destacamos o lugar das próprias comunidades enquanto produtoras de cultura.



SR: Sala de Recursos Revista

Como a comunidade recebe os espetáculos teatrais produzidos por seus alunos com Altas Habilidades?

Wellington de Oliveira:

A experiência tem sido muito reveladora acerca do trabalho que estamos desenvolvendo, pois, o retorno dos familiares dos estudantes e das pessoas da comunidade que assistem as apresentações tem sido muito positivo. Com o espetáculo “Quarto de Sonhar: Carolina Maria de Jesus”, apresentado em dezembro do ano passado, recebemos muitos elogios destacando a qualidade técnica e artística do trabalho, sempre com afirmações de que não parecia ser um teatro de escola. Acho essas falas bastante interessantes, pois afirma que nós estamos desconstruindo uma percepção de que não se produz teatro de qualidade na escola. Para os estudantes com Altas Habilidades, o ato de apresentação dos espetáculos é essencial, visto que o contato com a plateia é uma parte concreta do processo de desenvolvimento das habilidades teatrais. Além disso, assumem um papel relevante de circular na comunidade alternativas de programação cultural, visto que são poucos os espetáculos que chegam às periferias. Nas duas apresentações que fizemos do espetáculo Quarto de Sonhar, tivemos quase 700 pessoas lotando o Complexo Cultural de Planaltina, um excelente indicador de que temos um público bastante receptivo.

SR: Sala de Recursos Revista

Como você incentiva os alunos a serem criativos e a explorarem suas próprias ideias e visões nas suas performances teatrais

Wellington de Oliveira:

Como falei anteriormente, acredito que a criatividade está associada ao comprometimento contínuo com uma atividade ou linguagem artística. Portanto, sempre enfatizo a necessidade do ensaio, do treinamento das técnicas teatrais e, principalmente, a desconstrução do sentido negativo do errar. Sempre incentivo os estudantes a tentarem colocar em práticas as suas ideias e a não desistirem na primeira tentativa, pois, sendo o teatro uma arte viva, estamos sujeitos aos acasos temporais, espaciais, coletivos, entre outras coisas que não temos como controlar. Repito sempre a fala de um professor de um curso de design colaborativo que fiz: em vez da gente brincar com os dragões é melhor aprendermos a dançar com eles. Portanto, estímulo a inventividade, a experimentação de possibilidades de fazer, a tentativa, a curiosidade e a reflexão constante sobre o fazer. E sempre destaco: a crise é um grande detonador da criação artística!



SR: Sala de Recursos Revista

Como você avalia o impacto do Atendimento Educacional Especializado em Altas Habilidades ou Superdotação na área de Talento – Artes Cênicas em Planaltina na vida dos alunos a longo prazo?

Wellington de Oliveira:

Estou nas Altas Habilidades há pouco mais de um ano, mas trabalho como professor em Planaltina há quase 11 anos e acompanho o trabalho da Sala de Altas Habilidades desde que estava na graduação em Artes Cênicas. Na Universidade de Brasília tive vários colegas de turma que haviam passado pelo atendimento e, também, pude acompanhar várias apresentações dos estudantes das Altas Habilidades em várias edições do Festival de Teatro Na Escola, realizado pela Fundação Athos Bulcão. A professora anterior, Isabel Cavalcante, por muitos anos realizou um trabalho de excelência, algo que deu muito destaque para o Atendimento Educacional Especializado em Altas Habilidades – Artes Cênicas, de Planaltina. Estiveram em vários festivais de teatro estudantil, participaram de uma série do programa Salto Para o Futuro, da TV Escola, e de vários projetos do Ministério da Educação. Muitos estudantes se profissionalizaram na área teatral e seguiram trajetórias artísticas, tendo vários nomes bastante conhecidos no circuito cultural do DF. O AEE em Altas Habilidades é um serviço essencial, principalmente em contextos periféricos, onde as oportunidades de contato com a linguagem teatral são bastante limitadas. É um espaço essencial para estimular os novos talentos, orientar as trajetórias dos estudantes, potencializar seus projetos de vida e, principalmente, torná-los conscientes dos seus papéis na construção de uma sociedade mais justa para todos nós. A história dos muitos estudantes que já passaram por aqui confirma isso

O AEE em Altas Habilidades é um serviço essencial, principalmente em contextos periféricos, onde as oportunidades de contato com a linguagem teatral são bastante limitadas. É um espaço essencial para estimular os novos talentos, orientar as trajetórias dos estudantes, potencializar seus projetos de vida e, principalmente, torná-los conscientes dos seus papéis na construção de uma sociedade mais justa para todos nós.





Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado:

OFICINAS DE TEATRO:

"Já em relação às técnicas, especificamente as teatrais, é importante ressaltar que há muitas maneiras de fazer. Qualquer técnica no campo artístico emerge da experiência e da experimentação, pois é no ato da criação e conforme as demandas do processo que o estudante-artista percebe as múltiplas possibilidades e vai tecendo espontaneamente as variadas técnicas"

Wellington de Oliveira

figura 4



Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado:

OFICINAS DE TEATRO FÍSICO E MÁSCARAS EXPRESSIVAS:

"Dessa maneira, encontrei no sistema dos Jogos Teatrais e na técnica de solução de problemas um dispositivo que desafia os estudantes a se envolverem com a cena e a criação, pois eles devem se concentrar em "jogar o jogo" para resolver os problemas apresentados. "

Wellington de Oliveira

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília: v. 4, n. 1, jan. - jun., 2023. Disponível em: <www.saladerecursos.com.br>

figura 5



figura 6



Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado:

ESPETÁCULOS TEATRAIS :

"Assim, priorizamos processos de criação colaborativos, em que os espetáculos são baseados em inquietações, debates, e/ou histórias emergentes dos próprios contextos comunitários. "

Wellington de Oliveira

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V4 n.1 janeiro - junho, 2023
Disponível em: < www.saladerecursos.com.br >



INCLUSÃO: A MELHOR ALTERNATIVA SOCIAL

Jeniffer Wendy Ferreira Rosa

Jeniffer Wendy, uma jovem de 25 anos que está prestes a concluir seu curso de Design Gráfico e já está pensando em retornar ao curso de Letras/Português/Inglês, que ela ainda precisa finalizar. Jeniffer é uma pessoa sorridente e comunicativa, que nasceu em uma família que optou pela escola inclusiva.

Em uma entrevista emocionante, Jeniffer compartilhou sua jornada educacional em uma escola pública do Distrito Federal, onde ela desenvolveu habilidades autodidatas. Ela nos contou sobre suas preferências, habilidades e dificuldades ao longo do caminho. Apesar de enfrentar limitações físicas de movimento causadas pela Artrogripose Múltipla, uma doença congênita rara que afeta várias articulações dos pés, mãos, ombros e pernas, Jeniffer se mostrou uma pessoa determinada a superar obstáculos.

Através de sua resiliência e perseverança, Jeniffer se tornou uma autodidata, buscando conhecimento e habilidades por conta própria. Sua paixão pelo design gráfico a levou a concluir o curso com sucesso, e agora ela está ansiosa para retomar seus estudos em Letras/Português/Inglês.

É inspirador testemunhar a força de Jeniffer e sua capacidade de se adaptar às circunstâncias. Sua história nos lembra da importância da inclusão e do poder do conhecimento para superar desafios. Jeniffer é um exemplo vivo de determinação e coragem, e estamos honrados em compartilhar sua história inspiradora com todos vocês."

figura 1



Jeniffer Wendy, formanda em designer gráfico e estudante de Letras: Português - Inglês. Tem como hobby sair com amigos, beber socialmente, amo uma resenha, ouvir música, amo animais (inclusive, já fiz alguns resgates) e seus maiores sonhos são: conhecer o mundo e ser rica.

foto do entrevistado



SR: Sala de Recursos Revista

Artrogripose Múltipla Congênita é uma doença rara e, portanto, pouco conhecida, quais as principais características dessa doença?

Jeniffer Wendy:

É uma malformação nas articulações, ocasionando limitação de movimento e menor força muscular. A Artrogripose Múltipla Congênita refere-se a uma variedade de condições que envolvem a limitação congênita dos movimentos das articulações. Em geral, a inteligência permanece normal (que é o meu caso), mas há exceções quando a artrogripose é causada por disfunção ou síndrome que afeta o intelecto.

SR: Sala de Recursos Revista

Todos os cadeirantes possuem as mesmas limitações e necessidades?

Jeniffer Wendy:

Não mesmo! É importante falar sobre isso, eu, por exemplo, sou cadeirante e consigo sentir minhas pernas, consigo mexê-las e até mesmo andar de joelho e as pessoas ficam surpresas porque acham que não sinto ou não movimento as pernas. Então algumas coisas serão mais fáceis para mim e outras serão bem mais complexas, mas para outro cadeirante o complexo para mim, para ele é mais fácil. Por exemplo, minhas limitações e necessidades comparadas a uma pessoa paraplégica são bem diferentes, algumas coisas podem até ser parecidas, mas nunca iguais

SR: Sala de Recursos Revista

Dos 5 aos 7 anos de idade você utilizou aparelhos que lhe permitiram locomoção, nos demais anos você utilizou cadeira de rodas, como era a questão da acessibilidade no ambiente escolar?

Jeniffer Wendy:

A questão da acessibilidade é muito delicada e complexa. Em nenhum ambiente escolar, ou até mesmo fora dele, a acessibilidade acontece de forma correta. Apesar de, por exemplo, haver um banheiro “acessível” ainda sim era complicado. Ou o banheiro estava cheio de bagunça que as pessoas guardavam, ou as rampas eram muito inclinadas, as mesas baixas e a minha cadeira não se encaixava, eu não conseguia alcançar materiais que ficavam no alto, lugares inacessíveis... É muita coisa. A acessibilidade existe só no papel, na prática é vergonhosa. Não só as escolas, mas sim todos os lugares são inacessíveis. E as pessoas não ligam muito porque acham que PcD (Pessoa com Deficiência) não sai, não bebe, não se relaciona, não tem uma vida... E posso afirmar: temos uma vida e existimos.



SR: Sala de Recursos Revista

Embora orientada a estudar em Centro de Ensino Especial, sua família optou por uma escola comum inclusiva. Você era atendida em Sala de Recursos? Quais adequações curriculares foram importantes para seu processo educacional?

Jeniffer Wendy:

Já fui atendida sim, algumas vezes, quando precisava. Eu frequentava mais durante o Ensino Fundamental (2º ano até o 5º ano) e, do pouco que lembro, era mais para fazer atividades fora da sala de aula ou até mesmo em momentos de lazer, quando estava no intervalo ou se tinham atividades que eu não podia fazer, ia para lá. As adequações essenciais que me ajudaram muito foi quando permitiram a levar meu notebook para as aulas, o meu caderno era o meu notebook. Como tenho a mão um pouco curvada, escrever por período longo estava machucando muito e eu não estava aguentando. Então, a Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação fez um relatório médico completo sobre o meu caso e comecei a usar o notebook desde o Ensino Fundamental e foi assim até o Ensino Médio. Foi muito importante também mesas maiores e mais altas para poder conseguir fazer as minhas coisas nas aulas.

SR: Sala de Recursos Revista

Você sofreu bullying, sentiu-se excluída em diversas situações, teve inúmeras dificuldades sociais, precisou aprender a estudar sozinha e sempre foi excelente aluna. As dificuldades nunca te paralisaram. Uma família presente e uma rede de apoio de amigos foram fundamentais para seu sucesso escolar?

Jeniffer Wendy:

Com certeza! Principalmente os meus pais que sempre fizeram e fazem por mim, sempre me apoiaram e me incentivaram. A minha mãe então nem se fala, sempre esteve ao meu lado, ajudando com tudo que podia e não podia, sempre brigando para conseguir os meus direitos. Enfim, o que quero dizer é que o apoio da minha família e alguns amigos foi e é essencial até hoje, então agradeço de coração a todos eles.

A questão da acessibilidade é muito delicada e complexa. Em nenhum ambiente escolar, ou até mesmo fora dele, a acessibilidade acontece de forma correta. Apesar de, por exemplo, haver um banheiro “acessível” ainda sim era complicado.



SR: Sala de Recursos Revista

Havia adequações nas aulas de Educação Física?

Jeniffer Wendy:

Não mesmo. Ou eu fazia trabalho para poder ganhar nota ou apenas minha presença já valia. Eu sinceramente nunca vi iniciativa ou interesse dos professores para me incluir nas aulas e isso é triste porque eu só queria me sentir mais incluída nas coisas e até para isso acontecer, tinha que brigar e não digo sobre esse ponto em específico e sim qualquer coisa que saísse fora do padrão. Então chegou uma época da minha vida que eu só deixava essas coisas de lado e ignorava. Então o máximo que eu fazia era observar os meus colegas nas atividades físicas, escutava música ou até mesmo fazia algum dever ou ficava conversando com alguém, o tempo todo alguém vinha para conversar tentando fugir do professor (risos).

SR: Sala de Recursos Revista

Dificuldades com transporte público e banheiro público, dores físicas ao ficar sentada muito tempo, necessidade de trabalhar e estudar deitada e limitações de movimentos fazem parte da vida de uma pessoa com artrogripose. O ensino superior EaD entra como facilitador da sua graduação?

Jeniffer Wendy:

Muito!!! EaD salvou a minha vida. Ainda mais no meu curso de Design Gráfico. O meu curso, na verdade, é semipresencial. Eu tenho aulas presenciais 2 vezes ao mês, começa às 8 horas da manhã e vai até às 17 horas e, infelizmente, não consigo comparecer, seria muito tempo sentada e sem pausa para descanso (deitar), então fica complicado e estou perdendo pontuação. Por mais que eu tenha explicado o meu caso, entregue relatório médico e laudo, não adiantou. É muito difícil resolver essas questões, o que sinto é que as pessoas tentam fugir o máximo que dá e vão empurrando, sabe? É difícil, então, desisti e estou focada em finalizar o curso logo.

"A acessibilidade existe só no papel, na prática é vergonhosa. Não só as escolas, mas sim todos os lugares são inacessíveis. E as pessoas não ligam muito porque acham que PcD (Pessoa com Deficiência) não sai, não bebe, não se relaciona, não tem uma vida... E posso afirmar: temos uma vida e existimos."



SR: Sala de Recursos Revista

Perto de concluir o curso de Design Gráfico você já trabalha com redes sociais, marketing, identidade visual. O Design Gráfico é uma paixão? Trabalhar em casa, para uma pessoa com limitações físicas, é fundamental?

Jeniffer Wendy:

Design Gráfico é incrível, costume dizer que é uma relação de amor e ódio. Mas, sim, é uma área linda e que eu amo e sou apaixonada. Sinceramente acho que nasci para ser designer. Eu sou muito criativa, então demos o match perfeito. Como também sou apaixonada por português, é uma área que eu quero me especializar e começar a dar aulas particulares. Quanto a trabalhar em casa, depende. No meu caso, trabalhar em casa é uma ótima opção, pois tornou os meus horários mais flexíveis e eu consigo e posso fazer o descanso do meu jeito. Já para outros cadeirantes, a opção de trabalhar em casa não é o foco e preferem outro jeito. Então depende de cada pessoa, do objetivo e da disposição.

SR: Sala de Recursos Revista

As Pessoas com Deficiência (PcD) possuem um amplo amparo legal e há legislação para diversos setores efetivarem o processo inclusivo. Incluir hoje é uma emergência mundial. Quais posturas ou políticas públicas você sente que ainda precisam ser efetivadas? O que pode melhorar?

Jeniffer Wendy:

As promessas saírem do papel porque não adianta ficar na teoria, entende? Lugares mais acessíveis, acho que deveria ter uma lei rigorosa exigindo que todos os estabelecimentos tenham banheiro adaptado e lugar de livre acesso e aqueles que desobedecessem, deveriam ser multados até providenciarem as mudanças. Calçadas inapropriadas, transporte ineficiente, dificuldade de inserção no mercado de trabalho por não terem estrutura adequada etc. Tudo isso precisa melhorar.

"Por mais que eu tenha explicado o meu caso, entregue relatório médico e laudo, não adiantou. É muito difícil resolver essas questões, o que sinto é que as pessoas tentam fugir o máximo que dá e vão empurrando, sabe? É difícil, então, desisti e estou focada em finalizar o curso logo."



SR: Sala de Recursos Revista

Como os professores e instituições de ensino podem superar os desafios em relação à educação inclusiva? Quais as adequações curriculares necessárias para que você tenha pertencimento na sua graduação?

Jeniffer Wendy:

Terem iniciativa. Acho que seria muito válido se alguém chegasse e perguntasse: o que podemos fazer para você se sentir incluído? Sentar e ouvir o outro, não só apenas fingir que está escutando, é ouvir de verdade, anotar cada detalhe e colocar aquilo em prática no dia a dia do aluno. E sempre buscar melhorar cada ato, entende? PcDs só querem sentir-se normais na sociedade, somos seres humanos como qualquer outro. E as adequações curriculares, no meu caso, seriam uma graduação totalmente e 100% à distância, incluído trabalhos e provas. Facilitaria demais a minha vida.

GALERIA

figura 2



Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado: As dificuldades da infância permanecem na vida adulta, esta é a percepção. de acordo com a entrevistada . "A acessibilidade existe só no papel, na prática é vergonhosa. Não só as escolas, mas sim todos os lugares são inacessíveis. E as pessoas não ligam muito porque acham que PcD (Pessoa com Deficiência) não sai, não bebe, não se relaciona, não tem uma vida... E posso afirmar: temos uma vida e existimos. "

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília: v. 4, n. 1, jan. - jun., 2023. Disponível em: <www.saladerecursos.com.br>



Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado: PcDs só querem sentir-se normais na sociedade, somos seres humanos como qualquer outro. E as adequações curriculares, no meu caso, seriam uma graduação totalmente e 100% à distância, incluído trabalhos e provas. Facilitaria demais a minha vida.





Artigos

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4 n.1 janeiro - junho, 2023
Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília: v. 4, n. 1, jan. - jun., 2023.
Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>



DA LÓGICA MANICOMIAL À REFORMA PSIQUIÁTRICA: UMA HISTÓRIA EM MOVIMENTO.

Lúcia Regina Oliveira e Pinho

1. RESUMO

O presente artigo tem como objetivo central apresentar uma visão panorâmica do processo histórico no qual se inseriu a mudança de paradigma de cuidados e atenção em saúde mental no Brasil. Analisa-se a formação e fundamentação do modelo manicomial, assentado na lógica da exclusão e segregação, e do modelo humanizado, que objetiva a reinserção social das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico. Em sua parte inicial apresenta-se o processo de formação e hegemonia do modelo manicomial influenciado pelas concepções da psiquiatria francesa implantada por Philippe Pinel, ao final do século XVIII. Na sua segunda parte, é apresentado o processo histórico no qual se inseriu a passagem para o modelo humanizado e comunitário no Brasil que culminou com a promulgação da Lei de Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Lei Paulo Delgado, em 2001. Aborda-se o protagonismo do movimento da luta antimanicomial e a implantação do modelo como política pública em saúde mental. Parte-se do enfoque da historiografia, máxime nas concepções foucaultianas sobre a evolução epistemológica do conceito de loucura e representações decorrentes, da análise bibliográfica e documental dos eventos relevantes da transição de paradigmas. Conclui-se que a Reforma Psiquiátrica, em sendo um processo cultural, social, político e ético, na definição do psiquiatra Paulo Amarante, é um modelo inacabado e contínuo suscetível a recuos.

