

APOIO PSICOPEDAGÓGICO AO DEFICIENTE VISUAL

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Psicologia da Educação

2009

Ana Carolina de Campos Sousa Soares

Andreia Sofia Tomás Fontinho

Cristiana Raquel Alves Duarte

Inês Rodrigues Marques

Mariana Sabina Felisberto Matias

Estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (Portugal)

E-mail:

kris_raquel@hotmail.com

RESUMO

Deficiência visual é um dano no sistema visual na sua globalidade ou parcialidade, podendo variar quanto às suas causas e/ou natureza. Foi feito o enquadramento desta deficiência à luz do modelo de auto-regulação da aprendizagem, sendo este um processo que permite ao aluno iniciar, controlar e desenvolver a sua aprendizagem. Os alunos com deficiência visual podem frequentar programas de educação integrada ou escolas especiais, sendo uma das dificuldades de uma escola normal as limitações e obstáculos existentes no espaço escolar. É importante e necessário um acompanhamento psicológico destes indivíduos, de forma a evitar sentimentos de desvalorização pessoal, de inutilidade, bem como apoio psico-pedagógico no contexto escolar.

Palavras-chave: Deficiente visual, apoio psico-pedagógico, intervenção, auto-regulação da aprendizagem

INTRODUÇÃO

A educação constitui não só a área que reúne um maior número de psicólogos portugueses, mas também a que talvez mais tem contribuído para o progresso e o desenvolvimento da psicologia como ciência e como profissão.

A intervenção psicológica no contexto educativo português é ainda principiante e pouco clara. De facto, já se assiste a uma considerável interpretação da Psicologia e da Educação, quando Portugal só muito recentemente começou a dispor de esquemas institucionais para a intervenção de psicólogos.

O nosso caso de estudo tem por tema “ O apoio psicopedagógico ao deficiente visual”.

A razão que nos levou a optar por este tema foi considerarmos que existe uma lacuna na prestação de apoio psicopedagógico ao deficiente visual.

Pretendemos portanto, que este trabalho contribua, de alguma forma, para complementar a nossa formação e, fundamentalmente, para a melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Para efectuar um estudo transversal com finalidades de conhecimento longitudinal, contactaremos algumas instituições especializadas no apoio ao deficiente visual, que nos facilitarão a recolha de informação, nomeadamente a ACAPO e a escola de referência para a deficiência visual de Coimbra.

A fim de orientar o nosso trabalho, considerámos mais relevantes as seguintes questões:

- Como é que o deficiente visual vivencia a componente social nos contextos escolares?
- Que tipo de escola frequentam/frequentaram os deficientes visuais consultados?
- O braille poderá contribuir como um recurso de inclusão/ melhorar a comunicação entre o deficiente visual e o normovisual?
- Quais são as limitações da escola a nível de mobilidade, da rotina diária, no acesso a materiais de aprendizagem, possíveis de ultrapassar?
- Existem programas/modelos de educação internacionais promissores?

A questão fulcral do nosso trabalho centra-se no **papel que o psicólogo pode desempenhar na melhoria da qualidade de vida e no apoio psico-educativo do deficiente visual.**

Enquadramento Teórico

Consideramos ser importante definir, em primeiro lugar, o que é deficiência. Deficiência é um conceito social ao qual foi atribuído, ao longo do tempo, diferentes significados, algumas vezes ambíguos. Então, deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatómica, no que diz respeito à biologia da pessoa (Silverstone, Lang, Rosenthal & Faye, 2000).

Segundo a OMS, a deficiência visual é um dano no sistema visual na sua globalidade ou parcialidade, podendo variar quanto às suas causas (traumatismo, doença, malformação, deficiente nutrição) e/ou natureza (congénita, adquirida, hereditária) e traduz-se numa redução ou numa perda de capacidade para realizar tarefas visuais (ler, reconhecer rostos, etc.). (ACAPO, 2009)

O termo deficiência visual é utilizado muitas vezes indistintamente, pois é empregue tanto no que diz respeito a problemas de visão parcial, como no que respeita à cegueira (Silverstone, Lang, Rosenthal & Faye, 2000).

Há que distinguir a amblíopia, a baixa visão, a visão sub-normal, a visão reduzida e ainda visão parcial, no que diz respeito à deficiência visual.

Amblíopia, medicamente falando, diz respeito à deterioração da função visual sem que existam anomalias orgânicas no olho, isto é, o doente tem uma capacidade visual reduzida, a qual não está sujeita a melhoras mesmo que se recorra à correcção óptica (Marcus, 1999). Ainda dentro da amblíopia, podem diferenciar-se três tipos: a amblíopia profunda, em que a acuidade visual é abaixo de 1/10; a amblíopia orgânica, quando há lesão do globo ocular ou das vias ópticas e ainda amblíopia funcional, quando não existem danos orgânicos (ACAPO, 2009).

A baixa visão, por seu turno, subdivide-se em dois tipos, moderada ou severa. No entanto, este défice não deve ser só definido pela acuidade visual mas também pela eficiência e visão funcional. O conceito de visão reduzida define-se por “diminuição significativa na capacidade visual” (Rodrigues, 2004, p.10)

Quanto à cegueira propriamente dita, os critérios que a definem e distinguem da visão reduzida são ainda muito discutidos. No entanto, a *Classificação Internacional de Doenças, Incapacidades e Desvantagens* categoriza a cegueira consoante o grau de visão em cegueira profunda, quase total e total (SNR, 1999).

Podemos, ainda, fazer uma distinção do tipo de cegueira conforme o momento do seu aparecimento. Congénita, quando aparece até ao primeiro ano de vida; se o seu aparecimento surgir entre o primeiro e o terceiro ano de vida, denomina-se por cegueira precoce; caso surja depois do terceiro ano de vida, considera-se o termo cegueira adquirida (Hatwell, 1966, citado em Moura & Castro, 1998). Outra forma de discriminar os tipos de cegueira é quanto ao seu

aparecimento, podendo categorizar-se por gradual, progressiva ou repentina (Dodds, 1993; Tuttle, 1984; Tuttle & Tuttle, 1996).

A compreensão desta temática pode ser simplificada com o recurso ao quadro de classificação de deficiências visuais, da OMS, a CID-10 (WHO, 2009). Nesta podemos encontrar a classificação das condições de saúde relacionadas com doenças, transtornos ou lesões, através de um modelo fundamentado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões. Na classificação da cegueira, considera-se a acuidade visual do indivíduo e o seu grau de comprometimento, categorizado em classes (ver Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação da deficiência visual (adaptado do CID-10, OMS)

Classificação da visão (OMS)	Grau da Deficiência	Acuidade visual com a melhor correcção possível	Denominações semelhantes
Visão	Nula	0.8 ou melhor (5/6, 6/7.5, 20/25 ou melhor)	da ordem da visão normal
	Ligeira	Menos de 0.8 (< 5/6, 6/7.5, ou 20/25)	Visão quase normal
Baixa visão	Moderada (categoria 1)*	Máximo inferior a 3/10 (0,3) Mínimo igual ou melhor que 1/10 (0.1)	Amblíopia normal
	Grave (categoria 2)*	Máximo inferior a 1/10 (0,01) Mínimo igual ou melhor que 1/20 (0,05)	Amblíopia grave ou cegueira legal
Cegueira	Quase total (categoria 3)*	Máximo inferior a 1/50 (0,02) Mínimo: conta dedos a 1 m Percepção de luz	Cegueira grave ou quase total
	Total (categoria 9)*	Sem percepção de luz	Cegueira total
	Indeterminada	Indeterminada não específica	Perda de visão indeterminada

*categorias definidas pela CID-10, da OMS.

