

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA
CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS
PÚBLICAS – CREPOP

**REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA A ATUAÇÃO DE
PSICÓLOGAS(OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS PARA
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

**VERSÃO DESTINADA À CONSULTA PÚBLICA. NÃO RECOMENDAMOS A
CITAÇÃO DESTE TEXTO. EM BREVE A VERSÃO FINAL SERÁ PUBLICADA.**

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheiro Responsável – XX Plenário:

Cristiano de Jesus Andrade

Consultora:

Virgínia Kastrup

Comissão Consultiva:

Ana Rita Queiroz Ferraz

Iuna Barros Chaves

Joelma Cristina Santos

José Fernando Duarte

Valéria Gonzatti

Brasília, 2026

VERSÃO DESTINADA À CONSULTA PÚBLICA. NÃO RECOMENDAMOS A CITAÇÃO DESTE TEXTO. EM BREVE A VERSÃO FINAL SERÁ PUBLICADA.

© 2026 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.cfp.org.br

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: | MC&G Design Editorial

Informações da Edição

Coordenação Geral/ CFP

Emanuelle Santos Silva – Coordenadora-Geral Estratégica
Rafael Taniguchi – Coordenador-Geral Executivo

Gerência de Comunicação

Marília Mundim da Costa – Gerente
Raphael de Oliveira Gomes – Assessor

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Miriam Cristiane Alves – Conselheira CFP
Marcela Acioli de Nazaré– Conselheira CFP
Leandro Amorim Rosa- Conselheiro CFP

Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor
Queli Cristina do Couto Araújo – Analista Técnica – Psicóloga
Roberto Esposito Sanches Junior - Analista Técnico- Psicólogo
Danilo Feitosa de Resende – Estagiário
Ives Daniel da Silva Ferreira – Estagiário

Integrantes das Unidades Locais do CREPOP nos CRPs

Conselheiras(os): Isadora Cristine Dourado Araújo, Aline Picoli Gonçalves de Almeida, Camila Ribeiro Borges, Ingrid Aparecida Pereira da Cruz e Patrícia Iêda Torres Sampaio (CRP01); Lucimáry Bezerra Florentino Alves Serapião e Evelline Ferreira de Brito (CRP02); Ailena Julie Silva Conceição, Ana Paula Matos Carregosa, Elias Fernandes Mascarenhas Pereira, Larissa Fonseca de Souza, Marcelo Tourinho de Garcia Soares, Romário Oliveira Lopes, Steleyjanes Galdino Rodrigues, Thaissa Gomes Costa (CRP03); Patrícia de Fátima Pantaleão, José Alberto dos Santos (CRP04); Alline Aparecida Pereira e Lucas Gabriel de Matos Santos (CRP05); Hélio Roberto Braunstein (Coordenador), Fausto Martins Geantomasse (Membro), Lucas Petronilho Negrão da Silva (Membro) e Rita Isabel Pereira Alves (CRP06); Gabriela Zanella (CRP07); Josiane de Fatima Farias Knaut e Semiramis Maria Amorim Vedovatto (CRP08); Simone Minasi (CRP09); Adriana Barbosa Ribeiro, Ana Tereza Frade de Araújo, Ayrk Zamyse Alves Lira, Bianca Mycaella dos Santos Tsubaki, Jackelliny Lorena Almeida Cruz, Thamiris Dias Arraes, Thiago Pamplona e Valber Luiz Farias Sampaio (CRP10); Adriana de Alencar Gomes Pinheiro e Francisco Theofilo de Oliveira Gravinis (CRP11); Sandra Regina da Silva Coimbra (CRP12); Geyviane Kelly de Figueiredo Peres (CRP13); Pablo Cardoso de Souza e Vanilce Farias Gomes (CRP14); João Vitor Lourenço Batista do Nascimento (CRP15); Victor Hugo da Silva (CRP16); Marina Angélica Silva Queiroz, Maria Aparecida de França Gomes, Luiz Antônio Gomes Lopes e Bianca Cavalcanti de Lira (CRP17); Vanessa Rosa Nogueira da Silva (CRP18); Reginaldo Vieira Santos Junior (CRP19); Ester Naiá Ferreira

Melo (CRP20); Cecilya Vanessa da Cunha Santos e Mirlena Amorim Belchior (CRP21); Jordôa Moreira Leite e Vilciele Silva Damasceno (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23); Daniel Antônio Toledo de Gomes, Raul Camilo Guimarães García, Alessandra Guimarães Gomes Picanço e Deadrisson de Oliveira Amaral Siqueira (CRP24).

Técnicas(os) e Colaboradoras(es): Sara da Silva Meneses (CRP01); Gioconda de Sousa Silva Lima (CRP02); Natani Evlin Lima Dias (CRP03); Liziane Karla de Paula e Luciana M. S. Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05); Caio Vinícius Infante de Melo (CRP06); Altieres Edeimar Frei (CRP08); Helizio Lopes Galvão (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP11); Pâmela Lunardelli Trindade (CRP12); Katiuska Araújo Duarte (CRP13); Josué de Marco Neto e Maria Silvia Bezerra da Silva (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Fabricia da Silva Lima Trazzi (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Jackeline Jardim Mendonça (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); Caroline Cavalcante Cunha (CRP20); Ana Noabe Viana Lima (CRP21); Francisco Valberto dos Santos Neto (CRP22); Rhanielle Rodrigues Silva (CRP23), Ana Clara Costa Martins (Sede/RO) e Socorro de Souza Oliveira (Seção Acre) (CRP24).

Estagiárias(os): Sara Batista Rocha (CRP01); Bruna Roberta Ferraz Moreira Cavalcante (CRP02); Laura da Glória Glueck, Gisele Yumi Hashiyama (CRP04); Ester da Silva Terra (CRP05); Julia Santos Rocha (CRP06); Thiago Maia Almeida Jorge (CRP08); Pedro Yuri da Paz Barbosa (CRP11); Anna Clara Santos Lucati e João Henrique Duarte Balbuena (CRP14); Brenda Laíse Silva de Abreu (CRP15); Andreza Ribeiro de Sousa (CRP17); Muriel Ojeda da Costa (CRP18); Maria de Jesus Ferreira da Costa (CRP22); Linde Kelly de Souza Nolasco (Sede/RO) (CRP24).

XX PLENÁRIO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – 2025/2028

Conselheiras Efetivas

Ivani Francisco de Oliveira – Presidenta

Thessa Guimarães – Vice-presidenta

Ana Carolina Freire Lopes – Secretária

Claudia Simões Carvalho – Tesoureira

Marcela Acioli de Nazaré – Conselheira Secretária Região Norte

Natália Campos da Silva – Conselheira Secretária Região Nordeste

Vanessa Terena (Vanessa Silva de Souza) – Conselheira Secretária Região
Centro-Oeste

Liliane Cristina Martins – Conselheira Secretária Região Sudeste

Miriam Cristiane Alves – Conselheira Secretária Região Sul

Jaqueline Gomes de Jesus – Conselheira 1

Maria do Socorro Pimentel da Silva – Conselheira 2

Conselheiras Suplentes

Leandro Amorim Rosa – Conselheiro Suplente Região Norte

Rômulo Mafra Cruz – Conselheiro Suplente Região Nordeste

Thaynara Sipredi Souza Silva Xerente – Conselheira Suplente Região Centro-
Oeste

Annie Louise Saboya Prado – Conselheira Suplente Região Sudeste

Rafael Wolski de Oliveira – Conselheiro Suplente Região Sul

Ana Flávia Vieira de Mattos – Conselheira Suplente

Andréa Regina Marques Chamon – Conselheira Suplente

Daniel Caldeira de Melo – Conselheiro Suplente

Zeca Carú de Paula Seabra Moreira Ribeiro – Conselheiro Suplente

Cristiano de Jesus Andrade – Conselheiro Suplente 1

Deivison Warlla Miranda Sales – Conselheiro Suplente 2

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEP** – Associação Brasileira de Ensino de Psicologia
- ABN** – *Archives of Clinical Neuropsychology*
- ABNT** – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- AEE** – Atendimento Educacional Especializado
- AMPID** – Associação Nacional dos Membros do Ministério Público de Defesa dos Direitos dos Idosos e Pessoas com Deficiência
- ANPED** – Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
- APAE** – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
- AVD** – Atividades da Vida Diária
- BPC** – Benefício de Prestação Continuada
- CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAT** – Centro de Apoio Técnico
- CDH** – Comissão de Direitos Humanos
- CDPD** – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
- CEE** – Conselho Estadual de Educação
- CEF** – Caixa Econômica Federal
- CER** – Centro Especializado em Reabilitação
- CES** – Conselho Estadual de Saúde
- CFP** – Conselho Federal de Psicologia
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CNE** – Conselho Nacional de Educação
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
- CNS** – Conselho Nacional de Saúde
- CODA** – *Children of Deaf Adults* (Filhos de Pais Surdos)
- CONADE** – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CRAS** – Centro de Referência de Assistência Social
- CRE** – Centro de Referência Especializado
- CREAS** – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CREPOP** – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CRP – Conselho Regional de Psicologia

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

EAD – Educação a Distância

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAP – Fundação de Amparo à Pesquisa

FENAPAE – Federação Nacional das Apaes

IBC – Instituto Benjamin Constant

IDESP – Índice de Desenvolvimento da Educação do Estado de São Paulo

INES – Instituto Nacional de Educação de Surdos

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LBD – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LBI – Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

LGBTQIA+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e mais

Libras – Língua Brasileira de Sinais

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MEC – Ministério da Educação

MND – Movimento Nacional dos Deficientes

MS – Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OM – Orientação e Mobilidade

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PcD – Pessoa com Deficiência

PDI – Plano de Desenvolvimento Individual

PEI – Plano de Ensino Individualizado

PNEEPEI – Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva

PTS – Projeto Terapêutico Singular

QI – Quociente de Inteligência

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RCPD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

RDI – Relatório de Desenvolvimento Individual

RI – Residência Inclusiva

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SID – Serviço de Inclusão Digital

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade

TDIC – Tecnologia Digital da Informação e da Comunicação

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TO – Terapia Ocupacional / Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UPIAS – *Union of the Physically Impaired Against Segregation* (União dos Deficientes Físicos Contra a Segregação)

SUMÁRIO

Integrantes das Unidades Locais do CREPOP nos CRPs	3
2.1 O CREPOP (texto a ser elaborado pós consulta pública)	11
2.2 O processo de pesquisa: à escuta de psicólogas(os)	11
2.3 O processo de análise de dados	14
2.4 A elaboração da Referência Técnica	15
2.5 A consulta pública (texto será elaborado pós consulta pública)	18
3.1 O conceito de deficiência e os contornos do campo	19
3.2 O modelo social da deficiência	22
3.3 A perspectiva da interseccionalidade	25
3.4 O conceito de capacitismo	29
3.5 O conceito de autonomia	31
3.6 A dimensão macropolítica e a dimensão micropolítica da deficiência	34
Legislação específica sobre deficiência	35
Conceito de deficiência	53
Deficiência física	57
Deficiência visual	62
Deficiência auditiva / Surdo	65
Deficiência intelectual	68
Autismo (TEA)	72
Deficiências Múltiplas	79
Fibromialgia e dor crônica	81
4.5 Um breve balanço	81
5.1 Saúde e Reabilitação	87
5.2 Educação	96
5.3 Assistência Social	102
5.4 Questões que emergiram nas entrevistas e que atravessam as quatro áreas	109
5.5 Alguns analisadores	124
5.5.3 Estou ali na correria - A sobrecarga e a precarização do trabalho	127
6.1 A universidade frente à diversidade: deficiência, formação e invenção	136
6.2 Formação e cuidado	145
6.3 Pistas para inventar caminhos com a deficiência na formação em Psicologia	147
6.4 A deficiência (e a interseccionalidade) como TEMA CURRICULAR TRANSVERSAL	147
6.5 Os três pilares da formação: Ensino, Pesquisa e Extensão	148
6.5.1 Pistas do ENSINO	148

	10
6.5.2 Pistas da EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA	153
6.5.3 Pistas de PESQUISA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO	158
6.6 Sobre a formação de psicólogas(os) com deficiência: acessibilidade e protagonismo	164
6.7 A presença da deficiência como uma diretriz ético política para a formação em Psicologia	169

2. INTRODUÇÃO

2.1 O CREPOP (texto a ser elaborado pós consulta pública)

2.2 O processo de pesquisa: à escuta de psicólogas(os)

Para a construção desta Referência Técnica, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) teve a preocupação de não se basear apenas no resultado de pesquisas teóricas, embora reconheça a grande importância dos artigos publicados, livros, teses e dissertações sobre o tema da deficiência, tanto no Brasil quanto no exterior. Assim, foi tomada a decisão de realizar uma pesquisa de campo e escutar psicólogas e psicólogos para conhecer o que a categoria já está fazendo em sua atuação junto a pessoas com deficiência. Trata-se de uma investigação necessária e oportuna, tendo em vista que ainda são poucos os trabalhos publicados que podem orientar a prática específica das(os) psicólogas(os) nas políticas públicas.