Palavras-chave:

História; Manicômio; Philippe Pinel; Luta Antimanicomial; Franco Basaglia.

figura 1: Foto da autora



Lúcia Regina Oliveira e Pinho: Mestre em História Cultural/Universidade de Brasília UnB-DF, Departamento de História. Juíza do Trabalho aposentada. luciapinho22@hotmail.com

Fonte: arquivo pessoal



Na história ocidental, a experiência da loucura deslizou lentamente na escala epistemológica, segundo demonstra os estudos de Michel Foucault, na renomada obra *História da Loucura*. Passou pela indiferenciação, quando é percebida como um modo de saber diferente, à categoria de doença, ao final do século XVIII, decorrendo a necessidade de ser tratada. De uma forma peculiar de se estar no mundo, historicamente passou a ser denominada como alienação, doença mental, transtornos psíquicos e, a contar dos meados do século XX, abriu-se um leque de subcategorizações universalmente convencionadas. Destarte, as vicissitudes e as experiências próprias da condição humana são enquadradas em diagnósticos padronizados. Independentemente da época, a exclusão sempre foi uma realidade atrelada à experiência da loucura.

A estigmatização e o preconceito em torno da doença mental são o efeito de representações e crenças historicamente construídas que fomentaram inúmeros processos que mantiveram e justificaram a exclusão social reiterada da pessoa em sofrimento mental.

Na cultura ocidental, pessoas passando por sofrimento grave ou que apresentem comportamento divergente do esperado pela sociedade, podem ser rotuladas como “loucas” e sofrer em decorrência discriminação, exclusão e diferentes formas de violências. Neste sentido, Amarante (2023, p.18) o manicômio deve ser entendido como “reflexo da própria cultura social que operava a exclusão estrutural das pessoas diversas e diferentes, fora das normas sociais.” A periculosidade, incapacidade e passividade são estereótipos da pessoa “mentalmente doente”, que justificou historicamente sua segregação social e gerou muito sofrimento.

Na primeira parte do presente artigo, trazemos uma rápida trajetória da concretização da construção do poder histórico da psiquiatria a partir da sujeição total ao saber e ao poder da ciência e da hegemonia do pensamento médico. Como enfatiza Rohden (2009, p. 19), no século XIX, a medicina passa a ser definida como “a grande ciência capaz de traduzir para a sociedade os desígnios naturais, com base em métodos considerados objetivos e racionais”. Certamente não podemos trazer valores contemporâneos para julgar e criticar práticas passadas, o que adquiriria uma dimensão completamente anacrônica quando ainda se revolve, além de contextos sociais e culturais e políticos diversos, a evolução da ciência médica. Decisões clínicas e tratamentos terapêuticos se justificam, em grande medida, com sua temporalidade e territorialidade. O interesse é demonstrar o percurso da consagração do saber médico, como único modelo explicativo do sofrimento psíquico, nas palavras de Foucault: “Há uma certa forma de consciência, historicamente situada, que se apoderou da loucura e que dominou seu sentido.” (2019, p. 471).

Na segunda parte do presente estudo, analisa-se a evolução da luta antimanicomial, decorrente do reconhecimento da ineficácia da assistência psiquiátrica essencialmente hospitalocêntrica, que culminou em transformações profundas. O movimento reformista no Brasil insere-se no contexto internacional de luta contra o paradigma asilar, que se inspira no



movimento reformista italiano da década 1970, encabeçado pelo psiquiatra Franco Basaglia. No Brasil, o movimento de luta antimanicomial é viabilizado pelo processo de abertura política pelo qual passava o país. O movimento excedeu a inicial reivindicação pela humanização das instituições psiquiátricas, passou a exigir o fim dos manicômios e a criação de uma rede de saúde mental e atenção psicossocial substitutiva ao modelo anterior.

A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, também conhecida como Lei Paulo Delgado, foi promulgada em 2001. Em linhas gerais, estabeleceu os direitos das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico a um tratamento digno que privilegiasse a reinserção social. De tal forma, reorientou a política de saúde mental no país, transmutando de modelo fulcrado na lógica do manicômio para o modelo comunitário, com tratamento humanizado.

Para reflexão sobre o percurso da mudança no paradigma psiquiátrico, do modelo asilar excludente para o modelo humanizado, parte-se de um estudo de natureza qualitativa, voltada à compreensão dos elementos estruturantes da lógica manicomial e do movimento de luta antimanicomial. O enfoque historiográfico tem por base a pesquisa bibliográfica e a documental. A abordagem bibliográfica recorreu às concepções do filósofo francês Michel Foucault, que analisa a instabilidade epistemológica do conceito de loucura, na longa temporalidade; ao trabalho do acadêmico e psiquiatra húngaro Thomas Szasz, que aborda a fabricação da doença mental na cultura ocidental; nas reflexões do psiquiatra italiano Franco Basaglia, sobre a lógica manicomial e nos estudos do psiquiatra e pesquisador brasileiro Paulo Amarante, acerca o percurso histórico do movimento de luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica no Brasil e revistas especializadas e artigos científicos, dentre outras referências.

Analisa-se a formação do pensamento hegemônico sobre o tratamento da loucura influenciado pelas concepções da psiquiatria moderna trazidas e implementadas pelo médico Philippe Pinel. Formato que, por sua ampla aceitação no meio médico e social, conheceu grande longevidade, estabelecendo-se por mais de um século.

O presente artigo também se peculiarizou pelo tratamento analítico de fontes de natureza documental. Neste diapasão, foram apreciados e analisados: documentos legais, como a Constituição Federal de 1988, a Lei da Reforma Psiquiatria Brasileira de 2001 e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde; documentos institucionais, como a Nota Técnica n. 11 emitida pelo Ministério da Saúde, em 2019 e a Nota de Repúdio do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, em 2019 e literatura ficcional, como o ensaio O alienista de Machado de Assis e literatura jornalística, como o livro Holocausto Brasileiro de Daniela Arbex, dentre outras fontes.

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos: nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o



processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. Nas páginas seguintes, fizemos o esforço de descrição dos principais componentes da história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, com destaque para o processo de delineamento progressivo da política de saúde mental do Ministério da Saúde, alinhada com os princípios da Reforma. A Reforma Psiquiátrica é influenciada por idiosincrasias da vida política, social e cultural. Na lição de Amarante (1998), a desinstitucionalização é um processo técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político, e acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 1998). Portanto, está em plena evolução, suscetível de conhecer avanços e sofrer recuos.

3. DA LÓGICA MANICOMIAL: da construção à consolidação

“Una casa de alienados es un instrumento de curación; entre las manos de um médico hábil es el agente más potente contra las enfermedades mentales”. Jean-Étienne-Dominique Esquirol ¹

Ao final do século XVIII, pela primeira vez no mundo cristão, a doença é isolada da pobreza e de todas as misérias e desatinos. A loucura é retirada das paredes dos internamentos que conhece desde a Renascença e é lançada a uma solidão estranhamente silenciosa, a uma solidão que a isola do mundo e “a cerca com uma espécie de zona neutra e vazia” (FOUCAULT, 2019, p. 430). Não é possível se falar em doença mental antes deste período, não há ainda um “pensamento médico-científico sistematizado sobre a doença mental, e o louco não era assumido pela medicina como doente” (PACHECO, 2003, p. 153).

Sob a Revolução Francesa consuma-se a transformação da loucura como doença mental, tornando-se assim objeto do conhecimento da medicina e se estabelecendo a necessidade de internação dos loucos em lugares específicos. Firma-se uma nova forma de ver a loucura; agora sob a perspectiva científica. A loucura, porquanto desvio da ‘razão normal’, como toda doença, pode ser suprimida pela cura, como esclarece Pinho (2021).

A psiquiatria do final do século XVIII e início do século XX será conduzida pelas concepções do médico francês Pinel (1745-1826) que categoriza o louco como “vítima de uma desorganização das funções mentais superiores do sistema nervoso central, ou seja, das funções intelectuais” (PACHECO, 2003, p. 154).

Pinel é um homem contemporâneo ao movimento revolucionário francês que enterra o Antigo Regime, abre as vias para a instalação do Estado Burguês e testemunha transformações políticas, sociais, econômicas que impactarão o campo da medicina. Segundo Amarante (2007), as principais mudanças nesta área ocorrerem na instituição chamada hospital. Impulsionados pelo espírito da época, muitos médicos foram atuar no sentido de humanizar aqueles espaços conhecidos como Hospital Geral. O Hospital Geral é fundado em 1656, em Paris, como uma entidade administrativa, ao lado dos poderes constituídos e com

¹ Esquirol (1772-1840), médico francês discípulo de Pinel, construtor do pensamento psicopatológico contemporâneo.



poder de decidir, julgar e executar. Um espaço meramente de segregação, sem qualquer pretensão de tratamento médico, para onde iam todos os que indesejados ou que não se enquadram nos padrões da ordem política, religiosa ou da incipiente ordem burguesa.²

A liberação dos acorrentados de Bicêtre protagonizada por Pinel ocorre em 1793, momento em que já era médico da instituição. Criada antes da Revolução como “casa dos pobres”, ali se misturavam, indigentes, velhos, condenados, prisioneiros políticos e os loucos. Pinel opõe-se à extradição dos alienados e assim Bicêtre torna-se o hospital onde a loucura será cuidada até a cura.

A função médica é claramente introduzida em Bicêtre e, pela primeira vez na história do Hospital Geral, é nomeado para as enfermarias de Bicêtre um homem que já adquiriu certa reputação no conhecimento das doenças do espírito, a designação³ de Pinel prova por si só que a presença de loucos em Bicêtre já é por si só um problema médico. (FOUCAULT, 2019, p. 495)

Na reforma levada a termo por Pinel, o manicômio não configurava um espaço propriamente de exclusão, mas um local diferenciado no qual a loucura poderia manifestar suas verdades e receber sua cura, em que seria captada por um olhar atento que estaria acima e ao seu redor permanentemente. Funda os primeiros hospitais psiquiátricos, não adota o termo “doença mental”, mas alienação, tem por princípio o completo isolamento social do alienado e instaura como método terapêutico o tratamento moral. As concepções do reformista francês se assentam na crença no poder da ciência e no progresso da civilização, nos princípios do pensamento científico e filosófico trazidos pelo Iluminismo. Acredita que a alienação se originava de causas físicas, de causas hereditárias e de causas morais. A intervenção médica e científica proposta pelo alienista prometem recuperar os irrecuperáveis: aqueles desprovidos do atributo da razão.

O internamento, agora nos manicômios, recebe o que Foucault (2019, p. 448) classifica de “carta de nobreza médica”, lugar onde se operará a cura, no qual se supõe que “por uma espécie de mecanismo autóctone”, a loucura suprimirá a si mesma. A medicina agora irá se apossar do asilo, todavia é o próprio internamento que assumirá valor terapêutico. É ali que a metodologia de Pinel, baseada na observação clínica sistemática e na delimitação de categorias psicopatológicas estáveis, vai sendo construída. Não há diálogo entre o médico e o alienado. A ciência das doenças mentais terá que esperar o século XX para estabelecer alguma interlocução com o assistido. Por enquanto, dentro dos manicômios, fica apenas na esfera da observação e da classificação.

O século XIX encontra a loucura asilada e completamente dominada. Para Foucault, a loucura passa ao domínio da autoridade daquele que detém a razão e que, portanto, não coabita o mesmo espaço. O vigilante não reprime, ele enfrenta a loucura não como pessoa, contudo como um ser de razão. E acrescenta (2019, p. 501), que o espaço reservado pela sociedade à alienação vai ser doravante assombrado pelos que estão “do outro lado”, e que representam ao mesmo tempo os prestígios da autoridade que interna e o rigor da razão que julga”.

² Em regime de internamento apresenta-se uma massa eclética. Interna-se o insano como o desajustado social, o pobre, os inocentes malformados e disformes, os espíritos fracos, a prostituta e o debochado.

³ Como destaca Foucault em nota à página 649, Philippe Pinel já havia redigido vários artigos sobre melancolia, o regime moral adequado para os maníacos e sobre um tipo de melancolia que leva ao suicídio, só para citar.



O manicômio sublinha o domínio da moral pura e da uniformização ética que apagam as diferenças. Deve reproduzir a continuidade da moral social, fulcradas nos valores da família e do trabalho. É neste locu que as diferenças serão reduzidas, os vícios reprimidos e as irregularidades extintas por meio da aplicação de uma pedagogia que impõe horários e rotinas rígidas, atividades laborais e de lazer e terapia medicamentosa prescrita apenas pelo médico. O tratamento moral consistia essencialmente no sequestro dos divergentes dos padrões sociais comportamentais e seu enclausuramento nos hospitais psiquiátricos, onde afastados das influências do seu meio social, seriam tratados dentro de normas rígidas.

A devassidão, o mau comportamento e a “extrema perversidade dos costumes”, o hábito do vício como o da bebedeira, o da galanteria ilimitada, e sem escolha, o de um comportamento desordenado ou o de uma despreocupação apática podem aos poucos degradar a razão e levar a uma alienação declarada”. A preguiça “é o resultado mais constante e o mais unânime da experiência em todos os asilos públicos, como nas prisões e nos hospícios, que o meio mais seguro e talvez a única garantia da manutenção da saúde, do bom comportamento e da ordem é a lei de um trabalho mecânico rigorosamente executado. (PINEL apud FOUCAULT, 2019, p. 506-507)

É assim o manicômio estabelecido por Pinel: um instrumento de uniformização moral e espaço em que se apagam as alienações originadas nos limites exteriores da sociedade. As concepções pinelianas sobre o alienismo, suas causas e métodos de tratamento, conhecerão continuidade pela clínica dos alienistas do século XIX. Em 1838, Esquirol elaborou a lei que obrigava o Estado a dar tratamento aos insensatos em asilos da rede pública ou em instituições privadas.

A estrutura mais importante no espaço asilar a contar do final do século XVIII é o médico. É ele que irá administrar a orquestra da experiência moderna da loucura. É ele que autoriza ou não o internamento do louco, que classifica as doenças, que reconhece sintomas, que diagnostica, que impõe rotinas, que ministra medicamentos, que determina procedimentos terapêuticos .

“O tratamento moral consistia essencialmente no sequestro dos divergentes dos padrões sociais comportamentais e seu enclausuramento nos hospitais psiquiátricos, onde, afastados das influências do seu meio social, seriam tratados dentro de normas rígidas”



A representação literária pode revelar os valores e sentimentos da sociedade durante períodos específicos. O estudo da história passa pelo universo da literatura, na concepção de Jablonka (2016). O historiador francês entende que a análise transitiva da obra ficcional⁴ parte do pressuposto que a ficção remete ao “real”.⁴ Neste compasso, é interessante observar, que no Brasil uma crítica contundente ao modelo empoderamento da figura do médico veio da literatura ficcional.

No conto *O alienista*, Machado de Assis⁵ em 1881 aborda a inovadora instituição que pretende tratar os alienados e a influência do cientificismo, bem como o impacto que exercem nos atores locais da cidade de Itaguaí. O autor ressalta a linha tênue entre a sanidade e a loucura e o darwinismo social, presente na mentalidade da sociedade carioca, que fragmentava as pessoas em categorias superiores e inferiores. Principalmente, destaca as certezas temporárias da nova ciência médica, por meio da voz do alienista Simão Bacamarte, e a centralidade do psiquiatra na condução do processo de diagnóstico e segregação do suposto alienado,

Suponho o espírito humano uma vasta concha, o meu fim, Sr. Soares, é ver se posso extrair a pérola, que é a razão; por outros termos, demarquemos definitivamente os limites da razão e da loucura. A razão é o perfeito equilíbrio de todas as faculdades; fora daí insânia, insânia e só insânia (ASSIS, 2017, p. 24).

O alienista Bacamarte traduz o espírito da psiquiatria positivista da época:

O principal nesta minha obra da Casa Verde⁶ é estudar profundamente a loucura, os seus diversos graus, classificar-lhe os casos, descobrir enfim a causa do fenômeno e o remédio universal. Este é o mistério do meu coração. Creio que com isto presto um bom serviço à humanidade. (ASSIS, 2017, p. 12)

Assis antecipou-se às ponderações e às críticas emergentes de setores da própria psiquiatria no século XX, quando se colocam em pauta os saberes médicos e a institucionalização do doente mental como meio terapêutico. O “xeque-mate” machadiano vem na forma da reflexão do vereador Sebastião Freitas: “Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?” (ASSIS, 2017, p. 41)

⁴ O espaço cinematográfico, sem muito desvio da realidade, também produziu obras que retratam o dia a dia dentro de instituições psiquiátricas. A precariedade diagnóstica, a violência impetrada contra os internos, por meio de práticas terapêuticas, dentro dos muros institucionais são algumas das condições abordadas. Destacamos grandes clássicos da filmografia estadunidense, *Garota, Interrompida* (1999), baseado no livro de mesmo nome e o drama *Um estranho no ninho* (1975) e, na produção cinematográfica brasileira, *Bicho de sete cabeças* (2000).

⁵ Em regime de internamento apresenta-se uma massa eclética. Interna-se o insano como o desajustado social, o pobre, os inocentes malformados e disformes, os espíritos fracos, a prostituta e o debochado.

⁶ Casa Verde é o nome dado por Simão Bacamarte ao hospício que inaugura no Rio de Janeiro no município de Itaguaí.



Não há unanimidade epistemológica quando se trata de doenças mentais. Thomas Szasz (1910-2012) foi um dos primeiros pesquisadores e psiquiatras a questionar o conceito de “doença mental”, no ensaio O mito da doença mental, escrito em 1960. Szasz argumenta que a noção de doença mental se insere em um sistema de crenças (assim como a feitiçaria ou a religião) e, como um “tranquilizador social”, oferece solução para os conflitos pessoais, sociais e éticos inerentes à condição humana. Defende que o diagnóstico e os critérios diagnósticos são produções culturais e que as doenças em si são invenções e não descobertas. Considera que na saúde mental, sofrimentos demasiadamente humanos, como o luto, e conflitos internos que se exteriorizam no corpo, na alma ou na mente possam ser social, cultural ou historicamente descontextualizados e gerar um diagnóstico psiquiátrico.

Dentro da retrospectiva histórica trazida Foucault (2019), percebe-se a sucessão de modelos explicativos para a experiência do enlouquecimento, o que demonstra que se trata de um processo contínuo, no qual estamos imersos. Segundo Kimati (2023), a expressão do sofrimento mental é compreensível a partir da realidade histórica, política e econômica. Não há um aperfeiçoamento linear na visão hegemônica do sofrimento mental.

A partir de meados do século XX, a psiquiatria passou por um processo de unificação de diagnóstico de modo que um mesmo quadro clínico não comportasse diagnósticos diferentes. Segundo Kimati (2023, p. 43), ao estabelecer a doença mental pela universalidade, descartou-se o papel da experiência pessoal, desconsiderou-se “[...] que as pessoas vivenciam o sofrimento mental de forma própria, heterogênea.” O diagnóstico psiquiátrico universal categoriza o indivíduo ao enquadrar seu sofrimento, que denomina “desordens mentais e emocionais”, em uma DSM.⁷

“O manicômio sublinha o domínio da moral pura e da uniformização ética que apagam as diferenças. Deve reproduzir a continuidade da moral social, fulcradas nos valores da família e do trabalho.”

⁷ DSM 5 é a sigla para Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, documento criado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) para padronizar os critérios diagnósticos das desordens que afetam a mente e as emoções. O número 5 indica que está em sua quinta edição. O DSM é um quadro orgânico à medida que se expande ao incorporar novos conhecimentos científicos.



Szasz, credita à psiquiatria moderna a atribuição de insanidade àqueles que apresentam comportamentos não considerados “normais” ou apropriados por seus familiares ou por membros da sociedade. Defende que o objetivo seria controlar e ajustar os divergentes.