É sabido que a deficiência visual tem um grande impacto na vida do indivíduo invisual e na vida de quem o rodeia. Langelaan et al., em 2007, realizaram um estudo em que estabelecem

uma comparação entre indivíduos com deficiência visual, sujeitos normo visuais e doentes crónicos. Então, verificou-se que a deficiência visual tem um grande impacto negativo na qualidade de vida dos sujeitos.

Como referiu Tuttle (1984) e Tuttle & Tuttle (1996), a deficiência visual tem implicações a variados níveis: na escrita, na leitura, nas possibilidades de emprego, na realização das mais simples tarefas domésticas, tais como, comer, vestir-se, etc. Em Portugal, por exemplo, a maioria dos invisuais empregados são-no por membros das suas redes sociais. Ainda assim, havendo uma adequação e adaptação ao local do trabalho, estes indivíduos são tão rentáveis, empenhados e competentes como um qualquer trabalhador normo visual (ACAPO, 2009).

Relativamente a aspectos psicológicos, não é obrigatório que a pessoa portadora de deficiência visual possua problemas no desenvolvimento psicológico ou, pelo menos, não é manifesto que a deficiência visual grave associe obrigatoriamente problemas psicológicos ou deficiências de desenvolvimento. Apesar das experiências do indivíduo estarem reduzidas, o organismo dispõe de outras vias de recolha de informação que podem complementar a via visual, com a adequada orientação e apoio, aproximando-o do indivíduo com um “padrão normal”. Sabe-se contudo que uma criança cega fica mais tempo do que uma criança normovisual em algumas etapas do desenvolvimento, pois a ausência de visão pode actuar como um obstáculo ao desenvolvimento, tornando-se mais lenta a passagem de uma etapa a outra (Martin & Bueno, in Bautista, 1997).

Socialmente, é de referir os estereótipos ainda existentes, quer da parte dos que vêem, como daqueles que não vêem, o isolamento e afastamento social, a passividade e também a dependência dos invisuais. Ainda relativamente a estes últimos, e a nível psicológico, há dificuldades de aprendizagem de conceitos – sobretudo em cegos precoces que não têm qualquer noção – dificuldades de integração, no caso de estar num grupo maioritariamente de normo visuais, entre outros. Mas, no geral há sempre espaço para um processo de ajustamento, durante o qual é muito importante estar presente uma boa auto-estima (ACAPO, 2009).

Carrol (1968), indica ainda outras alterações nas pessoas que têm cegueira adquirida, tais como perda do tónus muscular, sensação de fadiga, sono desregulado, etc.

Relativamente às tarefas da parentalidade, Couto (2008) refere que investigações recentes realizadas neste âmbito concluíram que a adaptação às tarefas e cuidados do bebé são progressivas e eficazes, onde a aprendizagem é feita por tentativas e erro.

Comparando a vida social e estado emocional de adolescentes com pais invisuais e adolescentes filhos de pais normo visuais, conclui-se que no que respeita ao estado emocional, relações de amizade e sentimentos relativos aos pais são mais positivos em adolescentes filhos de pais cegos. Também no que respeita à interacção social são os filhos de pais com deficiência visual que têm resultados mais positivos. Uma explicação para estes resultados é a sua maior flexibilidade intelectual, em que estes jovens são menos preconceituosos e mais tolerantes com

os outros. Com isto, podemos verificar que a deficiência visual em nada influencia a qualidade das funções parentais (Couto, 2008).

Modelo Conceptual

Atendendo ao tema escolhido e aos objectivos pretendidos, exploraremos o seguinte modelo conceptual: Modelo de Auto-regulação da Aprendizagem.

O nosso objectivo é o de tentar compreender a aquisição das estratégias de aprendizagem, ao longo do processo de escolarização para posteriormente podermos compreender esta aprendizagem auto-regulada na deficiência visual. Para isso, atendendo a uma ideologia de igualdade entre a aprendizagem dos alunos portadores de cegueira e dos normovisuais, foi feito o enquadramento desta deficiência à luz do modelo de auto-regulação da aprendizagem.

A nosso ver, o aluno portador de deficiência visual, a fim de conseguir uma maior produtividade académica deve, de acordo com este modelo conceptual e com a possível intervenção do psicólogo, adquirir competências de autonomia para que possa fazer uma gestão mais eficaz do seu estudo.

Técnicas de Estudo

Vivemos numa sociedade vasta em informação e em conhecimento múltiplo, onde há necessidade de actualizar as aprendizagens ao longo da vida. Neste sentido, reconhece-se a incapacidade do homem para captar toda a informação, sendo, por isso, indispensável desenvolver o indivíduo como um ser estratégico, gestor da multiplicidade de dados com que tem que lidar (Simão, 2002).

Sem dúvida que “há uma tendência antiga nas escolas portuguesas para considerar o saber como um conjunto de conhecimentos puramente intelectuais (...). [Porém,] o saber irriga a personalidade inteira, dá-lhe capacidades de resolver situações dentro e fora de quem o possui” (Simão, 1998, citado por Simão, 2002).

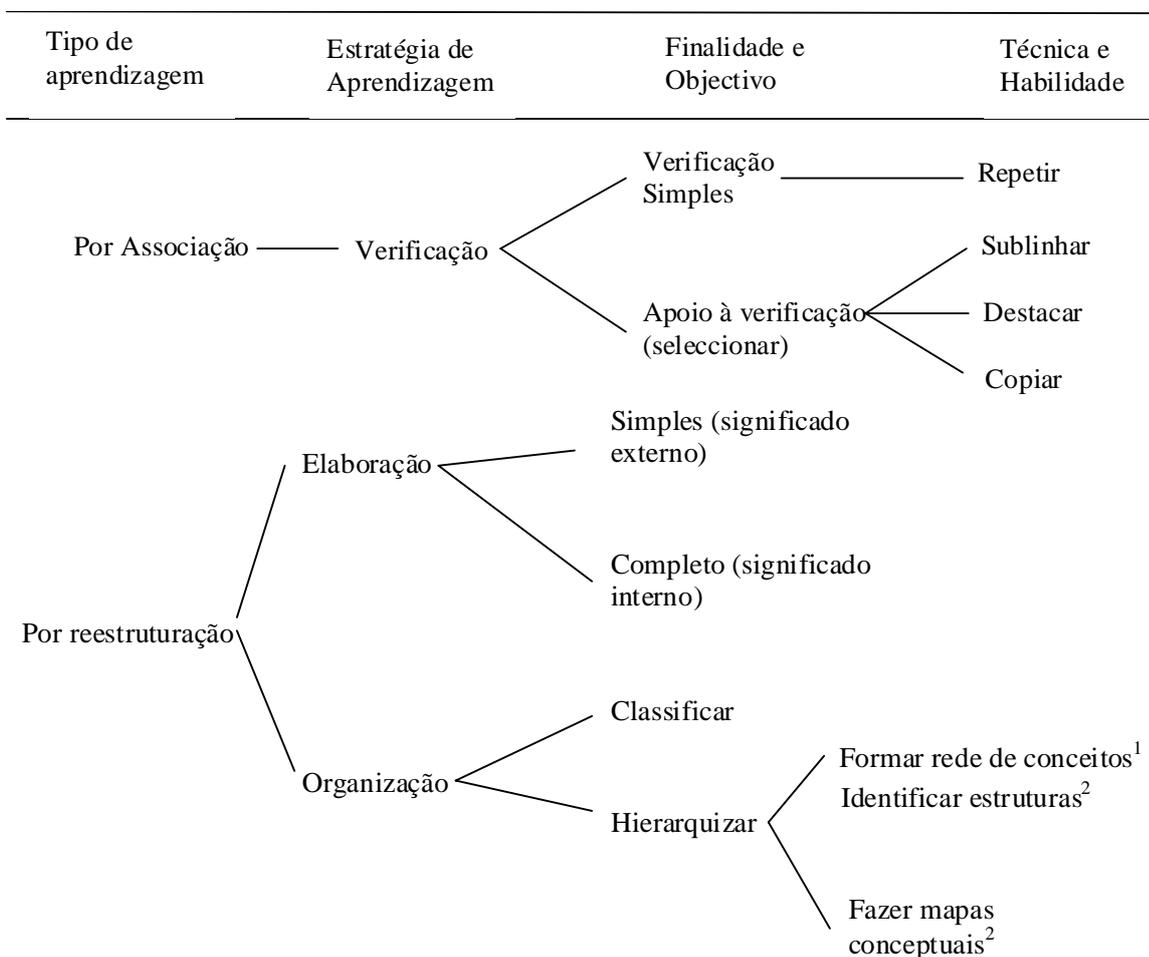
Contudo, é também inegável que, actualmente, existe o risco da sociedade se cindir entre “aqueles que podem interpretar, aqueles que só podem utilizar, e aqueles que são marginalizados numa sociedade que os assiste”, sendo que os portadores de deficiência visual se enquadram, a maior parte das vezes, neste último ponto. Aqui se encontra a principal função da escola: compreender os mecanismos de funcionamento desta mesma sociedade para, desta forma, auxiliar os invisuais e melhorar a sua qualidade de vida (Simão, 1998, citado por Simão, 2002).