A pesquisa visa dialogar com a realidade social e os processos históricos que caracterizam a realidade brasileira, com o Código de Ética da Psicologia, com as políticas públicas atuais e com o posicionamento ético-político do CFP. A articulação entre esses elementos deu subsídio para a construção da Referência Técnica para a atuação de psicólogas(os) com pessoas com deficiência nas políticas públicas, visando contribuir para um atendimento qualificado e uma atuação comprometida com a garantia de direitos e com a cidadania dessas pessoas.

No escopo da pesquisa de campo realizada pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) foram entrevistadas¹(os) profissionais que estão cotidianamente atendendo pessoas com deficiência nos diferentes equipamentos de políticas públicas. A proposta foi reunir conhecimentos relevantes e partilhá-los nesta Referência Técnica, para que

¹ No intuito de garantir uma linguagem inclusiva de gênero, optou-se por referenciar a categoria no feminino, uma vez que dados da Psicologia Brasileira revelam que a profissão é predominantemente feminina. Desta forma, sempre que aparecerem palavras no feminino como “psicólogas”, estão incluídos todos os gêneros.

psicólogas e psicólogos, de acordo com suas condições reais de trabalho e território possam, por meio do conhecimento de experiências de outros profissionais, reunir elementos para a construção, o desenvolvimento e a transformação de sua atuação. Com esse encaminhamento, o CFP reafirma o compromisso social da Psicologia com uma diretriz ético-política em consonância com os princípios democráticos de inclusão e acessibilidade, com a garantia de direitos e com a afirmação e ampliação da vida das pessoas com deficiência.

O cotidiano de psicólogas e psicólogos que atuam em políticas públicas com pessoas com deficiência assume inúmeras especificidades no que diz respeito a seu território de atuação, às instituições e equipamentos de vínculo e ao público atendido. As questões que moveram as entrevistas tiveram os seguintes temas: Como as psicólogas e psicólogos estão atuando com pessoas com deficiência nas políticas públicas? Quais as características das diferentes áreas de atuação? Como estão incorporando ao seu cotidiano a legislação brasileira? Quais as estratégias, as boas práticas, as possibilidades e os desafios? Como, e em que medida, é possível perceber a efetividade da orientação ético-política anticapacitista, tal como apresentada nos documentos emitidos pelo CFP? Enfim, é possível perceber uma virada anticapacitista na Psicologia brasileira?

Ciente da existência de múltiplas realidades em um país diverso e desigual como o Brasil, foi realizada uma pesquisa de campo de âmbito nacional, composta de uma parte quantitativa e de uma parte qualitativa. O instrumento da parte quantitativa foram questionários online aplicados a 754 psicólogas e psicólogos respondentes voluntários, de agosto a setembro de 2022. Na parte qualitativa foram feitas entrevistas que serão analisadas neste relatório. O objetivo das entrevistas foi ouvir a comunidade de psicólogas e psicólogos que atuam junto a pessoas com deficiência no que diz respeito a suas atividades cotidianas nos programas e serviços, demandas institucionais e do público atendido, bem como os principais desafios enfrentados. Foram entrevistadas(os) psicólogas(os) que atuam nas quatro áreas consideradas prioritárias na Nota Técnica CFP nº 12/2025 no atendimento a pessoas com deficiência: Saúde, Reabilitação, Educação e Assistência Social.

A divulgação da pesquisa foi realizada nos sites do CFP, dos CRPs e nas redes sociais. Alguns CRPs fizeram um levantamento junto a secretarias municipais e estaduais, e instituições públicas que são referência na política para pessoas com deficiência, buscando alcançar as 4 áreas de referência em diferentes regiões e municípios. No momento da mobilização, os CRPs encaminharam os convites por e-mail e whatsapp. O CREPOP participou tanto na divulgação quanto na mobilização.

Faz parte desta Referência Técnica a análise de 134 entrevistas realizadas com 172 psicólogas(os) dos CRPs de todo o Brasil que atuam em instituições públicas ou parceiras das políticas públicas. As entrevistas foram realizadas por técnicas(os) do CREPOP no período de 2021-2023, de modo presencial ou online, em formato individual ou em grupo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas e seguiram um roteiro de perguntas que abordam os seguintes tópicos: atividades desenvolvidas com o público atendido, articulação com a equipe multiprofissional, trabalho em rede e conhecimento dos fluxos, documentos produzidos, percepção do investimento público, participação em instâncias de controle social, questões éticas envolvendo o trabalho, presença do capacitismo, interseccionalidade e marcadores sociais, capacitação, efeitos da pandemia e principais desafios enfrentados.

Desde já cabe destacar que, dentre 172 psicólogas(os) entrevistadas(os), apenas 7 são pessoas com deficiência. O tema será objeto de análise na presente Referência Técnica, na discussão sobre o protagonismo ainda incipiente de psicólogas(os) com este perfil, bem como o problema da formação em Psicologia que, por sua relevância, constituirá o quarto e último eixo da Referência Técnica.

Nesta Referência Técnica, que busca trazer um pouco da realidade da atuação da Psicologia nas políticas públicas e apontar rotinas, estratégias e desafios, vamos destacar cinco analisadores, que foram construídos em função dos problemas emergentes na pesquisa que lhe serviu de base, bem como de temas recorrentes e que se mostraram consistentes nas falas das(os) entrevistadas(os). São eles: 1) a persistência do modelo biomédico; 2) a presença do capacitismo; 3) a correria, a sobrecarga e a precarização do trabalho; 4) o protagonismo ainda incipiente de psicólogas(os) com deficiência; e 5) o problema da formação. Sem pretender esgotar um tema tão complexo e

preenhe de nuances e movimentos na atualidade, esperamos que esta Referência Técnica possa trazer uma parte significativa de conhecimentos e discussões atualizadas, contribuindo para a criação, o desenvolvimento e a propagação de práticas, estratégias e políticas de atuação anticapacitistas que levem em conta as especificidades dos territórios de atuação de psicólogas e psicólogos.

2.3 O processo de análise de dados

Cada CRP que conduziu as entrevistas com psicólogas e psicólogos que atuam com pessoas com deficiência enviou ao CREPOP/CFP não apenas a transcrição das entrevistas realizadas, mas também um relatório que traz informações sobre o Estado da federação e a cidade onde está situado o CRP. Na folha de rosto de cada entrevista é informada a área de atuação do profissional (Saúde, Educação, Assistência Social, Reabilitação), equipamento / instituição onde atua, data de realização da entrevista e se ela foi online ou presencial, individual ou em grupo. Na medida em que é preservado o anonimato das(os) entrevistadas(os), tais informações permitem situar a fala das(os) psicólogas(os) e ganha importância para a análise da pesquisa.

Os relatórios guardam uma grande variedade e não foram enviados por todos os CRPs. Alguns são bem breves e objetivos, outros são bastante detalhados e já trazem uma primeira análise dos depoimentos. Por vezes, trazem ao final da entrevista uma “impressão geral da técnica”, que destaca aspectos percebidos durante a entrevista e que não são explicitados nas palavras da(os) entrevistada(o). Pode haver referência à atmosfera e ao ritmo da entrevista, à dinâmica da conversa, à disponibilidade apresentada para a entrevista, bem como à percepção do cansaço da entrevistada. Os relatórios foram bastante úteis para a compreensão da entrevista em seu caráter situado, embora nem sempre estejam explicitamente presentes na análise apresentada nesta Referência Técnica.

A análise das entrevistas foi realizada pelo método análise de conteúdo (BARDIN, 2009), pela análise institucional (LOURAU, 2004; RODRIGUES et al, 2012) e pelo método da cartografia (BARROS; BARROS, 2014; PASSOS,

KASTRUP, TEDESCO, 2014; PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2009).

Procuramos traçar um panorama do modo como se configura o dia a dia do trabalho de psicólogas(os) que trabalham com pessoas com deficiência nas políticas públicas, identificando estratégias, dificuldades, tensões, controvérsias, possibilidades e desafios, visando o desenvolvimento de discussões e ações voltadas para o exercício da atividade da categoria. Os problemas emergentes, que chamaram atenção por sua regularidade e consistência, foram elencados e discutidos em cinco analisadores. Segundo Lourau (2004) os analisadores são construídos e dão visibilidade à dinâmica entre o instituído e o instituinte. Eles se expressam em falas e manifestações que, na medida em que não estão em conformidade com o instituído, nos causam estranheza, nos surpreendem e nos forçam a pensar. Neste sentido, a análise não é neutra, mas implicada, trazendo também o compromisso com os efeitos que a pesquisa é capaz de gerar.

2.4 A elaboração da Referência Técnica

Para a discussão dos problemas emergentes do campo da deficiência, a pesquisa realizada por meio de questionários e entrevistas foi articulada com uma pesquisa teórica que traz para o debate uma bibliografia atualizada sobre temas atuais, a partir da perspectiva do modelo social da deficiência e da atuação marcada pela orientação ético-política anticapacitista. Vale sublinhar que as autoras e autores brasileiros estão bastante sintonizados com as pesquisas e discussões que acontecem em nível internacional, e tem produzido uma bibliografia importante e atualizada. Neste aspecto, autoras(es) da Psicologia têm dialogado sobretudo com aquelas(es) do campo da Antropologia e da Educação, em um movimento estimulante de trocas de ideias que reforça seu engajamento ético-político.

Dentre as referências bibliográficas, procuramos trazer autoras(es) brasileiras(os) e estrangeiras(os) com deficiência, sublinhando a relevância de sua contribuição ao campo da Psicologia. Dentre eles estão Izabel Maior, Anahi Guedes de Mello, Marco Antônio Gavério, Marivete Gesser, Raquel Guerreiro, Camila Alves, Joana Belarmino, Bertrand Verine, Georgina Kleege, Natália Rocha, Edu O., Adriano Nuernberg e Grazyela Garcia de Figueiredo.

Em virtude de ainda ser grande o desconhecimento por parte de muitas psicólogas e psicólogos sobre as características das diferentes deficiências, as quais definem diferentes demandas nas políticas públicas, procuramos fazer uma apresentação das deficiências mais frequentes com informações básicas que definem o diagnóstico, sempre dialogando com o modelo social da deficiência e a perspectiva da interseccionalidade. Nessa apresentação, procuramos ressaltar que as pessoas com deficiência não se reduzem a um diagnóstico, o qual de modo algum totaliza sua subjetividade e seu modo de existência. Psicólogas e psicólogos devem sempre estar atentas(os) ao fato que, embora todas essas pessoas sejam sujeitos de direitos que abrangem todo este grupo, cada pessoa deve ser atendida levando em conta sua singularidade. Cada pessoa é uma pessoa, com necessidades e demandas específicas, o que requer um acolhimento atento e cuidadoso. O objetivo é trazer elementos para o atendimento pautado na acessibilidade dos serviços e a escuta sensível das demandas.

