Parte II — Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

14. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência

Fátima Gonçalves Cavalcante
Olga Maria Bastos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CAVALCANTE, F.G., and BASTOS, O.M. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência. In: NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020, pp. 317-347. ISBN: 978-65-5708-094-8. <https://doi.org/10.7476/9786557080948.0016>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](#).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](#).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](#).

14. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência

Fátima Gonçalves Cavalcante e Olga Maria Bastos

Neste capítulo, apresentamos casos de violência contra crianças, adolescentes e adultos com deficiência, ressaltando a importância da promoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e com necessidades especiais.

A deficiência é apresentada conceitualmente em sua interação deficiência-indivíduo-sociedade, a partir de dois modelos vigentes e de naturezas diferentes: “o modelo médico da deficiência” e “o modelo social da deficiência”. A noção de violência no campo da deficiência, tema novo no país, é tratada à luz dos fatores de risco – do bebê ao idoso –, focalizando também as diferenças de gênero.

Diferentes tipos de deficiência são apresentados com seus respectivos fatores de risco, de modo a situar algumas das vulnerabilidades específicas dessa população diante da violência.

Caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

Cena 1

Quando estava com 4 anos, veio a confirmação de que Maria Clara não iria andar. Uma encefalopatia crônica da infância, também chamada paralisia cerebral, a deixara com pernas e braços paralisados. Nessa idade, ela ficou órfã de mãe, o pai foi embora e os dois irmãos mais velhos não se interessavam em cuidar dela. Moradora de uma casa humilde, e na perspectiva de ser totalmente dependente de cuidados gerais ao longo de sua vida, Maria Clara foi acolhida por uma vizinha que até iniciou os

preparativos para adotá-la. Com essa ajuda, Maria Clara iniciou reabilitação em instituição especializada. No entanto, no momento da formalização da adoção, a família materna (tias e irmãos) não permitiu que concretizasse, uma vez que essa adoção poderia pôr em risco a casa deixada de herança aos filhos.

Tia Joana e os irmãos mais velhos, José e Jorge, ainda que resistentes, assumiram os cuidados de Maria Clara. Tempos depois, os irmãos decidiram colocá-la num abrigo. Ela percebeu a dificuldade de sua família para atender às suas necessidades e, agora, no abrigo se vê diante de novos horizontes. Há uma esperança de começar a frequentar a escola, mas infelizmente isso não se concretiza porque Maria Clara é cadeirante e a escola não está preparada para receber pessoas assim – tem escadas. Além disso, ela mal consegue segurar um objeto e não é capaz de levantar o braço para coçar a cabeça. Alguém da escola pergunta: “Quem vai levá-la ao banheiro, quando necessário?”. Essa simples pergunta faz com que a escola se torne inacessível para ela. No dia a dia, Maria Clara tenta se conformar. Ao menos lá no abrigo ela pode praticar atividades interessantes, tomar banho diariamente, tem ajuda para ir ao banheiro, sempre há alguém com quem conversar, apesar de as visitas de sua família serem muito raras.

Para refletir

Que direitos são aqui violados e afetam a vida dessa criança com deficiência?

14.1 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

O caso de Maria Clara representa a vivência de muitas pessoas com deficiência que passam a enfrentar barreiras funcionais. Nessa história marcada pela incapacidade de braços e pernas que não estão disponíveis para as funções usuais, como sentar, levantar, andar, segurar, abraçar, jogar, defender-se. Além disso, na medida em que Maria Clara cresce e faz uso de cadeira de rodas, as barreiras sociais parecem a cada dia mais intransponíveis, desde a ambivalência de sua família para assumir os cuidados dos quais depende totalmente, até a transferência de responsabilidade de seus cuidados para o Estado, mediante sua acolhida em abrigo e a impossibilidade de realizar um sonho que é seu direito, assegurado pela Constituição Federal: o direito de frequentar uma escola.

As barreiras sociais, nesse caso, revelam-se nos espaços arquitetônicos – as escadas –, no espaço humano – “quem irá levá-la ao banheiro?” –, bem como no espaço pedagógico em que se deveria utilizar toda uma série de adaptações para favorecer a integração escolar. As dificuldades de cuidado que se sucederam se somam ao precário vínculo familiar estabelecido. Estima-se um desenvolvimento afetivo, social e cognitivo aquém das possibilidades dessa criança.

Caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

Cena 2

O destino de Maria Clara teimava em mudar o rumo, trazendo novas tempestades. A Justiça da Infância e Juventude decidira que todas as crianças que tinham algum vínculo familiar deveriam voltar para suas respectivas famílias. Tia Joana, que trabalhava como diarista, ganhava um salário mínimo e ainda tinha que se desdobrar para cuidar da neta pequena. A essa altura, não teve mais escolha e foi obrigada a levar a sobrinha de volta para casa mediante imposição judicial. Maria Clara estava crescendo e ficando cada vez mais pesada. Transportá-la não era tarefa fácil, e os irmãos não se dispunham a ajudar. Ela até preferia que o irmão nem viesse, pois muitas vezes ele bebia e ficava muito agressivo. Relembra como havia se acostumado ao abrigo e gostava dos cuidados que lhe dedicavam. Nos últimos três anos, de volta ao lar, Maria Clara sentia-se um peso. Ela aprendeu a reter a urina e as fezes, evitando atrapalhar ou incomodar as pessoas.

Atualmente Maria Clara está com 13 anos e passa o dia sentada no chão vendo televisão e ouvindo música. Quando precisa, ela se arrasta. Em visita domiciliar, foi encontrada em precárias condições de higiene. Uma vez por semana, ela é levada a uma instituição especializada para desenvolver uma série de atividades interessantes. Um dia, Maria Clara explodiu num choro profundo e soluçava bastante. Com esse choro acumulado de muitos anos e de muitas queixas, ela tornou o seu pedido de ajuda “claro” e “visível”. Seu sonho era poder frequentar uma escola. Maria Clara conseguiu mobilizar toda a equipe. O Conselho Tutelar foi acionado, a equipe conseguiu uma vaga para Maria Clara numa unidade de atenção diária especializada para pessoas com deficiência. Estão negociando uma vaga na escola e tia Joana se comprometeu a facilitar a ida diária da sobrinha, com a ajuda de voluntários da comunidade onde mora, e com auxílio de transporte, pago por um voluntário que se sensibilizou com sua história.

Para refletir

O que você pensa da iniciativa da Justiça da Infância e Juventude ao devolver Maria Clara para sua família de um modo compulsório?

Como você avalia as atitudes da família e as condições para recebê-la de volta?

Como você explica o desfecho exitoso desse caso?

14.2 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

A análise das possibilidades da família para enfrentar o desafio de uma deficiência com a gravidade da deficiência física de Maria Clara, em condições de pobreza, é um ponto que merece ser pensado. Cuidar de pessoa “tetraplégica”, com um salário mínimo e sem meios de proporcionar locomoção, parece uma missão quase impossível, se não houver apoios especializados assegurados pelo Estado.

Entretanto, é espantosa a iniciativa da Justiça da Infância e Juventude em “devolver” essa menina, num quadro global tão necessitado de cuidados especiais, para uma família em condições tão precárias. Por isso nos perguntamos: em que momento ocorreu a negligência? Estaríamos diante de uma negligência da família ou de uma negligência do Estado? A devolução de crianças para as famílias de origem deveria passar pelo crivo de uma avaliação das reais condições da família e de um processo de preparação que favoreça o vínculo, nos casos em que o retorno à família se mostre viável. Caso contrário, essa decisão corrobora com uma desassistência consentida pelo Estado e uma violação dos direitos da criança.

Nesse caso, assim como em outros, é possível encontrar uma equipe que acolha e se mobilize, gerando ações de solidariedade em rede, de modo a ultrapassar várias barreiras: “as barreiras sociais” (a cadeira de rodas adaptada, o transporte, os voluntários para levá-la e tirá-la do transporte, o voluntário que paga o transporte, a unidade de atenção diária, a escola, a confiança resgatada); e “as barreiras funcionais” (melhor acomodação na cadeira de rodas, garantia da higiene e de ida ao banheiro, acesso a diferentes locais).