O doente mental, especialmente quando assim definido contra sua vontade, talvez seja interpretado de maneira mais adequada como um "divergente", seja da sociedade como um todo, ou de um grupo menor, geralmente a família. O indivíduo que difere de seus semelhantes, que perturba ou escandaliza sua família ou a sociedade, é muitas vezes condenado como insano; às vezes, nem precisa representar um papel de divergência para ser declarado louco. Essa degradação psiquiátrica atende a importantes necessidades dos membros "mentalmente sadios" do grupo (SZASZ, 1960, p. 113).

Ao analisarmos as origens do termo “alienação”, podemos compreender o impacto no entendimento da sociedade acerca da periculosidade do sujeito em sofrimento mental. Segundo Amarante, a terminologia utilizada por Pinel para se referir à loucura estimulou a construção do estereótipo do louco violento e desarrazoado.

Alienação mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva de o indivíduo perceber a realidade. Para Hegel, que analisou o livro de Pinel, a alienação não seria a perda absoluta da Razão, mas simples desordem em seu âmbito (AMARANTE, 2011, p. 30).

A ideia de que pessoas com transtornos mentais são violentas avaliza a justificativa da imperiosidade da segregação. Desta forma, a internação se faz necessária diante do suposto risco que elas representam para a sociedade. O imaginário popular, firmado ao longo do tempo com base nas afirmações da medicina, associa o crime violento a um autor desprovido de juízo, um louco, um alienado; único sujeito capaz de praticar atrocidades inexplicáveis. Se a justificativa para se segregar os hansenianos era o receio de contaminação, no caso da loucura, o medo do perigo que representavam os sonegavam o convívio social. A instituição manicomial indisfarçavelmente terá por finalidade proteger os sãos dos assaltos da loucura. E, diante da incapacidade de saber o que é melhor para si mesmo, sustenta-se a ideia de que o tratamento exige intervenções contra a sua vontade.

O asilo psiquiátrico tornou-se assim o imperativo para todos aqueles considerados loucos, despossuídos da Razão, delirantes, alucinados. O asilo, lugar da liberação dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de sonegação e mortificação das subjetividades (AMARANTE, 1995, p. 491).

⁸ Franco Basaglia refuta o entendimento da psiquiatria quanto à periculosidade do louco: “Se o conceito básico da psiquiatria era que o louco é perigoso, assim como um mais um é igual a dois, demonstramos que o louco é perigoso, assim como qualquer outra pessoa que atue na sociedade tem a mesma chance de ser perigosa. A prática tem mudado o resultado de um mais um (BASAGLIA, 2000, p.151).



A relação entre médico e alienado é essencialmente hierárquica, alimentada pelo mito do próprio poder técnico. O poder puro do médico diminui vertiginosamente o do doente, na relação institucional, o qual, pelo próprio fato de estar internado em um hospital psiquiátrico se torna automaticamente um cidadão sem direitos, entregue ao arbítrio do médico e enfermeiros.

Na dimensão institucional a reciprocidade não existe; sua ausência, aliás, não é sequer camuflada. É aqui que se vê, sem véus e sem hipocrisia, o que a ciência psiquiátrica, enquanto expressão da sociedade que a delega, quis fazer do doente mental (BATAGLIA, 1985, p. 107)

No livro *Asylums*, Goffman (1968) identifica os mecanismos perversos das instituições manicomiais, que o autor renomeou de “instituições totais”, destacando os processos de exclusão e limitação gradual a que está sujeita a pessoa oficialmente reconhecida como “paciente mental”. Bezerra (2011, p.14) traduz o manicômio como “um não lugar, um espaço desvitalizado no qual o tempo se estagnava, transformando seus habitantes em não sujeitos perambulando por um limbo existencial.”

Um diagnóstico literalmente tem o poder de confinar o indivíduo em estruturas físicas, com muros intransponíveis, vigilância constante, prédios padronizados, setores especializados, rotinas implacáveis, atividades forçadas, quarto e refeições coletivas... O modelo asilar segrega e anula subjetividades. As individualidades se dissolvem na paisagem institucional. Consoante Franco Basaglia, restam os corpos institucionalizados, à medida que o paciente incorpora a imagem institucional neles mesmos.

[...] o doente, que já sofre de uma privação de liberdade que se pode considerar como característica da própria doença, ao aderir a um novo corpo que é, na realidade, o da instituição, está negando cada desejo, cada ação e cada aspiração autônomos que fariam com se sentisse ainda vivo e ainda ele próprio. Torna-se um corpo vivido na instituição, pela instituição, a ponto de ser considerado parte de suas próprias estruturas físicas (BASAGLIA, 1985, p. 121).

O processo de implantação de instituições psiquiátricas se dava dentro de uma perspectiva médico-hospitalar de caráter científico, com fins de atender as políticas de saúde pública e oferecer um serviço de assistência à saúde mental aos pacientes (BORGES, 2013, p.1531). A lógica manicomial é a da segregação e exclusão social. Originalmente pensado para ser um espaço cura, na prática aparece paradoxalmente, como local de aniquilamento de individualidades, onde se estabelece invariavelmente relações pautadas em violência, arbitrariedades e humilhações.

A história da psiquiatria brasileira nos traz dados que demonstram o quão trágica foi a experiência humana dentro dos muros dos manicômios. Assim como os presídios, eram geralmente construídos longe dos centros das cidades de forma a preservar a organização e higienização do espaço urbano.



"Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta". Franco Basaglia.⁹

"O que acontece no Colônia é a desumanidade, a crueldade planejada. No hospício, tira-se o caráter humano de uma pessoa, e ela deixa de ser gente. É permitido andar nu e comer bosta, mas é proibido o protesto qualquer que seja a sua forma." Ronaldo Simões Coelho.¹⁰

O Hospital Colônia em Barbacena (MG), um dos maiores manicômios do Brasil, foi palco do que ficou conhecido como o "Holocausto Brasileiro". A jornalista Daniela Arbex apresenta as condições desumanas e degradantes impostas a um grande contingente de pessoas depositadas em um espaço destinado a lhes prestar assistência. A realidade documentada em imagens e entrevistas, transformadas no livro Holocausto brasileiro, abriu uma fissura no modelo de assistência à saúde mental de natureza eminentemente hospitalocêntrica ao expor à opinião pública uma política de violência e de violação aos direitos humanos.

Segundo dados colhidos pela jornalista, em 1961, o Hospital Colônia, tinha 25 vezes mais pacientes do que sua estrutura física suportava e, entre 1930 e 1980, ocorreu um verdadeiro extermínio nesse local: cerca de 60 mil pessoas morreram lá, sendo que 70% delas não haviam recebido nenhum diagnóstico antes de serem internadas. A maioria das pessoas enviadas para lá eram negras, homoafetivas, em situação de rua, mendigos, opositoras políticas, prostitutas ou quem era visto em sua família como "desajustado" de alguma forma. Embora, o objetivo inicial fosse oferecer tratamento a quem possuía algum transtorno mental, esse hospital acabou se transformando em um local de isolamento da sociedade e de extermínio daqueles não enquadrados nos padrões de normalidade da época e dos indesejados de toda sorte. Neste locus de banimento, o gesto que aprisiona vem carregado de significações políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais, como analisa Foucault (2019, p. 53).

"As mortes se avolumavam e tinha-se que dar uma destinação a suas vítimas. Lotes de cadáveres dos internos do Colônia eram vendidos e disputados por instituições de ensino, sem que houvesse qualquer consentimento dos seus familiares... 1.823 corpos foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país..."

⁹ Declaração médico italiano Franco Basaglia, pioneiro na luta antimanicomial, ao visitar o Hospital Colônia, em 1979.

¹⁰ Psiquiatra demitido após denunciar as condições e tratamentos desumanos observados no Hospital Colônia e pedir sua extinção.



Figura 2 – Alojamento do Hospital Colônia de Barbacena.



Fonte: Livro Holocausto brasileiro, [(2013)].

As mortes se avolumavam e tinha-se que dar uma destinação a suas vítimas. Lotes de cadáveres dos internos do Colônia eram vendidos e disputados por instituições de ensino, sem que houvesse qualquer consentimento dos seus familiares. Diretamente do Hospital Colônia, como denuncia a jornalista Daniela Arbex (2013), 1.823 corpos foram vendidos para dezessete faculdades de medicina do país, sendo que só a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) adquiriu 543 corpos em uma década.

Figura 3 : Ala feminina no Hospital Colônia de Barbacena.



Fonte: Livro Holocausto brasileiro, [(2013)].

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023

Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>

Sanatórios de outros municípios mineiros também participaram deste mercado negro fornecendo os corpos dos internos que ceifavam. Estávamos diante de um crime de lesa-humanidade, já definido em 1945, pelos estatutos do Tribunal Internacional de Nuremberg, como observa Gonçalves (2001), para julgar os atos perpetrados pelos criminosos nazistas, crimes inconcebíveis e deste modo, não codificados.¹¹

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos. A teoria eugenista, que sustentava a ideia de limpeza social, fortalecia o hospital e justificava seus abusos. Livrar a sociedade da escória, desfazendo-se dela, de preferência em local que a vista não pudesse alcançar (ARBEX, 2013, p. 23-24).

O Colônia de Barbacena é um marco indelével na história da psiquiatria mineira, mas refletiu a realidade do sistema manicomial brasileiro. Em 1980, é determinado o fechamento do Hospital Psiquiátrico de Barbacena.

Segundo Amarante (2023, p.16), o termo “colônia” foi naturalizado, passando a ideia de uma civilização exclusiva de loucos e de um espaço de gestão de toda espécie de distúrbios mentais e sociais. Realidades semelhantes à do Hospital Colônia de Barbacena foram evidenciadas em vários outros manicômios do Brasil, a exemplo do Hospício Colônia de Juqueri (SP), dos Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (PA). Podemos apontar ainda o Hospital Colônia Sant’Ana, no município de São José (SC), cuja fundação também remonta “ao início da institucionalização da loucura”, como observa Borges (2007, p. 1531).

As mortes se avolumavam e tinha-se que dar uma destinação a suas vítimas. Lotes de cadáveres dos internos do Colônia eram vendidos e disputados por instituições de ensino, sem que houvesse qualquer consentimento dos seus familiares.

¹¹ Crime contra a humanidade, segundo a definição vigente no direito internacional, são crimes cometidos como parte de um ataque sistemático de uma pessoa ou de um grupo contra uma população civil atentando contra a vida e a dignidade dessas pessoas, conferindo-lhes sofrimento proposital. O Tribunal Penal Internacional (TPI), criado pelo Estatuto de Roma, é um organismo internacional permanente, com jurisdição para investigar e julgar indivíduos acusados de genocídio e crimes contra a humanidade. Em 20 de junho de 2002, o Brasil ratificou o Estatuto de Roma, que passou a integrar a legislação brasileira. Disponível em: < <https://www.gov.br/mre/pt-br/delbrasonu/temas-juridicos/tribunal-penal-internacional> > acesso em 17 maio 2023.



É preciso perceber que nenhuma violação dos direitos humanos mais básicos se sustenta por tanto tempo sem a nossa omissão, menos ainda uma bárbara como esta Barbacena. Eliane Brum¹²

Os discursos e práticas psiquiátricas produziram muitas vítimas, entretanto não se pode, no caso brasileiro, atribuir tão-somente aos iniciais conhecimentos da ciência médica a barbárie que predominou no sistema manicomial no país. Ao prefaciá-lo Holocausto brasileiro de Arbex (2013, p. ?), Eliane Brum destaca que as violações aos direitos humanos no “colônias” brasileiros foram deliberada e reiteradamente “esquecidas”:

“Umas poucas vezes, os esqueletos do Colônia subiram à superfície. Passada a comoção pública, voltavam ao fundo empurrados pelas pedras de sempre. Em 1961, a rotina do hospício foi contada na revista O Cruzeiro, pelo fotógrafo Luiz Alfredo e pelo repórter José Franco. O título da matéria era: “A sucursal do inferno”. Em 1979, o repórter Hiram Firmino e a fotógrafa Jane Faria publicaram a reportagem “Os porões da loucura”, no Estado de Minas. O documentário Em nome da razão, de Helvécio Ratton, filmado em 1979, tornou-se um símbolo da luta antimanicomial.

Houve aceitação ou tolerância por parte da sociedade. Houve omissão por parte do Estado Brasileiro, por negligência ou como prática de uma política estatal que punia apartando da sociedade, insanos, anormais ou simplesmente inimigos políticos; o que se evidenciou no período em que o Brasil viveu um estado de exceção – 1964 a 1984

4. A REFORMA PSIQUIÁTRICA: um processo complexo e contínuo.

"Quando dizemos não ao asilo, dizemos não à miséria do mundo e nos unimos com todas as pessoas do mundo que lutam por uma situação de emancipação. Franco Basaglia"¹³

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, trouxe uma garantia de liberdade, insuflando movimentos contestatórios, cujo ápice se deu no icônico ano de 1968. A partir da década de 1970, iniciou-se um movimento em vários países em que colocava em debate a lógica manicomial, os tratamentos convencionais que impingiam sofrimento ao doente, os diagnósticos e o próprio conceito de doença mental. O professor Desviat acrescenta que,

Não era a negação da doença mental nem da psiquiatria, nem tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que se relacionava com a recusa do mandado outorgado pela sociedade aos psiquiatras para que eles isolassem, exorcizassem e anulassem os sujeitos à margem da normalidade social (DESVIAT, 1999, p. 44).

¹² No prefácio à primeira edição da obra Holocausto Brasileiro, de Daniela Arbex.

¹³ BASAGLIA, Franco. Conferenze brasiliane. Org. Franca Basaglia Ongaro; Maria Grazia Giannichedda. Milano: Raffaello Cortina. 2000, p. 28.



O movimento reivindicava uma reconfiguração do modelo de assistência em saúde mental. Denunciava-se a violação dos direitos das pessoas institucionalizadas, questionava-se a exclusividade dos conceitos terapêuticos centrados na psiquiatria e o clássico modelo hospitalocêntrico. A gênese das reformas psiquiátricas, que veremos implementadas em vários países, está no movimento de luta antimanicomial.

No Brasil, o movimento reformista adquire força com o arrefecimento da ditadura militar e o processo de abertura política, que observamos em meados da década de 1970. Mas, um marco na história da evolução da saúde mental no Brasil, que precede inclusive a tímida movimentação antimanicomial naquele momento, é certamente o trabalho de Nise Magalhães da Silveira (1905-1999).

No início de sua atuação na psiquiatria, Nise positivou que a maioria dos internos não tinham qualquer contato social e que 70% dos que recebiam alta, retornavam à instituição. A psiquiatra alagoana procurou sensibilizar as autoridades e a sociedade acerca da ineficácia da terapêutica aplicada e das condições sub-humanas dos manicômios brasileiros. Acreditava que procedimentos usuais como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia não recuperavam a sanidade dos internos e anulavam suas personalidades.

Silveira concluiu pela ineficácia flagrante do modelo asilar e assim nasceu a Casa das Palmeiras, “[...] uma instituição intermediária entre a internação e a vida em sociedade, espécie de câmara de decompressão.” (MELO, 2023, p. 25)

Em 1946, abriu um ateliê de pintura na Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico, no bairro do Engenho de Dentro (RJ). Propunha uma terapia alternativa centrada no paradigma estético. Consoante Bezerra Jr. (2011, p. 14), o ateliê que Nise criou “era uma ilha de emoções, de relações afetivas, de expressão subjetiva, um lugar de convívio e exploração da singularidade”.

Figura 3: “Cliente” Emygdio de Barros pintando no jardim do hospital.¹⁴



Fonte: Arquivo Nise da Silveira [(2023)]

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023

Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>

Sua atuação se mostrou frutífera:¹⁵ em 1952, fundou o Museu de Imagens do Inconsciente e, em 1956, inaugurou a Casa das Palmeiras, clínica com as portas abertas que antecedeu a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

A exuberância da produção de pinturas, desenhos e modelagens realizados neste ambiente de liberdade fez aflorar as individualidades, como relata Melo (2023, p. 24):

[...] fez emergir pessoas com nome e sobrenome, pessoas com lembranças, saudades, sofrimentos, ambições e desejos. O enquadre ético e a instalação do humano possibilitaram o resgate de histórias de vida, contadas em revistas, livros, filmes e exposições artístico-científicas.

Em abril de 1978, nascia o MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental que seria o protagonista do processo reformista da psiquiatria brasileira.

Muitos eventos concorrem para manter a ascensão da luta antimanicomial. Em outubro de 1978, um seminário internacional traz ao Brasil pensadores críticos ao sistema assistencial em saúde mental, como Szaz, Goffman, Castel e Basaglia. O médico e pensador Franco Basaglia é a pessoa-símbolo da luta antimanicomial global. Liderou o movimento reformista italiano e foi referência para a reforma psiquiátrica no Brasil. Em seus estudos e militância, denunciava a estrutura autoritária, coercitiva e hierárquica sobre a qual se apoiava a instituição psiquiátrica. Questionava a eficácia do sistema de tratamento que colocava o internamento no hospital psiquiátrico como o próprio ato terapêutico. Propunha uma transformação profunda em toda a estrutura manicomial italiana que em si se mostrou destrutiva e anti terapêutica: uma reforma de alto a baixo. Defendia que o tratamento da pessoa em sofrimento mental apenas seria exitoso com a construção e manutenção de uma rede de apoio multiprofissional, com psiquiatras, terapeutas e assistentes sociais e com a participação efetiva da família e do próprio paciente. Em 13 de maio de 1978, foi outorgada a lei que determinou o fechamento definitivo dos 98 hospitais psiquiátricos na Itália. A primeira no mundo (SERAPIONI, 2019, p.1169-1187).

O pensamento crítico de Basaglia e a experiência da luta italiana irão influenciar em grande medida o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil. Em sua primeira viagem ao Brasil, Basaglia conheceu o Hospital Colônia de Barbacena. Para Amarante (2023, p. 17), um marco histórico no movimento reformista:

¹⁴ “Nise da Silveira rejeitava a palavra paciente em relação aos internos dos hospitais psiquiátricos. Ela determinava o uso de clientes para reforçar a relação de troca, mas preferia sempre se referir a eles pelos nomes. Cada pessoa é um universo. São muitas as histórias de reações severas da doutora quando ouvia alguém se referir a seus clientes como pacientes.” Projeto Ocupação do Itaú Cultural, Nise da Silveira. Disponível em: <https://www.itaucultural.org.br/ocupacao/nise-da-silveira/jung/>. Acesso em: 26 de maio 2023.

¹⁵ Em 2019, a Universidade Federal Fluminense (UFF) e O Museu de Imagens do Inconsciente (RJ) se uniram numa homenagem à Nise da Silveira pelos 20 anos de sua morte. O documentário conta a história de sua vida. Disponível em: <https://www.canalsaudefiocruz.br/canal/videoAberto/imagens-do-inconsciente-doc-cs30-0003>. Acesso em: 26 maio 2023.



Impactado pelas cenas de miséria e violência da instituição, Basaglia comparou-a a um 'campo de concentração nazista', lugar de produção de morte e não de cuidado e tratamento. A visita repercutiu fortemente na imprensa, tendo em vista que a sociedade brasileira não tinha nenhuma noção do que eram aquelas supostas 'instituições de assistência médica.

As décadas de 1970 e 1980 são marcadas pelo pensamento crítico à institucionalização da loucura. Nos anos 1980, experiências práticas de assistência e cuidados em liberdade passaram a ser protagonizadas pelo Movimento de Luta Antimanicomial, que nasce do MTSM, envolvendo os usuários, familiares, centros assistenciais e centros culturais. Em São Paulo, nasce o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) prestando serviços de cuidado intensivo a usuários com quadro psiquiátrico grave sem lançar mão da hospitalização, modelo assistencial hegemônico no momento (AMARANTE, 2018).