Actualmente, torna-se necessário que o processo educativo se baseie, não tanto na transmissão de conhecimentos e informações mas, mais em orientar e facilitar a formação do pensamento e acção do cidadão, como aponta (Pérez Gómez,1996 in Simão, 2002).

Portanto, tendo em conta a complexidade dos fenómenos educativos, é exigida uma aproximação interdisciplinar entre a educação e a psicologia (Hernández, 1997, citado por Simão, 2002).

Para De Corte (Valls, 1993), o principal objectivo cognitivo da aprendizagem escolar é a aquisição de procedimentos, que distingue em quatro categorias: 1 – aplicação flexível de um conhecimento bem organizado, específico de uma área que compreenderá conceitos, regra, princípios, fórmulas e algoritmos; 2 – métodos heurísticos para a análise e transformação do problema; 3 – competências que incluem, por um lado, o conhecimento relativo ao funcionamento cognitivo próprio e, por outro, actividades que se relacionam com o autocontrolo e a regulação dos próprios processos cognitivos; 4 – estratégias de aprendizagem, ou seja, as actividades que ocupam o estudante durante a aprendizagem com o fim de adquirir qualquer dos três tipos de destrezas anteriores (Simão, 2002).

Pozo (Pozo, 1996) apresenta uma ordenação de estratégias de aprendizagem explicitada na figura seguinte.



1- Programa desenhado por Danserau (1985), parte de ideia de que “o material deve transformar-se em redes ou mapas de conexão entre pontos de intersecção. Durante a aquisição, o aluno identifica os conceitos ou ideias importantes (pontos de intersecção) e representa as suas inter-relações (conexões) em forma de um mapa ou rede”. Como ajuda a este trabalho, ensina-se aos alunos uma série de conexões etiquetadas que podem usar-se para codificar as relações entre as ideias.

2- Novak e Gowin (1996), partindo da teoria da aprendizagem de Ausubel (1963), desenvolveram uma técnica para ajudar os alunos a “aprender a aprender”, baseada no ensino de diversos tipos de mapas: mapas conceptuais e os mapas em V (Simão, 2002).

A concepção de Monereo do ensino das estratégias de aprendizagem está vinculada à metodologia de ensino/aprendizagem utilizada pelo professor para favorecer a reflexão, ou seja, o “pensar sobre como se pensa ao aprender” (Monereo, 1995, citado por Simão, 2002).

Também Noguerol (1994) apresenta uma classificação dos procedimentos com o objectivo de orientar a organização das actividades escolares. Entende, por procedimento, o conjunto de acções ordenadas, orientadas para atingir uma meta, referindo-se aos processos mentais que realizam os alunos nas tarefas escolares (Simão, 2002).

Estratégias de Aprendizagem

A deficiência visual traduz-se numa redução da informação que o sujeito capta do meio ambiente, restringido uma grande quantidade de dados que este proporciona e que são muito importantes para a edificação do conhecimento sobre o mundo exterior (Martin & Bueno, in Bautista, 1997).

Na área motriz observam-se com bastante frequência lacunas, detenções e atrasos no desenvolvimento, assim como anomalia e/ou ausência de condutas motrizes adequadas e eficazes (Tardón & Jiménez, 1989).

A maioria das crianças cegas e amblíopes apresentam um atraso intelectual e escolar (Tardón & Jiménez, 1989).

As dificuldades na resolução adequada de diferentes tarefas remetentes a áreas de ordem cognitiva distintas, levam-nos a concluir que a construção da estrutura do intelecto nas crianças cegas apresenta características próprias, marcadas basicamente pela dificuldade que se supõe ser trabalhar com um código háptico-auditivo, com o que de dificuldade comporta para a criação da bagagem representacional da inteligência (Tardón & Jiménez, 1989).

A avaliação intelectual de crianças cegas é difícil visto que não há instrumentos de medida devidamente desenhados para esta população (Tardón & Jiménez, 1989).

As crianças cegas e amblíopes podem apresentar um baixo nível de conhecimentos gerais em tarefas de ordem matemática e em compreensão de palavras de vocabulário (Tardón & Jiménez, 1989).

Um outro problema que pode ser apresentado por estas crianças é o verbalismo, que consiste em utilizar no discurso palavras sem compreender o seu significado ou sem conhecimento algum daquilo a que o mesmo se refere (Tardón & Jiménez, 1989).

A acção educativa orientada para crianças portadoras da deficiência visual deve compreender a aplicação de estratégias ou técnicas específicas para a estimulação visual; orientação e mobilidade; aquisição de capacidades para actividades da vida diária como por exemplo a leitura, escrita e cálculo; utilizando materiais específicos adaptados e aplicando materiais auxiliares que possibilitem a ampliação da imagem visual (Martin & Bueno, in Bautista, 1997).

As estratégias de aprendizagem situam-se a um nível bem distinto do das técnicas de estudo. Estas dizem respeito a operações ou actividades mentais que facilitam e desenvolvem os vários processos de aprendizagem escolar, e permitem-nos processar, organizar, reter e recuperar a informação que temos que aprender (Simão, 2002).

Weinstein e Mayer (1980) definem estratégias de aprendizagem como conhecimentos ou condutas que influenciam os processos de codificação e facilitam a aquisição e recuperação do novo conhecimento (Simão, 2002).

As estratégias de aprendizagem podem ser definidas como planos formulados pelos estudantes para atingirem objectivos de aprendizagem, assim como qualquer procedimento adoptado para a realização de uma determinada tarefa (Lopes da Silva e Sá, citado por Simão, 2002).