Com o objetivo de ampliar a compreensão da deficiência e dar espaço às narrativas de um grupo muitas vezes silenciado, procuramos trazer ao longo desta Referência Técnica diversos relatos de pessoas com deficiência sobre os problemas que enfrentam no seu dia a dia, seu posicionamento político, suas reivindicações e suas estratégias de resistência. Partindo do princípio que não aprendemos apenas por informações, mas também pela partilha da experiência e pela mobilização de sensibilidades e afetos que nos tocam, oferecemos também sugestões de filmes que abordam o tema da deficiência com uma perspectiva ética, estética e política avançada do tema, onde o protagonismo das pessoas com deficiência se faz presente. Acreditamos que, juntamente com a bibliografia aqui apresentada e as discussões teóricas e políticas que fazem parte dessa Referência Técnica, assistir esses filmes pode concorrer para uma maior compreensão do modo de estar no mundo das pessoas com deficiência e seus desejos de viver de modo mais pleno.

A referência técnica é estruturada em quatro eixos.

O Eixo 1 **DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS** começa com a definição do conceito de deficiência e aponta que o

contorno do campo é sempre movente, em função tanto das mudanças na legislação quanto da atuação dos movimentos sociais. Para apresentar a orientação que será seguida pela Referência Técnica, traz discussões preliminares sobre o modelo social da deficiência, a perspectiva da interseccionalidade, o conceito de capacitismo, o conceito de autonomia e diferencia a dimensão macropolítica e a dimensão micropolítica da deficiência. Em relação ao campo macropolítico, apresenta a legislação vigente e normativas do CFP. Entretanto, percebe-se que uma legislação avançada não garante sua efetivação no cotidiano dos serviços, e tampouco na maneira como a sociedade lida com pessoas com deficiência. Tal constatação torna imperativa a discussão no plano micropolítico, que toca diretamente o plano das relações e da produção de subjetividades, que é especialmente caro ao campo da Psicologia.

O Eixo 2 **PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA: UMA HISTÓRIA EM ENCONTROS TRANSVERSAIS** apresenta uma análise histórica da relação da Psicologia com a deficiência. Ganham destaque na discussão o encontro da Psicologia com o modelo médico, com o modelo social da deficiência, com o modelo feminista e com a Teoria *Crip*. Traz também uma apresentação resumida das diferentes deficiências, como seus respectivos conceitos e terminologia atual: deficiência física, deficiência visual, deficiência auditiva / Surdos, deficiência intelectual, autismo, deficiência psicossocial, deficiências múltiplas, fibromialgia e dor crônica.

O Eixo 3 **A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: SAÚDE, REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL** é composto pela análise dos relatos de psicólogas(os) que atuam nos campos da Saúde, Reabilitação, Educação e Assistência Social. Amplia a discussão sobre o conceito de reabilitação e traz cinco analisadores: a persistência do modelo biomédico, o capacitismo como barreira, a sobrecarga e a precarização do trabalho de psicólogas(os), o protagonismo ainda incipiente de psicólogas(os) com deficiência e a discussão do problema de formação como algo incontornável.

O Eixo 4 **O (NÃO) LUGAR DA DEFICIÊNCIA NA FORMAÇÃO: PISTAS PARA UM CAMINHO A TRILHAR** discute a situação da universidade pública hoje, frente à diversidade do corpo discente, o que requer mudanças inventivas

nos processos. Colocando a ênfase na presença de estudantes com deficiência na atualidade, aponta a importância da articulação entre formação e cuidado, além de apontar algumas pistas curriculares e metodológicas para inventar caminhos com a deficiência na formação em Psicologia. Neste contexto, aborda os três pilares da formação - Ensino, Pesquisa e Extensão - e destaca a potência da arte e da partilha de experiências de estudantes com e sem deficiência. Discute também questões acerca da escrita acadêmica, da formação de psicólogas(os) com deficiência (acessibilidade e protagonismo) e aponta a presença da deficiência como uma diretriz ético-política para a formação em Psicologia.

Ao final, as considerações finais buscam fazer um balanço da política de escrita da Referência Técnica, que é pautada em diferentes falas de psicólogas(os) e autoras(es) de destaque na área, sem homogeneizá-las e preservando os avanços, tensões e resistências que desenham um cenário de controvérsias, mas que orientam na direção de uma atuação anticapacitista na Psicologia nas políticas públicas.

2.5 A consulta pública (texto será elaborado pós consulta pública)

3. EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

3.1 O conceito de deficiência e os contornos do campo

O Artigo 1 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006, que se mantém na Lei Brasileira de Inclusão (Lei No. 13.146/2015), afirma que:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm 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 (BRASIL, 2015).

O artigo é um marco para a reorientação do campo da deficiência de uma política assistencialista e filantrópica para uma política de direitos humanos e cidadania. Esta é também a definição adotada na Resolução CFP nº. 7, de 10 de abril de 2025. Trata-se de reconhecer a pessoa com deficiência como sujeito de direitos, reafirmando sua centralidade antes de qualquer condição limitadora.

É preciso ressaltar que deficiência não é doença, devendo ser entendida como a condição de vida de uma pessoa. A doença, na maioria das vezes, é uma situação transitória, enquanto a deficiência é uma condição permanente. No caso de uma doença, uma limitação temporária não seria suficiente para definir uma pessoa com deficiência, salvo algumas doenças crônicas incapacitantes, que são consideradas deficiência. A deficiência é uma limitação permanente, que pode ter sido ocasionada por uma doença ou algum acontecimento, como um acidente, por exemplo. Se há uma irreversibilidade da deficiência, logo essa se mostra como a “condição (ou a nova condição) normal de uma pessoa” (MEDEIROS; DINIZ, 2004, p. 110).

A deficiência não deve ser entendida em uma perspectiva individual, mas sim social e coletiva. A afirmação da deficiência como categoria política de análise e marcador social foi uma premissa e também um efeito do movimento pelos direitos das pessoas com deficiência. Os primeiros marcos legais criam esta categoria social no intuito de reunir esforços para a garantia de direitos civis e políticos, sem evidenciar neste momento a preocupação com as

particularidades dos corpos de pessoas cegas, surdas, com deficiência física, intelectual, autistas etc. Tampouco foi relevante levar em consideração a faixa etária e se aquela pessoa tem uma deficiência congênita ou se ela foi adquirida, de forma súbita ou insidiosa, seja ela por acidente ou por um processo degenerativo.

Do ponto de vista da garantia de leis e direitos, a criação da categoria geral “deficiência” foi mais importante do que destacar as especificidades das diferentes deficiências e a singularidade que caracteriza a vida de cada pessoa com deficiência. A proposta de transformar a sociedade para fazer das pessoas com deficiência cidadãos de direitos colocou entre parênteses tudo aquilo que era particular e específico. Neste momento o campo da deficiência era formado por pessoas com deficiência de natureza física, de natureza sensorial (auditiva, visual), intelectual e mental (saúde mental).

Movimentos sociais imprimem transformações na configuração do campo da deficiência, alterando seus contornos. Foi assim com a inclusão da deficiência psicossocial, também chamada deficiência mental, que foi incluída no rol de deficiências pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006. Segundo Romeu Sasaki (2010) a inserção da deficiência psicossocial representa uma histórica vitória da luta de pessoas com deficiência psicossocial, familiares, amigos, usuários e trabalhadores da saúde mental, provedores de serviços de reabilitação física ou profissional, pesquisadores, ativistas do movimento de vida independente e outras pessoas em várias partes do mundo.

Apesar da luta pela afirmação dos direitos da pessoa com deficiência ter se dado de modo mais geral, sem especificar os tipos, a discussão sobre a singularidade dos corpos ganha relevância a partir de algumas lutas mais situadas e locais, como é o caso daquela da população surda. Embora sejam consideradas, legalmente, como pessoas com deficiência, há um movimento de pessoas surdas que reivindicam serem compreendidas como pessoas que possuem uma diferença linguística e cultural, e não apenas como possuindo uma deficiência auditiva.

A comunidade surda é composta por pessoas que se comunicam principalmente por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras), reconhecida

oficialmente pela Lei nº 10.436/2002 e regulamentada pelo Decreto nº 5.626/2005. Esta comunidade possui cultura, história e práticas sociais próprias, compartilhadas também por familiares, intérpretes, educadores e aliados que valorizam a Libras e a identidade surda. Embora haja controvérsias entre os próprios surdos e seus familiares, é importante que as(os) psicólogas(os) possam compreender a surdez em sua pluralidade, respeitando os modos diversos de existência, comunicação e construção de identidade. Neste sentido, a Psicologia vem falando de uma pluriversidade identitária das pessoas surdas, como na Resolução CFP nº 9, de 24 de abril de 2025, na Nota Técnica CFP nº 18/2025 e no Manual Orientativo para uma atuação anticapacitista na Psicologia de 2025.

Um movimento semelhante começa a se articular em torno do autismo, envolvendo os autistas com altas habilidades, mães de autistas nível 3 de suporte, estratégias clínicas, benefícios de prestação continuada, tecnologias assistivas, dispositivos de cuidado e controle, sem falar nos planos de saúde, em disputas que atestam a complexidade da delimitação do campo da deficiência (LIMA, 2014; VIDAL; ORTEGA, 2019; NICOLAU; GESSER; MORAES, 2025).

Estamos longe de uma classificação fechada do campo das deficiências, como um quadro composto de deficiência visual, auditiva, física, intelectual e psicossocial, pois o desenho e redesenho do campo envolve múltiplos vetores biomédicos, legais, políticos e econômicos. Trata-se de um campo em movimento, cujos contornos são sempre redesenhados, não podendo ser entendido como possuindo limites fechados em torno de uma suposta identidade da pessoa com deficiência e tampouco passível de totalização. A discussão sobre as particularidades de cada deficiência será retomada no Eixo 2 desta Referência Técnica.

O Conselho Federal de Psicologia adota a perspectiva social da deficiência como base para a análise das diversas abordagens e conceitos existentes no campo. Com este posicionamento, o objetivo é garantir que este tratamento, que é ao mesmo tempo conceitual e ético, oriente a atuação da Psicologia, instrumentalizando a categoria para o enfrentamento de práticas excludentes e para a promoção da justiça social. O conceito central de deficiência a ser utilizado no documento é fundamentado nos princípios éticos da

profissão de Psicologia e na proposta de trabalho do CREPOP, de forma a garantir um alinhamento teórico-ético consistente.

3.2 O modelo social da deficiência

A deficiência é um conceito complexo, que varia no tempo e de acordo com os contextos em que se apresenta. Neste sentido, por mais que tenhamos uma definição proposta na LBI, a deficiência pode ser compreendida a partir de diferentes perspectivas - os chamados modelos de compreensão da deficiência. As diferentes perspectivas do que é a deficiência tem efeitos concretos sobre a vida das pessoas, já que a compreensão da deficiência é a base de nossas práticas e formas de relação com as pessoas com deficiência.

O modelo social surge como uma proposta crítica que se opõe ao chamado modelo biomédico da deficiência, considerado o “modelo clássico” e hegemônico da deficiência por pautar a noção de deficiência da maioria das pessoas (MEDEIROS; DINIZ; 2004; DINIZ, 2007). No modelo biomédico, a deficiência é compreendida como a consequência de um impedimento corporal, a ausência ou mau funcionamento de um membro, ou a alteração de alguma função corporal/mental/cognitiva em relação ao que é considerado normal segundo os padrões da medicina. A medição do que é normal, que é estatística, é meramente biológica/fisiológica e construída de modo isolado, não considerando o ambiente em que esses corpos vivem. Vista desse modo, a deficiência fica restrita a uma questão orgânica individual considerada uma desvantagem, sendo objeto das disciplinas do campo da saúde (GUERREIRO, 2021).