A Constituição Federal, de 1988, também conhecida por Constituição Cidadã, trouxe a garantia e a fundamentação jurídica para a reforma. O artigo primeiro define a cidadania e a dignidade humana como um dos fundamentos do Estado Brasileiro. O terceiro, a construção de uma sociedade livre, justa e solidária e a promoção do bem comum sem discriminação de qualquer espécie, como objetivos fundamentais do país. O artigo quinto dispõe sobre os direitos e garantias fundamentais, consagrando no caput o princípio da igualdade, ao dispor que todos são iguais perante a lei e sem distinção de qualquer natureza. O inciso III determina "que ninguém será submetido a tortura, nem a tratamento desumano ou degradante." Todos, valores democráticos caros para a luta antimanicomial.

A Constituição de 88 estabeleceu a saúde como um direito de todos os cidadãos e obrigação do Estado e, em conjunto com a Assistência e a Previdência Social, passou a compor a Seguridade Social brasileira. Reza o artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

O SUS, sistema único de saúde, ficou definido como política pública de saúde:

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988).



A reforma psiquiátrica no Brasil virá na forma da Lei n. 10.216, aprovada em 2001, também nomeada “Lei Paulo Delgado”¹⁶. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A Lei n. 10.216/2001 estabelece a responsabilidade exclusiva do Estado Brasileiro na condução da política de saúde mental. Atendendo às exigências do Movimento de Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem por pilares a desospitalização, desinstitucionalização, a ressocialização das pessoas acometidas de transtorno mental ou em sofrimento psíquico.

A internação em instituições asilares, assim definidas como instituições desprovidas de estrutura de assistência integral, ou seja, que não inclua serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais e de lazer, é vetada de forma peremptória. Em suma, estabelece-se o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos e a redução dos leitos, importando em uma reconfiguração do clássico modelo de assistência asilar para o modelo comunitário, prevendo a abertura de serviços comunitários e a participação social no acompanhamento de sua implementação. Nesse sentido, Foucault (2019, p. 428) vaticinou apontando que “O lugar natural da cura não é o hospital, é a família, pelo menos o meio imediato do doente.”

A ressocialização é reconhecida como um dos direitos do portador de transtorno mental e meio necessário para se alcançar a sua recuperação. As internações serão cogitadas apenas quando exauridos todos os recursos extra-hospitalares e ainda assim por tempo limitado. O objetivo central da lei é a reinserção social, o resgate da cidadania e o respeito à dignidade humana que se dará pelo convívio social, o acesso à cultura, ao trabalho, à produção de renda e pela atenção direcionada. O cuidado humanizado em saúde mental importa em ver aqueles que vivenciam diferentes formas de sofrimento psicológico para além de sua condição nosológica. O usuário do sistema sai da condição de observador marginal e passa a participar ativamente de todo o processo e das decisões sobre a forma do tratamento.

Deriva do texto legal a substituição dos manicômios por uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todo o território nacional, que é instituído em 2011 (BRASIL, 2011). A rede consiste em um modelo articulado, extra-hospitalar, não mais centralizado na figura do médico e conduzido por equipes multiprofissionais. De forma gratuita, oferece tratamentos conduzidos por profissionais especializados como médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais e outros para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. O trabalho em rede se caracteriza pela transversalidade das práticas e saberes entre os profissionais de saúde, em diálogo com as experiências e vivências do usuário, familiares e comunidades.

¹⁶ Paulo Delgado é sociólogo e ex-deputado federal. Foi autor do Projeto de Lei n. 3.657, de 1989, que previa a extinção dos manicômios no Brasil. Em seus termos, “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”.



A Rede de Atenção Psicossocial é composta pelos Centros de Atenção Psicossocial, os serviços residenciais psiquiátricos, as unidades de acolhimento, os leitos de saúde mental em hospitais gerais e o Programa de Volta para Casa.

Importante destacarmos que a política de saúde mental estruturada pela Lei Paulo Delgado está intimamente vinculada à criação do SUS e ao processo de redemocratização do Brasil. A proposta de um sistema único de saúde foi elaborada pelo sanitarista Sérgio Arouca, do Centro de Estudos de Saúde, e constava do documento "A questão democrática na área da saúde", apresentado no I Simpósio de Políticas de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979. Universalização, equidade e integralidade são os princípios norteadores do SUS incorporados pela Constituição Federal de 1988, o que ensejará a implantação de uma política de saúde mental no país.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o substitutivo do hospital psiquiátrico e representa o câmbio no secular paradigma asilar. Nos termos da Portaria SAS/MS n. 224, 1992, "é a porta de entrada da rede serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada". Os serviços de saúde são de caráter aberto e comunitário e se direcionam,

[...] a pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras substâncias, que se encontram em situações de crise ou em processos de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2023, p. ?).

Os Caps se apresentam em modalidades diferenciadas segundo o público-alvo e o recorte populacional:

Caps I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.

Caps II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps AD: Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

Caps III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD III: Álcool e Drogas: Atendimento com 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Caps AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenários de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação. (BRASIL, 2023, p. ?)



Os Caps fornecem atendimento individualizado ou em grupo; atividades comunitárias; oficinas de trabalho, visando à capacitação e à geração de renda; oficinas de arte, fornecimento de refeições, dentre outras modalidades. A prevenção das doenças mentais está no centro da rede de atenção, concretizando-se por meio de cuidados e orientações, em domicílios, aos usuários e à família, de modo a se antecipar ou evitar a instalação de crises e surtos (BRASIL, 1992). Os hospitais psiquiátricos não estão inseridos na Raps; pois constituem a atenção terciária, observada quando todos os demais instrumentos de assistência na saúde mental se mostrarem insuficientes.

Em 2000, por meio da Portaria n. 106/GM/MS, são criados os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental (BRASIL, 2000), destinando moradia ao portador de transtornos mentais egressos de internações de longa permanência. A Portaria n. 3.588/2017 estendeu o acolhimento a pessoas com transtornos mentais graves, moradores de rua e egressos de unidades prisionais comuns. Os SRT constituem um substitutivo à internação psiquiátrica prolongada e se inserem na lógica antimanicomial.

Ancorado na Lei n. 10.708, de 31 de julho de 2003, é lançado o Programa de Volta para a Casa (BRASIL, 2003). O PVC é um avanço na Reforma Psiquiátrica. Ao oferecer auxílio à reabilitação psicossocial das pessoas com histórico de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou de custódia, estimula que exerçam plenamente seus direitos civis, políticos e de cidadania.

A eficácia da Reforma Psiquiátrica excede as necessárias estratégias de desinstitucionalização, como a reforma de serviços e tecnologias de cuidado. Há todo um arcabouço cultural a ser reelaborado a respeito da visão da sociedade acerca das pessoas com transtornos mentais, que passa pela educação, conscientização e reflexões.

Amarante (2019) analisa o conceito, destacando:

A Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo. É social, porque envolve atores sociais diversos, conflitos interpessoais, revisões técnicas, visões de mundo, ideologias e religiosidades diferentes. No sentido epistemológico, porque não há ciência ou um saber psiquiátrico e/ou psicanalítico que dê conta da dimensão e complexidade dessa experiência humana. A experiência do inconsciente, do psiquismo e da subjetividade, assim como a vida e a existência, sempre estarão além daquilo que o homem pode explicar.

Nas últimas décadas, a Reforma Psiquiátrica logrou avanços relevantes nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial.

A Política Nacional de Saúde Mental está em vias de consolidação com a ampliação da RAPS em todo o território nacional. Segundo dados atualizados do Ministério da Saúde (2023), o Brasil conta no momento com 2.836 Caps habilitados, distribuídos em 1.910 municípios, presentes em todos os estados da Federação e DF, totalizando um custeio anual superior a R \$1,27 milhão. Em 2021, o valor do benefício instituído pelo PVC foi reajustado para R\$500,00 e entregues diretamente ao beneficiário. Possui 813 SRTs com custeio de R\$ 130 milhões anuais. O número de leitos de saúde mental em hospitais gerais saltou de 719 em 2013 para 1952 em 2022. Os dados colhidos ainda apontam para a expressiva diminuição de leitos



psiquiátricos em hospitais especializados: dos 30.244 em 2007 caiu para 12.662 em junho/2022. Contudo, as conquistas vêm sendo progressivamente ameaçadas.

No contexto do advento RAPS, emerge uma resistência ao processo de reforma psiquiátrica, conhecido como “contrarreforma”, consagrada na constituição das “comunidades terapêuticas”. Segundo Pinho (2023), as CTs ganham protagonismo no acolhimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas durante os governos Michel Temer (2016 - 2019) e Jair Bolsonaro (2019 - 2022) e, com a criação da Secretaria Nacional de Prevenção às Drogas, passa à subordinação do Ministério da Cidadania. Ainda que não sejam dispositivos de cuidado e nem políticas públicas, vai se consagrando como instituição substitutiva na agenda de oferta de atenção que deve ser ofertado apenas pelo SUS e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Paradoxal, porque, no contexto do SUS, a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas, alinhado à reforma psiquiátrica, tem como parte de sua história os processos de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos, acumulando grande experiência na substituição de equipamentos do modelo asilar por rede de serviços comunitários e garantidores de direitos. (PINHO, 2023, p. 37)

O pesquisador aponta que as comunidades terapêuticas são instituições privadas que captam investimentos de custeio destinados às políticas públicas de cuidado em saúde mental, álcool e drogas, derivando o enfraquecimento do SUS. Por outro lado, não se submetem a nenhum tipo de fiscalização dos financiamentos públicos drenados, gozam de fraco ou inexistente controle social e tem no trabalho, disciplina e espiritualidade seus pilares.

Retomando a lógica manicomial, as CTs impõem o isolamento social das pessoas adictas na crença de que afastados do “lócus do uso e do acesso a drogas, elas se ‘curam’.” As CTs encontram-se vinculadas a igrejas ou organizações religiosas ou a organizações que tenham a espiritualidade como meio de enfrentamento à drogadição (PINHO, 2023, p. 38). Em suma, ferem o direito à liberdade religiosa garantida na Constituição Federal e, retrocedendo mais de um século na história da psiquiatria, apostam na “cura” pelo tratamento moral. O Conselho Regional de Psicologia de São Paulo alerta para as situações de maus tratos, práticas de violência e violações de direitos humanos reiteradamente denunciadas contra as comunidades terapêuticas e noticiadas ostensivamente na mídia clássica como na digital.

Desde 2015, os recursos públicos financiadores das políticas de saúde mental no Brasil vêm diminuindo e são direcionados às comunidades terapêuticas e a hospitais psiquiátricos fomentando o aumento de instituições asilares.

Em 2019, a Reforma Psiquiátrica é atingida em seus pilares basilares construídos após décadas de luta contra o modelo psiquiátrico asilar e debates com a sociedade sobre política pública em saúde mental. O Ministério da Saúde, na gestão de Luiz Henrique Mandetta, emitiu a Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MSN propondo modificações na Política Nacional de Saúde Mental e nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. A nota propõe a retomada de formas de tratamento invasivos, como a eletroconvulsoterapia (ECT); privilegia a internação como melhor via terapêutica, o que estimula a proliferação de hospitais psiquiátricos, o aumento de leitos em hospitais convencionais e o incentivo à fundação



comunidades terapêuticas (CT); promove a abstinência como solução para a drogadição; recomenda a internação de crianças e adolescentes, dentre outras propostas.

A Nota Técnica explicita a intenção de incorporação dos hospitais psiquiátricos à RAPS:

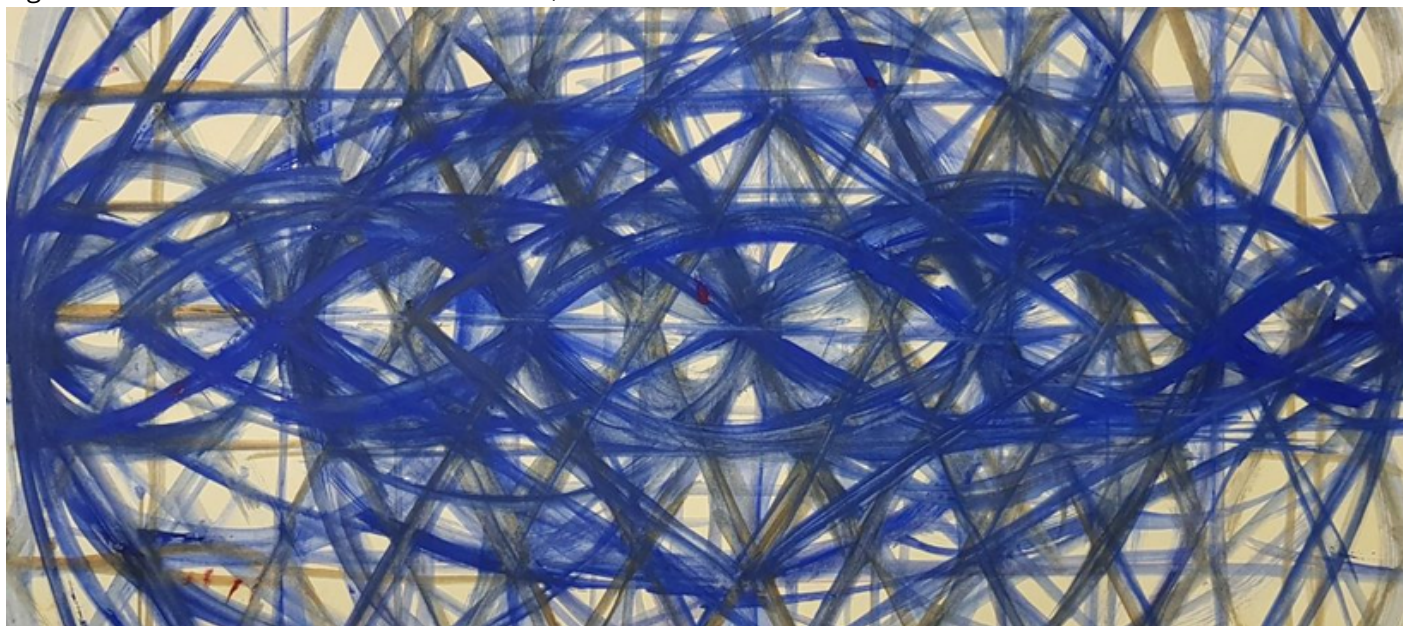
É importante ressaltar que a RAPS está sendo expandida e fortalecida, sem prejuízo de nenhum de seus componentes, mantendo a política de assistência comunitária, no território, com intervenções o menos invasivas possíveis e mantendo também as ações de desinstitucionalização (saída de moradores de Hospitais Psiquiátricos). **Não cabe mais a ideia de que Hospitais Psiquiátricos devem abrigar moradores. Porém, também não cabe mais a ideia de que tais Serviços devam ser fechados** (grifo nosso). Os Hospitais Psiquiátricos devem ter qualidade para receber pacientes para internações humanizadas e com vistas ao seu retorno para Serviços de base territorial, assim que possível. (BRASIL, 2019, p. 8)

A nota repercutiu negativamente na sociedade civil e recebeu críticas de setores ligados à saúde mental. Em nota de repúdio emitida em 15 de fevereiro de 2019, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo enfatiza que “o modelo de cuidado em liberdade está em jogo com o reinvestimento em hospitais psiquiátricos” e alerta para o potencial descompromisso de tais instituições com a “violação dos direitos humanos considerando a conjuntura social, econômica e política que passava o país.”

Outra ameaça preocupante aos avanços na política de saúde mental ocorreu em dezembro de 2020, quando o Ministério da Saúde apresentou uma planilha com propostas de revogação de várias portarias editadas entre 1991 e 2014 que estabelecem a política pública de saúde mental. Entre as mudanças sugeridas pelo “revogaço” do governo federal estavam o fim do Programa De Volta para Casa, das equipes de Consultório na Rua e o Serviço Residencial Terapêutico, consoante informa o portal Agência Senado.

Todos esses acontecimentos vêm abrindo fissuras na Reforma Psiquiátrica, o que representa um grande retrocesso de uma política pública de saúde mental internacionalmente reconhecida. E um grande risco para a saúde de milhões de brasileiros.

Figura 4: Pintura do “cliente” Fernando Diniz, sem título.



Fonte: Arquivo Nise da Silveira [(2023)]

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023

Disponível em: < www.saladerecursos.com.br >

"Há muitas ameaças e há muitos retrocessos que estão sendo engendrados a partir de quem não acredita na liberdade e nem aceita a humanidade na sua fatura que ela deva carregar. Mas há uma resistência por quem passou por manicômio. Eu lembro da fala do Zé Alves, que é líder do movimento da saúde mental no Distrito Federal, e ele diz: 'Eu fiquei dois anos no hospício e, em dois anos, eu morri várias vezes.' E ele diz: 'nenhum passo atrás: manicômio nunca mais!'" Érika Kokay¹⁷

Os manicômios, também conhecidos como hospícios, colônia e hospitais psiquiátricos foram concebidos como local ideal e necessário ao tratamento dos alienados; na linguagem psiquiátrica mais recente, dos doentes mentais. Neste espaço, privados do convívio dos familiares e amigos, supostamente receberiam tratamento adequado e alcançariam a cura. As concepções da psiquiatria francesa de Philippe Pinel tomavam por base a lógica manicomial. A cura para os transtornos mentais estava atrelada à segregação e ao tratamento moral. Os manicômios se mostraram, no curso histórico, como espaço de exclusão que degradava as individualidades. Contrariamente ao seu desiderato primaz de tratamento, o que se viu foi o cárcere deliberado e a reiterada violação dos direitos do homem e do cidadão.

Não existe democracia sem liberdade e respeito pela diversidade humana. A luta antimanicomial é acima de tudo uma luta pelos direitos das pessoas com transtorno mentais a um tratamento digno. A Lei 10.216/2001 é um marco histórico e desafiador para as práticas em saúde mental e nasce de um movimento aguerrido de reforma psiquiátrica propiciado pela redemocratização do Brasil. A Constituição de 1988, ao definir o Sistema Único de Saúde como política pública de saúde, resgata a cidadania e declara que a saúde é um direito de todos.

A Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira reconfigurou o modelo assistencial em saúde mental no País, tendo como principal repercussão a mudança do regime asilar de tratamento para o tratamento em meio comunitário realizado sobretudo nos diversos tipos de Centros de Atenção Psicossocial. Hoje, os Caps dão assistência completa biopsicossocial, oferecendo um atendimento humanizado viabilizado pela ampla rede de atenção e cuidados aos usuários do sistema.

A concretização da mudança na política pública da saúde mental enfrenta desafios culturais, políticos, sociais e éticos. Depende de regulamentações, sendo que a maior parte dos programas estão assentados em normas instáveis como as portarias ministeriais, que são instrumentos suscetíveis de alteração a depender da orientação política governamental. Demanda a formação técnica e teórica dos profissionais, atualização constante dos saberes e investimentos financeiros suficientes no Sistema Único de Saúde.

O desmonte de instituições asilares, a criação de uma rede de assistência da saúde mental, o suporte legal que vai de norma constitucional a normas infralegais são frutos da luta antimanicomial. Em que pese os objetivos alcançados e os esforços reiterados na ampliação e

¹⁷ Discurso da deputada federal Érika Kokay na Sessão Solene em Homenagem ao Aniversário de Brasília, na Câmara dos Deputados, em 25 de abril de 2022. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/868531-lei-da-reforma-psiquiatrica-completa-21-anos-em-meio-a-avancos-e-desafios/>. Acesso em: 01 jun. 2023.



melhoramentos do sistema, há que se considerar a necessidade de uma mudança cultural na forma que as pessoas em sofrimento mental e psíquico são percebidas e tratadas dentro da sociedade. Amarante (1995) destaca que a desinstitucionalização vai além da superação do modelo arcaico centrado no hospital e na relação dual doente-médico. A Reforma Psiquiátrica prioriza o usuário como sujeito de direito que é; e não como objeto da prática psiquiátrica.