As estratégias de aprendizagem têm uma grande importância, tanto para a prática educativa como para a teoria psicológica. As teorias psicológicas da aprendizagem foram abandonando, progressivamente, os modelos segundo os quais o conhecimento do sujeito era uma simples réplica da realidade, assente na mera prática, tendo-se aproximado de posições construtivistas, nas quais o conhecimento alcançado depende da interacção entre a informação apresentada e os conhecimentos anteriores do sujeito. As teorias psicológicas da aprendizagem tendem a orientar-se, cada vez, mais para a análise da interacção entre os materiais de aprendizagem e os processos psicológicos processados pelo sujeito (Simão, 2002).

Por outro lado, os professores descobriram que o seu trabalho não se devia apenas focar em proporcionar conhecimentos e em assegurar certos produtos ou resultados da aprendizagem, mas que deviam fomentar, também, os processos mediante os quais esses produtos podem alcançar-se, isto é, as estratégias de aprendizagem (Simão, 2002).

O conhecimento metacognitivo e o uso de estratégias

A metacognição e o seu papel nos processos de desenvolvimento e aprendizagem têm vindo a expandir-se desde o início da década de 1980. Esta corrente prescreve que o ensino não se deve limitar a transmitir conhecimentos, mas deve dar ênfase a ensinar os alunos a aprender (Simão, 2002).

A metacognição pode referir-se a duas ideias: o conhecimento sobre os processos cognitivos (Flavell, 1987) e a regulação dos processos cognitivos (Brown, 1987, citado por Simão, 2002).

“A metacognição abrange não só o conhecimento e cognição sobre os objectos cognitivos e outros (emoções, motivos) como pode significar igualmente qualquer forma de monitorização do sistema cognitivo ou emocional” (Flavell, in Lopes da Silva e Sá, 1993:22, citado por Simão, 2002).

Actualmente, tem-se dado ênfase à função auto-reguladora e não só à função cognitiva da metacognição (Simão, 2002).

A metacognição é o factor mais relevante e responsável da qualidade e eficiência da aprendizagem e da sua transferência para situações novas. O sujeito aprende a aprender à medida que essa transferência ocorre (Valente, 1992, citado por Simão, 2002).

Sternberg (1995), refere que não se deve pensar em ensino de estratégias sem se ter o suporte de uma teoria da inteligência. Na sua compreensão, abordada a partir de uma perspectiva de processamento da informação, considera a inteligência constituída por três componentes principais: metacomponentes (processos executivos de nível superior utilizados no planeamento, monitorização e tomada de decisão), componentes do desempenho (processos utilizados na execução de uma tarefa) e componentes de aquisição de conhecimento (processos utilizados na aprendizagem de nova informação) (Simão, 2002).

A metacognição é útil para que conhecimentos e competências possam ser construídos com maiores possibilidades de sucesso e de transferência, assim como para aprender estratégias de resolução de problemas que favoreçam o êxito e a transferência e, portanto, a auto-regulação, e ainda para um sujeito poder ser mais autónomo na gestão das tarefas e nas aprendizagens (ser auto-regulado e saber fazer-se ajudar), para que possa desenvolver uma motivação para aprender e para a construção do conceito de si como aprendiz (Doly in Grangeat 1997:27-28, citado por Simão, 2002).

Auto-regulação na aprendizagem

A aprendizagem auto-regulada é um processo em que o aluno pode iniciar, controlar e desenvolver a sua aprendizagem. “O acento tónico passa das circunstâncias mais próximas ou mais distantes, socioculturais, familiares ou pessoais, para se situar no papel de agente activo que é capaz de assumir a iniciativa de o controlar em maior ou menor grau e nas suas diversas vertentes” (Costa, 2001, p. 134).

Segundo Zimmerman (1989), para maximizar o desempenho escolar é fundamental actualizar e potencializar as capacidades do aluno para aprender, devendo os aprendizes coordenar as aptidões cognitivas, metacognitivas e motivacionais por serem cruciais no modo de aprendizagem, a par do conhecimento dos conteúdos.

Podem distinguir-se dois tipos de regulação na aprendizagem: a regulação externa (efectuada pelos professores, livros ou computadores); e a regulação interna ou auto-regulação, levada ao seu término pelo próprio aluno, (Simons & Beukhof, citado por Figueira, 1994, p.16).

A auto-regulação é a competência de ser “auto-ensinante”, ou seja, ser capaz de preparar, facilitar e regular a aprendizagem, facultar feedback e apreciações de realização, estimular a motivação e a concentração. Tal implica um conhecimento metacognitivo, controlo executivo ou processos de regulação, transformações ou aptidões executivas, e motivação. (Simons & Beukhof, citado por Figueira, 1994, p.16).

Então, a auto-regulação seria, encarada segundo três directrizes: grau de desenvolvimento activo no processo de aprendizagem; processo cíclico de modificação de comportamentos; dependência de aspectos motivacionais (Costa, 2001).

Existem várias perspectivas relativamente à aprendizagem auto-regulada. Neste trabalho vamos focar três abordagens consideradas, por nós, mais importantes: abordagem comportamentalista, construtivista e sócio-cognitiva.

1. Perspectiva comportamentalista

Esta abordagem não considera aspectos não observáveis, reconhecendo estímulos antecedentes e consequentes dos comportamentos. Esta perspectiva baseia-se nos princípios de Skinner. Este defende que a auto-regulação seria todo o comportamento operante, isto é, seria controlada pelas suas consequências, em virtude do facto dos estímulos relevantes estarem presentes (Mace, Belfiori & Shea, 1989).

Os procedimentos em que se basearia a aprendizagem seriam a auto-monitorização, a auto-instrução e o auto-esforço. Os aspectos desenvolvimentais são desvalorizados, dando ênfase a procedimentos como a modelagem, a instrução directa e o reforço da conexão com aspectos

externos, produzindo a automatização da auto-regulação. A auto-consciência pode ser deduzida pela auto-reacção do sujeito face à necessidade de controlar o método de aprendizagem (Mace, Belfiori & Shea, 1989).

2. Perspectiva construtivista

Os construtivistas afirmam que a base de toda a aprendizagem são esquemas (considerados planos que especificam as relações entre conjuntos de ideias e objectos) e que os estudantes vão construindo representações da realidade cada vez mais complexas e desenvolvendo um empenho de adaptação do seu comportamento (Costa, 2001).

Para Zimmerman (1989), as principais referências da perspectiva construtivista são os estudos de Bartlett e as pesquisas de Piaget, tendo na sua essência seis ideias essenciais: existe uma motivação intrínseca para a procura de informação; ocorrem reajustes progressivos ao nível de aprendizagem; os alunos possuiriam limitações desenvolvimentais; e a reflexão e a reconstrução estimulam a aprendizagem (Paris & Byrne, 1989).

O papel auto construtivo do sujeito no processo de auto-regulação da aprendizagem é valorizado segundo esta perspectiva. Paris e Byrne (1989) expõem quatro aspectos essenciais de aprendizagem auto-regulada, apelidados por teorias, e que têm a particularidade de ser um resultado da construção do sujeito, a partir de percepções de auto-eficácia, atribuições e metacognições: teoria da auto-competência, teoria do esforço, teoria das tarefas e a teoria das estratégias. Segundo os construtivistas o aluno é visto como sendo capaz de planear, estabelecer objectivos, empenharem-se e envolverem-se na tarefa, de uma maneira optimista e positiva sendo, portanto, indispensável que tenham tido acesso a um variado número de estratégias de aprendizagem.

A motivação é intrínseca à procura de informação, e o conflito cognitivo provoca acomodações. É de considerar também novos conceitos e noções, como a teoria do esforço pessoal, iniciativa pessoal e controlo. “A auto-consciência é (de)limitada pelo desenvolvimento cognitivo do sujeito, que começa por ser egocêntrico e só atinge um pleno desenvolvimento no período das operações formais.” (Costa, 2001, p.143-144).