No Brasil, as definições de deficiência foram pautadas exclusivamente no modelo biomédico até final da década de 1990. Já a definição da LBI traz em sua base o viés do modelo social da deficiência. Podemos dizer que na nossa cultura a lógica biomédica se mistura a alguns elementos da lógica assistencialista e religiosa/caritativa, que relaciona a deficiência à moral cristã. Neste sentido, a perspectiva religiosa/caritativa coloca a deficiência como uma punição ou desafio divino, sendo a pessoa com deficiência considerada objeto

da piedade e da caridade de outras pessoas. O CFP adota uma posição crítica a abordagens medicalizantes, normalizadoras e excludentes e adota o modelo social da deficiência, que entende a deficiência como uma construção atravessada por fatores sociais, históricos, culturais e políticos.

O modelo social da deficiência foi elaborado por um grupo de pessoas com deficiência nos anos 70 na Inglaterra e constitui um evidente movimento de crítica e resistência à perspectiva biomédica. Ele propõe uma mudança radical no entendimento da deficiência, trazendo para o primeiro plano a inclusão social e a representatividade das pessoas com deficiência na luta pelos seus direitos (CAMPBELL, 2008; 2009). Esta perspectiva denuncia a exclusão social das pessoas com deficiência, que enfrentam barreiras para a participação na vida coletiva e no acesso a espaços e serviços básicos, como saúde, educação e cultura. Neste caso, o antídoto às barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência seria a criação de medidas e recursos de acessibilidade, que adaptam os ambientes à diversidade dos corpos, permitindo o acesso e uma maior autonomia de pessoas com deficiência.

O modelo social não nega a importância de cuidados médicos na vida das pessoas com deficiência, mas aponta que a explicação médica para a desigualdade não é suficiente, sendo necessário trazer para a discussão as barreiras econômicas, políticas e sociais existentes (MEDEIROS; DINIZ, 2004). A deficiência deixa de ser entendida, portanto, como um produto de defeitos individuais e passa a ser compreendida a partir da organização e de estruturas da sociedade, que não consideram corpos com deficiência (BARNES; OLIVER; BARTON, 2002). Nesta medida, o modelo social desindividualiza o problema e torna a deficiência um conceito amplo, coletivo e, sobretudo, relacional. O surgimento deste modelo foi de extrema importância para a conquista de direitos das pessoas com deficiência e para promover o debate político sobre o tema, articulando movimentos sociais, acadêmicos e órgãos públicos na revisão e publicação de documentos e na criação de leis (DINIZ, 2007).

Algumas décadas após seu surgimento, autoras feministas trouxeram novas questões à perspectiva social da deficiência. Diniz (2003; 2007) aponta que os principais pontos levantados pelas autoras foram a inclusão das discussões da experiência do cuidado e dos papéis de gênero, que trazem consigo a afirmação do princípio de igualdade pela interdependência. Foi

empreendida uma problematização mais aprofundada dos impedimentos corporais/mentais e da experiência opressora da deficiência, levando em conta diferentes deficiências e as pessoas com dependência complexa - que são aquelas que, por apresentarem muitos impedimentos, dependem de cuidado e suporte para exercer suas atividades (GESSER; ZIRBEL; LUIZ; 2022). Assim, as autoras feministas buscaram contribuir para a complexificação das discussões e a inclusão da maior diversidade possível de pessoas com deficiência a serem consideradas na reivindicação de direitos e elaboração de políticas para pessoas com deficiência.

O modelo social abre, portanto, um campo fecundo para a atuação profissional de psicólogas e psicólogos. Em consonância com tal modelo, fica evidenciado que falamos de uma Psicologia que firma compromisso com a democracia, a garantia de direitos e a inclusão das pessoas com deficiência para o pleno exercício da cidadania. Ao marcar posição em favor do modelo social da deficiência, o Conselho Federal de Psicologia (Resolução No. 7, de 10 de abril de 2025) reconhece que o problema não é exclusivo das pessoas com deficiência e de seus familiares, mas é de toda a sociedade, que precisa ser transformada no sentido da eliminação das diversas barreiras que concorrem para a exclusão. Embora o modelo social já tenha sido amplamente apresentado e discutido (GESSER, NUERNBERG, TONELI; 2012; DINIZ, 2007; MELLO, 2016; MELLO, BLOCK, NUERNBERG, 2016; GUERREIRO, 2021), trazemos aqui em grandes linhas seus princípios, pois nossa atenção se voltará para verificar sua presença não apenas no embasamento teórico, mas também no trabalho dos profissionais de Psicologia que atuam nas políticas públicas com pessoas com deficiência.

É importante ressaltar que não é acertado pensar em termos de uma sucessão cronológica e acreditar que houve uma substituição do modelo biomédico pelo modelo social da deficiência (KASTRUP; POZZANA; 2020). Sabemos que o modelo biomédico faz parte das subjetividades e da política cognitiva que é hegemônica em muitos setores da nossa sociedade. O conceito de política cognitiva diz respeito a conceitos, abordagens e teorias que não estão apenas nos livros, mas habitam as subjetividades de modo mais ou menos clandestino (KASTRUP; TEDESCO; PASSOS, 2008). Isto significa que a distinção entre o modelo biomédico e o modelo social não se esgota na distinção

entre modelos teóricos. Eles configuram modos de estar no mundo e de estabelecer relação com as pessoas com deficiência. Eles afetam práticas de formação, de pesquisa, de intervenção e de cuidado, permeando os mais diversos setores da vida pública e privada. Adotar o modelo social não significa apenas reconhecer que fatores sociais, econômicos, históricos e políticos influenciam os limites e a qualidade de vida das pessoas com deficiência. Assumir o modelo social como uma política cognitiva define uma posição no mundo, uma atitude, um *ethos*. Desta maneira, falamos dos modelos da deficiência como posicionamentos ético-políticos.

3.3 A perspectiva da interseccionalidade

Abordamos a deficiência a partir da perspectiva da interseccionalidade (raça, gênero, classe, sexualidade, território etc.), analisando como os múltiplos sistemas de opressão impactam as experiências, as demandas e a atuação da Psicologia junto às pessoas com deficiência. Tal abordagem é necessária para entendermos como o capacitismo se manifesta em conjunto com outras formas de discriminação e desigualdade social.

O conceito de interseccionalidade foi proposto pela primeira vez para pensar o lugar da mulher negra, o entrelaçamento entre raça e gênero. O conceito foi criado pela autora norte americana Kimberlé Crenshaw (1989, 2002) e desenvolvido por outras autoras do feminismo negro, como Patrícia Hill Collins (2019) e a brasileira Carla Akotirene (2019) para nomear sistemas de opressão e subordinação que se sobrepõem em grupos marcados pela marginalidade política.

Hoje em dia o conceito tem sido amplamente utilizado nos estudos feministas, estudos raciais, estudos culturais, estudos da deficiência, Psicologia, Sociologia, Ciência Política e áreas interdisciplinares. O termo vem sendo adotado também pelos movimentos sociais, nas políticas públicas de saúde, educação, assistência, direitos humanos e por ativistas de diferentes pautas, em diversos locais. Está presente também em projetos políticos e pesquisas acadêmicas envolvendo a Psicologia.

Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2020) definem:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela

diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária – entre outras – são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas. Essa definição prática descreve o principal entendimento da interseccionalidade, a saber, que, em determinada sociedade, em determinado período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero, por exemplo, não se manifestam como entidades distintas e mutuamente excludentes. De fato, essas categorias se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. Além disso, apesar de geralmente invisíveis, essas relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social. (COLLINS, BILGE, 2020, p. 6)

O conceito de interseccionalidade tira o foco da diferença entre as categorias (por exemplo, as diferenças entre raça e gênero) para o exame de suas interconexões. Em relação às pessoas com deficiência, as análises interseccionais, que levam em conta relações entre deficiência, raça, gênero, classe e idade podem ser mais valiosas para a análise e enfrentamento do capacitismo do que o isolamento das lutas dessas diferentes minorias.

Trata-se de sublinhar que as lutas são complexas, não se reduzindo a grupos identitários fechados em si mesmos. A interseção é entre sistemas de poder e de opressão, que são dinâmicos e formam diferentes arranjos, a depender dos contextos de disputa. Embora a questão identitária seja estratégica no mundo atual, é preciso não reduzi-la a uma questão subjetiva ou psicológica. Hoje ela é indissociável de uma proposta de ação e de luta, o que convida a entender a complexidade do problema e a forjar alianças.

A interseccionalidade é multifacetada. O conceito aponta que a opressão sofrida pelas pessoas com deficiência resulta do entrelaçamento múltiplo e simultâneo dos marcadores sociais de raça, gênero, classe, território e idade. Atuando de modo entrelaçado, os principais sistemas de opressão formam uma complexa estrutura social de desigualdade. Nesta medida, a interseccionalidade é uma ferramenta analítica e de intervenção crítica, ao mesmo tempo conceitual e política, que é valiosa para combater os sistemas de opressão entrelaçados.

Marcadores sociais da diferença são categorias construídas histórica e socialmente — como raça, gênero, classe, geração, religião etc. — utilizadas para diferenciar grupos e, frequentemente, hierarquizá-los, gerando desigualdades. Eles atuam como eixos de poder que posicionam os sujeitos na

estrutura social, influenciando o acesso a direitos e oportunidades. O conceito de marcador social nos ajuda a entender como a diferença vira desigualdade.

Quando esses marcadores não são levados em consideração e analisados podemos reproduzir desigualdades, estereótipos e pré-conceitos, muitas vezes naturalizando-os (COLLINS, 2022).

Os grupos que são atravessados por algum marcador social tendem a se localizar em situação desigual perante os grupos que não carregam nenhum marcador da diferença. Sempre devemos lembrar que esses marcadores muitas vezes não aparecem de forma isolada e sim de formas interseccionais. A interseccionalidade diz respeito às múltiplas manifestações de marcadores sociais e de características construídas e estruturadas socialmente que determinam a posição, oportunidades e possibilidades aos indivíduos.

Anahi Guedes de Mello e Adriano Nuernberg (2012) apontam que é praticamente consolidado no âmbito das Ciências Humanas e Sociais o reconhecimento da necessária articulação das categorias de gênero, geração, classe, raça/etnia, orientação sexual, região e religião na análise de fenômenos sociais e culturais. Os Estudos Feministas e de Gênero são exemplares neste sentido. Todavia, o marcador deficiência ainda tem sido pouco investigado nesses debates e cruzamentos interseccionais na produção acadêmica feminista brasileira. A maior parte da comunidade acadêmica ainda considera a deficiência uma temática muito específica e distante, restando um tema periférico nas Ciências Humanas e Sociais, em particular no campo teórico (MELLO, NUERNBERG, 2012; ADRIÃO, TONELLI, 2008; DINIZ, 2003, 2007).

Por outro lado, é preciso reconhecer que a deficiência é uma condição constituinte da condição humana. No Brasil, grande parte das políticas sociais para a promoção das igualdades menciona as categorias acima referidas, sem incluir a deficiência nos debates e nos cruzamentos com todas essas categorias que convivem com a experiência da opressão e da discriminação. Ao mesmo tempo, muitos estudos sobre o fenômeno da deficiência abordam essa temática de modo isolado, sem a necessária discussão da transversalidade da deficiência.

Neste contexto, trabalhos de feministas como Rosemarie Garland-Thomson (2002) merecem destaque, por incluírem no debate a relação entre deficiência e gênero. A autora critica a falta de preocupação dos movimentos

feministas com a questão da deficiência, bem como os movimentos de pessoas com deficiência em relação à importância de outras categorias identitárias, em especial a de gênero, igualmente significativas para a formação da identidade das pessoas com deficiência. Todavia, é preciso sublinhar o que aproxima os Estudos Feministas e de Gênero e os Estudos sobre Deficiência é que ambos trabalham com o pressuposto da desnaturalização do corpo e sua dimensão identitária, bem como apostam numa ética do cuidado (MELLO; NUERNBERG, 2012).