A manutenção de direitos, duramente conquistados, demanda vigilância constante. O Brasil vivencia um movimento de contrarreforma que objetiva resgatar o modelo manicomial. A Reforma Psiquiátrica vem sofrendo assaltos e a sociedade brasileira precisa acompanhar esses movimentos.

É preciso estar atento e forte.

.



6. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: jul. - set., p. 491- 494,1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 23, n. 6, jun. p. 2067 - 2074, 2018.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. O pesadelo da normalidade. **Revista Cult**. São Paulo: v. 292, n. 26, abri., p. 16-20, 2023.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ASSIS, Machado. **O alienista**. Petrópolis: Vozes, 2017.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. **Conferenze brasiliane**. BASAGLIA, Franca Ongaro; GIANNICHECKDA, Maria Grazia (Org.). Milano: Raffaello Cortina, 2000.

BEZERRA Jr. Benilton. Os sentidos da arte na atenção à Saúde Mental: considerações sobre o cenário pós-manicomial. In Melo, W. & Ferreira, A. P. (Orgs.). **A sabedoria que a gente não sabe**. Coleção Arte & Saúde Mental 2. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2011.

BORGES, Viviane Trindade. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’ Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro: v. 20, n. 4, out. - dez., p.1531-1549, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/hKkWwKBnkT7XQxBbdNKvYJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e programas**. Brasília, 2001. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>. Acesso em: 22, maio, 2023.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal - Centro Gráfico, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15, abr., 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1.

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023
Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>



_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000.** Dispõe sobre a criação e regulamentação das residências terapêuticas para portadores de transtornos mentais. Brasília. 1992. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/>>. Acesso em: 30 abr., 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992.** Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: 1992. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_224.pdf>. Acesso em: 30, abr.2023.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta para Casa”.** Brasília: 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf. Acesso em: 30, abr. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica n. 11/2019.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 30, maio, 2023.

DESVIAT, Manuel. **A reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2019.

GONÇALVES, Joanisval Brito. **Tribunal de Nuremberg, 1945-1946:** a gênese de uma nova ordem no direito internacional. Rio de Janeiro: Renovar, 2001.

JABLONKA, Ivan. **La historia es una literatura contemporánea:** manifesto por la ciencias sociales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2016.

KIMATI, Marcelo. Medicalização e sociedade contemporânea. **Revista Cult.** São Paulo: v. 292, n. 26, p. 16-20, abr., 2023.

MELO, Walter. Comunidades terapêuticas e seus artifícios. **Revista Cult.** São Paulo: n. ano 26, v. 292, p. 36 – 41, abr., 2023.

Nota de Repúdio à Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS que dispõe Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo**, 2019. Disponível em:<<https://www.crpsp.org/noticia/view/2314/nota-de-repudio-a-nota-tecnica-n-112019-cgmaddapessasms>>. Acesso em: 01 jun. 2023.

PACHECO, Maria V. P. de Camargo. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, ano 6, n. 2, p. 152 – 157, jun., 2003.

PINHO, Leonardo. Nise da Silveira e a instalação do humano. **Revista Cult**, São Paulo, n. ano 26, v. 292, p. 22-26, abr., 2023.

PINHO, Lúcia R. O. Da stultifera navis ao asilo moderno: do binômio loucura-exclusão. **Sala de Recursos Revista.** Rio de Janeiro: Leia Brasil, v. 2, n. 2, maio-ago., 2021. Disponível em: <<https://saladerecursos.com.br/da-stultifera-navis-ao-asilo-moderno-o-binomio-loucura-exclusao/>>. Acesso em: 20, maio, 2023.

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, jan. - jun, 2023.
Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>



SENADO NOTÍCIAS. Após 20 anos, reforma psiquiátrica ainda divide opiniões. **Agência Senado**. Brasília, 06 de abril de 2021. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/04/06/apos-20-anos-reforma-psiquiatrica-ainda-divide-opinioes>>. Acesso em: 01, jun., 2023.

SERAPIONI, Mauro. Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1169- 1187, out./dez. 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/xyFt7t59w8czHWXY3TSgLVLC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22, abr., 2023.

SZASZ, Thomas. **A fabricação da loucura**: um estudo comparativo entre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1971.

WANDERLEY, Mariângela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: B. Sawaia (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, p. 16-26, 2001.

COMO CITAR

PINHO, Lúcia R. O. Da Lógica Manicomial á Reforma Psiquiátrica: Uma História em Movimento. **Sala de Recursos Revista**. Rio de Janeiro: Leia Brasil, v. 4, n. 1, jan-julho., 2023. Disponível em: <<https://saladerecursos.com.br/da-stultifera-navis-ao-asilo-moderno-o-binomio-loucura-exclusao/>>. Acesso em:



SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023
Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>



POTÊNCIA CULTURAL LINGUÍSTICA E OS EFEITOS NA SURDEZ E NA SURDOCEGUEIRA

Fatima Ali Abdalah Abdel Cader-Nascimento

1.RESUMO

O presente artigo objetiva discutir os conceitos dos aspectos culturais, linguísticos e identitários na constituição da pessoa com surdez e surdocegueira e seus efeitos na prática de ensino intencional. Nesse sentido, o artigo resgata que a presença da deficiência ou de um transtorno funcional ou específico não é determinante do humano, mas os limites impostos nos espaços socioculturais são condicionantes para os processos restritivos de desenvolvimento das potencialidades humanas. Dessa forma, ao longo do texto são apresentados argumentos que evidenciam que a deficiência sensorial, não torna a pessoa melhor ou pior, mas marca uma distinção entre elas. Nesse sentido, defendemos que a diferença demanda por acolhimento, cuidado e respeito por todos, em especial pela comunidade escolar e sociocultural da qual pertencemos.

Palavras-chave:

Deficiência sensorial. Cultura. Identidade. Língua de sinais.

figura 1: Foto da autora



Fonte: arquivo pessoal

Fatima Ali Abdalah Abdel Cader-Nascimento: concluiu o doutorado em educação especial (educação do indivíduo especial) pela Universidade Federal de São Carlos. possui experiência docente na educação básica e superior, publicação em periódicos especializados, trabalhos em anais, capítulos de livros e livros. orienta trabalhos de conclusão de curso, iniciação científica, monografias de especialização, com participação em bancas de qualificação e de defesa de mestrado e doutorado. atua na área de educação, com ênfase em educação especial, desenvolvimento da linguagem e aquisição linguística em condições específicas, processo de ensino e aprendizagem da educação básica ao ensino superior.



Neste texto, vamos estudar os aspectos culturais, linguísticos e identitários desenvolvidos no âmbito das ciências humanas, entre elas a antropologia, uma das mais significativas para a compreensão da nossa condição humana. Abordaremos argumentos para explicar a pessoa enquanto ser ativo, histórico, social e, eminentemente, cultural. Assim, discutiremos acerca da presença ou ausência da percepção auditiva na existência humana, conforme destaca Montesquieu (apud BRASIL, 2002, p. 36) “[...] a humanidade poderia existir sem a audição, sem o paladar e sem o olfato, quer dizer, sem nenhuma noção do ruído, do sabor e do odor. [...]”. Assim, a surdez não torna a pessoa melhor ou pior que o ouvinte, mas diferente. Postura que vai contra os paradigmas arcaicos pautado nas restrições de surdos, na defesa de que os limites se encontram no ambiente e não na pessoa. Defendemos aqui o modelo sociocultural, um olhar antropológico e cultural da surdez.

Dito isso e tendo como pano de fundo a surdez, nosso objetivo consiste em: a) evidenciar que existem muitas formas para conceituar a cultura; b) discutir o impacto do contexto histórico e científico na diversidade dos conceitos de cultura e os seus efeitos na surdez¹ enquanto diferença, experiência visual, identidade multifacetada; c) exemplificar processos da cultura surda distintos da cultura ouvinte; d) evidenciar a importância da cultura na constituição identitária dos surdos e que as regras, padrões culturais são criados para garantir a cidadania da comunidade surda.

Assim, dando prosseguimento ressaltando que a cultura é o modo de ser e de viver do humano. Cultura se distancia da determinação biológica. Portanto, buscaremos evidenciar o conceito de cultura do ponto de vista da antropologia e seus impactos para a nossa atuação como professores de estudantes cuja característica básica é a diferença sensorial, física, mental, intelectual, linguística, comportamental, marcada por transtornos funcionais específicos e atravessados pela intersectorialidade de estruturas sociais e culturais.

Historicamente ao estudarmos a natureza da cultura podemos verificar que no século IV antes de Cristo, Confúcio, já defendia que a natureza das pessoas, suas necessidades de reconhecimento, amor, cuidado, pertencimento são as mesmas, mas os seus hábitos, os modos de comportamentos existentes são diversificados. Para Montaigne (1533-1572) pondera que cada pessoa considera errado o que não se pratica no seu território, no seu grupo social, na sua comunidade.

Segundo Laraia o antropólogo inglês Edward Taylor foi o primeiro a formalizar o conceito de cultura, o qual consiste em: “[...] todo o complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade” (TAYLOR apud LARAIA, 2007, p. 25). Esse conceito prevaleceu até o século XX, a partir do qual teremos uma diversidade de conceitos, abordaremos alguns.

¹ A surdez é uma diferença, uma construção histórica e social, efeito de conflitos sociais, ancorada em práticas de significação e de representações compartilhadas entre os surdos.”



As pesquisas do antropólogo americano Alfred Kroeber (1876-1960 apud LARAIA, 2007) possibilitaram a diversificação e a ampliação da formulação do conceito de cultura em total oposição à dimensão biológica. Para Kroeber o comportamento e o desempenho do homem vão além das limitações orgânicas, pois o homem é um ser que aprende nas relações que estabelece com o ambiente físico e humano. Nada no humano é determinado geneticamente, mas somos o efeito das relações e mediações que estabelecemos com os outros no nosso contexto imediato. Para discutir a diversificação do conceito de cultura, Kroeber utilizou-se do processo de análise comparativa entre animal e ser humano criados em condições distintas de suas origens. Assim, argumentou que um cão criado por gatos, sempre será um cão em função da determinação genética (aspecto filogenético da espécie), mas um recém-nascido de família francesa criado por chineses irá aprender com o meio os hábitos e costumes veiculados em seu contexto e não os vinculados à família de origem. Assim, o argumento de Kroeber parte do desenvolvimento do recém-nascido proveniente de um meio sociocultural específico e que é adotado por outra cultura. Com isso o autor evidencia que o processo de socialização é o fator crucial no desenvolvimento humano, nós nos tornamos humanos e não a determinação genética.

Laraia (2007, p. 25) discute que “[...] não basta a natureza criar pessoas altamente inteligentes, isto ela faz [...] mas é necessário que coloque ao alcance desses indivíduos o material que lhes permita exercer sua criatividade de uma maneira revolucionária. Cérebro privilegiado não basta.” Nesse contexto, Geertz (1973) sugere que não existe natureza humana independente da cultura. Pense no caso das pessoas surdas/surdocegas filhas de pais ouvintes e naqueles surdos/surdocegos filhos de famílias surdas, qual o contato linguístico dessas duas realidades culturais distintas no desenvolvimento da identidade do sujeito? Qual o impacto na constituição da subjetividade da convivência em um ambiente sem barreira de acesso às informações? Como ocorre o desenvolvimento cultural, linguístico e identitário em um meio no qual todos se apropriam das informações pela via visual e o outro no qual a maioria apreende e percebe o mundo pela audição?

A esse respeito Padden e Humphries (1999 apud BRASIL, 2002) que as pessoas surdas de famílias surdas, não desenvolvem o sentimento de perda auditiva, mas são levados pelo contexto das relações a descobrir o universo da surdez e as especificidades do mundo ouvinte. Os autores fazem referência ao depoimento citado por Perlmutter (1986 apud BRASIL, 2002, p.32) o qual descreve o contato de Sam Supalla, surdo e sua interação com uma vizinha, ouvinte, ambos com idades próximas. Ele descreve que:

“[...] ela era legal, mas esquisita: ele não conseguia conversar com ela como conversava com seus pais e irmãos mais velhos. Ela tinha dificuldades de entender gestos elementares! Depois de tentativas frustradas de se comunicar, ele começou a apontar para o que queria ou, simplesmente, arrastava a amiga para onde ele queria ir. Ele imaginava como deveria ser ruim para a amiga não conseguir se



comunicar [...] um dia, a mãe da menina aproximou-se e moveu seus lábios e, como mágica, a menina pegou sua casa de boneca e moveu-a para outro lugar. Sam ficou estupefato e foi para sua casa perguntar a sua mãe sobre, exatamente, qual era o tipo de problema da vizinha. Sua mãe lhe explicou que a amiga dele, bem como a mãe dela, eram ouvintes e, por isso, não sabiam sinais. Elas ‘falavam’, moviam seus lábios para se comunicar com os outros”.

Observe-se que nessa história a criança surda em ambiente cuja família é predominantemente surda não desenvolveu o sentimento de perda de uma função sensorial, muito menos do conceito de inferioridade ou dificuldade de acesso às informações do ambiente. Nesse caso, verificamos a busca de alternativas nas próprias interações de romper com as restrições do ambiente. Esse é o sonho da inclusão de defender e propor ações segundo o desenho universal, acessíveis a todos independente da condição social, econômica, física, sensorial, política, mental, étnica, entre outras marcas que fazem parte da humanidade.

Podemos pensar em situações ambientais distintas para surdos e ouvintes. Então, ao pensar em ouvintes comendo e conversando ao mesmo tempo ou falando debaixo d’água, ou ainda, conversando dentro de uma boate com som ensurdecador? Nessas condições ambientais é possível ao ouvinte estabelecer troca de informação? Nesses casos, a pessoa surda comunica normalmente (BRASIL, 2002).

Assim, Pimenta (2001, p.24), autor surdo brasileiro, declara que “[...] a surdez deve ser reconhecida como apenas mais um aspecto das infinitas possibilidades da diversidade humana, pois ser surdo não é melhor ou pior do que ser ouvinte, é apenas diferente”. O jeito diferente de ser surdo permite estabelecer comunicação embaixo d’água, na boate, comendo e conversando, mas não com um objeto na frente dos interlocutores.

Portanto, os trabalhos de Kroeber e tantos outros antropólogos e sociólogos contribuíram para ampliar a atitude de compreensão e respeito à diversidade entre os grupos humanos e com a luta para quebrar paradigmas, entre eles o da deficiência. As características “[...] consideradas inatas, herdadas biologicamente, passaram a ser vistas como aprendidas [...] tudo que se tomava por natural era na verdade fruto de um processo de interiorização de um padrão cultural” conforme destacam Assis e Nepomuceno (2008, p.3). Nesse contexto, há “[...] uma visão diferente de mundo, um jeito Ouvinte de ser e um jeito Surdo de ser, que nos permite falar em uma cultura da visão e outra da audição.” (BRASIL, 2002, p.39). A esse respeito há controvérsias e discussões entre autores acerca da cultura surda. Santana e Bergamo (2005) ressaltam a importância de mais estudos na área, para não correremos o risco de uma divisão social entre surdos e ouvintes. Reconhecem que há opiniões a favor e opiniões desfavoráveis que questionam que “[...] a língua por si só não totaliza uma cultura e que surdos e ouvintes crescem numa mesma cultura, participam do mesmo universo social” (SANTANA e BERGAMO, 2005, p. 573). Acreditamos que o momento é propício para fortalecer grupos minoritários, a partir de uma perspectiva universal entre surdos, surdocegos e ouvintes com uma política linguística promotora da difusão da língua de sinais em todos os espaços sociais.

Dessa forma, como seres humanos somos capazes por meio das experiências corporalmente



vivenciadas e mediadas de criar modos de produzir a vida, adaptar a ambientes adversos, transformar o meio, em outras palavras, somos capazes de garantir a vida e, ao mesmo tempo, produzir cultura. Assim, concordamos com Ullmann (1991, p.16) que a ampliação do conceito de cultura altera as possibilidades de compreensão do homem e da sociedade, na qual o homem é universal em cada contexto histórico “[...] regido pelas mesmas necessidades, guiado pelos mesmos impulsos, num afã gigantesco de atualizar todas as suas potencialidades”. Assim, membros de comunidades humanas encontram coerência dentro do próprio sistema cultural, sempre considerando que a cultura é dinâmica e que mudanças ocorrem dentro do próprio sistema ou do contato deste com outro sistema cultural. Nesse contexto, se torna crucial perceber a surdez e a surdocegueira como uma temática epistemológica e não audiológica, conforme apontam os estudos de Wrigley (1997).

Aqueles que defendem a cultura surda afirma que precisamos deixar claro que “[...] a cultura dos surdos sinaliza que as normas, valores, tecnologia e língua dos surdos são diferentes de outros grupos humanos” (ANDERSON, 1994, p. 2 apud BRASIL, 2002, p.39). Evidentemente que o contato entre culturas do mesmo território, espaço geográfico, irá compartilhar hábitos, vestuário, alimentação, costumes, crenças, mas que há singularidades que torna os surdos indivíduos multiculturais, sendo esse um ponto importante de ser salientado. Portanto, na medida em que o homem superou as adversidades da existência, ele libertou-se da natureza e passou a depender mais da capacidade ilimitada de obter conhecimento por meio da aprendizagem e atualizar suas potencialidades, processo denominado de endoculturação².

Geertz (1973) destaca que o crescimento do cérebro humano, isto é, o crescimento do neocórtex, foi depois da cultura e não antes dessa. Ressaltamos novamente com base em Geertz, que não há humanos sem cultura. Portanto, o homem ao dominar a natureza com vistas a garantir a própria sobrevivência, se organizou em comunidades, desenvolveu comportamentos linguísticos, hábitos de trabalho em grupo e, em função da ação com outros homens, houve ampliação cortical e perdeu-se o hábito de repetir atos determinados geneticamente. Passou a criar novas possibilidades de existência.

Com a cultura o humano passou a depender muito mais do seu aprendizado, do meio cultural em que foi socializado. Assim, um homem e uma mulher, surdos, surdocegos e ouvintes, pessoas com deficiência ou neurotípicos manifestam ações distintas em função de uma educação e das relações culturais diferenciadas, normas, regras, valores, crenças, posturas decorrentes do sistema de símbolos estabelecidos com a comunidade e que dão direção a própria existência, conforme propõe Geertz (1973).

Nessa perspectiva, defendemos que há infindáveis modos possíveis de compreender, interpretar as relações presentes no mundo, a nossa é apenas uma, estejamos abertos para inúmeras possibilidades de perceber as situações e os processos de apropriação do

² **Endoculturação:** significa interiorização, assimilação, apropriação, aprendizagem. É um processo social que se inicia na infância mediado pela família, pelos amigos, posteriormente, a partir da escola, da religião, do clube, do trabalho, do partido político e de tantos outros grupos sociais. Endoculturação é o oposto da imposição de outra cultura (aculturação).



conhecimento. Enquanto pessoas, profissionais, precisamos estar abertos ao outro e ao mundo como o outro vivencia. No caso dos surdos e dos surdocegos, a língua de sinais em campo visual ou háptica é o meio que utiliza para exprimir opiniões, desejos, dúvidas frente às distintas realidades e as diferentes formas de ser e de estar no mundo que produz valores, comportamentos compartilhados na sua comunidade. Santana e Bergamo (2005, p. 572) chama a atenção que “[...] a língua é um recurso na produção de cultura, embora não seja o único.”