A teoria da auto-regulação centra-se no *self*, no empenho, nas tarefas escolares e nas estratégias para trabalhar com elas, segundo esta perspectiva (Costa, 2001).

3. Perspectiva sócio-cognitiva

A perspectiva sócio-cognitiva foca-se na interacção sujeito-meio-comportamento, sendo a auto-regulação motivada pela auto-eficácia e pelos resultados da realização (Costa, 2001; Zimmerman & Schunk, 2003).

Esta perspectiva baseia-se na teoria de Bandura (1986), que estuda três determinantes do funcionamento humano e da auto-regulação, como estando em constante interacção: factores pessoais (cognições, afectos), circunstâncias ou variáveis do meio e acções ou comportamentos. Bandura reconheceu três sub-processos na auto-regulação, que interagem entre si: auto-observação, auto-julgamento e auto-reacção.

De acordo com Zimmerman (1989), a auto-regulação define-se como o grau de participação dos alunos de forma activa na sua aprendizagem, no aspecto metacognitivo, motivacional e comportamental. Ao nível metacognitivo, salienta-se a planificação, definição de objectivos, organização, auto-monitorização e auto-avaliação durante a aprendizagem, segundo uma atitude auto-consciente, *knowledgeable* e decisória (Corno, 1989). No âmbito motivacional, a auto-eficácia, auto-atribuições e o interesse intrínseco pelas tarefas escolares, fomentador de iniciativa pessoal, esforço continuado e persistência durante o processo de aprendizagem, seriam os aspectos mais relevantes (Zimmerman, 1990). Respeitante aos aspectos comportamentais, identificar-se-iam estratégias de selecção, estruturação e criação de ambientes propícios à aprendizagem.

A abordagem sócio-cognitiva considera que a auto-regulação não se adquire indiferentemente através de interacções com o meio, nem se desenvolve automaticamente com a idade, sendo resultado da interacção particular entre a aprendizagem de *skills* e desenvolvimento (Schunk, 1989). Segundo esta perspectiva, os treinos que visam a auto-regulação de aprendizagem devem centrar-se não só a nível comportamental, mas também metacognitivo e motivacional (como por exemplo, as crenças de auto-eficácia para aplicar determinada estratégia auto-regulada), procurando desenvolver processos como a auto-monitorização dos progressos, a observação de modelos, estabelecimento de objectivos, comparação sicail, contingências de reforço, feedback atribucional e treino de estratégias (Schunk, 1989). O mesmo autor considera os treinos auto-instrucionais os mais apropriados para desenvolver a capacidade de auto-regulação da aprendizagem.

A abordagem sócio-cognitiva refere as expectativas dos resultados como sendo os determinantes da motivação, sendo que, posteriormente, Bandura (citado por Zimmerman, 1989) inferiu a existência de um outro construto motivacional: a auto-eficácia, que seria a percepção da competência para promover acções necessárias para o alcance de determinados índices de realização, orbitando-se na avaliação pessoal das performances, nos domínios da tarefa.

Zimmerman (1989) considera dois tipos de expectativas nesta perspectiva: a expectativa de eficácia pessoal e a expectativa dos resultados. As expectativas de eficácia pessoal relacionam-se com a selecção de tarefas, persistência, esforço despendido e obtenção de capacidades, dependendo da auto-conceito de competência, da sua avaliação e do grau de dificuldade da tarefa (Schunk, 1989). Zimmerman refere que os alunos auto-regulados e auto-controlados possuem um elevado sentimento de auto-eficácia das suas capacidades, sendo mais perseverantes,

persistentes, esforçados e motivados intrinsecamente para as suas actividades, recorrendo a mais estratégias de aprendizagem a fim de alcançarem os objectivos a que se propõem e obterem melhor desempenho nas tarefas.

A intervenção do Psicólogo num estabelecimento de ensino especial

É fundamental ter em conta que a utilidade do contexto institucional em que se desenvolve o processo de educação é o resultado da intervenção do meio na criança em desenvolvimento. A intervenção do meio pode ser causadora de danos irreversíveis, ou incrementadora do potencial de desenvolvimento na criança (Hunt, 1971; Lourie, 1971, citados por Greenspan & colaboradores, 1975).

As crianças portadoras de deficiência visual, objecto de cuidados nos estabelecimentos de ensino especial, são crianças que estão lesadas no seu processo de desenvolvimento. Estas crianças encontram-se numa situação fragilizada e expostas às influências do meio envolvente, isto é, são incapazes de retirarem alguns ganhos das influências positivas do meio.

Assim sendo, assume particular relevância a organização do contexto institucional, onde se concedem cuidados às crianças com este tipo de deficiência, devendo o mesmo ser tido em consideração na preparação de programas de educação dirigidos a estas crianças. A vida familiar e social em que estas participam é também merecedora de atenção especial. É ainda de referir que, a maioria dos professores e dos educadores não têm formação especial para prestar cuidados especiais a estas crianças não dando relevo a certas questões especiais (Hunt, 1971; Lourie, 1971, citados por Greenspan & colaboradores, 1975). Deste modo, consideramos ser importante uma maior formação na área da educação especial, para que possa ser dada mais atenção a crianças portadoras de deficiência, contribuindo assim para um melhor desenvolvimento destas.

O psicólogo tem grandes responsabilidades quando é contratado para trabalhar num estabelecimento de ensino especial. Este deve adoptar um referencial teórico na sua intervenção para poder seleccionar os fenómenos ou factos de uma realidade (Hunt, 1971; Lourie, 1971, citados por Greenspan & colaboradores, 1975).

Existem três aspectos que o psicólogo deve ter em consideração: o primeiro, relaciona-se com a dinâmica interna da instituição; o segundo aspecto refere-se à interacção contingente da instituição com o sistema social onde se integra; e por fim o terceiro diz respeito às relações pessoais, quer dos educadores com as crianças, quer dos elementos da equipa pedagógica entre si. No entanto, o que no fundo é importante é evitar os sentimentos de desvalorização pessoal nos portadores de deficiência visual e fomentar ganhos de auto-estima, quer nos educadores, quer nas crianças (Hunt, 1971; Lourie, 1971, citados por Greenspan & colaboradores, 1975).

Pode dizer-se que, para o psicólogo que é contratado para um estabelecimento de ensino especial, a criança, a família, o educador, a equipa pedagógica e a instituição, são seres individuais ou colectivos que necessitam de atendimento específico, a partir do que cada um deles traz relativamente à problemática da deficiência e da inadaptação. Podemos dizer que a criança é a portadora da problemática, a família é o contexto social que enquadra o sofrimento inerente à deficiência e à inadaptação, o educador é o agente social reabilitador ou cuidador, a equipa é o contexto social que organiza a acção educativa e de reabilitação, e a instituição é o sistema sócio-técnico (Hunt, 1971; Lourie, 1971, citados por Greenspan & colaboradores, 1975).

Programas de Escolas Especiais vs. Programas de Educação Integrada

Os deficientes visuais (crianças cegas, cuja visão é nula ou reduzida) podem ter acesso a dois tipos essenciais de programas educativos:

- Programas de escolas especiais;
- Programas de educação integrada.

No que se refere às escolas especiais são instituições de ensino em que todos os alunos são deficientes visuais. Muitos deles são internatos onde as crianças vivem e estudam durante todo o ano lectivo, indo só a casa aos fins-de-semana (Horton, 2000).