Diversas(os) autoras(es) apontam que há uma dupla desvantagem das mulheres com deficiência em relação à participação social, direitos sexuais e reprodutivos, educação, trabalho e renda. Os efeitos do duplo estigma potencializam a exclusão das mulheres com deficiência, podendo se tornar ainda mais complexo com o entrelaçamento de outros marcadores como raça/etnia e classe. Beigi e Cheng (2010) acrescentam ainda que é preciso problematizar o sistema binário de sexo/gênero, que polariza homens e mulheres, e apontar para o espectro que caracteriza a esfera da sexualidade humana, incluindo o segmento LGBTQIA+² nesse debate. Isso nos leva a problematizar a própria ideia de “dupla vulnerabilidade” das mulheres com deficiência a partir da consideração da diversidade que comporta esse grupo, não apenas em relação à classe e à raça/etnia, mas também em relação à orientação sexual.

Ainda em relação à interseccionalidade, é preciso lembrar que muitas mulheres adquirem uma lesão ou impedimento por terem sido submetidas a violências de gênero, passando a ser reconhecidas como pessoas com deficiência. Foi o caso, que se tornou notório, de Maria da Penha Maia Fernandes, que se tornou paraplégica em decorrência de um tiro disparado por quem era na época seu marido. Assim, foi em homenagem a uma mulher com deficiência que a Lei nº. 11.340/2006 se tornou mais conhecida como Lei Maria da Penha, a primeira lei federal dirigida à prevenção, ao enfrentamento e ao combate a todas as formas de violência contra as mulheres (MELLO; NUERNBERG, 2012). Ampliando a discussão, é preciso sublinhar que diversas

² Conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução CFP nº 14/2023, adota-se neste documento a sigla LGBTQIA+ para fazer referência a pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, queers, intersexos, assexuais e outras identidades de gênero e orientações sexuais. O uso do sinal de mais (+) ao final visa garantir a inclusão de todas as demais manifestações da diversidade não descritas pelas letras iniciais.

peças, de diferentes gêneros, adquirem uma deficiência em acidentes no próprio ambiente de trabalho, que muitas vezes não oferece condições adequadas de segurança e muitas vezes resiste em assumir a responsabilidade.

O modelo social da deficiência e a perspectiva da interseccionalidade está presente em todos os documentos do CFP, conforme veremos a seguir. Neste sentido, o CFP adota uma posição crítica em relação às abordagens individualistas, medicalizantes, normalizadoras e excludentes, reconhecendo a deficiência como uma construção interseccional, na qual os corpos são atravessados por fatores sociais, históricos, culturais e políticos.

3.4 O conceito de capacitismo

O conceito de capacitismo nomeia um sistema de opressão que atinge as pessoas com deficiência. Por sua presença marcante na vida cotidiana de pessoas com deficiência e nas relações que são estabelecidas com elas, o capacitismo constitui aqui uma linha e merece uma atenção à parte. O termo capacitismo vem do inglês *ableness* e de *able-bodiedness*, cuja tradução literal seria corpo apto e fisicamente capaz. Anahi Guedes de Mello (2016) propôs sua tradução com o neologismo “capacitismo” para nomear atitudes preconceituosas que hierarquizam sujeitos em função da adequação de seus corpos a um ideal de beleza e capacidade funcional. O capacitismo é uma forma de discriminação e está para as pessoas com deficiência como o racismo para pessoas negras (CAMPBELL, 2008; 2009).

Em língua portuguesa, o termo que utilizamos para nomear a opressão de pessoas com deficiência é o capacitismo (MELLO, 2016). Por opressão entende-se a discriminação, inferiorização e exclusão das pessoas com deficiência da participação da vida coletiva. O capacitismo está para além das barreiras sociais que as pessoas com deficiência enfrentam, como as barreiras atitudinais, arquitetônicas, comunicacionais, dentre outras. Ele está na base de uma lógica social excludente, que considera que alguns corpos valem mais do que outros, com base na noção de corpo normal. O capacitismo é estrutural e estruturante, constituindo sujeitos e instituições.

O conceito assume grande importância por dar visibilidade a uma forma peculiar de opressão a pessoas com deficiência e a este grupo social. Trata-se

de um tipo de discriminação que se materializa em mecanismos de interdição e controle biopolítico dos corpos (FOUCAULT, 1988), com base na premissa e na suposição da (in) capacidade, ou seja, no que as pessoas com deficiência podem ou são capazes de fazer. O capacitismo é uma política cognitiva. O conceito de política cognitiva diz respeito a modos de conhecer, perceber, pensar e se relacionar com o mundo, com as pessoas e consigo mesmo, que habitam as subjetividades de modo mais ou menos clandestino (KASTRUP; TEDESCO; PASSOS, 2008). Em outras palavras, o capacitismo é uma rede de crenças, processos e práticas que discrimina e inferioriza corpos com deficiência em função da corponormatividade (MELLO, 2016).

Neste contexto, vale destacar que o capacitismo marca as nossas atitudes e a nossa linguagem. Muitas vezes falamos de modo capacitista, mesmo sem querer. Há termos e expressões mais marcados, que inferiorizam a pessoa com deficiência como: “coitado, ele não é normal”, “ele é anormal”, “ele é doente” etc. É sempre bom insistir que deficiência não é doença, embora possa ser resultante de uma doença. Além disso, a noção de normalidade não é algo natural, mas é socialmente construída e atribuída aos corpos sem deficiência.

“Apesar de deficiente, ele é um ótimo aluno”. Há nesta frase um capacitismo embutido devido ao uso da proposição “apesar”, que indica oposição. A ideia, neste caso, é a de que a condição de deficiência do aluno o impediria de ter um bom desempenho: ‘A pessoa com deficiência não pode ser um ótimo aluno’. O correto seria poder marcar a deficiência e o seu bom desempenho: “*ele tem deficiência e é um ótimo aluno*”. O mesmo acontece nesta frase: “Ela é cega, mas mora sozinha”. Há nesta frase um preconceito embutido, como se as pessoas cegas não fossem capazes de morar sozinhas, indicado pela conjunção “mas”, que indica contraste. O correto seria dizer: “*ela é cega e mora sozinha*” (SASSAKI, 2012).

“Ela é retardada mental, mas é uma atleta excepcional” Há também nesta frase um preconceito embutido: ‘Toda pessoa com deficiência mental não tem capacidade para ser atleta’. O correto seria dizer: “*ela tem deficiência intelectual e se destaca como atleta*”.

A indiferença à condição de deficiência de uma pessoa, como fingir que não a vê e evitar se aproximar, também são atitudes capacitistas, pois a recusa de acolhimento pode colocar a pessoa com deficiência em situações

constrangedoras. Não se trata de demonstrar pena ou usar uma linguagem que infantiliza a pessoa com deficiência. No nosso caso, trata-se de respeito e garantia de direitos e equidade para que elas consigam ter um atendimento digno nos serviços que envolvem a Psicologia nas políticas públicas.

Por vezes as pessoas sem deficiência acham gentil dizer: “para mim você não tem deficiência, você é só uma pessoa como as outras”. Ou ainda: “nem parece que você tem deficiência, você parece ser normal”. Todavia, embora falas como essas pareçam gentis e elogiosas, não são interessantes na medida em que tendem a invisibilizar a deficiência, que atravessa e está presente diariamente na vida daquelas pessoas. Na maioria das vezes, quando buscamos ocultar uma característica, é porque ela é sentida como algo negativo, um defeito que buscamos compensar com elogios. Contudo, a deficiência é uma condição de vida e marca a identidade das pessoas. Neste sentido, abordar abertamente a condição de deficiência, perguntando sobre o que a pessoa precisa para sua acessibilidade é muito mais correto, do ponto de vista ético, do que fingir que ela não existe ou que não se percebe nada de diferente naquela pessoa.

3.5 O conceito de autonomia

O conceito de autonomia é um pilar fundamental no contexto da reafirmação dos direitos e da luta contra a discriminação. É também um referencial central do modelo social da deficiência, principalmente a partir das contribuições feministas (DINIZ, 2003), podendo ser considerado uma linha chave da atuação anticapacitista de psicólogas e psicólogos em políticas públicas com pessoas com deficiência. Etimologicamente, o termo autonomia remete ao processo de criar ou dar a si mesmo (auto=próprio) suas próprias regras (nomos=regras). Autonomia se distingue de heteronomia, que tem o sentido de ser controlado por regras provenientes do exterior. Um sistema heterônomo se caracteriza por ser obediente e dócil (MATURANA, VARELA, 1995; VARELA, 1989).

As práticas de cuidado devem ser entendidas como modos de possibilitar a maior autonomia possível às pessoas com deficiência. O conceito de autonomia é por vezes confundido como o poder de agir com independência

e autossuficiência, mas esses conceitos devem ser diferenciados. No modelo social a autonomia é entendida com o sentido equivalente àquele utilizado no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, onde ela é definida com “referência à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna” (PASSOS et al., 2013, p. 26; GUERREIRO, 2021). Assim, diferente do conceito de independência, centrado no indivíduo e suas capacidades, a autonomia envolve uma dimensão coletiva, possuindo o sentido de compartilhamento e composição.

No caso do cuidado de pessoas com deficiência, falamos em um sistema autônomo composto pela pessoa e seus familiares, acompanhantes, cuidadores, objetos, dispositivos e tecnologias assistivas (KAUFMAN, 2016). Neste contexto, o conceito de autonomia ganha um sentido relacional e coletivo. A autonomia é o efeito emergente de uma rede formada pelo acoplamento com pessoas e coisas, humanos e não humanos (LATOUR, 2008). A autonomia diz respeito a uma rede de inter-relações e interdependências, que geram regras temporárias, cujo funcionamento é caracterizado pela modulação e constante invenção. O conceito de autonomia ganha importância como afirmação de uma relação marcada pela reciprocidade e pelo cuidado. O objetivo das práticas anticapacitistas de cuidado é criar condições para a autonomia da pessoa com deficiência, sem perder de vista a relação de interdependência entre quem cuida e quem é cuidado, incluindo também os objetos e as tecnologias assistivas (BELLACASA, 2012).

As tecnologias assistivas trazem benefícios importantes para pessoas com diferentes deficiências. Segundo a LBI, as tecnologias assistivas são produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que tenham como objetivo promover a funcionalidade, relacionada à atividade e à participação da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, visando à sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social. Como recursos de tecnologia assistiva podemos citar órteses, próteses (mecânicas ou não), aplicativos de celulares para acessibilidade, o uso de cão-guia, cadeiras de rodas, dentre outros. Sua utilização, ensino e aprendizado deve levar em consideração que o uso de objetos técnicos por pessoas com deficiência requer uma laboriosa incorporação vital e processos de subjetivação.

O aprendizado não se esgota numa relação sujeito-objeto, mas envolve uma rede de afetos.

Por exemplo, o Braille, a bengala e o cão-guia concorrem, cada um a seu modo, para a autonomia de uma pessoa cega (BELARMINO, 2015; KLEEGER, 2018; CANDLIN, GUINS, 2009). O aprendizado da leitura e escrita em Braille é complexo e requer tempo. Baseado no tato, o alfabeto composto de células de seis pontos requer uma sensibilidade especial na ponta dos dedos. Normalmente dominados por sua função motora, os dedos e as mãos devem tornar-se órgãos sensíveis. Quando uma pessoa fica cega, ela precisa “inventar novas mãos”. A reversão direita-esquerda é mais um desafio do aprendizado. Escreve-se da direita para a esquerda, fazendo uso da punção e da reglete. Depois, a folha de papel deve ser invertida para que a leitura se faça no verso da folha. O uso regular do Braille produz transformações cognitivas profundas. Alguns cegos afirmam que pensam em Braille - quando estão concentrados pensando, uma linha Braille vai se escrevendo e sendo percebida internamente, como uma espécie de imagem mental em movimento. Joana Belarmino (2009, 2015), que é jornalista, doutora em Semiótica, professora universitária e mulher cega, afirma que o Braille é talvez uma das maiores conquistas para a pessoa cega.