3. Processos multiculturais e identidade: a noção de pertencimento.

A identidade ou processos de identificação estão diretamente vinculados à cultura na qual estamos inseridos. Do ponto de vista multicultural há uma diferenciação do corpo que tenho do corpo que sou. O corpo que sou está intrinsecamente entrelaçado com as experiências simbólicas vivenciadas cotidianamente, é nossa abertura para o novo a qual cria uma teia de sentidos e significados. No caso dos surdos, as vivências são compartilhadas e as informações do ambiente são apreendidas mediante a modalidade visual-espacial da língua de sinais, fato distinto da modalidade oral-temporal da fala. No caso dos surdocegos, a via de acesso ao ambiente físico e humano é pela via háptica e tátil. Assim, Skliar (1998, p. 7) afirma que “[...] a existência da comunidade surda, da língua de sinais, das identidades surdas e das experiências visuais, que determinam o conjunto de diferenças dos surdos em relação a qualquer outro grupo de sujeitos”. Nesse contexto, a existência de uma Cultura Surda contribui com o processo de subjetivação e com a construção da identidade das pessoas surdas, o mesmo podendo ser estendido aos surdocegos.

Resta saber, como a literatura define identidade? Como ela se constrói?

Para Hall (2006, p.13) a identidade é uma construção definida historicamente, sendo que não há “[...] A identidade plenamente unificada, completa, segura, coerente é uma fantasia. [...] O sujeito assume identidades distintas em diferentes momentos, identidades que não são unificadas ao redor de um ‘eu’ coerente”. Seguindo esse raciocínio Hall (2006, p.8) afirma que “[...] as identidades culturais surgem do nosso pertencimento a culturas: étnicas, raciais, linguísticas, religiosas e, acima de tudo, nacionais.” O autor chama a atenção para definições de identidades em três momentos históricos distintos: a) **sujeito no iluminismo** – tendia para o mundo pessoal, unificado, racional, centrado; b) **sujeito sociológico** – núcleo interior do sujeito não era autônomo e autossuficiente, interação entre o mundo interior e o exterior, identidades se configuram em um diálogo contínuo com as relações sociais; e, c) **sujeito pós-moderno** – identidades contraditórias, fragmentadas, não há uma identidade fixa, mas algo formado e transformado continuamente.

Na mesma linha, Goffman (apud Hall, 2006, p.32) pondera que identidade está vinculada a como “[...] o eu, é apresentado em diferentes situações sociais, e como os conflitos entre estes distintos papéis sociais são negociados”. Em Marx (apud HALL, 2006, p. 33) veremos que a identidade está vinculada à história dos homens, sob condições que lhe são dadas. Assim, para Marx, “[...] os homens só podem agir apenas com base em condições históricas outras [...],



utilizando os recursos materiais e de cultura que lhes foram fornecidos por gerações anteriores". Nesse contexto, será que podemos falar da identidade da pessoa surda na perspectiva da abordagem do oralismo puro, na qual os surdos eram impedidos de se expressar por meio de gestos ou sinais? Como os surdos poderiam se tornar uma comunidade sem língua e sem contato social entre surdos? Que biopoder historicamente foi sendo construído desde 1880 no controle das possibilidades e potencialidades da pessoa surda? Marx nos leva a pensar acerca desses pontos e a ponderar que o processo de identidade é fruto das condições e mediações históricas que estabelecemos com a sociedade.

Em Freud, identidade não é fixa e estável, mas é algo "[...] formado, ao longo do tempo, através de processos inconscientes, e não algo inato, existente no consciente no momento do nascimento" (FREUD, apud HALL, 2006, p. 38). No entanto, mesmo na visão psicanalítica, tudo o que foi internalizado inicialmente foi vivenciado no contexto externo. Portanto, no caso da surdez veremos que a constituição da identidade sofre influências do intercâmbio entre o eu e o outro, no qual a mediação linguística se torna crucial e sua ausência promove alteração no intercâmbio das experiências.

Jacques Derrida ao discutir o conceito de identidade pondera que "[...] o falante individual não pode nunca fixar o significado de uma forma final, incluindo o significado de sua identidade." (apud HALL, 2006, p. 41). Processo que novamente leva-nos a inferir o papel da cultura, da linguagem, da língua na constituição da noção de quem eu sou. Nesse contexto, Santana e Bergamo (2005, p. 566) destacam que "[...] conferir à língua de sinais o estatuto de língua não tem repercussões linguísticas e cognitivas, tem repercussões também sociais. [...] Ser normal implica ter língua [...] língua de sinais como língua do surdo, o estatuto do que é normal também muda." Assim, o estatuto da surdez e da surdocegueira passa da patologia para fenômeno social, eles são linguisticamente diferentes.

Perlin (1998, p. 52) a partir de Hall, discute a questão da identidade surda como algo em construção, em movimento e, "[...] que empurra o sujeito em diferentes posições." Para ela, a identidade surda está vinculada ao uso da língua de sinais como língua natural, adquirida em contato com outro surdo. Aliado a esse contexto, a autora pondera a complexa constituição das identidades surdas inseridas em uma cultura ouvinte marcada por processos de repressão, controle extremo quando impede o uso da língua de sinais no estabelecimento de relações. Nesse processo, foi necessário a organização e a contestação e luta em defesa da língua de sinais enquanto língua de instrução e de comunicação. É no processo de constituição da cultura e da identidade surda que tem se legitimado pelo contato intenso e direto entre os surdos, pelo uso e fortalecimento da língua de sinais como língua de expressão e recepção dentro de uma cultura visual, como construção multicultural. Para Perlin (1998, p. 54)

"O encontro surdo-surdo é essencial para a construção da identidade surda, é como um abrir do baú que guarda os adornos que faltam ao personagem. [...] gerar poder para si e para os outros. Os surdos são surdos em relação à experiência



visual e longe da experiência auditiva. Essa diferença que separa a identidade surda e a identidade ouvinte [...] as identidades surdas assumem formas multifacetadas em vista das fragmentações a que estão sujeitas [...]"

Vale destacar que a identidade é uma construção permanente e está vinculada aos papéis sociais assumidos no cotidiano (ser surdo, pai, rico, pobre, heterossexual, homossexual, branco, preto, professor) e também pela ferramenta linguística presente nas mediações semióticas que permitem a constituição da subjetividade.

Defendemos aqui a importância da língua de sinais como base para a constituição da identidade surda e surdocega, pois a mesma permite posicionamento no mundo, exercendo sua cidadania. Porém esse processo pode ocorrer com surdos e surdocegos oralizados, implantados, pela modalidade escrita da língua e sinalizadores, não podemos restringir a dignidade e a cidadania da identidade surda ao uso exclusivo e restrito da língua de sinais. Segundo Santana e Bergamo (2005, p. 570) "[...] não há uma relação direta entre língua específica e identidade específica. [...] A identidade [...] é resultado de práticas discursivas e sociais em circunstâncias sócio-históricas particulares [...] ele afeta e é afetado pelos discursos e pelas práticas produzidas". Nesse contexto, precisamos falar de identidades surdas com facetas singulares e que foram classificadas por Perlim (1998, p. 62-67 com adaptações) como identidades: surdas, surdas híbridas (se tornaram surdos após aquisição da fala), surdas de transição (pessoas oralizadas e que entram em contato tardio com a comunidade surda), surdas incompleta (uso de AASI, implante coclear e que evitam o contato com a comunidade surda), surdas flutuantes ("desejam ser ouvintes, não tem compromisso com a comunidade surda"). Nota-se nas múltiplas identidades surdas classificadas por Perlim a presença do critério de pertencimento, envolvimento e compromisso das pessoas surdas com a comunidade e com o movimento surdo na luta pela cidadania e pelo direito de ser protagonista da própria história.

Neste artigo quando abordamos os aspectos culturais, linguísticos e identitários da surdez e da surdocegueira evidenciamos a diferença enquanto fenômeno social, deixando de lado a visão clínica e patológica na defesa da diferença linguística. Assim, a língua de sinais enquanto língua natural de quem é surdo, com ou sem outras comorbidades, não tem barreira de acesso, deve ser a língua de instrução do ensino intencional ministrado pela equipe de profissionais comprometidos com a educação bilíngue de qualidade. Assim, a oficialização da LIBRAS foi uma grande conquista da comunidade surda, o Decreto 5626 de 2005 que regulamenta a lei de LIBRAS prevê intérpretes e ampliam as possibilidades de acessibilidade linguística do surdo e do surdocego no contexto sociocultural. Precisamos nos unir e fortalecer a luta por uma educação e um ensino intencional que priorize o multiculturalismo, a acessibilidade linguística enquanto trilha na defesa da dignidade humana.



6. REFERÊNCIAS

ASSIS, Cássia Lobão. NEPOMUCENO, Cristiane Maria. **Estudos contemporâneos de cultura**. Campina Grande: UEPB/UFRN, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Ensino da língua portuguesa para surdos**: caminhos para a prática pedagógica. Brasília: MEC/SEESP, 2002.

BRASIL. **Decreto nº 5.626, de 22 de Dezembro/2005**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm>. Acesso em: 19, jun., 2023.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HALL, Stuart. **Identidades culturais na pós-modernidade**. 11 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

LARAIA, R.B. **Cultura – um conceito antropológico**. 24.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2007.

LOPES, Maura Corcini. Relações de poderes no espaço multicultural da escola de surdos. In: SKLIAR, Carlos (org.) **A surdez: um olhar sobre as diferenças**. Porto Alegre: editora mediação, 1998.

SANTANA, Ana Paula; BERGAMO, Alexandre. Cultura e identidade surdas: encruzilhada de lutas sociais e teóricas. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 26, n. 91, p. 565-582, Maio/Ago. 2005 Disponível em: <<https://www.cedes.unicamp.br/>>

ULLMANN, R. **A. Antropologia – O homem e a cultura**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

WRIGLEY, Owen. **The politcs of deafness**. Gallaudet University Press, 1996.



SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023 Disponível em:< www.saladerecursos.com.br>



MOMENTO DE VISIBILIDADE E DE EXPERIMENTAÇÕES NA ORIENTAÇÃO E MOBILIDADE NA SURDOCEGUEIRA

Bárbara Pereira de Alencar da Rocha

1. RESUMO

Apresentamos um relato de experimentação estabelecida na relação entre um professor na função de guia-intérprete e um estudante surdocego. Partimos do pressuposto de que o professor articula no seu fazer didático situações práticas de criação artística. O estudo teve, por objetivo, identificar traços desse movimento transcriador, tanto do professor quanto do aluno ao desenvolver uma intervenção pedagógica de orientação e mobilidade para um estudante surdocego matriculado numa escola regular de EJA na rede pública de ensino do Distrito Federal. A atividade lidou com a constituição da locomoção pelos espaços escolares, a partir de uma mistura inextricável entre o não-visual, o verbal e o tátil. Evocou no professor pensamentos de criação capazes de aguçar episódios para que seu vivível na educação fosse municiado para o ato de educar e incluir. A ação metodológica se organizou com elaboração de um específico programa de orientação e mobilidade por pistas sem sujeição de contato, desenvolvido numa escolha dupla de percurso que sugeria duas opções de cada caminho a ser percorrido: a) entrada e saída da escola, da portaria até a sala de aula; b) ida e vinda da sala de aula até o banheiro. A orientação e mobilidade apontou sobre a importância de protocolo de atuação em um roteiro no uso de técnicas de guia-vidente, bengala longa e a criação de recursos para favorecer o deslocamento orientado e seguro constituindo-se de um corpo-teórico-prático. O trabalho trouxe, como resultados, informações para a proposição de rotas de acesso ao estudante surdocego, com abertura a novas percepções e habilidades no que concerne ao espaço, atravessando inclusive fronteiras que estão irremediavelmente relacionadas à condição e à concepção que ele possui do próprio corpo manifestada numa força que possui plasticidade de pensar, querer e fazer.

Palavras-chave:

Surdocegueira. Orientação. Mobilidade. Acessibilidade.

figura 1: Foto da autora



Bárbara Alencar Rocha: Doutoranda em Literatura (UnB). Participa dos Grupos de Pesquisas: Estudos sobre Formação e Integração ensino-serviço-comunidade; e do GEFIESCO/UnB: Escritura: Linguagem e Pensamento – TEL/UnB. Possui publicações em congressos nacionais e internacionais. É consultora na área de ensino especializado e ministra oficinas e cursos de formação continuada para professores.

<http://lattes.cnpq.br/1593472119491222>

<https://orcid.org/0000-0003-3806-2330>

Fonte: arquivo pessoal



Trazendo primeiro a situação da Surdocegueira como uma condição única, faz-se necessário esse entendimento sobre sua especificidade tão singular no que concerne a deficiência sensorial e aos estudantes que se caracterizam pela grande heterogeneidade. Retomamos, assim, uma demonstração dada por Cader-Nascimento e Faulstich, no que concerne ao termo surdocegueira visto de um modo mais extensivo.

A natureza e a extensão do termo surdocegueira pode desencadear interpretações equivocadas uma vez que o termo em si gera uma compreensão da ausência total da recepção pela via auditiva e visual. A combinação dos distintos graus de surdez com as variações clínicas e funcionais próprias da deficiência visual pode, todavia, ocorrer na mesma pessoa (CADER-NASCIMENTO; FAULSTICH, 2016, p.109).

Corroborando essa peculiaridade da condição e do atendimento, a coleção “A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar” publicada pelo Ministério de Educação, apresenta definições e orientações do atendimento educacional especializados sobre surdocegueira e deficiência múltipla, no volume 5 (BRASIL, 2010).

A inclusão escolar prevê o atendimento do estudante com deficiência, conforme consta na Lei 9394 de 1996 (BRASIL, 1997) “[...] preferencialmente, na rede regular de ensino”. A Declaração de Salamanca (1994) destaca que ao proporcionar a inclusão de estudantes surdos e surdocegos deve-se levar em consideração [...], e ser assegurado a todos [...] surdos e surdocegos, [...] que a educação lhes fosse ministrada em escolas [...] ou unidades especiais em escolas comuns” (BRASIL, 1994, p. 30).

Cader-Nascimento e Costa fazem uma reflexão quando alertam que a surdocegueira pode ter uma dificuldade na desenvoltura da mobilidade em sua locomoção.

[...] acarretar sérios problemas de comunicação, mobilidade, informação e, conseqüentemente, provocar a estimulação e atendimentos educacionais específicos (CADER-NASCIMENTO; COSTA, 2010, p.18).

Assim, apresentamos um relato de experimentação estabelecida na relação entre um professor na função de guia-intérprete e um estudante surdocego, com vistas à inclusão e o cuidado com a especificidade singular garantida pela condição única da surdocegueira. Partimos do pressuposto que o professor articula no seu fazer didático situações práticas de criação artística.

Corazza (2007, p.8) nos brinda com a reflexão de que o professor pode ser um “artista da sua docência” e que mesmo sendo complexa a relação com o fazer pedagógico rebuscado de arte, de coragem e de multiplicidade o docente pode exercer o “devir-simulacro composto por processos transversais de artistagem que permeiam as diferentes subjetividades dos educadores.” Essa sugerência foi acatada no trabalho que desenvolvemos com esse estudante surdocego. Adotamos a imagem de que o professor pode almejar o despertar de situações que



favoreçam a aprendizagem e a acessibilidade em um sistema simultâneo com a inclusão:

Os educadores-artistas são tomados em segmentos de devir-simulacro, cujas fibras levam deste devir a outros, transformados naquele e que atravessam limiares de poderes, saberes, subjetividades. Desse modo, quando os professores-e-artistas compõem, pintam, estudam, escrevem, pesquisam, ensinam, eles têm apenas um único objetivo: desencadear devires (CORAZZA, 2007, p.8).

3. DOCÊNCIA E SURDOCEGUEIRA

Com esta aposta, o estudo tem, por objetivo, identificar traços desse movimento transcriador, tanto do professor quanto do aluno ao desenvolver uma intervenção pedagógica de orientação e mobilidade para um estudante surdocego matriculado em uma escola regular de EJA na rede pública de ensino do Distrito Federal. A atividade lidou com a constituição da locomoção pelos espaços escolares, a partir de uma mistura inextricável entre o não-visual, o verbal e o tátil.

Apoiou-se na Filosofia e na pesquisa da Diferença ao auscultar no revés da dinâmica das aulas, como o professor pode combater os obstáculos e a precariedade das condições de inclusão e de acessibilidade na escola.

Os educadores-artistas são tomados em segmentos de devir-simulacro, cujas fibras levam deste devir a outros, transformados naquele e que atravessam limiares de poderes, saberes, subjetividades. Desse modo, quando os professores-e-artistas compõem, pintam, estudam, escrevem, pesquisam, ensinam, eles têm apenas um único objetivo: desencadear devires (CORAZZA, 2007, p.8).

Enfocamos o querer-fazer do professor como uma ação afirmativa que pretende suscitar a vontade de potência, como uma condição da sua profissão docente, uma vontade que se manifesta como um impulso, um instinto, uma força que possui plasticidade para pensar, querer, fazer e criar rotas de acessos que beneficiem o estudante do atendimento educacional especializado.

Seguindo Corazza (2016, p. 1315) quando escreve sobre o pensar e a pesquisa docência:

A pesquisa aponta na direção daquela força que, ao mesmo tempo em que produz o surgimento da novidade educacional, configura o pensar-fazer docente naquilo que lhe é constitutivo. Dessa maneira, a principal luta dos professores nada mais é do que uma forma de buscar mais vida; isto é, por sempre mais vida.

Desde essa perspectiva, pensamos que o professor possui uma vontade capaz de aguçar episódios no agir da sua prática pedagógica, de modo que seu vivível na educação, seja municiado de capacidade de pluralidade que se institui para o ato de educar com vistas a dar acessibilidade, e produzir o incluir em situação simultânea com as aprendizagens mais corriqueiras que se avolumam na Aula. Uma força que sai e que age sobre outras forças, que



cria instintos e impulsos, uma vontade para um querer-fazer interno que se excede além do próprio <eu> na situação e na relação da docência-discente:

Toda força está, portanto, numa relação essencial com outra força. O ser da força é o plural; seria rigorosamente absurdo pensar a força singular. Uma força é dominação, mas é também objeto sobre o qual uma dominação se exerce. (...) O conceito de força é, portanto, em Nietzsche, o de uma força que se relaciona com uma outra força. Sob este aspecto a força é denominada uma vontade. A vontade (vontade de poder) é o elemento diferencial da força (DELEUZE, 1976, p.6).

O estudante surdocego que fez parte desse atendimento, sempre teve a acuidade e um campo visual reduzidos, sendo considerado deficiente visual com baixa-visão, mas com uma boa percepção das pessoas, dos objetos, das cores e dos estímulos em geral, sem que houvesse necessidade de recorrer a uma aproximação ao seus olhos para enxergar. Tinha consciência da sua limitação visual, porém isso não se transformava em algo que lhe causasse impedimento de andar e desempenhar demais funções de forma independente.

O fato de ser afetado por uma patologia ocular, que variava o seu resíduo visual e, às vezes, agravava a sua deficiência, devido a essa inconstância na condição visual, despertava no seu ambiente familiar um sentimento de extrema preocupação e cuidado, um instinto maternal e fraternal exacerbados para condução das ações de sua vida, uma delas é que nunca lhe foi permitido ir à escola. Esse medo o impedia de muitas atividades que não tivessem a participação cuidadosa da família. Embora a mãe tentasse obstaculizar, independentemente de enxergar mais ou menos, ele não poupava esforços para sua independência financeira e trabalhava como garoto de recados e fazia inúmeros mandados pela vizinhança e comércio local.