As equipes não devem esperar pelo apelo da pessoa com deficiência, cabendo-lhes uma avaliação mais pormenorizada das necessidades, das situações de risco e de proteção diante dos direitos e dos maus-tratos,

Alguns dos direitos recomendados em documentos internacionais: o direito à vida, ao trabalho, à educação, a fundar uma família, a ter um nível de vida adequado, a não ser sujeito a tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante, entre outros.

sobretudo daqueles que estão menos capacitados para avaliar a sua própria condição.

14.3 Deficiência e direitos humanos

No Censo de 2010, constatou-se que o percentual de pessoa com alguma deficiência corresponde a 23,9% da população brasileira, estimativa que ampliou muito a prevalência no país (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015). Na década anterior, o Censo 2000 indicava que havia 14,5% de brasileiros com algum tipo de deficiência física ou mental – em nível alto ou reduzido – ou incapacidade de ouvir, enxergar e andar (NERI, 2003).

Para saber mais sobre o Censo 2010, acesse o site: www.ibge.gov.br

Crianças, adolescentes, mulheres e idosos formam um grupo vulnerável e exposto à violência. A literatura chama atenção para o maior risco de mulheres e meninas com deficiência sofrerem lesões, abusos, tratamento negligente, maus-tratos e exploração. De outro lado, é preciso considerar a relação entre violência estrutural, pobreza, marginalização social, exclusão e discriminação, condições que penalizam especialmente as pessoas com deficiência na infância, adolescência e velhice (CAVALCANTE *et al.*, 2017). O impacto da violência na infância e na juventude se reflete na personalidade adulta e pode agravar acentuadamente um processo de desenvolvimento que já está associado a desvantagens ou incapacidades resultantes de uma ou mais deficiências.

O artigo 5º diz que a pessoa com deficiência deve ser “protegida de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 2015, p. 3).

A falta de informação sobre deficiências e sobre as possibilidades de sucesso de crianças, jovens e adultos, em atividades da vida regular, contribui para perpetuar o “mito da incapacidade”. Escolas e professores se sentem despreparados para receber alunos com deficiência, empresas pouco se organizam para favorecer a integração de adultos com deficiência, de modo que o preconceito passa a ser uma experiência comum e que ajuda a manter a exclusão social desse grupo vulnerável.

Os direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros estão garantidos pelo artigo 3º da Constituição Brasileira (BRASIL, 1999) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2003a); e os de todas as pessoas com deficiência, pela Lei n. 7.853 (BRASIL, 1989).

- A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), no artigo 227, diz que “é dever do Estado garantir a todas as crianças e jovens o direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar”.
- O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003) estabelece no artigo 5º que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma de lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais”. O ECA garante a proteção para crianças e adolescentes até os 18 anos e, em casos excepcionais, a lei se aplica a pessoas entre 18 e 21 anos.
- A Carta Constitucional também assegura os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 1989). A Lei n. 7.853 “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social [...] e assegura o pleno exercício de seus direitos básicos, incluindo as áreas de educação, saúde, formação profissional e trabalho, recursos humanos, edificações (acessibilidade), lazer e previdência social” (FERREIRA, 2001, p. 22).

14.4 O conceito de deficiência

Pessoa com deficiência é aquela incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência em suas capacidades físicas, sensoriais e/ou mentais.

A ideia de “deficiência” liga-se muitas vezes à noção de “ineficiência”. A sociedade tende a ver a **pessoa com deficiência** como alguém infeliz, inútil, diferente, oprimida ou doente. O estigma que recai sobre ela tende a produzir e reforçar a segregação. Há um movimento recente na sociedade contemporânea para se enxergar a pessoa em sua totalidade, em sua “eficiência”, e não apenas com um tipo de limitação.

Existe uma discussão em torno da terminologia para designar a pessoa que tem deficiência que atualize e amplie a visão social sobre a deficiência. O termo “portadores de deficiência”, embora tenha sido adotado na Constituição Federal de 1988, entrou em desuso e foi substituído pela nomenclatura “pessoas com deficiência” (PcD), termo adotado na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, [2019]) e na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015). Trata-se de um novo conceito que não pode ficar restrito a um parâmetro médico, necessitando ser visto em perspectivas sociais e ambientais.

O termo “pessoas com necessidades especiais” costuma ser utilizado, na história de diferentes terminologias, para ampliar o grupo dos que são identificados na categoria “deficiência” (aqueles com deficiências físicas, auditivas, visuais, mentais e múltiplas). Ele tende a ser visto como mais abrangente e, por essa razão, ele inclui o autismo, a psicose

infantil, a paralisia cerebral e os dependentes de tecnologia, pessoas com transtornos orgânicos e que dependem de recursos tecnológicos para a sua sobrevivência, entre outros.

A Convenção da ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, [2019]), em seu artigo primeiro, considera a pessoa com deficiência aquela “que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.”

Para a Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), a PcD deve ser avaliada em relação aos impedimentos nas funções e estruturas do corpo, aos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, à limitação no desempenho de atividades e à restrição na participação.

O Estatuto da PcD considera fundamentais quatro conceitos: acessibilidade – alcance, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos, transporte, informação, comunicação, tecnologias, em áreas urbanas e rurais; desenho universal – de produtos, ambientes, programas e serviços que precisam incluir tecnologias assistivas (TA); tecnologias assistivas – produtos, equipamentos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que promovam a funcionalidade e participação da PcD, visando à sua inclusão; barreiras – qualquer obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou limite a participação da pessoa em seus direitos de acessibilidade, liberdade de movimento, de expressão e de comunicação (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Para refletir

O que você pensa sobre o uso desses termos?

De que modo a acessibilidade e a redução de barreiras ajudam a favorecer uma maior participação das pessoas com deficiência?

Que sugestões você daria para reduzir as barreiras na vida social de uma PcD?

Destacamos um conceito de deficiência utilizado pela Organização Mundial da Saúde (1989) que é organizado por uma tríade explicativa, segundo critérios adotados pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Cidid).

14.4.1 Conceitos Cidid (1989)

- A dinâmica **deficiência-indivíduo-sociedade** se desdobra em três conceitos complementares e necessários para entender sua complexidade.
- A **deficiência** representa a exteriorização de um estado patológico que reflete um distúrbio orgânico ou uma perturbação num órgão.
- Ela gera uma **incapacidade** – a vivência de limites físicos sensoriais, psicológicos ou múltiplos – que impacta a pessoa em seu comportamento e em suas atividades cotidianas.
- A deficiência e/ou a incapacidade geram, como consequência, uma **desvantagem** que se reflete no meio social e limita o desempenho das habilidades individuais e dos papéis sociais.

A Figura 1 apresenta um esquema explicativo para mostrar a interação entre esses conceitos.

Figura 1 – Esquema explicativo

Fonte: Elaboração das autoras.

A desvantagem reflete as limitações sentidas em função da deficiência e da incapacidade, e o modo como elas se projetam nas relações do indivíduo em suas tentativas de se adaptar ao meio. O meio pode aumentar ou diminuir as desvantagens, compensando ou aumentando o efeito da deficiência e da incapacidade, afetando a percepção do indivíduo sobre si e sobre o ambiente circundante.

A pessoa com deficiência enfrenta, portanto, dois tipos de barreiras: as “barreiras funcionais”, decorrentes de sua limitação, e as “barreiras sociais”, resultantes de impedimentos que acentuam desvantagens (a falta de acesso por condições arquitetônicas, o preconceito, a discriminação, o mito da ineficiência, a falta de oportunidades).

Lembre-se de que nem sempre a deficiência está associada a uma “incapacidade”. O diabético ou o hemofílico possuem deficiência, mas com acompanhamento clínico podem não desenvolver “incapacidades”, embora tenham que lidar com as “desvantagens” sociais.

Diante dessas vulnerabilidades funcionais e sociais, as diferentes formas de violência aumentam a sensação de incapacidade e impotência, podendo agravar a deficiência, de um lado, ou ampliar a desvantagem e a desigualdade social, do outro.

Você sabia que a deficiência está aumentando em nosso país?

Nos últimos anos, em decorrência da melhoria tecnológica que possibilitou maior sobrevivência dos prematuros extremos e de crianças com determinadas patologias graves, tem sido observado um aumento no número de crianças, adolescentes e jovens com algum tipo de deficiência. No entanto, o pouco investimento em programas de prevenção da deficiência em nosso país, o progressivo envelhecimento da população brasileira e o aumento da violência são fatores que contribuem para o aumento das deficiências, sendo necessário adequar o acervo das políticas e das ações setoriais e intersetoriais para se enfrentar os efeitos da transição demográfica e da onda de violência.