Camila Alves, que é doutora em Psicologia, mulher cega e usuária de cão guia, tem discutido e lutado em favor do entendimento do trabalho do cão-guia como um agente que promove a autonomia de pessoas cegas. Em seu trabalho de mediação em museus, discute também o papel do cão guia na acessibilidade estética de obras de arte, concorrendo para suscitar afetações nos visitantes diante de obras de arte, como uma peça de teatro ou uma escultura (ALVES, 2020). O cão-guia atua como mediador, deslocando e colocando em xeque os sentidos hegemônicos do que seja guiar, mediar e promover acessibilidade, apontando para reconfigurações nos modos de fazer e pensar a cultura do acesso (MORAES; ALVES, 2026).

Ainda no campo da autonomia, o aparelho auditivo e o implante coclear, a parte seu caráter polêmico, podem funcionar para tornar mais autônoma a vida de uma pessoa surda. A cadeira de rodas e o andador não criam dependência, mas, ao contrário, garantem a autonomia de uma pessoa com deficiência física ou com mobilidade reduzida. O mesmo pode ser dito da grande diversidade de

tecnologias digitais, tão presentes na vida de pessoas com deficiência, criando possibilidades de ampliação de sua vida e de seu território existencial. Todo este campo, com os dilemas, conflitos e tensões, abre espaço fecundo para a atuação das(os) psicólogas(os), na medida em que toda uma rede de conexões e afetos operam no processo de sua incorporação. Vale lembrar que muitas das tecnologias assistivas têm alto custo e nem sempre são disponibilizadas pelas políticas públicas. Algumas delas são disponibilizadas pelo SUS, como próteses, órteses e cadeiras de rodas, mas nem sempre é fácil conseguir. Comprar um cão-guia, por exemplo, é bastante caro e a fila é longa nas organizações sociais que os distribuem. De modo geral, a interseccionalidade da deficiência com a classe social tem como efeito a dificuldade de acesso a tais tecnologias assistivas.

3.6 A dimensão macropolítica e a dimensão micropolítica da deficiência

Esta Referência Técnica procura integrar duas dimensões do eixo ético-político. Na dimensão macropolítica, se baseia na legislação e documentos emitidos pelo CFP que tocam diretamente a vida das pessoas com deficiência, descrevendo e trazendo também os comentários presentes no Manual Orientativo para uma Atuação Anticapacitista na Psicologia (CFP, 2025b).

Para isso, trazemos abaixo os principais marcos legais e normativos em âmbito internacional e nacional, bem como seus impactos na organização e execução das políticas públicas, incluindo documentos produzidos no âmbito do Sistema Conselhos de Psicologia.

Constituição Federal de 1988: Garante a igualdade de direitos, acessibilidade e inclusão social de pessoas com deficiência, reconhecendo-as como sujeitos de direitos. Veda discriminação e assegura acesso à Educação, Saúde e garante benefícios financeiros e reserva de vagas no mercado de trabalho e concursos públicos.

Prevê Educação especializada, preferencialmente na rede regular de ensino (Art.208). Na Assistência Social, garante o Benefício de Prestação Continuada (BPC) - um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não ter meios de prover sua própria manutenção ou de tê-la

assegurada pela própria família. (Art.203). No que concerne ao trabalho, garante reserva de percentual de cargos e concursos públicos para pessoas com deficiência, além de estabelecer critérios para sua admissão. Quanto à acessibilidade, garante adaptação de logradouros, edifícios públicos e veículos de transporte coletivo para garantir acesso adequado (Art. 227, Art. 244).

Legislação específica sobre deficiência

Lei nº 8.213/1991, conhecida como Lei de Cotas, determina que empresas com 100 ou mais funcionários reservem vagas para a contratação de pessoas com deficiência (PcD) ou beneficiários reabilitados. As proporções para empregar pessoas com deficiência variam. De 100 a 200 empregados, a reserva legal é de 2%; de 201 a 500, de 3%; de 501 a 1.000, de 4%. As empresas com mais de 1.001 empregados devem reservar 5% das vagas para esse grupo. Esta medida visa a inclusão profissional e a garantia de igualdade de oportunidades de trabalho.

No Manual Orientativo anticapacitista (CFP, 2025b, p. 13-14) encontramos as resoluções e normas técnicas do CFP específicas sobre deficiência.

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015/2015, que consolida o modelo social da deficiência, já incorpora o modelo social, por falar em barreiras ao invés de focar na limitação corporal. A lei, antes de entrar nos direitos das PcDs, lista as diversas barreiras enfrentadas por esses corpos. A LBI é a lei maior sobre direitos de pessoas com deficiência no Brasil, englobando as leis anteriores e tendo desdobramentos na elaboração das leis posteriores.

Ela é baseada na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU ratificada pelo Brasil com a Emenda Constitucional, Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, que estabelece os parâmetros internacionais para a promoção dos direitos das pessoas com deficiência e a garantia de sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com os demais cidadãos. Ratificada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009, atesta o reconhecimento da diversidade humana e o combate ao capacitismo como princípios centrais do documento. A Convenção afirma o direito ao acesso aos serviços de saúde, inclusive à saúde mental, em

condições adequadas, culturalmente sensíveis e com recursos de acessibilidade. Tais diretrizes encontram-se incorporadas pela Psicologia em todas as suas áreas de atuação.

Lei nº 10.436/2002 que reconhece a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como meio legal de comunicação e expressão dos surdos, que reconhece a Libras como meio legal de comunicação e expressão, um sistema linguístico visual-motor e com estrutura gramatical própria.

Lei n. 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade nos espaços públicos e privados para atendimento a pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, abrangendo adaptações arquitetônicas, sinalização, transporte e comunicação acessível.

Lei n. 12.319/2010: regulamenta a profissão de tradutor, intérprete e guia-intérprete da Língua Brasileira de Sinais (Libras). Lei n. 14.704/2023: altera a Lei nº 12.319, de 1º de setembro de 2010, para dispor sobre o exercício profissional e as condições de trabalho do profissional tradutor, intérprete e guia-intérprete da Língua Brasileira de Sinais (Libras).

Lei n. 14.723/2023: altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre o programa especial para o acesso às instituições federais de educação superior e de ensino técnico de nível médio de estudantes pretos, pardos, indígenas, quilombolas e pessoas com deficiência, bem como daqueles que tenham cursado integralmente o ensino médio ou fundamental em escola pública.

Além dos dispositivos legais acima citados, a RT busca contemplar:

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPEI). (BRASIL, 2008). Propõe uma mudança fundamental de paradigma na Educação, substituindo uma educação que separa e segrega para uma educação que visa incluir e fazer com que alunos com deficiência possam ter acesso à educação e conviver com alunos sem deficiência. Uma ação central do paradigma da inclusão é a oferta do AEE - Atendimento Educacional Especializado (AEE). A PNEEPEI orienta no sentido de transformar as escolas em ambientes inclusivos para todos os alunos, valorizando sua diversidade.

Novo Viver sem Limites: Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2013). É uma política pública lançada pelo Governo

Federal com o objetivo de promover a cidadania e inclusão de pessoas com deficiência instituído pela Câmara Interministerial dos Direitos da Pessoa com Deficiência para integrar as ações de diversos ministérios. Estados e municípios podem aderir voluntariamente ao plano para receber recursos e implementar as ações localmente. O Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência é baseado no lema internacional do movimento de pessoas com deficiência: “Nada sobre nós, sem nós”. O lema surgiu nos anos 70/90, exigindo protagonismo e participação direta das pessoas com deficiência na criação de políticas públicas e decisões que afetam suas vidas. Ele combate à exclusão histórica, focando em autonomia, direitos humanos, inclusão plena e acessibilidade.

Política Nacional de Cuidados (Brasil, 2024): A Política Nacional de Cuidados (PNC), instituída pela Lei nº 15.069/2024 e regulamentada pelo Decreto 12.562/2025, A PNC visa assegurar o trabalho do cuidado como essencial, promovendo a corresponsabilidade entre Estado, famílias, setor privado e sociedade. Foca em reduzir a desigualdade de gênero na divisão de tarefas domésticas e proteger cuidadores.

Os princípios e diretrizes que estruturam as diversas políticas públicas para pessoas com deficiência estão presentes no SUS, no SUAS e na Educação Básica, podendo ser acessadas nas respectivas Referências Técnicas publicadas pelo Sistema Conselhos/CREPOP.³

Normativas do Conselho Federal de Psicologia

O CFP tem envidado esforços para marcar o compromisso com uma Psicologia anticapacitista, que define uma orientação ético-política, para além das diferentes abordagens teóricas que caracterizam seu campo de atuação. Trata-se de reconhecer e ressaltar a potência e as possibilidades de vida das pessoas com deficiência, ao invés de buscar restituir aquilo que supostamente lhes falta. O Manual orientativo para uma atuação anticapacitista na Psicologia (CFP, 2025b) é a concretização e a evidência mais recente de tal posicionamento.

³ Para consultar o catálogo completo de Referências Técnicas editadas pelo Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), bem como outros relatórios e notas técnicas do Sistema Conselhos, acesse o site oficial: <https://crepop.cfp.org.br/>.

Destacam-se:

Resolução CFP nº 7, de 10 de abril de 2025, que estabelece normas para o atendimento a pessoas com deficiência e para o enfrentamento do capacitismo no exercício profissional.

Resolução CFP nº 9, de 18 de julho de 2024, que regulamenta o uso das Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDICs) no exercício da Psicologia, com orientações específicas sobre acessibilidade digital.

Resolução CFP nº 9, de 24 de abril de 2025, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos às pessoas surdas, com atenção à acessibilidade linguística, cultural e tecnológica.

Nota Técnica CFP nº 12/2025 - Orientação às psicólogas e psicólogos para atuação junto a pessoas com deficiência.

Nota Técnica CFP nº 18/2025 - Orientação às psicólogas e aos psicólogos para atendimento à comunidade surda.

O Manual Orientativo para uma Atuação Anticapacitista na Psicologia (CFP, 2025b), além de trazer a legislação e princípios e diretrizes para práticas anticapacitistas, dentro e fora da Psicologia, procura incluir também as contribuições de autoras feministas que entendem a deficiência como o resultado da interação entre impedimentos e barreiras sociais, e não como mera limitação individual. O Manual apresenta, em linguagem simples e direta, as leis que garantem o direito à acessibilidade, à saúde, à educação, ao trabalho, à cultura e à participação política, entre outros, e reforça a proibição de qualquer forma de discriminação por motivo de deficiência. Também leva em consideração que fatores interseccionais como gênero, idade e pobreza particularizam a experiência da deficiência, produzindo um impacto negativo a esse grupo social.

A legislação vigente e os referidos documentos apontam a importância de que psicólogas e psicólogos estejam preparados para atuar junto a pessoas com deficiência, inclusive pessoas surdas, a partir do compromisso ético-político com o combate ao capacitismo. Na legislação brasileira e nos documentos do CFP encontramos os fundamentos legais, éticos, políticos e técnicos para a atuação de psicólogas(os) com pessoas com deficiência e com a comunidade surda. No entanto, o entendimento por parte da sociedade de que a pessoa com deficiência é um sujeito de direitos, ainda tem muito o que avançar. O

capacitismo e as barreiras sociais, atitudinais, comunicacionais etc. ainda desafiam a plena participação e inclusão das pessoas com deficiência.

Nesta medida, esta Referência Técnica parte do reconhecimento da importância de uma legislação avançada, mas entende que ela fundamenta, mas não garante a efetividade das leis, bem como da perspectiva anticapacitista da Psicologia e da sociedade como um todo. Nesta medida, cabe fazer a distinção entre a dimensão macropolítica e a dimensão micropolítica do problema da deficiência (DELEUZE, GUATTARI, 1996; GUATTARI, ROLNIK, 1986; KASTRUP, 2023). A dimensão macropolítica envolve a criação e a implementação das leis que garantem direitos. A micropolítica diz respeito ao modo de perceber, de pensar, de agir e de se relacionar com as pessoas com deficiência. A dimensão macropolítica se distingue, mas não se separa da dimensão micropolítica, que abarca também os movimentos sociais, as práticas e da dimensão da luta das pessoas com deficiência, que precedem e se seguem à criação da legislação, fazem parte do campo micropolítico.