Podemos, então, dizer que as escolas especiais constituem o programa educativo das crianças deficientes visuais mais importante. Este programa conta com algumas vantagens, como o facto de os docentes das escolas especiais receberem formações especiais ou contínuas em educação de crianças cegas ou com visão reduzida; uma vez que todos os alunos são cegos ou com uma visão reduzida, a instituição dispõe mais facilmente de meios para obter equipamentos especiais, obras em Braille, livros impressos em caracteres ampliados e materiais destinados ao tacto; regra geral o número de alunos por turma é mais reduzido, e, por fim, como normalmente os alunos são internos, os educadores dispõem de mais tempo, antes, durante e depois das aulas, para ensinar aos deficientes visuais determinadas matérias especiais que não figuram no programa, tais como a orientação e a locomoção, as actividades da vida diária (Horton, 2000).

Quanto aos programas de educação integrada os deficientes visuais frequentam uma escola regular na zona onde vivem. Normalmente frequentam as mesmas escolas que os seus irmãos, têm exactamente as mesmas aulas que os alunos normovisuais, mas dotando de uma ajuda complementar ou de um apoio pedagógico dado por um docente especializado no trabalho com cegos (Horton, 2000).

Algumas vantagens destes programas têm a ver com o facto de estes alunos necessitarem de cuidados especiais e como frequentam escolas regulares, não precisam de se separar dos seus

pais, irmãos e irmãs, continuando, assim, a viver no seio das suas famílias; este tipo de programa é menos dispendioso do que as escolas especiais e nos programas integrados, as crianças cegas ou com visão reduzida são misturadas com as crianças normovisuais, o que faz com que possam brincar e aprender diariamente (Horton, 2000).

No entanto, ambos os programas têm certas vantagens e desvantagens. Por isso não podemos dizer qual o melhor programa para uma criança de deficiência visual. É, pois, muito mais importante conhecer todas as vantagens e desvantagens destes dois programas do que saber qual deles é o melhor (Horton, 2000).

Escola inclusiva é um local onde todos os alunos aprendem em conjunto, sempre que possível, independentemente das dificuldades e diferenças que apresentam (Declaração de Salamanca, 1994).

A integração é um processo caracterizado pela diversidade, podendo ser encarado através de diferentes perspectivas: legal, social, pessoal e curricular (Bayliss, 1995).

Limitações existentes no espaço escolar

Hoje em dia, apesar de alguns progressos, ainda se verificam algumas dificuldades em contexto escolar. Essas dificuldades traduzem-se no acesso à documentação bibliográfica (de estudo, de consulta e de referência) e à recolha de informação nas aulas, o método de estudo, a partir de textos gravados aulas/livros/revistas/artigos/e outros) obriga a um trabalho acrescido, moroso e penoso, pois prevê a sua audição para posterior organização, dificuldades em recolher informação de carácter geral que geram nos placares de avisos/informações, dificuldade em seguir, com o mesmo ritmo dos colegas, aulas que pressuponham análise textual ou realização de cálculos e dificuldade no reconhecimento dos espaços da escola e meio envolvente (GAE,2009).

No entanto, não há só dificuldades no contexto escolar, como também há boas práticas neste mesmo contexto. Por exemplo, a imprescindibilidade de centros de recursos que editem toda a documentação necessária à sua formação, em formato adequado: Braille, áudio, ampliações, relevos ou digital; a distribuição antecipada dos textos a utilizar nas aulas práticas, em formato adequado e disponibilização de catálogos e documentação em suportes susceptíveis de serem trabalhados por deficientes (GAE,2009).

No que diz respeito à orientação e mobilidade no condicionamento visual é importante defender apoios no âmbito da mobilidade, orientação e reconhecimento dos espaços das salas de aula, dos locais de estudo, de convívio, de lazer, circuitos de entrada e saída da escola, entre muitos outros, especialmente nos primeiros meses de contacto com o estabelecimento e uma disponibilização de apoios pedagógicos e didácticos específicos na maior selectividade de bibliografia a consultar; majoração do tempo na prestação das provas escritas; instituir época

especial para a realização de exames e incentivar os alunos a aproveitarem os tempos lectivos dos docentes dedicados ao atendimento dos alunos, pois é indispensável o contacto estreito com os docentes para que o apoio seja o mais personalizado possível (GAE,2009).

O psicólogo tem um contributo de elevada importância junto da população de portadores de deficiência visual no contexto escolar, pois é uma mais valia na prestação de apoio sócio-afectivo, tanto para o indivíduo portador, como para a sua família que por vezes não tem informação suficiente para ultrapassar certos problemas resultantes da integração escolar de uma criança invisual numa escola integrativa (GAE, 2009).

Existem diferenças nas necessidades de apoio psicológico sentidas por um indivíduo cego à nascença, e um indivíduo que adquire a cegueira numa outra etapa do seu desenvolvimento. Um indivíduo que adquire a cegueira, pode eventualmente ter mais dificuldade na aceitação do seu estado, assim como na forma de lidar com este nos momentos iniciais, isto é, é necessária uma adaptação para a realização das actividades do quotidiano (ACAPO,2009).

O psicólogo pode diminuir a revolta, o sentimento de inutilidade, ou qualquer outro problema do foro psicológico de um portador de deficiência visual, através do aconselhamento e do recurso a terapias cognitivo-comportamentais, terapias de grupo, entre outras. Associações centradas no apoio à deficiência visual constituem uma ajuda fulcral para estes indivíduos, pois permitem a interacção com outros sujeitos na mesma situação, de forma a partilhar vivências e experiências; ajudam também no apuramento e redireccionamento dos restantes sentidos para a reaprendizagem das tarefas diárias. Estas recebem, na sua generalidade, a colaboração de um psicólogo (ACAPO, 2009).

Para melhor intervir no indivíduo com deficiência visual, o psicólogo pode aplicar provas de avaliação psicológica. No entanto, enfrenta algumas dificuldades nesta área, já que as provas adaptadas a este tipo de deficiência são praticamente inexistentes. Um exemplo desta inadaptabilidade são as provas projectivas, sendo estas impossíveis de aplicar. Tendo em conta esta lacuna, consideramos que é necessário haver iniciativa por parte dos psicólogos para o desenvolvimento e/ou adaptação de provas de avaliação psicológica, bem como investir na investigação nesta área (J. Mário, 2009).

No contexto escolar, o psicólogo pode ajudar os professores/educadores a saberem lidar melhor com estas crianças e adolescentes. Por outro lado, estes alunos necessitam de um apoio especializado para uma melhor adaptação ao espaço físico e às exigências educativas (J. Mário, 2009).

CONCLUSÃO

A deficiência visual é um tipo de deficiência que carece de apoio psicológico, inclusive no contexto educativo.

Este trabalho permitiu-nos contactar com as dificuldades que os portadores de deficiência visual possuem, desde as suas dificuldades do quotidiano, às actividades de motricidade/mobilidade. Para isso, foi valioso o contributo que obtivemos através das entrevistas que realizámos.

Constatámos que existem ainda lacunas a vários níveis: apoio psico-pedagógico, formação de professores/vigilantes e outros profissionais na área educativa, recursos materiais de apoio ao estudo, materiais lúdicos, entre muitos outros.

O psicólogo tem um contributo de elevada importância junto da população de portadores de deficiência visual. É uma mais-valia na prestação de apoio sócio-afectivo, tanto para o indivíduo portador, como para a sua família.

A intervenção junto do deficiente visual passa em primeiro lugar por desdramatizar e desmistificar a situação, em segundo, por ajudar o indivíduo na sua preparação tendo em vista o ajustamento à nova realidade e em terceiro na integração da comunidade.