A violência contra a criança, o adolescente, a mulher, as pessoas institucionalizadas, as brigas entre homens ou a violência urbana podem produzir traumatismos cranioencefálicos mais ou menos graves, ou lesões corporais que danifiquem órgãos ou partes do corpo, gerando deficiência. Já o envelhecimento populacional é outro fator que vem aumentando a incidência de deficiências crônico-degenerativas.

14.5 Promoção e defesa das pessoas com deficiência

A área da deficiência avançou nas duas últimas décadas em nível nacional e internacional, como podemos ver em dois documentos internacionais e em uma importante lei brasileira:

1. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006, impôs deveres ao Estado Brasileiro, destacando a necessidade de ações em território nacional para promover a inclusão, vida independente, qualidade de vida e dignidade da PcD (RESENDE; VITAL, 2008).

2. O Relatório Mundial da Pessoa com Deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012), por meio de um estudo global, divulgou a estimativa de que haja mais de um bilhão de pessoas vivendo com alguma deficiência no mundo, cerca de 15% da população mundial.

Ele ressalta que as pessoas com deficiência experimentam níveis de saúde mais precários dos que a população em geral, têm necessidades de serviços de reabilitação não atendidas, sofrem mais risco de exposição à violência, pobreza, privação, insegurança alimentar, habitação precária e acesso inadequado aos serviços de saúde. E adverte que é fundamental enfrentar a diversidade de barreiras à saúde, à reabilitação, aos serviços de apoio e assistência, à educação, ao emprego, assim como as desigualdades sociais.

3. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, destinada a assegurar as condições de igualdade, o exercício dos direitos, a inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015),

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146) entrou em vigor em janeiro de 2016, seis meses decorridos de sua publicação, de modo que a sociedade tivesse tempo para se adaptar às novidades da ordem legislativa brasileira.

Ao assinar e ratificar, na forma do terceiro parágrafo, do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o Brasil se comprometeu a implementar medidas para dar efetividade aos direitos lá garantidos. Assim, sob essa ótica, a nova Lei Brasileira de Inclusão da PcD não traz grandes novidades que venham a surpreender o leitor. Ou seja, o Estatuto da PCd é a execução de uma Convenção que integrou o sistema normativo brasileiro, com a hierarquia de Emenda à Constituição (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 1).

Como a Convenção da ONU sobre os Direitos da PcD traz deveres genéricos, sem anotar prazos, sem apresentar parâmetros de implementação de ações, o Estatuto da PcD trouxe a necessidade de ajustes em legislações brasileiras, com alterações no Código do Processo Civil, no Código Penal, no Código de Defesa do Consumidor, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), entre outros, para que novas abordagens pudessem ser redeseenhadas, sendo fundamentais estratégias políticas, jurídicas e sociais.

Pelas recentes conquistas, a proteção da PcD se amplia, num enfoque cada vez mais multiprofissional e interdisciplinar, estabelece novos critérios para a interdição e inclui mediadores para os atos da vida civil.

A capacidade torna-se a regra e a incapacidade passa a ser uma exceção. A lei busca assegurar a acessibilidade arquitetônica e urbanística, a mobilidade urbana e a comercialização de livros em formatos acessíveis. Em relação à saúde integral, educação, reabilitação, profissionalização e área social ampliam-se as opções. Portanto, a depender de como será colocada em prática, essa nova legislação aumentou significativamente os meios para assegurar direitos no país (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 1).

Entre os principais avanços da Lei Brasileira de Inclusão, destacamos:

- Um novo conceito de deficiência, mais pautado no modelo social, do que no modelo médico.
- A interdição só vigorará para atos negociais e patrimoniais, mantendo-se as faculdades para casar, trabalhar, votar, testemunhar e praticar outros atos da vida cotidiana.
- A PcD interditada pode dispor de duas pessoas de sua confiança para acompanhá-la em atos da vida civil, por meio de vínculos afetivos ou profissionais.
- O poder público deve assegurar mecanismos de efetivação da acessibilidade, principalmente na arquitetura, mobilidade, informação e comunicação.
- Atenção integral à saúde, por meio do SUS, em todos os níveis de complexidade, do diagnóstico à reabilitação, ao serviço domiciliar e acesso aos especialistas.
- Sistema educacional inclusivo em todos os níveis do aprendizado ao longo da vida, na rede regular de ensino, público e privado e, quando necessário, acesso a serviços especializados.
- Acesso à reserva de cargos prevista pela lei, ou de reserva de cotas em empresas e nos concursos públicos.
- Acesso da PcD à justiça em igualdade de oportunidades em relação às demais pessoas.
- Punições previstas em lei em relação a atos de discriminação, desvio de proventos ou de bens em razão da deficiência.
- Uma boa aplicação da política depende de uma implementação consistente e de um monitoramento de sua eficácia.

Historicamente, há ainda outras duas declarações internacionais que se destacam no campo da deficiência.

1. A Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1971, trata, de uma forma sucinta,

de sete preceitos em benefício das pessoas com deficiência mental: igualdade de direitos; acesso a meios de desenvolvimento de suas habilidades; emprego (dentro de suas limitações); convívio social; nomeação, quando necessário, de uma pessoa que as proteja; direito de processar alguém por exploração ou tratamento degradante; e diversos procedimentos referentes a limitações da deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1971).

Tendo o mérito de ser pioneira no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência, essa declaração se caracteriza pelo tamanho reduzido e pela escassez de conceitos, embora pareça suficiente aos propósitos iniciais que a inspiraram.

2. A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, adotada pela ONU em 1975, por meio da Resolução n. 3.447, é composta de 13 parágrafos:

- garantia de todos os direitos, sem distinção ou discriminação;
- respeito inerente à dignidade humana, independentemente da gravidade da deficiência;
- direito a uma vida decente e a mais normal possível;
- garantia dos mesmos direitos civis e políticos de outros seres humanos;
- direito de essas pessoas serem capacitadas e de se tornarem autoconfiantes;
- direito a tratamento médico, psicológico, funcional (colocação de aparelhos corretivos e próteses), reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional, assistência, aconselhamento, integração social;
- direito à segurança econômica e social, à manutenção de emprego ou de atividade produtiva remunerada;
- direito a uma vida familiar ou institucional adaptada, a participar de atividades sociais, criativas e recreativas;
- direito de as pessoas com deficiência terem proteção contra a exploração, a discriminação, o abuso, a degradação;
- direito de ter assegurada assistência legal que leve em conta a condição física e mental da pessoa com deficiência.

Os dois últimos parágrafos enfatizam a importância de as pessoas com deficiência, suas famílias e comunidades serem plenamente informadas, por todos os meios apropriados, sobre os direitos contidos nessa declaração.

As duas declarações refletem um período histórico marcado pelo “modelo médico da deficiência”, circunscrito na reabilitação e na busca

de maior integração social, quando a demanda de adaptação era esperada, sobretudo, por parte da pessoa com deficiência.

Em contraste com as declarações anteriores à década de 1970, as quatro últimas décadas vêm operando transformações paradigmáticas importantes ao ir privilegiando, gradativamente, o “modelo social da deficiência”, com envolvimento maior de instituições sociais na causa da deficiência, quando a sociedade é desafiada a se adaptar de modo mais incisivo.

Entre os mais destacados eventos internacionais na virada do século XXI, é relevante citar o Congresso Europeu de Deficiência, que contou com mais de 600 participantes e culminou com a assinatura da Declaração de Madri/Espanha, em 23 de março de 2002, com o lema: “Não discriminação mais ação positiva igual à inclusão social”. Nesse evento, o ano de 2003 foi proclamado como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência.

Na Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002), “a deficiência foi tomada como uma questão de direitos humanos” a serem assegurados, de acordo com as Convenções Internacionais, conforme a ideia de que a sociedade deve se modificar para favorecer a inclusão (educação inclusiva, acesso a novas tecnologias, saúde e serviços sociais, desporto e atividades de lazer, produtos, bens e serviços de defesa dos consumidores); é preciso incentivar políticas que respeitem a heterogeneidade da deficiência (pessoas com necessidades complexas de dependência e suas famílias, o que requer ações específicas); o “direito à não discriminação” deve ser completado pelo “direito de apoio e assistência”.