Mesmo tendo durante grande parte da vida, interação com o caminhar, quando chegou a cegueira total, associada ao acréscimo da diminuição auditiva, esse prognóstico da surdocegueira, veio carregado de medos e assombro – interpretação da escuta do sentimento, que o estudante manifestou ao relatar sobre o encontro com o diagnóstico – Ele não apresentava indícios de reminiscência em sua memória de como se locomover com independência fazendo uso da bengala.

Quando chegou ao nosso atendimento, o estudante surdocego já vinha de um Centro Escolar de Deficiência Visual, no qual participava em classes com disciplinas destinadas ao atendimento curricular específico no ensino do braille, artes e atividades da vida diária. O estudante também tinha aulas de orientação e mobilidade. Essa escola tem um ambiente pequeno, totalmente adaptado e com sinalização que facilita a locomoção dos estudantes cegos nos espaços escolares. A nova escola, que passaria a frequentar, no atendimento do primeiro segmento da EJA, ao contrário, é uma escola com uma dimensão de espaço muito grande, com muitos corredores, sem nenhuma adaptação tátil para locomoção, e com distância significativas entre os ambientes, principalmente, para o uso do banheiro, além de reproduzir uma rotatividade grande na distribuição dos espaços de uso comum.



Desse modo optamos pelo agir de uma docência que expressasse para além do atendimento – visto que a orientação e mobilidade faz parte do atendimento curricular específico desenvolvido no Centro de Deficientes Visuais. Valemo-nos de Corazza quando trata da “docência-pesquisa”:

Daí decorre uma docência-pesquisa que reconhece que só funciona, isto é, tornar-se ativa e afirmativa, se além de criar uma nova sensibilidade, também lida com as problemáticas contemporâneas, transformando-se numa educação nunca definitivamente fixada, jamais esgotada, intempestiva (no sentido de Nietzsche), a favor de um tempo por vir. (CORAZZA, 2011, p.15)

4. METODOLOGIA

A metodologia que usamos neste artigo, segue cinco procedimentos enumerados, faremos uma descrição de modo breve sobre cada uma delas: 1) a visibilidade que o estudante vai adquirido, quando ele se torna visível e passa a ser enxergado pelo uso da bengala; 2) o percurso que é penoso pelas longas distâncias e constante mobilidade de objetos e pessoas que se colocam como obstáculos, mas que também foi capaz da aparição de momentos de encontros agradáveis; 3) a fala e os cumprimentos que produziram socialização em forma dos recados que eram narrados pelo caminho; 4) as frases que foram enunciadas pelo surdocego como aforismos da sua condição em meio ao enfrentamento das dificuldades; 5) e por último como foi desenvolvido o protocolo da orientação e mobilidade executado em um passo a passo seguindo pistas.

A ação metodológica, nessa escrita, sobre a execução do processo de orientação e mobilidade se organizou com elaboração de um específico programa fazendo uso de pistas com acompanhamento da guia-intérprete sem sujeição de contato, desenvolvido numa escolha dupla de percurso que sugeria duas opções de cada caminho a ser percorrido: a) entrada e saída da escola – portaria até a sala de aula da surdocegueira; b) ida e vinda da sala de aula até o banheiro.

5. ME ENXERGAM, A BENGALA ME TORNA VISÍVEL

O primeiro percurso foi executado em dois modos distintos, optamos por desenvolver uma sequência com pistas, pois o estudante, apesar de ter sido vidente – na condição de baixa visão – não apresenta nenhuma desenvoltura no caminhar. Aliado a dificuldade auditiva que se acentua por ter recepção em um ouvido – quando do uso do AASI – As <pistas> foram pensadas e organizadas para facilitar a locomoção do estudante surdocego com acompanhamento da guia-intérprete sem sujeição de contato, e com escolha dupla de percurso, oferecendo sempre uma <rota de fuga> sobre situações de possíveis obstáculos.

O trajeto foi idealizado em uso de <pistas fixas> e que podem ser acessadas pelo tato com o dorso da mão e pela bengala em ação de varredura encontrando as <pistas>, em uma



sequência que foi treinada exaustivamente pelo estudante. A troca entre os modos de execução do trajeto era distribuída em dias alternados. Um dia o estudante fazia o percurso de ida e vinda seguindo as mesmas <pistas>, no outro dia fazia o percurso alternativo.

Assim, foi escolhido um trajeto de orientação para execução diária – a relevância na escolha se deu pela desenvoltura da execução do surdocego, pela facilidade com menos possibilidades de bloqueios e obstáculos – o trajeto de orientação com as <rotas de fuga> passaram a ser executadas esporadicamente – um dia na semana, sem sequência normativa estipulada de dia fixo. A execução em um dia da semana tinha como objetivo que a rota não fosse esquecida.

6. PERCURSO PENOSO E MOMENTOS DE ENCONTROS

Esse que se mostrava em alguns momentos como um percurso penoso, devido a inconstância observada diariamente na mobilidade dos objetos espalhados ao longo dos dois percursos que precisávamos desenvolver pela escola e/ou dos alunos que se colocavam nos lugares destinados às pistas dificultando a acessibilidade e a segurança na locomoção. Estava também permeado por situações que preconizavam <momentos de encontros agradáveis>, com algumas pessoas das quais ele já tem uma <amizade>, pessoas que o cumprimentam, que o chamam pelo nome, que o enxergam como uma pessoa. Apesar de ele estar num ambiente tão espaçoso e de tantas pessoas circulando, ser reconhecido e cumprimentado o faz parte integrante, lhe traz situações de satisfação e o faz sorrir. Algo como o que foi sugerido por Nietzsche (2002, p. 87), em seu livro Assim falava Zaratustra, sobre a importância de haver “camaradagem e amizade.”

O percurso de ida e vinda ao banheiro e bebedouro – num total de quatro durante o período em que o estudante fica na escola – é um momento recheado de situações inusitadas. A guia-intérprete o acompanha em todos os percursos, mesmo com uma orientação guiada por pistas, tanto o estudante como a guia-intérprete não se sentem confiantes e seguros de que o percurso seja feito apenas pelo estudante. A guia-intérprete segue como companhia e é um momento de descontração, vão conversando durante todo o percurso.

Foram necessários seis meses de atividades, em um atendimento ministrado duas vezes na semana com a orientação e mobilidade em um protocolo seguindo uma sequência de pistas em uma rotina pré-estabelecida, para que o estudante dominasse com alguma precisão toda a trajetória e que assimilasse como sobressair das dificuldade dos obstáculos que surgissem.

Observamos que esses momentos, também foram oportunos para a produção de encontros e de diálogos em forma de cumprimentos. Essa dinâmica com uma socialização de poucos contatos, o tornaram parte de um pequeno grupo, mesmo sendo bem reduzido, no requisito número de pessoas, foi uma experiência relevante e aguardada pelo estudante.

6. OS RECADOS PELO CAMINHO

Quando começamos o percurso, com a primeira ida do dia ao banheiro, logo após sua



chegada e acolhida para o atendimento, ele vai me perguntando sobre as pessoas que ele conhece na escola. Essas pessoas que ele conhece são poucas, a professora regente na sala de aula que ele está matriculado, dois funcionários da empresa que presta serviços de limpeza, uma funcionária da merenda escolar, o vigia que fica na portaria e um estudante com quem fez amizade.

Seus questionamentos são direcionados com perguntas simples: se eu os vi, se estão ali por perto. Vai também me informar sobre as pessoas com as quais já teve algum contato naquele dia, enquanto espera para entrar nas dependências da escola. “Hoje já conversei com a Leila. Ela foi lá no banquinho, e conversamos um pouco. Hoje o Jorge me disse que a esposa dele viajou para o Piauí. A Lena me avisou que agora, toda quinta-feira vai ter recheio de frango no pão, pra eu não esquecer meu pão integral, que ela vai lá pegar. Leila é a servidora da limpeza; o Jorge é o segurança da portaria e a Lena, que na verdade é Helena, é a merendeira da escola. Esses <recados> vão sendo escritos pelo caminho, na memória pela fala, vão deixando as marcas da afetuosidade entre os envolvidos.

Existem inúmeras dificuldades nesse percurso de locomoção. A possibilidade de <chocar-se> com alguém e recorrente e traz constrangimento – alguns estudantes se colocam <sentados> no corrimão, mesmo vendo que vai ser utilizado pelo estudante surdocego e pelo cego, se colocam parados feito <estátuas> no local de acesso, sentam no chão com as pernas estiradas bloqueando o caminho, se juntam em grupo para conversar no meio do percurso e fingem que não percebem a aproximação do estudante surdocego – quando essa situação acontece, a fala do estudante sai em uma sentença muito curta, não medrosa, mas receosa de sua própria escuta, e sempre proferida como uma desculpa, como uma justificativa da sua condição de não conseguir enxergar, que está lhe impedindo de continuar.

Outra prudência e autodefesa consiste em reagir com a maior frequência possível e subtrair-se a situações e relações em que se estaria sujeito a como que suspender sua “liberdade”, sua iniciativa, e tornar-se apenas reagente (NIETZSCHE, 1995, p. 24).

Essa atitude talvez esteja desenhada como uma relação de dependência pela atividade de integrar e conservar seus impulsos para transpor as dificuldades de socialização que impedem sua acessibilidade de comunicação e consequente locomoção. Nietzsche sugere em um trecho de *Ecce Homo* uma situação de aflorar o instinto de conservação para a submissão ou oposição dentro das relações.

7. AFORISMOS DE CONDIÇÃO

Percebemos o surgimento de frases. Frases que se resumem em uma desculpa por não conseguir transitar despreocupadamente pelo ambiente, frases que pretendem demonstrar a condição da deficiência. São elas: “Desculpa aí! Não te vi! Desculpa aí, foi mal, hoje meu aparelho não está me ajudando a escutar! Você pode me dar licença! Eita, quem esqueceu essa cadeira aqui? É mesmo uma cadeira, ou é uma mesa, que é que tem aqui? Parece que estou



numa praça!"

Essas frases saem quase gritadas, são como um modo de reivindicação para se fazer notar pela condição, jogadas como <aforismos de sua condição>.

Nessa situação prática, se desenrolam os diferentes níveis de complexidade e dificuldade de como ele acessa uma situação corporal de desenvoltura para sobressair-se de cada obstáculo – quando o obstáculo é uma pessoa, o uso da fala é suficiente para <comover> e fazer com que a pessoa se desloque e deixe o caminho à frente livre; quando o obstáculo são cadeira/s e ou mesa/s requer uma orientação, no primeiro contato, da guia-intérprete para que o estudante consiga desvencilhar-se com destreza, constituindo-se de um <corpo-teórico-prático> com informações sistemáticas e precisas que vão orientar a aprendizagem para situações futuras semelhantes. Em *Ecce Homo*, Nietzsche nos sugere esse instinto de organização e talvez de hierarquia sobre as nossas próprias competências em um modo que não nos damos conhecimento:

Cautela inclusive com toda palavra, com grande atitude! Representam o perigo de que o instinto "se entenda" cedo demais. – Entretanto segue crescendo na profundidade a "ideia" organizadora, a destinada a dominar – ela começa a dar ordens, lentamente conduz de volta dos desvios e vias secundárias, prepara qualidades e capacidades isoladas que um dia se mostrarão indispensáveis ao todo. – Constrói uma após outra as faculdades auxiliares, antes de revelar algo sobre a tarefa dominante, sobre o "fim", "meta", "sentido" (NIETZSCHE, 1995, p.26).

Dessas dificuldades, que são diárias e diversas, o corpo vai organizando as informações de cada momento à medida que vão surgindo, uma maneira própria para cada respectivo momento, conforme a necessidade. Podemos colocar aqui como uma constante busca de autonomia com o objetivo de movimentar-se no espaço de modo seguro e confiante. Uma experiência do corpo que se coloca em outro *input* para a exploração e o acesso, uma busca de modo integrado, a uma ação de movimento com uma imagem mental aproximada do ambiente espacial em que se encontra.

7. A CRIAÇÃO E A EXECUÇÃO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO

O processo de orientação e mobilidade por *pistas* precisou ser executado com um movimento e um fazer intenso, a incorporação da ação de se locomover seguindo *as pistas* que foram programadas e pré-estabelecidas previamente, devem ser memorizadas por uma sequência, e são justificadas e vai sendo perpassada pelo desenvolvimento da experiência em seguir as orientações, situando-se entre a experimentação sensorial e perceptiva de ambos os espaços: o corporal na vivacidade da desenvoltura e no deslocamento pelo ambiente. Seguimos com a noção de consignação para a execução do *Corpus* do protocolo, trazida da leitura de Derrida no livro *Mal de Arquivo*:



É preciso que o poder arcôntico, que se concentra também as funções de unificação, identificação, classificação caminhe junto com o que chamaremos o poder de consignação. (...) A consignação tende a coordenar um único corpus em um sistema ou uma sincronia na qual todos os elementos articulam a unidade de uma configuração ideal. (...) O princípio arcôntico é também um princípio de consignação, isto é, de reunião (Derrida, 2001, p.14).

O desenvolvimento das atividades foi construído sob uma perspectiva ambivalente, que imanta – num sentido metafórico, pela confiança que a díade surdocego/guia-intérprete tem na sequência dos lugares escolhidos para o deslocamento – ajustando os processos de arquivamento do protocolo que segue as pistas. Foi institucionalizada, uma configuração que incluía teoria, movimentos que podem ser desconstruídos a partir de ações orientadoras do domicílio, ou seja do lugar de execução da sequência, da situação particular da desenvoltura do corpo para uma situação pública de locomoção.

Tomamos como suporte a unificação, classificação e a ordenação em três aspectos mais específicos: a) movimento e ação de abertura e fechamento na condição da autonomia do estudante; b) movimento e ação que designa a materialidade do tempo no deslocamento na escolha pelo percurso que é executado com maior leveza; c) na materialidade que capacita ou descapacita a percepção do obstáculo para uma posterior ação de deslocamento.

A abertura e fechamento na condição de autonomia foi desenvolvida com a escolha dos dois percursos para os deslocamentos. As tentativas foram pensadas de modo a conceder facilidade e autonomia gradativa de execução da locomoção. Era preciso um local em que ele esperasse a entrada na escola com segurança e que tivesse acesso fácil aos vigilantes e a qualquer pessoa para o caso de necessidade urgente – o estudante é diabético e tem hipertensão pulmonar. Desse modo foram colocados dois banquinhos de madeira em toda a extensão da parede, assim não incorre no perigo de ter que tatear para encontrá-los, o acesso é garantido logo que faz a varredura com a bengala ao final da porta de vidro que dá acesso à escola.

O acesso às catracas é feito com facilidade usando a mão para seguir um balcão que dá acesso ao resguardo da cabine de vigilância, saindo na terceira catraca com acesso rápido a uma parede bem extensa que leva a um corrimão. Nesse ponto se desdobra a escolha para dois percursos: seguir pelo corrimão, ou seguir com a bengala em um meio-fio até encontrar uma nova parede que termina na porta da sala de atendimento. Aqui também tem dois percursos, seguir com a bengala pela parede ou contornar com o uso da mão quatro mesas de madeira na altura da cintura do estudante, ao final da última mesa fica a porta da sala de atendimento.

Na ida e volta ao banheiro, também foram configurados dois percursos: segue-se um percurso de saída da sala e encontro com um corrimão que vai dar a noção do meio do vão, e posterior acesso a parede lateral que proporciona acesso a um meio-fio com três colunas. Logo depois o encontro com uma lixeira fixa, faz surgir a escolha da opção de deslocamento que pode ser feita pelo acesso inferior seguindo meio-fio e com a contagem as colunas,



fazendo uso da varredura da bengala. Contando ainda com o recurso no meio do percurso, com lixeiras fixas de reciclagem. Ou a segunda opção, de seguir no nível do corredor fazendo uso da parede que dá acesso às salas de aula, contando as entradas das portas – esse percurso é pouco usado, pelo desconforto do deslizamento da bengala na entrada das portas das salas e pela quantidade de estudantes que circulam no corredor.

A última parte do percurso é um grande espaço vazio que precisa ser transposto para chegar à porta do banheiro, é um espaço livre com duas colunas localizadas no meio do vão. O principal objetivo das pistas é livrar-se das duas colunas, que correspondem a um perigo, e chegar o mais próximo possível da porta de acesso ao banheiro.

A etapa final seguiu dois momentos: a) o primeiro conta com a possibilidade da contagem de uma parede móvel, até chegar a um número fixo que permite a noção de espaço ao meio do vão e a uma direção segura entre as colunas; b) o segundo momento faz referência ao acesso que se consegue com a vibração pela bengala na varredura para encontrar três ralos no piso que irão orientar a segurança do percurso – o primeiro ralo dá a orientação que o corpo deve manter ao longo do percurso, o segundo ralo dá a segurança que atravessou as colunas e não há perigo, o terceiro ralo dá a proximidade com a porta do banheiro, que é confirmada com o encontro da parede e de um quadro de luz que orienta a direção entre esquerda e direita para o acesso correto a porta.

No que concerne à materialidade do tempo para o deslocamento, não foi fixado um mínimo ou máximo, vai depender dos obstáculos que vão surgindo e da desenvoltura auditiva do momento. Observamos, contudo, que a última ida, no final do dia seja pelo escurecimento com a luminosidade do sol já mais fraca, seja pelo silêncio que se torna maior devido final das últimas aulas, o percurso se torna mais demorado e atravessado por uma certa diminuição do ânimo, o estudante demonstra uma languidez no ritmo e na airocidade, cometendo alguns erros no percurso, fazendo uso maior de perguntas para se guiar, ora confirmando ou recitado em voz alta as pistas que dão segurança a execução dos passos e da varredura da bengala.

E por último a materialidade que capacita ou descapacita a percepção do obstáculo que fará frente a uma posterior ação de deslocamento, diz respeito à localização e ao comportamento do estudante – faz referência para sua atuação se é uma cadeira ou mesa; se há pessoas sentadas na cadeira, a quantidade e a formação: colocadas em linha reta ou em círculos – que vão influenciar diretamente na distância adotada e no movimento de varredura da bengala. O desenvolvimento do protocolo fez surgir inclusive novas formas de percepções e habilidades que serão geridas e ou digeridas diante de determinadas interfaces no que concerne ao espaço, ao manejo do deslocamento guiado por situação fixa de percurso e a locomoção seguido pontos em pistas pré-estabelecidas.

Nesse momento, volta-se à atenção para a norma dos manuais didáticos e o que dizem os métodos de ensinagem sugeridos como mecanismo adaptativos de instrução para a orientação e mobilidade de pessoas com cegueira.



8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho trouxe, como resultados, informações para a proposição de rotas de acesso a um estudante surdocego dentro de um determinado espaço escolar e realizando um determinado percurso, com abertura a novas percepções e habilidades no que concerne ao espaço, atravessando inclusive fronteiras que estão irremediavelmente relacionadas à condição e à concepção que ele possui do próprio corpo. Foi notável, ainda, a ação afirmativa do professor como vontade de potência manifestada numa força que possui plasticidade de pensar, querer e fazer. O professor capaz de criar estratégias e experimentações singulares e de ação momentânea junto ao seu estudante em situações corriqueiras de Aula.

A orientação e mobilidade desenvolvida em uma organização por pistas, apontou para a importância de protocolo de atuação em um roteiro denominado passo a passo seguindo as pistas, que teve seu foco em realizar as adaptações necessárias nas técnicas de guia-vidente, bengala longa e a criação de recursos para favorecer um deslocamento orientado e seguro de um estudante surdocego com sequência pré-estabelecidas de pistas a serem rigorosamente seguidas em um determinado percurso dentro de um ambiente escolar.