Existem diferenças nas necessidades de apoio psicológico sentidas por um indivíduo cego à nascença e um indivíduo que adquire a cegueira numa outra etapa do seu desenvolvimento. Um indivíduo que adquire a cegueira, pode eventualmente ter mais dificuldade na aceitação do seu estado, assim como na forma de lidar com este nos momentos iniciais, isto é, é necessária uma adaptação para a realização das actividades do quotidiano.

O psicólogo pode diminuir a revolta, o sentimento de inutilidade, ou qualquer outro problema do foro psicológico de um portador de deficiência visual, através do aconselhamento e do recurso a terapias cognitivo-comportamentais, terapias de grupo, entre outras. Associações centradas nesta deficiência constituem um apoio fulcral a estes indivíduos, pois permitem a interacção com pessoas na mesma situação, de forma a partilhar vivências e experiências; e ajudam no apuramento e redireccionamento dos restantes sentidos para a reaprendizagem das tarefas diárias. Estas recebem, na sua generalidade, a colaboração de um psicólogo.

Para melhor intervir no indivíduo com deficiência visual, o psicólogo pode aplicar provas de avaliação psicológica. No entanto, enfrenta algumas dificuldades nesta área, já que as provas adaptadas a este tipo de deficiência são praticamente inexistentes. Um exemplo desta inadaptabilidade é as provas projectivas, sendo estas impossíveis de aplicar. Tendo em conta esta lacuna, consideramos que é necessário haver iniciativa por parte dos psicólogos para o desenvolvimento e/ou adaptação de provas de avaliação psicológica, bem como investir na investigação nesta área.

No contexto escolar, o psicólogo pode ajudar os professores/educadores a saberem trabalhar melhor com estas crianças e adolescentes. Estes alunos necessitam, também, de um apoio especializado para melhor se adaptarem ao espaço físico e às exigências educativas.

BIBLIOGRAFIA

ACAPO - Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal. Informações: cegueira. Retirado em 26 de Outubro, 2009, de <http://www.acapo.pt/information.asp>

Carroll, T. J. (1968). *Cegueira: O que ela é, o que ela faz e como viver com ela*. São Paulo: Ministério da Educação.

Conselho Nacional de Educação. (1989). *Os Alunos com Necessidades Educativas Especiais*. Editorial do Ministério da Educação.

Costa, J. J. M. (2001). *Auto-regulação da aprendizagem: para uma caracterização multidimensional do desempenho académico*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Psicologia da Motivação e da Personalidade, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Couto, V. (2008). *Percepção das Estratégias de coping e das Forças Familiares numa amostra de pessoas adultas com deficiência visual: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado Integrado, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Figueira, A. P. C. (1994). *Em torno do rendimento escolar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia Pedagógica, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Horton, J. K., (2000). *Educação de Alunos Deficientes Visuais em Escolas Regulares*. Lisboa: Grafis.

Langelaan, M., De Boer, M., R., Van Nispen, R., M., A, Wouters, B., Moll, A., C., & Rens, H., M., B., (2007). Impact of Visual Impairment on Quality of Life: A Comparison with Quality of Life in the General Population and With Other Chronic Conditions *Ophthalmic Epidemiology. Informa Healthcare*, 14, 119–126.

Mace, F. C., Belfiore, P. J., & Shea, M: C. (1989). Operant theory and research on self-regulation. In B. J. Zimmerman, & D. H. Schunk (Eds.), *Self-Regulated Learning and Academic Achievement: Theory, Research, and Practice* (pp. 27-50). New York: Springer-Verlag.

Martin, M. B. & Bueno, S.T. (1997). Deficiente visual e acção educativa, in R. Bautista (coord.), *Necessidades Educativas Especiais* (cap. XIV). Lisboa: Dinalivro.

Paris, S. G., & Byrnes, J. P. (1989). The constructivist approach to self-regulation and learning in the classroom. In B. J. Zimmerman, & D. H. Schunk (Eds.), *Self-Regulated Learning and Academic Achievement: Theory, Research, and Practice* (pp. 169-200). New York: Springer-Verlag.

Reino, V. (2000). *170 anos depois: algumas considerações de ordem histórica, sociológica e psicopedagógica sobre o sistema Braille*. Lisboa: Biblioteca Nacional.

Simão, A. (2002). *Aprendizagem estratégica : uma aposta na auto-regulação*. Lisboa: Ministério da Educação

Sousa, P. (2006). *Aprendizagem auto-regulada no contexto escolar: Uma abordagem motivacional*. Dissertação de Mestrado Integrado, não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Tardón, R., & Jiménez, E. (1989). Orientaciones para la integración escolar de los deficientes físicos: Los deficientes visuales y su educación en aulas de integración. *Cadernos de la uned*: Madrid.

WHO (2009). Up to 45 million blind people globally - and growing. Retirado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr73/en/index.html> em 25 de Novembro.

Zimmerman, B. J., & Schunk, D. H. (2003). Albert Bandura: The Scholar and His Contributions to Educational Psychology. In B. J. Zimmerman, & D. H. Schunk(Eds.), *Educational Psychology: A century of contributions* (pp. 431-457). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

ANEXOS

Entrevista à professora Celina

O nosso grupo considerou importante falar com Celina Miranda, professora de ensino básico e com formação em Braille. Foi e é (agora só como prestadora de apoio), professora de uma aluna invisual desde nascença. Ana Filipa tem dez anos e é uma aluna do quinto ano.

Grupo: Já há quantos anos é professora de alunos invisuais?

Celina: Há 23 anos.

G: Neste momento quantos alunos tem?

C: Neste momento só a Ana Filipa.

G: E já é professora dela há muito tempo?

C: Desde o primeiro ano.

G: Qual o seu método de ensino?

C: Trabalho com a Filipa sempre em Braille.

G: Foi fácil para a Filipa adaptar-se ao Braille?

C: No início foi difícil adaptar-se. A parte escrita foi mais complicado de aprender do que a leitura. É necessária uma certa sensibilidade que ao princípio a Filipa não tinha. E quando não se tem sensibilidade não adianta ensinar o abecedário.

G: Como pede o material necessário para a Filipa?

C: Os livros são pedidos ao Centro de Recurso de Lisboa.

G: Estes livros são diferentes dos outros alunos normovisuais?

C: Não, são exactamente iguais só que em Braille.

G: E como se lê gravuras ou mapas?

C: As gravuras são substituídas por legendas ou esquemas muito breves e simples. Os mapas vêm com relevo num papel que se chama termoforme.

G: E os testes também são iguais?

C: São, o que pode acontecer é mudar o conteúdo da pergunta para que esta fique mais simples.

G: E os testes são impressos ou feitos à mão?

C: Todos os testes são passados à mão. Só nas escolas de referência é que têm impressoras próprias para imprimir trabalhos em Braille.

G: E a Filipa tem o mesmo tempo que os restantes alunos para fazer os testes?

C: A Filipa normalmente faz os testes na minha sala, não faz na sala com os outros alunos para não se distrair e tem mais tempo sempre que for preciso.

G: E como se processa depois a correcção dos testes?

C: A Filipa responde tudo em Braille. Tal como os professores me dão os testes para eu passar em Braille, a Filipa depois de fazer os testes dá-me a mim e eu passo a transcrição para negro para dar aos professores para poderem corrigir.

G: Então a Filipa está integrada numa turma normal?

C: Sim, a Filipa está integrada numa turma de 20 alunos. Tem exactamente o mesmo horário que os restantes colegas, pois não a podemos sobrecarregá-la nem retirar alguma disciplina já que a Filipa tem que ser avaliada em todas as disciplinas do programa de quinto ano. Mas em certas disciplinas, como Educação Física e Estudo Acompanhado, retiramos alguns minutos para áreas específicas de Braille.