Observe algumas recomendações da Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002):

1. Para autoridades da União Europeia e dos Estados-Membros: combater as práticas discriminatórias; rever os serviços e sistemas de apoio para assegurar condições de integração social; “empreender investigações sobre a violência e o abuso cometidos contra as pessoas com deficiência”; reforçar a legislação sobre acessibilidade para assegurar o mesmo direito de acesso às infraestruturas públicas e sociais; “contribuir para a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência em nível mundial”.
2. Para autoridades locais: pôr em relevo a promoção, os recursos e as atividades de âmbito local; convidar os agentes locais a integrar as necessidades das pessoas com deficiência nas políticas locais e comunitárias, contemplando a educação, o emprego, a habitação e o transporte, a saúde e os serviços sociais e tendo presente a

diversidade das pessoas com deficiência, incluindo, entre outros, pessoas idosas, mulheres e imigrantes.

3. Para empregadores: aumentar esforços para incluir, manter e promover as pessoas com deficiência nos seus quadros de pessoal; desenhar os seus produtos e serviços de modo que sejam acessíveis às pessoas com deficiência, garantindo igualdade de oportunidades.
4. Para sindicatos: aumentar esforços para contribuir para o emprego de pessoas com deficiência, assegurando de forma adequada sua representação no trabalho.
5. Para meios de comunicação: criar e fortalecer alianças com associações de pessoas com deficiência para melhorar a imagem nos meios de comunicação de massa, favorecendo a inclusão de informação sobre as pessoas com deficiência; evitar aproximações paternalistas ou humilhantes, centrando-se melhor nas barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam e na contribuição positiva que elas podem oferecer à sociedade.
6. Para escolas: desempenhar um papel relevante na difusão da mensagem de compreensão e aceitação dos direitos das pessoas com deficiência, ajudando a dissipar medos, mitos e conceitos errôneos, apoiando os esforços de toda a comunidade; difundir amplamente recursos educativos para ajudar os alunos a desenvolver um sentido de respeito pela sua própria deficiência e pela dos outros. Os estabelecimentos de ensino superior e as universidades devem, em cooperação com os ativistas do movimento de pessoas com deficiência, promover conferências e seminários dirigidos a jornalistas, publicitários, arquitetos, empregadores, assistentes sociais e agentes de saúde, familiares, voluntários e agentes locais.

Em consonância com os movimentos internacionais, criaram-se, no Brasil, órgãos ligados ao Ministério da Justiça: Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Corde), em 1986, e Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade), em 1999. O primeiro é responsável pela gestão de políticas públicas, da defesa dos direitos e pela promoção da cidadania. Ao segundo compete, principalmente, o acompanhamento e a avaliação das políticas específicas e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social e transporte, entre outros direitos concernentes à pessoa com deficiência.

14.6 Do modelo médico ao modelo social da deficiência

O **modelo médico da deficiência** focaliza a doença e a incapacidade. Tende a ver a deficiência como um problema do indivíduo que deve ser reabilitado ou curado, e valoriza o tratamento como foco principal de intervenção. Promove um esforço unilateral do deficiente, da família e das instituições especializadas, sem cobrar da sociedade a sua parcela de responsabilidade. Além disso, o foco no tratamento pode favorecer a exclusão das pessoas com deficiência do meio social.

O **modelo social da deficiência** surge na década de 1960, no Reino Unido, como uma reação às abordagens biomédicas. No Brasil, ganha força a partir dos anos 1980. Nesse enfoque, a sociedade é chamada a refletir sobre como ela cria problemas e reforça a desvantagem quando mantém ambientes restritivos, bens e objetos inacessíveis do ponto de vista físico, políticas e práticas **discriminatórias** e desinformação sobre os direitos desse grupo social (SASSAKI, 1999).

Discriminação é um tratamento desfavorável contra um indivíduo ou grupo social; é toda restrição que anule ou limite o exercício (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou demais setores da vida pública.

Uma mudança de consciência social, em curso, faz com que, cada vez mais, as pessoas com deficiência comecem a ser vistas como detentoras de direitos e, portanto, como sujeitos que se beneficiam diretamente da lei.

O foco, antes colocado nas anormalidades, agora passa a ser situado nas pessoas, o que significa que se torna crucial dotar as pessoas com deficiência de meios necessários para que elas possam construir uma participação ativa na vida política, econômica, social e cultural, tendo suas diferenças respeitadas.

Nesse novo modelo, deve ser desenvolvida uma nova pauta de condições para que uma pessoa com deficiência possa fazer parte de uma “sociedade inclusiva”:

1. **autonomia:** domínio físico ou social dos vários ambientes que a pessoa necessita frequentar;
2. **independência:** capacidade e prontidão para tomar decisões sem depender de outras pessoas, fazendo uso de informações disponíveis. A independência pode ser pessoal, social ou econômica;
3. **empoderamento:** processo pelo qual uma pessoa ou um grupo de pessoas usa o poder pessoal, inerente a possibilidades e limites de cada um, para escolher, decidir e assumir o controle de sua vida;
4. **equiparação de oportunidades:** processo pelo qual os sistemas sociais – meio físico, habitação, saúde, educação, trabalho, vida cultural e social – são feitos acessíveis para todos;

5. **inclusão social:** quando a sociedade se adapta para incluir em seus sistemas sociais pessoas com necessidade especiais e, simultaneamente, elas se preparam para assumir seus papéis na sociedade, num processo bilateral em que “pessoas ainda excluídas” e a sociedade buscam equacionar os problemas em parceria, mediante equiparação de oportunidades (SASSAKI, 1999).

Para refletir

Nos serviços que você conhece, veja qual modelo prevalece no tratamento de deficiência: o “modelo médico” ou o “modelo social”. Exemplifique.

14.7 Violência e deficiência

Apresentamos, a seguir, alguns estudos de caso para facilitar a visualização de como a violência pode impactar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, de acordo com diferenças em faixa etária, gênero e considerando tipos de deficiência. Cada caso apresenta e situa um conjunto de problemas, propõe reflexões e formula um caminho possível do pensamento diante das situações colocadas, deixando para o leitor a ampliação dos pontos de vista, o debate com colegas de trabalho, o contraste com sua experiência profissional.

Caso Em busca de ajuda para Angélica

Cena 1

Maria Antônia compareceu à consulta médica, pela primeira vez, acompanhada de sua filha Angélica, uma adolescente de 13 anos, com grave deficiência mental. Angélica, segundo relato de sua mãe, apresenta vômitos frequentes, porém apenas quando ingere líquidos. Essa jovem é filha única e mora com os seus pais.

Até a idade de 8 anos, ela fez acompanhamento com um neurologista, usando medicamentos controlados e, desde esse tempo, nunca mais foi a outras consultas médicas, embora a medicação continuasse a ser dada ininterruptamente. Afinal, Maria Antônia trabalha numa clínica e, por isso, tem a facilidade de conseguir novas receitas com alguns médicos, o que mantém o seu acesso aos medicamentos sem que dependa de ir à consulta. Ela alegou que não veio mais às consultas com sua filha por estar morando longe, embora precisasse de uma única condução para chegar ao

hospital. Maria Antônia trabalha na clínica em horário integral e Joaquim, o pai, como faxineiro, em um edifício próximo à sua residência. O casal não conta com a ajuda de outras pessoas. No entanto, a família também recebe o **Benefício de Prestação Continuada** (BPC), a que Angélica tem direito.

Durante a consulta, percebe-se que a jovem é extremamente dependente, relacionando-se pouco com as outras pessoas; ela fica durante todo o tempo no colo da mãe, lambendo-a ou, então, colocando a mão dentro da boca e salivando muito. O exame físico não mostra qualquer anormalidade, além de desnutrição, fato que chama atenção.

A doutora Jeane, preocupada com as condições gerais da jovem, chegou a pensar em interná-la para investigar melhor a queixa da mãe e verificar as condições gerais da menina. No entanto, optou por mantê-la em acompanhamento ambulatorial. Foram solicitados exames específicos e o retorno em uma semana.

Benefício de Prestação Continuada é um benefício no valor de um salário mínimo – garantido pela Constituição Federal de 1988, artigo 203, inciso V –, para a pessoa portadora de deficiência, sem limite de idade, e para o idoso, quando comprovam não ter condições econômicas de se manter e nem de ter sua subsistência mantida pelas famílias. É um recurso concreto a ser utilizado pelos profissionais da saúde no atendimento da pessoa com necessidade especial.