Em resumo, a dimensão macropolítica refere-se à luta por direitos: Benefício de Prestação Continuada (BPC), gratuidade no transporte, aposentadoria, sistema de cotas para ingresso na universidade pública e no mercado de trabalho, isenções fiscais etc., sempre buscando garantir a igualdade de oportunidades.

A dimensão micropolítica envolve tudo aquilo que diz respeito à produção de subjetividade: modos de perceber, de pensar, regimes atencionais, sensibilidades e desejos. Enfim, envolve modos de estar no mundo e as relações entre pessoas com e sem deficiência e concerne diretamente o campo da Psicologia. As diferentes formas de conhecer e estar no mundo devem ser estudadas pela Psicologia como produções micropolíticas, e não como algo natural, individual e subjetivo. As formas de perceber e pensar são produzidas, maneiras de estar, se relacionar e agir no mundo são produzidas por vetores sociais, econômicos, políticos, materiais, tecnológicos e ecológicos. Embora inseparáveis, macropolítica e micropolítica são dimensões distintas do problema da deficiência.

4. EIXO 2: PSICOLOGIA E DEFICIÊNCIA: UMA HISTÓRIA EM ENCONTROS TRANSVERSAIS

A deficiência não é uma palavra autoevidente ou transparente, mas um conceito cujo significado tem variado ao longo da história. Neste sentido, em vez de se falar simplesmente em “deficiência”, como se este termo tivesse um significado unívoco, o mais apropriado é falar em modelos de compreensão da deficiência. Como o modo de definir a deficiência tem tido um impacto concreto sobre a vida dos indivíduos, estamos diante de uma questão que é, simultaneamente, epistemológica e política (GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2024). Esta pontuação é importante quando se trata de entender a relação da Psicologia com a deficiência ao longo da história e de seu papel na garantia de direitos das pessoas com deficiência.

A abordagem histórica aqui apresentada não se dá por desejo de erudição, mas visa trazer elementos para o entendimento do momento presente, bem como para fortalecer a luta por uma Psicologia anticapacitista e comprometida com os direitos humanos e com a preservação da vida das pessoas com deficiência.

Tanto nas narrativas não acadêmicas quanto nas acadêmicas, as imagens da deficiência são ainda fortemente relacionadas às ideias de falta e de déficit. Marco Antônio Gavério (2020) comenta que a deficiência também é frequentemente ligada à noção de aberração, que é uma espécie de monstro moderno nascido da ambiguidade entre os sentimentos de repulsa e fascínio em relação àqueles que desviavam do que era considerado a normalidade física e comportamental. Segundo o autor, o termo “*freak*” (aberração) popularizou-se com os espetáculos itinerantes, as feiras e os circos na Europa do século XIX.

Em relação à deficiência visual, Zina Weygand (2003) aponta que a representação negativa das pessoas cegas remonta à Idade Média, às fábulas e ao teatro secular. As pessoas cegas eram personagens rudes e desajeitados, que poderiam inspirar o riso, o terror e a repulsa. Tais concepções tomam a deficiência ora como castigo divino, ora como tragédia pessoal e estão na base de abordagens religiosas, morais e caritativas.

4.1 O encontro da Psicologia com o modelo biomédico

A primeira concepção moderna de deficiência, em descontinuidade com visões morais e religiosas, começou a ser gestada na virada do século XVIII para o XIX nos países europeus que passavam pelo processo de industrialização (DAVIS, 2010). Uma das noções fundamentais para a sua definição neste momento foi a ideia de “norma”, que deu origem ao termo médico “normal”, entendido como aquilo que se encontra próximo à média estatística.

Por ter origem na medicina experimental moderna, o entendimento da deficiência a partir da noção de norma redundou no primeiro modelo sistematizado para a sua definição, adotado pela Organização Mundial da Saúde na primeira metade do século XX, que ficou conhecido como o modelo biomédico da deficiência (DINIZ, 2007). Uma das características desse primeiro modelo é a definição da deficiência pelo déficit de uma capacidade ou funcionalidade. Por exemplo, a deficiência visual era definida como déficit da capacidade para enxergar; a deficiência auditiva, como incapacidade para escutar; e assim por diante.

Uma segunda característica desse modelo é o elo causal necessário e suficiente entre lesão e deficiência, no sentido de que toda deficiência era concebida como a expressão natural de uma lesão do organismo.

Uma terceira característica do modelo biomédico diz respeito ao foco da sua ação: os esforços deveriam se concentrar em estratégias de correção, reabilitação e prevenção das lesões que seriam a causa das deficiências. Em suma, no centro das questões colocadas pela deficiência estava o corpo normal, médio, e a resposta para essas questões tendia para a diminuição da distância que separava os sujeitos desse ideal de corpo.

A noção de deficiência é uma construção do campo biomédico baseada em um paradigma normativo do corpo humano, com enfoque nas dimensões orgânicas, bioquímicas e físicas. O modelo biomédico estabeleceu uma distinção entre os indivíduos aptos (capazes) e os inaptos (incapazes). Segundo Deborah Stone (1984), a ideia de incapacidade (*disability*), que surge no final do século XIX, emerge como uma categoria administrativa para organizar formas específicas de separar os indivíduos que tinham, dos que não tinham condições corporais para o trabalho. Segundo Stone (1984, p. 90): “a evolução jurídica da categoria mostra como o conceito de incapacidade estava intimamente ligado ao

controle do trabalho”. Esse controle também era relativo a quem, portanto, se tornava elegível para receber auxílios do governo.

A ‘inaptidão laboral’ foi gradualmente definida com base em uma análise anatomofisiológica do corpo, na qual essa inaptidão era quantificada em termos de porcentagem de ‘perda de funcionalidade’. Portanto, a descrição matemática dessa inaptidão era determinada pela avaliação do funcionamento - ou da falta dele- do corpo da pessoa. Em síntese, adotando uma abordagem sistemática, orgânica e funcional do corpo humano, tornou-se possível deduzir a inaptidão por meio da codificação das medidas percentuais desse funcionamento corporal. As medidas “inferiores” estariam relacionadas às deficiências (GAVÉRIO, 2021). A questão se estende aos corpos de trabalhadores e trabalhadoras que se tornam deficientes devido a acidentes de trabalho e às condições precárias do trabalho prolongadas, que dão a dimensão da intersecção da deficiência com a classe social (GAVÉRIO, 2024).

Modernamente, o corpo deficiente pode ser considerado um amálgama histórico das necessidades de expansão capitalista industrial, ávida por vigor físico e robustez (ABBERLEY, 1992; DAVIS, 1995; MCRUER, 2024) e às categorias biopolíticas de gestão populacionais emergentes.

Gavério argumenta que MCRUER (2024) analisa os desdobramentos da definição do corpo capaz (*able-bodied*) como aquele que é livre de deficiência física e capaz dos esforços físicos que lhe forem solicitados. A capacidade corporal (*able-bodiedness*) é definida como sinal da saúde, habilidade para trabalhar, robustez (DAVIS, 1995; MCRUER, 2024).

Nesse sentido, a maximização e a potencialização da vida e dos corpos, individuais e coletivos está no cerne da preocupação capitalista para sua própria reprodução. Ou seja, a expansão da produção capitalista do século XIX está ligada a uma especificidade de trabalho físico cognitivo-sensorial reconhecida como fundamental para sua lógica. O corpo produtivo que ganhará força, dessa forma, será o considerado apto, capaz, eficiente para o trabalho, ou melhor, aquele que pode representar uma força produtiva nas trocas capitalistas. Enfim, nesse primeiro modelo moderno que atravessa a Psicologia -

No modelo biomédico - a deficiência era concebida como uma condição estritamente médica que indicava um desvio do corpo normal, entendido como um organismo que se encontra mais ou menos próximo do ponto mais alto da

chamada curva de normalidade (DAVIS, 2010). O caso do autismo é aqui exemplar. Giovana Nicolau, Marivete Gesser e Marcia Moraes (2025) trazem uma importante discussão histórica sobre a colonização do autismo, que foi fortemente afetado pela hegemonia do modelo biomédico. Segundo as autoras, após o final da Primeira Guerra Mundial pode-se perceber um processo de colonização do autismo a partir de princípios eugênicos adotados no nazismo. Essas raízes se estendem até a atualidade, produzindo efeitos no modo como pessoas autistas são posicionadas de modo dominante hoje no âmbito acadêmico e na comunidade de modo geral.

O sistema nazista promoveu o extermínio de características, culturas e comportamentos de um povo (NICOLAU, ASSIS, 2023; SANTOS, 2015) e a continuidade da colonização do autismo impulsionou a supressão das características autistas, podendo ser expressadas através da maioria neurotípica (ANDRADE et al., 2024). A influência do nazismo persiste na história do autismo, uma vez que a indústria farmacêutica e médica muitas vezes se baseia nos mesmos princípios eugênicos nazistas, provenientes dos conhecimentos produzidos por Hans Asperger e Leo Kanner.

Segundo as autoras, o processo de colonização do autismo teve lugar na Alemanha, quando Erwin Lazar propôs a criação da educação curativa (1911), visando diagnosticar crianças em diversas categorias, incluindo-as como “associais”, consideradas como inadequadas para a sociedade. Hans Asperger se aliou às organizações e partidos nazistas na época, auxiliando a conduzir programas de eutanásia infantil e adulta, o que estabeleceu uma conexão entre “psicopatia autista” e os ideais do Terceiro Reich. As autoras consideram que a partir do momento que a história de Asperger se entrelaça com o nazismo alemão a partir de 1934, torna-se evidente que a classificação do autismo como psicopatia foi parte de um processo de colonização violento e mortal, ancorado no modelo biomédico.

O diagnóstico do autismo proposto por Leo Kanner em 1943 deu lugar aos manuais diagnósticos. A primeira edição do DSM foi lançada em 1952, tratando o autismo relacionado à esquizofrenia e psicose dando continuidade ao que Kanner teria escrito e definido como autismo. Isso pode ser percebido pela sua localização como uma psicopatia autista e infantil, usando os mesmos termos que Asperger e outros cientistas nazistas da época haviam usado. A

inclusão do autismo no DSM teve um impacto significativo na maneira como era percebido e abordado pela comunidade médica e pela sociedade em geral, o que reflete na estigmatização associada ao diagnóstico e as consequências práticas para autistas em termos de acesso a serviços e apoio desde aquela época.

O movimento que aproxima a Psicologia e a deficiência na interface com a Educação é analisado de forma ampla por Maria Helena Souza Patto (1990). A autora afirma que a Primeira Guerra Mundial colocou em questão a ideia de que a escola obrigatória e gratuita viera para transformar a humanidade, para redimi-la da ignorância e da opressão. O alfabeto, a imprensa e a ciência não haviam livrado os homens da tirania, da desigualdade social e da exploração.

Os propositores da Escola Nova fazem uma crítica contundente à escola tradicional, que se expandira no decorrer do século XIX, e a responsabiliza pelos efeitos desastrosos. À pedagogia da imposição deveria se contrapor uma pedagogia baseada nos conhecimentos da Psicologia nascente do respeito da natureza do desenvolvimento infantil, valorizando a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem. Os pedagogos liberais, no início do século XX, estavam carregados de um humanismo ingênuo, mas bem-intencionado, que os levava a acreditar na possibilidade de a escola garantir uma sociedade igualitária, na qual os lugares sociais seriam ocupados com base no mérito pessoal.