G: E não recebe apoio dos restantes professores?

C: Há professores que a ajudam isoladamente quando sentem que a Ana tem mais dificuldade em alguma matéria.

G: Quais as disciplinas que ela tem mais dificuldade?

C: Matemática e Francês.

G: E nas disciplinas em que tem mais dificuldade como faz?

C: Nas aulas destas disciplinas acompanho a Filipa, ditando os sumários que a professora escreve no quadro, e quando são palavras novas, dito letra a letra.

G: Qual a disciplina preferida?

C: Tic. Ela gosta de mexer no computador. É claro que ela usa um computador com um programa próprio para invisuais, que contém gravação de voz. Como também usa uma máquina calculadora a matemática áudio.

G: A Filipa recebe algum apoio?

C: A Filipa recebe apoio da ACAPO de Viseu.

G: Em que consiste essa ajuda?

C: Todas as semanas vem de Viseu uma técnica e uma psicóloga ensinar as técnicas de mobilidade, actividades da vida diária e técnica de bengala.

G: Mas nunca teve nenhuma ajuda psicológica?

C: Não, nunca.

G: E acha que não precisa?

C: Toda a ajuda de um psicólogo nunca é demais. Mas acho que na altura em que a irmã nasceu ela deveria ter tido esse apoio. Ela sentiu-se um pouco revoltada, talvez com medo de que as pessoas de quem ela gostava dessem mais atenção à irmã do que a ela.

G: E agora?

C: Agora está feliz com o nascimento da irmã. Está sempre a mostrar a foto da pequenina aos amigos.

G: A Filipa alguma vez fez avaliação psicológica?

C: Que eu saiba não. Não consta no relatório da Filipa.

G: Defende que os alunos invisuais deveriam frequentar escolas de referência?

C: Na minha opinião era bom que as crianças frequentassem esse tipo de escolas mas a maior parte das crianças que frequentam essas escolas têm que se separar dos pais. Isto porque há escolas de referência só em alguns distritos.

A escola de referência mais perto daqui é de Vila Real.

G: Na sua opinião em que medida o psicólogo pode ajudar uma criança invisual?

C: Ajuda na medida em que a sua formação pode ajudar a criança na revolta que possa sentir como sendo cega. Também é fundamental no acompanhamento dos pais que por vezes a família fica desestruturada quando nasce uma criança cega.

Entrevista ao psicólogo José Mário da ACAPO, Delegação de Coimbra

Consideramos importante entrevistar José Mário, psicólogo da ACAPO (delegação de Coimbra) e portador de deficiência visual.

Grupo: Existem instrumentos de avaliação psicológica adequados ao portador de deficiência visual?

José Mário: Existem alguns materiais, tais como as escalas de desenvolvimento para crianças mas na ACAPO são utilizadas muito esporadicamente e muitas vezes pelos Terapeutas Ocupacionais. Quanto a escalas de inteligência ou de personalidade não são utilizadas na ACAPO porque não existem meios económicos suficientes.

Existe uma escala de avaliação a ser desenvolvida nos E.U.A. mas da qual eu não tenho mais informação.

As provas de realização não são fiáveis, porque “ver não é a mesma coisa que tocar”. A modalidade perceptiva do tacto não funciona da mesma forma que a visão. Um visual passa do global para o pormenor, mas um invisual tem que analisar o pormenor, depois estudar o global e posteriormente passar novamente para os pormenores dos objectos, o que faz com que não seja possível compara tempos.

Quanto às provas escritas, os testes podem ser impressos em Braille.

G: Como fazer técnicas projectivas?

J.M.: É impossível. Apenas podem ser feitos testes com palavras, de completamento de frases por exemplo. Foi uma vez feito um teste projectivo baseado em música.

G: Como é que o psicólogo pode ajudar as pessoas com deficiência visual?

J.M.: Uma pessoa com deficiência visual pode estar sujeita às mesmas vulnerabilidades que uma outra pessoa qualquer. E pode estar sujeita ainda a outras tantas: quando já estão numa situação de fragilidade emocional, algumas atitudes das outras pessoas (ex.: “Ai coitadinho...”), podem levar a que se sintam pior.

Quanto à intervenção no seio da Família, se por um lado as famílias por vezes não lidam da melhor forma com esta deficiência, pois integram as normas existentes na sociedade, por outro uma família está muito possibilitada à ocorrência de desestruturação.

Todas as áreas de intervenção que existem na psicologia existem para os cegos. Mas há uma área da psicologia cuja importância se destaca, que é a reabilitação.

No fundo, uma pessoa portadora de deficiência visual sofre uma grande carência, porque não ver implica uma privação significativa daquilo que é o contacto com a realidade.

O portador de deficiência visual não tem noção da sua imagem corporal e por isso mesmo, o próprio toque é muito penalizador. O invisual apresenta frequentemente rigidez corporal e estereotipias, tais como balanceamentos. Neste sentido, há duas questões importantes para um psicólogo: será que estas são reflexo de alguma coisa de psicológico? E até que ponto estas estereotipias motoras serão um obstáculo à integração social?

G: O que é necessário ser feito por um psicólogo/ técnico?

J.M.: Um psicólogo deve intervir na interiorização que o invisual faz destas estereotipias, de forma a tentar perceber o significado destes manuseamentos/contrabalanceamentos.

É necessário que haja uma colaboração entre os psicólogos e os terapeutas ocupacionais, professores de Braille e professores de Orientação e Mobilidade. É também importante ter atenção especial às nas áreas da orientação espacial, da discriminação táctica, auditiva e quinestésica, do treino da motricidade fina, e ainda da organização pessoal. É também necessária uma atenção especial à situação da marginalização social.

G: Quais são os apoios efectuados pela ACAPO?

J.M.: A ACAPO não trabalha ainda com crianças. Temos neste momento uma sala de estimulação e desenvolvimento, que se baseia em dois programas, um da Fundação Lara Mara no Brasil e outro da Organização Nacional de Cegos de Espanha. Ensinamos a adultos Braille, informática, a assinatura a tinta, e a desenvolver a destreza da percepção táctil ao treinar a motricidade fina e mobilidade da mão.

Temos como projecto a curto prazo a criação de uma sala polivalente em que o objectivo é “iniciar” a vida sem ver para crianças e adultos. Para as crianças irá incidir em aspectos mais psico-educativos, enquanto para os adultos irá sobretudo focar-se na aprendizagem de actividades da rotina quotidiana.

Temos também uma intervenção disciplinar que se intitula “Oficinas Corpo e Mente”, em que se trabalham dinâmicas de grupo ao nível das competências psico-emocionais e competências de reabilitação.

G: Considera melhor para uma criança portadora de deficiência visual fazer o seu percurso escolar numa escola dita normal ou numa especializada?

J.M.: O objectivo do Ministério da Educação é integrar estas crianças numa escola normal, mas estas escolas muitas vezes não investem muito nestas crianças nem têm as condições necessárias. Numa escola especializada as crianças parecem sair muito bem preparadas mas sem muitas competências sociais. A grande lacuna das escolas especializadas é que como há poucas muitas vezes, as crianças que viviam mais longe, tinham que ser retiradas da família.

Antigamente existiam as chamadas equipas de apoio itinerante que eram a solução ideal mas que entretanto foram extintas.

Há muitas crianças cegas a serem apoiadas por pessoas não especializadas na deficiência visual.

A melhor forma de aprendizagem para um cego é sentir as coisas no real.