Trouxe orientações sobre o convívio, nas pequenas relações sociais, dentro do espaço escolar. Proporcionou ao estudante situações de constituição de si, aflorou nele labaredas de sensações, rabiscou em suas vivências alguma lição sobre o outro e como se dá a convivência nos ambientes escolares que se distanciam da sala de aula, no que concerne às situações de acessibilidade e da inclusão. Ofereceu possibilidade de escolhas mais livres, de movimento mais apurado dos instintos de criação, oportunidade de novos caminhos para o sentido do gosto.

A escola como um lugar, com possibilidades de situações, que oportunizem a crítica e também a criação do trabalho docente, pois é desse dois movimentos inseparáveis que surgem as riquezas de ações didáticas inovadoras, e até podemos especular suposições sobre o agir das pessoas e o porquê de esse agir. Desses contextos vamos obtendo algumas características de nós mesmos e dos outros, vamos apreendendo sobre o mundo e os outros, nos pautamos, fundamentalmente, pela experimentação embutida em uma ação incorporada pela possibilidade da convivência, em um ambiente carregado de peculiaridades instigadas pela manutenção de acessos e de respeito à pessoa com necessidades educacionais especiais.

"Dessas dificuldades, que são diárias e diversas, o corpo vai organizando as informações de cada momento à medida que vão surgindo, uma maneira própria para cada respectivo momento, conforme a necessidade".



9. REFERÊNCIAS

BRASIL, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL, Ministério da Educação. **A educação especial na perspectiva da inclusão escolar**. Brasília: MEC/SEE, 2010.

CADER-NASCIMENTO, Fatima Ali Abdalah Abdel; COSTA, Maria da Piedade Resende da. **Descobrendo a Surdocegueira: educação e comunicação**. São Carlos: UFSCar, 2010.

CADER-NASCIMENTO, Fatima Ali Abdalah Abdel; FAULSTICH, Enilde Leite de Jesus. Expressão Linguística e a produção escrita de surdocegos. Pará: UFPA, **Revista MOARA**, ed. 45, 2016.

CORAZZA, Sandra Mara. **A Educação no Século XXI: desafio da diferença pura**. Campina Grande: Ariús, v.15, n. 1, p. 9-16, 2009.

CORAZZA, Sandra Mara. A formação do professor-pesquisador e a criação pedagógica. **Revista da Fundarte**. Montenegro. Ano 11, nº 21, p. 13-16, janeiro/julho 2011.

CORAZZA, Sandra Mara. **Para artistar a filosofia-educação**. Trabalho apresentado na II Semana Acadêmica de Filosofia. Cuiabá: UFMG. 2007.

CORAZZA, Sandra Mara. **A-traduzir o arquivo da docência em aula: sonho didático e poesia curricular**. Educação em Revista. Rio Grande do Sul, 2019.

DELEUZE, Gilles. **Nietzsche e a filosofia**. Tradução: de DIAS, Ruth Joffily e DIAS, Edmundo Fernandes. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.

DERRIDA, Jacques. **Mal de Arquivo: uma impressão freudiana**. Tradução: de Claudia Moraes Rego. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Assim falava Zaratustra**. Trad. SOUZA, José Mendes de, Versão para eBooksBrasil.com, 2002.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Ecce homo: como alguém se torna o que é**. Tradução, notas e posfácio: SOUZA, Paulo César de. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.













Um breve relato de vida

Isis Gonçalves

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília.
V.4, n.1, janeiro - junho, 2023 Disponível
em:< www.saladerecursos.com.br>

Isis Gonçalves

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília. V.4, n.1, janeiro - junho, 2023
Disponível em: < www.saladerecursos.com.br >



leia



MINHA TRAJETÓRIA DE VIDA: FOCO, FORÇA E VONTADE.

Isis Gonçalves

Olá, meu nome é Isis Gonçalves, sou casada com o Dorgival Junior há 24 anos e temos três filhos: Felipe, Tiago e Isabela. Sou pedagoga, professora e sonho com a melhoria de vida das pessoas com deficiência.

Sou uma mulher alegre, sensível, forte, temente a Deus e que sonha com muitas coisas boas, entre elas a verdadeira inclusão. Sou uma pessoa em constante movimento, trabalho, estudo, participo das atividades escolares dos filhos, sou esposa, dona de casa e mãe atípica. Minha filha Isabela tem a T21 (síndrome de Down).

Ser mãe sempre foi um sonho e logo que casei, veio o Felipe. Anos depois, vieram o Tiago e a Isabela. A Bela foi um presente de Deus, chegou transformando nossa família. A notícia da T21 veio quando a Bela já estava com dois meses de vida e ninguém esperava ter um filho

figura 1: foto da autora



fonte: arquivo pessoal

Sou Ísis Gonçalves: pedagoga, professora há 17 anos, estou trabalhando há 3 anos na SEEDF como contrato temporário no Programa de Educação Precoce em Sobradinho, Brasília DF. Além disso, sou mãe da Isabela Xavier.



fonte: arquivo pessoal



fonte: arquivo pessoal



No início, foi muito exaustivo. Meu esposo trabalhava o dia todo, eu trabalhava meio período e minha mãe estava recém-aposentada, então conseguimos estar mais livres para a rotina de terapias, que foi desgastante para Bela e para nós.

Como professora, sempre vislumbrei grandes conquistas no processo de ensino e aprendizagem em sala de aula e o que foi ofertado nas salas de recursos fez a diferença na vida da Isabela. Foram feitas atividades adaptadas e adequadas para o desenvolvimento de que ela necessitava naquele momento para seu crescimento pessoal e emocional.

Ainda precisamos avançar na inclusão, vejo que temos muitos profissionais que não sabem lidar com as diferenças, lidam com os alunos mediante o diagnóstico, incapacitam e impossibilitam a criança, sem olhar suas infinitas possibilidades de crescimento e avanços diários.

Faz-se necessário que toda a comunidade escolar esteja empenhada em estudar, conhecer as diversas deficiências e acreditar que é possível uma mudança na sociedade, de ver que todos somos diferentes, cada um com sua especificidade. Faz-se necessário também um olhar diferenciado do governo para implantar políticas públicas de assistência à saúde e à educação, médicos pesquisadores, uma equipe transdisciplinar para dar apoio emocional aos familiares, informações condizentes desde a educação precoce, que é difícil de todos conseguirem, e que necessita de ser ampliada, ao longo da vida dessa criança, jovem e/ou adulto. Vale ressaltar que a formação continuada, professor qualificado e comprometido, faz toda diferença na vida das crianças e suas famílias.

Hoje Isabela está com oito anos, continua com terapias, psicopedagoga, é independente e já faz suas escolhas. Sonho com uma verdadeira inclusão para que ela possa ter a liberdade de ir e vir sem sofrer preconceitos. Almejo que ela encontre pela vida pessoas e profissionais que possam lhe dizer palavras positivas, de encorajamento e que reforcem o quanto ela é capaz de realizar seus sonhos.

Ter um filho com deficiência, para mim, é como se eu tivesse programado uma mudança para o Brasil e o avião tivesse pousado na China, por exemplo. Tudo diferente! É preciso estudar, adaptar, persistir e aprender o novo com persistência e sabedoria para dar certo no futuro.

"Faz-se necessário que toda a comunidade escolar esteja empenhada em estudar, conhecer as diversas deficiências e acreditar que é possível uma mudança na sociedade, de ver que todos somos diferentes, cada um com sua especificidade".

Isis Gonçalves Xavier Ferreira
Mãe da Isabela



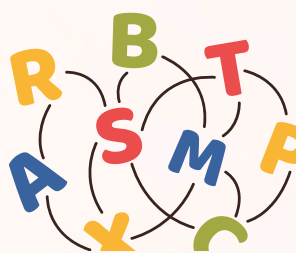


imagem ilustrativa
fonte Canva

Transtornos

Dislexia

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília: v. 4 n. 1 jan. - jun., 2023. Disponível em: <www.saladerecursos.com.br>



DEZ DICAS SOBRE DISLEXIA
Elizabeth Cristina Reis de Oliveira

A dislexia é um transtorno neurológico que afeta a habilidade de uma pessoa em ler e escrever de forma adequada. É uma condição de origem genética, o que significa que é transmitida através dos genes e pode ser observada nos primeiros anos de aprendizado da criança.

As pessoas com dislexia podem enfrentar dificuldades em decodificar as palavras, reconhecer sons e símbolos, compreender a estrutura das frases e organizar as ideias na hora da escrita. Essas dificuldades não estão relacionadas a problemas de inteligência ou falta de esforço, mas sim a diferenças no funcionamento do cérebro.

A dislexia não está relacionada a problemas de visão ou audição, nem é causada por falta de estímulo adequado ou por falhas na educação. É um transtorno específico que requer atenção e apoio especializados para que a pessoa possa desenvolver suas habilidades de leitura e escrita.

O diagnóstico da dislexia quase sempre é feito por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais da área de saúde e educação, visto que características e traços escolares apresentados por estudantes disléxicos podem ser facilmente produzidos por falhas no sistema educacional. Após o diagnóstico, é possível adotar estratégias e recursos específicos para auxiliar o indivíduo com dislexia no processo de aprendizado. Isso pode incluir o uso de materiais adaptados, técnicas de ensino diferenciadas, apoio psicopedagógico e outras intervenções específicas. Embora a dislexia possa apresentar desafios, é relevante destacar que muitas pessoas com essa condição têm habilidades e talentos excepcionais em outras áreas, como criatividade.

figura 1: foto da autora



Elizabeth Cristina Reis de Oliveira: Formação em Administração, especialista em Gestão de Pessoas e aposentada como Gerente de Projetos, na área de TI, do Banco de Brasília. Após a aposentadoria se graduou em Pedagogia.

fonte: arquivo pessoal



Então, veja abaixo 10 dicas de como identificar a dislexia:



1 A professora relata que a criança não está acompanhando a turma e apresenta dificuldade;



2 Observe o caderno da criança e verifique se ela o ocupa de forma irregular, ou seja, não faz uma distribuição das palavras dentro do espaço delimitado. Ex. A escrita se concentra na metade da página;



3 Ao fazer as lições de casa a criança não para, não se concentra e não consegue executar sem ajuda;



4 Observe se a criança espelha as letras e os números;



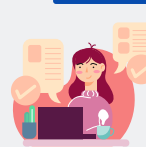
5 Observe se a criança tem resistência em ler em voz alta, apresenta dificuldade na soletração, trava na leitura e ao travar prefere tentar adivinhar a palavra;



6 Ao responder uma questão a criança, às vezes, responde de forma desconexa;



7 Dificuldade ao copiar da lousa para o caderno;



8 Dificuldade em reproduzir uma história na sequência correta;



9 Apresenta dificuldade em lembrar nomes e símbolos;



10 Dificuldade em identificar a direção - esquerda e direita.

A conscientização sobre a dislexia é importante para promover a inclusão e evitar rótulos e preconceitos. É imperativo que a sociedade entenda que a dislexia não se compara a preguiça, muito menos tem a ver com as falhas do sistema educacional, falta de inteligência ou ainda desinteresse, mas sim uma diferença neurobiológica que requer compreensão e suporte adequado. Portanto, é essencial oferecer subsídios emocional e educacional para dislexos, ajudando-os a desenvolver suas habilidades e a alcançar seu pleno potencial. A inclusão e a valorização da diversidade são imprescindíveis para construir uma sociedade mais justa e acolhedora para todos.



imagem ilustrativa
fonte Canva

10 consequências do não atendimento adequado às necessidades educacionais dos estudantes com altas habilidades ou superdotação

SALA DE RECURSOS REVISTA. Brasília: v. 4, n. 1, jan. - jun., 2023. Disponível em: <www.saladerecursos.com.br>

leia



DEZ CONSEQUÊNCIAS DE NÃO REALIZAR ATENDIMENTO ADEQUADO AOS ESTUDANTES COM ALTAS HABILIDADES OU SUPERDOTAÇÃO

A identificação e o atendimento adequado das necessidades educacionais dos estudantes com altas habilidades ou superdotado são fundamentais para o seu desenvolvimento pleno. Infelizmente, quando estes estudantes não recebem o suporte necessário, podem surgir desafios significativos. É importante compreender as implicações da falta do atendimento, tanto no âmbito acadêmico, quanto emocional. Ademais, a ausência de desafios intelectuais cuidadosamente pensados e construídos para alcançar este grupo de alunos, a escassez de motivação e o subaproveitamento de suas habilidades refletem apenas algumas das consequências possíveis. Através da conscientização sobre essas questões, podemos buscar soluções que garantam um ambiente educacional inclusivo, estimulante e que valorize o potencial único de cada estudante superdotado.

Para mitigar essas consequências negativas, é crucial promover a conscientização sobre a importância de identificar e atender adequadamente as necessidades dos estudantes com superdotação. Através dessa conscientização, podemos buscar soluções que garantam, sobremaneira, um ambiente educacional inclusivo, estimulante e que valorize o potencial único de cada estudante com altas habilidades.

Isso envolve a implementação de programas e práticas educacionais diferenciados, que ofereçam desafios intelectuais adequados, enriqueçam o currículo e estimulem a criatividade e a curiosidades desses estudantes. Além disso, é fundamental que os professores recebam formação adequada para identificar e apoiar esses alunos, adaptando suas estratégias pedagógicas e oferecendo suporte emocional.

figura 1: foto da autora



Rachel Rabelo: Graduada em Letras, Especialista em Informática na Educação e Neuropsicopedagogia. Professora da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal há 29 anos, já atuou na formação de professores no Núcleo de Tecnologia Educacional. Atualmente é Professora da Área Acadêmica Linguagens, atua na identificação e atendimento ao estudante com Altas Habilidades ou Superdotação no Atendimento Educacional Especializado em Altas Habilidades ou Superdotação Sobradinho da Secretaria de Educação do Distrito Federal.

fonte arquivo pessoal



Aqui estão 10 consequências do não atendimento adequado às necessidades educacionais dos estudantes com altas habilidades ou superdotação, com base em pesquisas:



1 Desinteresse e desmotivação: A falta de desafios adequados pode levar à desmotivação e ao desinteresse dos estudantes superdotados, o que pode resultar em um baixo rendimento acadêmico e até mesmo em abandono escolar.



2 Subaproveitamento de habilidades: Sem estímulos adequados, os estudantes superdotados podem não alcançar seu pleno potencial, o que leva a um subaproveitamento de suas habilidades e talentos.



3 Comportamentos disruptivos: A falta de desafios intelectuais pode levar a comportamentos disruptivos em sala de aula, como distração, desatenção ou até mesmo a busca de atenção de forma inadequada.



4 Baixa autoestima: A falta de atendimento adequado pode levar os estudantes superdotados a se sentirem incompreendidos e subvalorizados, resultando em uma baixa autoestima e sentimentos de inadequação.



5 Estresse emocional: A frustração decorrente da falta de desafios e do sentimento de não pertencimento pode levar a um estresse emocional significativo nos estudantes superdotados.



6 Problemas de comportamento: A falta de estímulo intelectual pode levar a comportamentos desafiadores, como a busca de estímulos externos, rebeldia ou até mesmo problemas de conduta.



7 Desenvolvimento desigual: A falta de atendimento adequado pode resultar em um desenvolvimento desigual das habilidades e competências dos estudantes superdotados, criando lacunas entre seu potencial e seu desempenho real.



8 Baixa satisfação escolar: A falta de desafios e o sentimento de não pertencimento podem levar a uma baixa satisfação geral com a experiência escolar, prejudicando o bem-estar e a motivação dos estudantes superdotados.



9 Isolamento social: A falta de interação com pares intelectualmente estimulantes pode levar ao isolamento social dos estudantes superdotados, dificultando o estabelecimento de relacionamentos saudáveis e significativos.



10 Perda de talentos: A falta de atendimento adequado às necessidades educacionais dos estudantes superdotados pode resultar na perda de talentos valiosos para a sociedade e na não realização do seu potencial máximo.



PROCURANDO SEU ESTUDANTE

NÓS TEM

Acesse

UNIDADE ESCOLAR:

Professor:

Disciplina:

Turma:

Data: __/__/__

Aluno:



Instruções:

- Crie uma rotina diária de estudos.
- Preencha o cabeçalho completo.
- Leia, atentamente, as orientações e explicações do professor.
- Responda com calma, releia sua resposta.

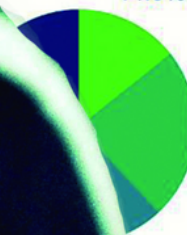


1

IDENTIFIQUE OS DADOS DO GRÁFICO E RESPONDA .

Consumo de Pizza

Portuguesa
14.3%



Calabresa
23.8%

PIZZA

Sabor	Total
Calabresa	70
Frango	50
Lombinho	40
Portuguesa	30
Italiana	20

b) Pinte com a cor com azul o sabor da pizza menos consumido

b) Qual o sabor de pizza que corresponde a 14,3% do consumo total?



calabresa



portuguesa

O MATERIALS QUE AJUDEM O A SE DENSENVOLVER MELHOR?

OS E É GRATUITO!

www.saladerecursos.com.br

UNIDADE ESCOLAR:

Professor:

Disciplina:

Turma:

Data: __/__/__

Aluno:



Instruções:

- Crie uma rotina diária de estudos.
- Preencha o cabeçalho completo.
- Leia, atentamente, as orientações e explicações do professor.
- Responda com calma, releia sua resposta.

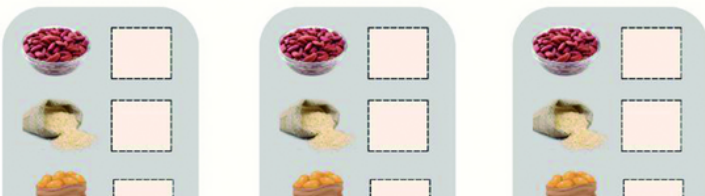


1 IDENTIFIQUE OS DADOS DO GRÁFICO E RESPONDA .

CONSUMO DE ARROZ - FEIJÃO - BATATAS EM GRAVATÁ



- a) Marque com um X o produto mais consumido durante o período de 2018 a 2022?
- b) Marque com um X o produto menos consumido durante o período de 2018 a 2022?
- c) Qual o produto teve o consumo de 150kg em 2022?



2 OBSERVE A FIGURA A ABAIXO E RESPONDA:

Produtos mais vendidos - porcentagem

Hamburguer



45%

produzidos 100 unidades
vendidos 45 unidades

Açaí



81%

produzidos 100 unidades
vendidos 81 unidades

Cachorro Quente



31%

produzidos 100 unidades
vendidos 31 unidades

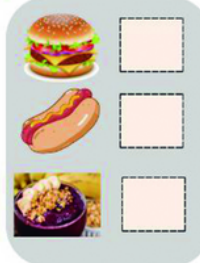
Batatas



51%

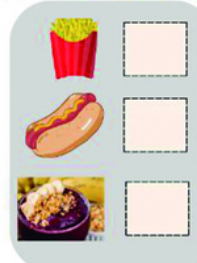
produzidos 100 unidades
vendidos 51 unidades

a) Marque com um X o produto mais vendido?



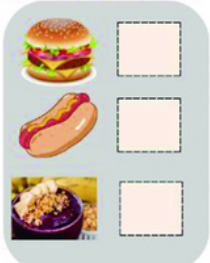
a) Quantas unidades foram vendidas do sanduiche?

b) Marque com um X o produto meno vendido?



a) Quantas unidades foram vendidas da açaí?

c) Qual o produto que obteve 31% de vendas?



a) Quantas unidades foram vendidas da batata?