Para refletir

Que tipo de violação de direitos e de maus-tratos encontramos nesse caso?

14.8 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Em busca de ajuda para Angélica

O isolamento social da família muitas vezes decorre do estigma de ter um filho com deficiência, fato que pode gerar sentimentos de incerteza, inadequação e sensação de rejeição social.

Sabemos que o isolamento é um dos fatores de risco para maus-tratos infantil. Se a família não interage, se ela não constrói novos laços sociais, se não procura construir alternativas de apoio e de acompanhamento regular de uma criança ou adolescente com deficiência, haverá poucas chances para um desenvolvimento mais adequado, e a deficiência tenderá a se agravar.

O deficiente mental severo será dependente de cuidados gerais ao longo da vida, porém ele necessita de um intenso processo de estimulação e socialização a partir de uma equipe multiprofissional, visando ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais. A descontinuidade do acompanhamento médico talvez seja apenas um dos indícios para se suspeitar de que possa estar havendo falta de cuidado e de atenção específica às necessidades de Angélica em outras áreas.

No livro *Violência faz mal à saúde*, coordenado por Claudia Araújo de Lima (2004), você pode ler o Capítulo 11, de Luci Pfeiffer, para saber mais a respeito da situação da violência sobre crianças e adolescentes com deficiências e necessidades especiais.

O desinteresse da família em prover um acompanhamento neurológico que requer consultas regulares e reavaliações medicamentosas periódicas sugere um tipo de descuido preocupante e que pode acarretar prejuízo ao desenvolvimento global dessa jovem.

Caso Em busca de ajuda para Angélica

Cena 2

Na consulta seguinte, Maria Antônia e sua filha Angélica foram recebidas, inicialmente, pela assistente social Conceição. Numa conversa detalhada, Conceição compreendeu que o que a mãe chamava de vômitos era, na verdade, o acúmulo de saliva que Angélica eventualmente cuspiam. Essa era apenas a confirmação de que sua salivação precisaria ser trabalhada por uma fonoaudióloga. Investigando a história familiar, descobriu-se que a adolescente ficava sozinha em casa, trancada em um quarto, sem nenhum tipo de assistência, permanecendo lá todas as manhãs e todas as tardes, no horário em que seus pais estavam trabalhando.

Maria Antônia tentava minimizar essa situação, alegando que o pai ia diariamente dar o almoço à filha, pois ele tinha um intervalo de uma hora, em torno das 14 horas. Morando tão próximo do local de trabalho, isso era possível. Os pais da jovem tinham vindo do Nordeste e não contavam com a ajuda de nenhum familiar ou amigo para auxiliar nos cuidados com a filha.

Maria Antônia trouxe os exames laboratoriais, e a doutora Jeane pôde constatar que Angélica estava somente com uma discreta anemia. Ao final, Conceição e a médica conversaram sobre o caso e concluíram que deveriam explicar à Maria Antônia a necessidade de se fazer uma notificação junto ao Conselho Tutelar para que Angélica fosse colocada numa escola e de que a família se reorganizasse para poder atender e acompanhar as necessidades da filha.

Tempos depois, o Conselho Tutelar conseguiu uma escola para Angélica. No entanto, a “baba” da jovem foi colocada como obstáculo para sua adaptação. Os professores alegaram que ela deveria “aprender a se comportar melhor” para poder garantir um espaço na escola. No momento, ela poderia permanecer somente meia hora por dia. Afinal, essa salivação excessiva a estava impedindo de participar das atividades propostas.

Para refletir

Como ajudar a família a compreender a situação precária de sua filha e os maus-tratos a que estava submetida?

Pense sobre a conduta tomada pela doutora Jeane e por Conceição.

Pense sobre a conduta dos professores da escola.

14.9 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso Em busca de ajuda para Angélica

Intervir num sistema familiar é um passo difícil para muitos profissionais da saúde. No entanto, esse gesto, quando bem fundamentado, talvez represente a única chance que uma criança e um adolescente possam ter para mudar o rumo de suas vidas.

Prevenir uma situação de maus-tratos significa evitar dores físicas, sofrimentos emocionais, dificuldades para integração social e sequelas adicionais à deficiência. Intervir significa mobilizar ações positivas em prol da pessoa com deficiência e em prol da família, produzindo uma tomada de consciência sobre as necessidades que precisam ser atendidas e tomando providências para a sua concretização.

As famílias requerem um olhar de apoio, de suporte, de orientação, de ampliação das condições de assistência de todos os seus membros, de modo que, quando atendidas, tenham condições de amparar melhor todos e cada um, conforme suas necessidades.

Esse caso também nos faz pensar sobre os limites do modelo médico para se ajudar às pessoas com deficiência, e a necessidade de ampliar estratégias ligadas ao modelo social da deficiência que desafia toda a sociedade a rever os seus conceitos e a construir formas efetivas de acolhimento.

O despreparo das escolas para um acolhimento adequado desse tipo de população é outro problema importante que deve ser levado em conta. Há necessidade de orientação e formação dos professores para que a escola tenha condições de se tornar um local que favoreça a integração e a inclusão social.

Como construir um plano de apoio individualizado para traçar metas de autonomia para Angélica? Como inserir a família de Angélica num trabalho junto a outras famílias, para que ela possa, em certa medida, se empoderar? Como cuidar da “baba” de Angélica e dar a ela condições de maior convívio social? Essas são algumas das questões a que a equipe de saúde, a escola e o Conselho Tutelar, numa articulação em rede, deveriam ser capazes de responder.

Para refletir

O que você faria nesse caso? Quais seriam suas sugestões?

Caso Os maneirismos de João e a suspeita de abuso sexual

Cena 1

João está com 16 anos e apresenta autismo associado a um comprometimento intelectual importante.

Vez por outra ele exhibe comportamentos bizarros e, em seu dia a dia, é dependente para atividades vitais, como alimentação e higiene pessoal.

João veio trazido à consulta médica pelo educador e pela psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial que frequenta. Eles estão preocupados porque há mais ou menos dois anos o rapaz tem estado cada vez mais erotizado, “esfregando-se” no educador. Além disso, ao realizar a higiene do adolescente, o educador observou que após a evacuação ele fica com “dilatação no ânus”.

Sabe-se que João sempre apresentou incontinência fecal, o que talvez justifique essa dilatação. No entanto, de uns tempos pra cá, ele passou a se colocar em certas posturas “convidativas” a uma relação sexual, repetindo ritualisticamente um padrão de comportamento excessivamente erotizado, o que levou a equipe a pensar se ele estaria sendo vítima de abuso sexual. A família mantém pouco contato com a instituição, que tomou conhecimento de que há menos de um ano a mãe está residindo com um novo companheiro.

Como avaliar esse tipo de situação junto a um adolescente com sérias dificuldades de comunicação e compreensão sobre a vida? Seriam essas posturas erotizadas um comportamento que repete algo por ele vivido, ou seria simplesmente uma estereotipia típica do autismo, associada ao seu desenvolvimento sexual?

Para refletir

Quais são as dificuldades para se identificar os sinais de abuso num adolescente com autismo e retardo intelectual?

14.10 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Os maneirismos de João e a suspeita de abuso sexual

O desenvolvimento sexual ocorre da mesma forma nos adolescentes com ou sem deficiência. A produção de hormônios sexuais é responsável pelas mudanças corporais, que juntamente com as modificações psíquicas e sociais contribuem para que nessa etapa do desenvolvimento humano – a adolescência – a sexualidade genital erotizada se manifeste.

Esse caso pode ser a simples manifestação de uma sexualidade que amadurece e se manifesta em condutas que podem ser interpretadas como inadequadas, e suscitar um tipo de orientação sobre o lidar com a sexualidade. O caso também pode conter indícios de abuso sexual, mas as dificuldades de comunicação no autismo e o distanciamento da família tornam essa averiguação difícil de ser feita. Isso mostra a dificuldade para identificar os sinais de abuso em crianças e adolescentes com distúrbios na comunicação e nas atitudes. Além disso, as dificuldades da família em atender aos chamados da instituição reforçam as suspeitas de que algo pode não estar indo bem, na medida em que essa família se mantém ausente e distante.

O que poderíamos, então, pensar sobre o caso: estamos diante de negligência familiar? Estamos diante de uma suspeita de abuso sexual? Sejam quais forem os indícios, será que a equipe já tem dados suficientes para fazer uma notificação junto ao Conselho Tutelar? O que você acha?

14.10.1 Notificação junto ao Conselho Tutelar

Casos confirmados e suspeitos de qualquer tipo de abuso ou negligência devem ser notificados ao Conselho Tutelar por profissionais da saúde e da educação.

Entretanto, a “falsa denúncia” feita sem evidências claramente definidas e, muitas vezes, com a intenção de acusar e/ou culpar o outro pode trazer sérias consequências à pessoa denunciada, que fica sob suspeita até que tenha condições de defender-se e provar sua inocência.

Portanto, a notificação precisa ser embasada em suspeitas ou evidências claramente descritas e situadas no contexto de sua ocorrência.

Para refletir

O que você faria nesse caso? Quais seriam suas sugestões?

Caso Há interferências da tutora na vida de Fernanda?

Fernanda é surda e, aos 30 anos, casou-se com Gilberto, que possui deficiência auditiva leve e deficiência visual parcial. Ela foi morar ao lado da casa dos sogros, tendo a possibilidade de obter apoio próximo.

Entretanto, sua tia e tutora a visitava seguidamente, e parecia querer interferir na vida da sobrinha a tal ponto que o casamento não chegou

a durar muito tempo. Fernanda era interditada judicialmente e sua tia se colocava na situação com pulso forte, como quem quer manter o controle, administrando o dinheiro de uma pensão familiar deixada para a sobrinha.

Apesar das pílulas anticoncepcionais oferecidas pela tia, Fernanda engravidou. Quando o bebê nasceu, a tia alegou que Fernanda não podia amamentar, pois usava medicamento psiquiátrico, embora a equipe do posto de saúde que a acompanhava desconhecesse qualquer sintomatologia psiquiátrica naquela época.

Por iniciativa da tia, o bebê foi registrado apenas no nome da mãe, na qualidade de mãe solteira. No entanto, o pai entrou com recurso e conseguiu reconhecer a sua paternidade, dando seu nome à filha.

Há uma suspeita de que durante o parto, cesariana, a tia tenha solicitado ao médico a ligadura de trompas da sobrinha, sem o conhecimento dela. A tia parecia segura de que de agora em diante Fernanda não iria mais engravidar, embora para ela o sonho de ser mãe novamente ainda persistisse.

Certa vez, Fernanda se desentendeu com a tia e levou uma surra, ficando toda marcada. Nessas horas difíceis, ou ela corria para a casa do ex-marido em busca de socorro ou ia para o posto de saúde. Apesar de dispor de uma linguagem limitada, de alguma forma ela conseguia se comunicar. Outros serviços que costumavam dar apoio a Fernanda foram acionados, mas optou-se por não fazer uma ocorrência na Delegacia de Mulheres, por falta de provas. Afinal, alegava-se que a tia tinha um bom advogado e poderia processar os profissionais por calúnia e difamação.

A situação de Fernanda é de difícil comprovação, as barreiras linguísticas são grandes e, com o passar dos anos e acúmulo de desavenças, ela parece estar desenvolvendo alguns sintomas psiquiátricos. Hoje, aos 35 anos, com uma filha de 5 anos, Fernanda parece excessivamente medicada e, por vezes, até impregnada. Ela não foi estimulada de forma a adquirir autonomia, está dependente e vive sob o domínio da tia. O ex-marido, ao contrário, tem mais autonomia, tem seu próprio emprego e dá pensão de um salário mínimo para a filha. No entanto, é a tia quem monitora as visitas do pai, determinando o dia e a hora em que ele pode ir vê-la.

Para refletir

Houve algum tipo de violência ou violação de direitos nessa história? Especifique.

Em sua opinião, quais são o limite e a possibilidade de atuação de um tutor?

O que deixou Fernanda vulnerável ao domínio de sua tia?

14.11 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Há interferências da tutora na vida de Fernanda?

Quando a mulher com deficiência tem poucas oportunidades de reduzir as desvantagens diante de sua deficiência, ela pode ficar à mercê de parentes ou do próprio marido, com chances reduzidas de autonomia.

Sabemos que a pessoa surda pode ser ajudada a desenvolver sua linguagem e a adquirir desenvoltura nos mais diversos campos da vida. No entanto, tendo ficado órfã na infância, Fernanda foi criada por uma tia materna que acabou não investindo seriamente na autonomia e no empoderamento da sobrinha. Ao contrário, tendo-a como dependente, a tia parece atuar como se pudesse dispor da vida de Fernanda a seu bel-prazer, considerando-a incapaz de tomar decisões e de gerenciar sua própria vida.

A liberdade de Fernanda é sistematicamente tolhida, as interferências da tia minam todas as possibilidades de uma vida autônoma, decisões cruciais são tomadas à revelia da sobrinha. O efeito desse processo na vida dessa mulher é enlouquecedor. O abuso de poder se faz presente de forma contundente, embora sob o disfarce do cuidado e da proteção.

É importante reforçar a capacidade de organização das pessoas com deficiência, favorecendo o diálogo, a cooperação e sua participação direta em todos os níveis de adoção de medidas, supervisão e avaliação das ações.

Esse caso nos ajuda a problematizar o papel do cuidador e a refletir sobre os limites e as possibilidades do tutor ao gerenciar a vida de pessoas com deficiência. Além disso, nos faz pensar sobre o medo dos profissionais para intervir em situações dessa natureza, o melindre de enfrentar a família e desmascarar a violência “invisível”, deixando Fernanda com a sensação de que seus pedidos de ajuda não são escutados, tampouco vistos. Sem uma escuta solidária, Fernanda fica aprisionada numa relação desigual e desorganizadora, com poucas chances de romper o ciclo da violência.

O não desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas com deficiência os fragiliza e pode torná-los presas fáceis de uma dinâmica temperada pela violência. Por essa razão, os cuidados específicos voltados à pessoa com deficiência são fundamentais e também servem como fatores de promoção de saúde e prevenção contra a violência.

Para refletir

É inevitável pensar em uma escuta solidária. Como romper com o ciclo de violência ao qual Fernanda está aprisionada?

O que você faria nesse caso?

Quais seriam suas sugestões?

14.12 Deficiência, violência e fatores de risco

O estudo da violência afetando pessoas com deficiência ainda é um tema de debate recente no país. Nos países desenvolvidos, essa discussão já acontece há mais tempo.

14.12.1 Fatores de risco entre crianças e adolescentes

Estima-se que crianças e adolescentes com deficiência tenham 1,7 mais chance de serem submetidos a qualquer tipo de maus-tratos do que aqueles sem deficiência. Acreditava-se, inicialmente, que o estresse psicológico que envolvia o cuidado de uma pessoa com deficiência justificava maior prevalência de maus-tratos entre os pais.

Estudos mais recentes indicam que o estresse psicológico apenas não é fator suficientemente forte para promover situações de maus-tratos, e que a ocorrência da violência na família de pessoas com deficiência costuma estar associada, também, a pelo menos mais um fator de risco, como aspectos sociofamiliares ou socioambientais associados a maus-tratos infantis, e que configuram um perfil de “famílias multiproblemáticas” (GONZALVO, 2002).

Entre os fatores de risco sociofamiliares ou socioeconômicos estão: pobreza e falta de recursos socioeconômicos; isolamento social, marginalização e minoria étnica; família monoparental; drogadição; moradia deficiente ou falta de moradia; enfermidade física incapacitante, enfermidade psíquica, alcoolismo; delinquência e violência familiar; prostituição; mãe adolescente.

Os primeiros modelos de análise de maus-tratos infantil atribuíam grande valor etiológico às características psicológicas individuais (modelo psiquiátrico) e socioeconômicas (modelo sociológico). Esses modelos analisavam os maus-tratos de um ponto de vista unilateral, generalizando aspectos isolados do problema sem estabelecer nenhuma correlação com outros tipos de fatores etiológicos.

Nas últimas décadas, vêm surgindo modelos do tipo psicossocial e sociointeracionista (modelos ecossistêmicos). Tais modelos procuram integrar os aspectos psiquiátricos, psicossociais, socioeconômicos, estruturais, culturais e ambientais, tanto individuais quanto familiares, concebendo o fenômeno dos maus-tratos como uma “disfunção

do sistema pais-filhos-ambiente”, e não como mero resultado de traços patológicos da personalidade parental, de um alto grau de estresse socioambiental ou de características particulares das crianças.

Resultados de um estudo retrospectivo transversal feito entre crianças e adolescentes que ingressaram em centros de acolhida em virtude de maus-tratos

Não se pode estabelecer uma relação clara entre o tipo de deficiência e determinadas formas de abuso, porém serão aqui relatados alguns resultados de um estudo retrospectivo transversal feito entre 1.115 crianças e adolescentes de 0 a 17 anos (de junho de 1991 a junho de 2001) que ingressaram em centros de acolhida na província de Saragoça (Espanha) em virtude de maus-tratos. Do total, 62 apresentavam deficiências; ou seja, 5,56%, uma prevalência inferior à esperada (estima-se que 10% da população infanto-juvenil em âmbito nacional e mundial apresentem alguma deficiência). Os resultados indicam que entre os tipos de deficiências que mais sofreram maus-tratos estão: deficiência mental (35,5%), múltipla deficiência (27,4%), deficiência física (25,8%) e deficiências sensoriais (11,2%). Entre os maus-tratos mais comuns, estão a negligência e o abandono (82,2%); 16,1% dos casos sofreram outras formas de maus-tratos. A negligência predominou entre crianças e adolescentes com ou sem deficiência. A mãe foi a abusadora mais frequente (83,8%), seguida do pai (56,4%) ou de ambos os genitores (46,7%) (GONZALVO, 2002).

14.12.2 Fatores de risco entre maus-tratos e dificuldades de aprendizagem

1. Traumas repetidos na cabeça podem produzir distúrbios cognitivos e, como consequência, gerar dificuldades de aprendizagem.
2. Crianças com dificuldades de aprendizagem têm problemas para processar informações, são mais desatentas e hiperativas, estando mais sujeitas a formas abusivas de controle e a maus-tratos.
3. Ambientes de pouca estimulação, baixa condição socioeconômica e associados a maus-tratos podem produzir dificuldades de aprendizagem.

14.12.3 Fatores de risco entre mulheres

Mulheres com deficiência estão mais vulneráveis a serem vítimas de suas próprias famílias ou de seus parceiros íntimos, suscetíveis a diferentes tipos de abuso, incluindo o abuso sexual e o risco de infecção pelo HIV/Aids.

O isolamento de mulheres e famílias, a pobreza, o desemprego, a dependência dos parentes ou do cônjuge são fatores que aumentam o risco de violência entre as mulheres. As sequelas do abuso destroem a autoestima e expõem a mulher ao risco de sofrer de problemas mentais, depressão, fobia, tendência ao suicídio, consumo abusivo de álcool e demais drogas.

Outro fator de gênero relevante é o fato de as mulheres se afastarem do mercado de trabalho para cuidar das pessoas com deficiência, das crianças pequenas e dos idosos. Com esse afastamento, há ausência de recolhimento de um sistema previdenciário entre mulheres em idade economicamente ativa e interrupção de uma carreira e/ou profissão, com impacto na renda familiar e no desenvolvimento social dela.

14.12.4 Fatores de risco entre homens

Homens com deficiência têm oportunidades de emprego limitadas, bem como uma formação educacional e profissional insuficientes. Aqueles que trabalham recebem salários inferiores a outros trabalhadores. A exclusão ou estreiteza de oportunidades conduz o homem com deficiência a se perpetuar numa situação de pobreza, com poucas possibilidades de quebrar o círculo vicioso. Eles também se encontram vulneráveis ao vírus HIV/Aids pela falta de informação ou por informações raramente adaptadas em linguagem de sinais ou em *braille*, no caso dos surdos e dos cegos, respectivamente.

14.12.5 Fatores de risco entre idosos

Embora o envelhecimento nem sempre seja acompanhado de deficiência, ele está associado a maior vulnerabilidade física e mental, condição que pode ser geradora potencial de violência. O idoso, ao apresentar uma ou mais deficiências, está sujeito a diferentes formas de violência, sendo as mais comuns a financeira, o uso de aposentadorias pela família e a desatenção de suas necessidades, culminando no abandono.

O idoso também está sujeito a maus-tratos físicos, precários cuidados higiênicos, má nutrição, vestuário inadequado, escaras. Estudos recentes sugerem que mulheres idosas, em situação de comprometimento cognitivo, físico e mental, estão em maior risco de maus-tratos. Sem ter como se proteger e por culpa, é comum o idoso se sentir um “fardo” para os familiares.

A relação entre os tipos de deficiência e determinados fatores de risco pode ser vista no quadro a seguir.

Quadro 1 – Características e fatores de risco por deficiência

Características das deficiências	Fatores de risco por deficiência
<p>A deficiência física é caracterizada por algum tipo de paralisia, limitações do aparelho locomotor, amputações, malformações.</p> <p>A paralisia cerebral, por uma ou mais lesões em diferentes áreas do cérebro, com modificações na fala, visão, audição e na organização motora, havendo em muitos casos preservação da inteligência.</p>	<p>Deficiência física e paralisia cerebral – as pessoas com limites físicos e ortopédicos têm mais risco de sofrer acidentes e quedas. O crescimento pode trazer maior sobrecarga aos cuidadores, acumulando estresse e irritabilidade aos cuidados diários. Há risco de negligência, negação das necessidades médicas e do trabalho de reabilitação, negligência dos cuidados gerais e risco de descontinuidades, em função dos muitos cuidadores.</p>
<p>A deficiência visual se caracteriza por perdas visuais, parciais ou totais, após correções óticas ou cirúrgicas que limitem o desempenho normal.</p> <p>A deficiência auditiva, por perdas auditivas, parciais ou totais, após correções cirúrgicas ou uso de aparelho que limitem o desempenho normal.</p>	<p>Deficiência auditiva e visual – o limite de possibilidades de comunicação das pessoas com déficit de audição irá torná-las mais suscetíveis ao abuso físico e sexual, pela dificuldade em comunicar o ocorrido. Entretanto, a criança e o adolescente cegos ou mesmo com visão subnormal, pela tendência a conhecer o mundo através do tato, poderão estar suscetíveis ao risco de abuso sexual. A negligência também aparece como outra forma de maus-tratos presente nesse tipo de deficiência, principalmente pela falta de maneiras adaptativas de lidar com esse grupo, seja criando meios de vencer as barreiras de linguagem, seja encontrando mecanismos de vencer as barreiras da locomoção.</p>
<p>A deficiência mental se caracteriza pela presença de retardo mental em diversos níveis, medidos por testes psicológicos ou pelo desempenho funcional, com um rendimento intelectual inferior à média e prejuízos nos padrões comportamentais esperados para a idade ou grupo cultural.</p>	<p>Deficiência mental – quanto maior for o nível de funcionamento global, maior é o risco de maus-tratos de qualquer tipo. Os que têm menor comprometimento possuem maior risco e representam 80% do total de deficientes. Os demais correm menos risco de sofrer abuso porque costumam ser mais dóceis e cooperativos. Os deficientes mentais, juntamente com aqueles que apresentam distúrbios na comunicação, são os mais vulneráveis a sofrer abuso sexual pela insegurança emocional e social, pela tendência a ter cuidadores por um tempo mais prolongado, pela falta de orientação sexual. As adolescentes e os adultos jovens com deficiência estão entre os mais vulneráveis ao abuso sexual. O mais frequente é a negligência física e emocional, seguido do abuso psicológico e/ou físico e, por último, do sexual.</p>
<p>A múltipla deficiência se caracteriza por agrupar duas ou mais deficiências numa organização evolutiva ainda mais complexa, pelo efeito interativo de incapacidades e desvantagens.</p>	<p>Múltipla deficiência – risco de negligência, de abuso físico e abuso sexual, ou ainda de uma combinação de diferentes maus-tratos. Observa-se que os menos severamente incapacitados estão em maior risco de abuso do que os mais prejudicados. Aqueles cuja deficiência é mais leve geram mais expectativas e podem se tornar mais difíceis de manejar. Estudos mostraram que esse grupo tende a ser mais severamente abusado física e sexualmente, por um tempo mais prolongado. Os que possuem deficiência profunda são menos provocativos e agressivos, menos suscetíveis ao abuso.</p>
<p>O autismo se caracteriza como uma síndrome comportamental com alterações presentes nos primeiros anos de vida; apresenta desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação, gerando graves prejuízos sociais, havendo deficiência mental associada ou inteligência quase normal ou normal por completo.</p> <p>A psicose infantil, por uma interrupção progressiva ou abrupta do desenvolvimento normal de uma criança marcada pela instalação de graves distúrbios de comportamento, havendo parada ou retrocesso do desenvolvimento.</p>	<p>Autismo e psicose infantil – as pessoas com autismo e psicose infantil costumam ter sérias dificuldades de comunicação, comportamento e perturbação na interação social, com hiperatividade, problemas de sono e de alimentação, o que acarreta enorme estresse e desgaste para a família, colocando-as em risco de negligência, abuso psicológico e físico. É comum a manifestação de comportamentos bizarros e um olhar social crítico e intolerante codificado como “má educação”. Isso acentua na família o medo e a angústia diante dessas inadequações, e a vergonha ao se considerar incapaz, havendo, assim, tendência ao isolamento em muitos casos. Essas crianças e adolescentes também apresentam o risco de se tornarem violentas e de exibirem comportamentos difíceis de manejar, necessitando de orientação e amparo para encontrar outras formas de comportamento mais adequadas ao convívio.</p>

Quadro 1 – Características e fatores de risco por deficiência (cont.)

Características das deficiências	Fatores de risco por deficiência
O dependente de tecnologia se caracteriza pela presença de severa deficiência ou doença crônica, associada à dependência de serviços médicos que compensem funções vitais em função do uso de equipamentos, ou pela dependência de cuidados permanentes de enfermagem para evitar a morte ou deficiências futuras. Pode fazer uso de ventilação mecânica, traqueostomia, terapia do oxigênio, terapia intravenosa ou hemodiálise.	Dependente de tecnologia – essas pessoas, sejam crianças, adolescentes ou adultos, correm o risco de viver um período curto ou prolongado de suas vidas em hospitais, pela dependência de serviços médicos que compensem funções vitais em função do uso de equipamentos, ou pela dependência de cuidados permanentes de enfermagem para evitar a morte ou deficiências futuras. Podem fazer uso da ventilação mecânica, traqueostomia, terapia de oxigênio, terapia intravenosa e hemodiálise. Observa-se maior risco de ocorrência de abusos em casa – como no caso dos deficientes físicos –, embora situações de maus-tratos também possam ser observadas na equipe hospitalar pela repetição de condutas e procedimentos médicos e pela falta de humanização de algumas práticas cotidianas do ambiente hospitalar, a chamada violência institucional.

Fonte: Elaboração das autoras.

A dificuldade que algumas pessoas com deficiência têm para informar sobre o ocorrido pode prejudicar a identificação do problema, reduzindo as chances de uma intervenção adequada que levasse à interrupção ou à prevenção da violência.

14.13 Cuidados específicos na área da deficiência

Segundo a Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002), os cuidados específicos na área da deficiência são:

- A questão da mulher deficiente, que sofre múltipla discriminação.
- A necessidade de apoio a famílias com crianças e pessoas com deficiência profunda para favorecer a maior integração possível.
- Igualdade de acesso e participação a programas que desenvolvam autonomia.
- A garantia de acesso a serviços regulares de saúde, de educação, de formação e sociais, e a um conjunto de oportunidades disponíveis para as pessoas não deficientes, atendendo às necessidades dos diferentes grupos de deficiência.
- O acesso ao emprego no mercado regular de trabalho, mobilizando parceiros sociais e autoridades públicas.
- O reforço da capacidade de organização das pessoas com deficiência, favorecendo o diálogo, sua cooperação e participação direta em todos os níveis de adoção de medidas, supervisão e avaliação das ações.

- Estratégias de prevenção dos maus-tratos contra pessoas com deficiência.
- Alterar o modo como a cultura e a sociedade veem as pessoas com deficiência.
- Favorecer o contato entre crianças, adolescentes e jovens com e sem deficiência.
- Desenvolver habilidades e competências pessoais das pessoas com deficiência em estabelecimentos capazes de auxiliá-los de acordo com suas necessidades.
- Desenvolver uma perspectiva ecossistêmica para intervir nas situações de risco, considerando todas as dimensões envolvidas, do indivíduo à esfera microssocial.
- Oferecer à criança e ao adolescente em risco de violência, e à sua família, serviços adequados para o cuidado diversificado do leque de necessidades existentes.
- Capacitar os profissionais e os serviços para o diagnóstico e acompanhamento das situações-problema e para a construção de estratégias de cuidado da pessoa com deficiência e da família.
- Criar serviços de visita domiciliar para dar suporte, orientação e ajudar as famílias a encontrar um leque mais amplo de serviços públicos ou privados.
- Construir uma interação em rede entre os vários serviços nas áreas da saúde, habilitação, reabilitação, assistência social, educação, assistência jurídica etc.

14.14 Referências

AMARAL, R.; COELHO, A. C. Nem santos nem demônios: considerações sobre a imagem social e a auto-imagem das pessoas ditas “deficientes”. *Os Urbanistas*, v. 1, n. 0, 2003. Disponível em: <http://www.aguaforte.com/antropologia/deficientes.html>. Acesso em: 5 maio 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 108, n. 2, p. 508-512, 2001.

AMIRALIAN, M. L. T. *et al.* Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, fev. 2000.

ARAUJO, Luiz Alberto David; COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O Estatuto da Pessoa com Deficiência - EPCD (Lei 13.146, de 06.07.2015): algumas novidades. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 962, p. 65-80, dez. 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. atual. até a Ementa Constitucional n. 20, de 15 dez. 1998. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 out. 1989.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato_2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. (Série B. Textos básicos da saúde).

CAVALCANTE, F. C. *Pessoas muito especiais: a construção social do deficiente e a reinvenção da família*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAVALCANTE, F. C. et al. Violência contra pessoas com deficiência. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. cap. 17.

COMISSÃO EUROPEIA DE AUTISMO. *Manual de boas práticas para a prevenção da violência e dos abusos em relação às pessoas autistas*. Rio de Janeiro: FPA, 2000.

CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002, Madri. *Declaração de Madri*. Madrid: [s. n.], 2002. Disponível em: <http://minerva.pgt.mpt.gov.br/publicações/pub65.html>. Acesso em: 15 abr. 2006.

FERREIRA, L. A. M. A inclusão da pessoa portadora de deficiência e o Ministério Público. *Justiça*, [s. l.], v. 63, n. 195, p. 110-117, 2001.

FILIPPINI, M. et al. *Infância, deficiência & violência*. Bologna: AIAS, 2004. Brochura publicada em cinco línguas diferentes com o apoio da Comissão Europeia no Âmbito do Programa Daphne.

GOLDSON, E. Maltreatment among children with disabilities. *Infants and Young Children*, New York, v. 13, n. 4, p. 44-54, 2001.

GONZALVO, O. G. Maltrato en niños con discapacidades: característica y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, Madrid, v. 56, n. 3, 2002.

GONZALVO, O. G. Qué se puede hacer para prevenir la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades? *Anales de Pediatría*, Barcelona, v. 2, n. 62, p. 153-157, 2005.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2004*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 24 nov. 2008.

NÉRI, M. (org.). *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FEG/IBRECPS, 2003.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração dos direitos do deficiente mental*. [Washington, DC]: ONU, 1971. Disponível em: [http://www.ama.org.br/declaração dos direitos dfm.htm](http://www.ama.org.br/declaração%20dos%20direitos%20d%C3%A9ficientes.htm). Acesso em: 24 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *A ONU e as pessoas com deficiência*. Brasília, DF: Nações Unidas, [2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/>. Acesso em: 1 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=B0F91328B9167BEA875E8E8A7FD59E98?sequence=4. Acesso em: 30 ago. 2015.

PFEIFFER, L. Portadores de deficiência e de necessidades especiais. *In*: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 117-133.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência comentada*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

SASSAKI, R. K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

SILVA, R. Violência institucional: o difícil diagnóstico de saúde de suas vítimas. *In*: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 125-133.

THARINGER, D.; HORTON, C. B.; MILLEA, S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse & Neglect*, Aurora, v. 14, p. 301-312, 1990.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão da área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 9, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2003.