Neste movimento, a Escola Nova se encontra com a Psicologia científica, que nesta época buscava a mensuração das diferenças individuais. Francis Galton (1822-1911) dedicou-se à Psicologia das diferenças individuais, ao estudo da biologia e à estatística, contribuindo de modo significativo para o desenvolvimento das noções de distribuição normal, significância estatística e correlação. Trabalhou também no desenvolvimento e difusão dos testes psicológicos, criando vários testes e medidas de processos sensoriais, que foram precursores dos testes de inteligência (CASTRO et al, 2007).

A preocupação com as diferenças individuais, com medicar, classificar e diferenciar normais e anormais, aptos e inaptos, ocorreu no contexto da ideologia da igualdade de oportunidades enquanto característica distintiva das sociedades de classes.

Como afirma Hobsbawm (1979):

Uma das crenças fundamentais no século XIX era a de que o mundo da classe média estava livremente aberto a todos. Portanto, os que não conseguiam cruzar seus limites seria por falta de inteligência pessoal, de força moral ou de energia que automaticamente os condenava ou, na melhor das hipóteses, uma herança racial ou histórica que deveria invalidá-los eternamente, como se já tivessem feito uso, para sempre, de suas oportunidades." (p. 219-220).

Neste sentido, a Psicologia contribui para a sedimentação dessa visão de mundo, em que os resultados nos testes de inteligência, favorecendo via de regra os mais ricos, reforçaram a impressão de que os mais capazes ocupavam os melhores lugares sociais.

Os primeiros médicos foram os primeiros a se ocupar de casos de dificuldade de aprendizagem escolar. Quando esses problemas começaram a tomar corpo, os progressos da nosologia já haviam recomendado a criação de pavilhões especiais para os "duros da cabeça" ou idiotas, anteriormente confundidos com os loucos. A criação dessas categorias facilitou o trânsito do conceito de anormalidade dos hospitais para as escolas. As crianças que não acompanhavam seus colegas na aprendizagem escolar passaram a ser designadas como "anormais escolares" e as causas de seu fracasso são procuradas em alguma anormalidade orgânica.

Nesse cenário justificou-se a criação de classes especiais, em nome de benefícios individuais e de toda a turma. Nesta época, os testes de Quociente de Inteligência (QI) adquiriram um grande peso nas decisões dos educadores a respeito do destino escolar de grandes contingentes de crianças que, na Europa e na América, conseguiam ter acesso à escola.

À medida que a Psicologia se constitui como ciência experimental e diferencial, o movimento da Escola Nova passou a colocar ênfase nas potencialidades dos alunos, concebidos como indivíduos que diferem entre si quanto à capacidade para aprender. Os educadores criam a necessidade de avaliar estas potencialidades, criando, assim, um novo encontro entre a Pedagogia e a Psicologia. Ele se dá na explicação psicológica das dificuldades de aprendizagem escolar. Segundo Patto (1990) a partir dos anos 1930 a Psicologia começa a se configurar no Brasil como uma prática de diagnóstico e tratamento de desvios psíquicos, passando, assim, a justificar o fracasso escolar

baseado no diagnóstico precoce de distúrbios no desenvolvimento infantil e na medida do quociente intelectual (QI).

Em 1954, surge no Rio de Janeiro a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) voltada para o atendimento especializado de crianças e adolescentes com síndrome de Down. A iniciativa respondeu à escassez de suporte especializado para deficiências intelectuais na época, impulsionando um movimento nacional de apoio filantrópico, já com indícios de inclusão. O modelo, inicialmente focado em educação e saúde, espalhou-se rapidamente pelo país, incluindo o trabalho de psicólogas(os) e se consolidando como uma rede de apoio a pessoas com deficiência intelectual e múltipla, ainda vigente hoje em dia.

É preciso ressaltar que neste ambiente onde reina o modelo biomédico, as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs) abrem um espaço pedagógico importante de educação, socialização e convivência para crianças e jovens com deficiência intelectual que até então viviam a maior parte do tempo em casa e limitados ao convívio com suas famílias. É também o tempo das escolas públicas especiais para crianças cegas e surdas, desenvolvendo estratégias e ferramentas pedagógicas adaptadas, cuja importância é fundamental para a necessária escolarização dessas crianças, que até então viviam numa espécie de marginalidade educacional. Muitas vezes tais instituições, como o Colégio Nacional para Surdos-Mudos e do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, que hoje abrigam respectivamente o Instituto Nacional de Surdos (INES) e o Instituto Benjamin Constant (IBC), tinham um departamento médico. Nesses espaços, até determinado momento, predominam as práticas voltadas para a adaptação ao mundo e a reabilitação.

4.2 O encontro da Psicologia com o modelo social da deficiência

O encontro da Psicologia com o modelo biomédico deu lugar a uma perspectiva individual, orientada pelos testes psicológicos e com o privilégio dos laudos médicos, como, por exemplo, o uso de teste de QI como principal ferramenta para a definição da deficiência intelectual. De acordo com Shakespeare (2010), o modelo biomédico da deficiência reinou intocado até a década de 1970, quando foi fundada no Reino Unido a UPIAS (*Union of the*

Physically Impaired Against Segregation), primeira associação voltada para o tema da deficiência gerida inteiramente por pessoas com deficiência.

Na esteira dos grandes movimentos de luta pelos direitos civis em voga no mundo industrializado desde os anos 1960, um dos primeiros objetivos da UPIAS foi denunciar a situação de opressão vivida pelas pessoas com deficiência no Reino Unido e no mundo. Outro objetivo foi organizar uma luta por direitos humanos básicos negados a essa população, como o direito a participar plenamente da sociedade, a viver de forma independente, a se locomover livremente, a trabalhar etc. Nesse contexto, seus idealizadores perceberam que esse combate político não poderia ser travado sem o apoio de um combate epistemológico, isto é, de uma transformação essencial no modelo teórico pensado por médicos e especialistas que até então definia a deficiência e o seu destino na sociedade. É nesse contexto que emerge o chamado modelo social da deficiência, como uma reação teórico-política ao modelo biomédico então vigente (SHAKESPEARE, 2010). É neste mesmo contexto que a deficiência é incluída na pauta de direitos humanos, ganhando espaço na Convenção da ONU (CDPD).

Como aponta Michael Oliver (1990), os pressupostos que amparam o modelo biomédico carregavam implicitamente uma compreensão da deficiência como uma espécie de “tragédia pessoal”, como se as pessoas com deficiência não passassem de vítimas de circunstâncias adversas da vida. Na base dessa ideia encontrava-se uma concepção individualista da deficiência, na medida em que as dificuldades colocadas pela deficiência eram atribuídas exclusivamente à vida privada dos indivíduos e ao seu destino pessoal, deixando-se as “estruturas econômicas e sociais intactas” (OLIVER, 1990, p.10). Portanto, na proposta do modelo social da deficiência o mais importante era desfazer esses pressupostos implícitos do modelo biomédico.

O combate epistemológico travado pelo modelo social da deficiência baseou-se na distinção entre a lesão— que é de fato biológica, privada e fruto da história pessoal de um indivíduo— e a deficiência, que é pública, estrutural, relacional, fruto do encontro de um indivíduo com uma sociedade. A chave para a compreensão desta distinção entre lesão e deficiência está na orientação teórica marxista dessa geração de intelectuais que integrava a UPIAS, que

ênfatizava o caráter inteiramente construído, artificial, do mundo humano, mediado pela transformação da natureza através do trabalho (DINIZ, 2007).

Segundo essa lógica, se todo ambiente em que vivemos é artificialmente produzido, isso significa que a nossa adaptação a esse ambiente também o é: carteiras de sala de aula, escadas, automóveis, calçadas, telefones, assentos de avião... praticamente tudo o que nos cerca é construído pensando em um acoplamento adaptativo a um certo tipo de corpo, a saber, o corpo médio, padrão, próximo do centro da curva de normalidade. Os proponentes do modelo social da deficiência argumentam que a deficiência é uma produção social que tem origem no encontro destes indivíduos com um mundo que não foi fabricado pensando na sua inclusão, na sua adaptação, mas que lhes impõe barreiras. Nesta medida, o problema se desloca do indivíduo para o mundo social. Afinal de contas, a deficiência seria definida, a partir de então, não mais nos termos funcionais de uma consequência natural de uma lesão física ou orgânica, mas como:

A desvantagem ou restrição de atividade causada por uma organização social contemporânea que leva pouco ou nada em conta as pessoas que têm lesões físicas e, portanto, as exclui da participação nas principais atividades sociais. A deficiência é, logo, uma forma particular de opressão social (UPIAS, 1975. p.14).

Essa reversão epistemológica do modelo biomédico operada pelo modelo social da deficiência teve importância teórica, mas sobretudo política, uma vez que se tornou uma ferramenta prática de ação no mundo e reivindicação de direitos. Uma das principais consequências dessa reversão foi a “desindividualização” da deficiência, já que a responsabilidade pelas dificuldades e sofrimentos experimentados pelos indivíduos não era mais atribuída à sua lesão, mas à estrutura social, que teria fabricado um mundo hostil, repleto de barreiras, segregador, inacessível.

Como aponta Shakespeare (2010), esse movimento teve um impacto considerável na construção de um senso positivo de identidade coletiva, retirando esses indivíduos do lugar da falta, do déficit, do fracasso pessoal, restabelecendo um sentido de cidadania. Uma outra consequência dessa reversão foi a abertura para a reivindicação de direitos: se a deficiência era um produto da omissão estrutural de uma sociedade, tornava-se urgente e obrigatório que esse quadro fosse transformado o mais rápido possível, com

investimentos na produção de um mundo adaptado às necessidades de um espectro amplo de indivíduos, com rampas, elevadores, tradutores, pisos táteis, sinais sonoros, banheiros adaptados etc. O foco da ação deveria ser a adaptação do mundo às pessoas com deficiência e não o contrário. Portanto, com o modelo social da deficiência, deu-se início a um combate, ao mesmo tempo epistemológico e político, que redefiniu os termos do debate público em torno da deficiência (GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2023).

Os modelos da deficiência não foram criados por psicólogos. O modelo biomédico foi gestado no campo da medicina e o modelo social foi elaborado por sociólogos. No entanto, a história da Psicologia é marcada por encontros interdisciplinares. A filosofia, a física, a fisiologia e as ciências sociais têm sido intercessores importantes no desenvolvimento da ciência psicológica. Neste sentido, a história da relação da Psicologia com a deficiência é atravessada pelo modelo biomédico e pelo modelo social da deficiência.

O encontro da Psicologia com o modelo social vai ampliar sua atuação junto às pessoas com deficiência, o que começa a envolver mais diretamente a Psicologia Social e a Psicologia Escolar, na perspectiva da Educação Inclusiva. Com tal perspectiva, ganham relevo o desenvolvimento de práticas de mediação escolar e a sala de recursos em escolas, envolvendo muitas vezes equipes multidisciplinares, das quais participam as(os) psicólogas(os). Neste contexto, a participação de psicólogas(os) também começa a se fazer presente nos projetos de acessibilidade a espaços culturais, tais como museus, teatros e centros culturais (ALVES, 2020; GUERREIRO, 2016; RULFF, 2023), acompanhando os movimentos sociais das pessoas com deficiência. Neste cenário, a Psicologia tem participado ativamente da luta pela garantia de direitos das pessoas com deficiência. São bastante numerosas as publicações bibliográficas de psicólogas(os) com os resultados de suas pesquisas, muitas delas resultado de atuação em políticas públicas. Diversas delas fundamentaram a escrita desta Referência Técnica e estão devidamente citadas ao longo dos quatro eixos que a estruturam.

4.3 O encontro da Psicologia com o modelo feminista e a Teoria Crip

A partir da década de 1990 houve a entrada de autoras feministas na discussão, o que acabou por inaugurar a segunda geração do modelo social da deficiência, também conhecido como modelo feminista, e com o qual se dá mais um encontro transversal com a Psicologia. A crítica feminista não marca uma oposição ao modelo social, na medida em que reconhece a importância de politizar o conceito de deficiência. No entanto, esta segunda geração abre novas pautas de discussão. Diniz (2003, 2007) destaca que alguns dos principais pontos levantados pelas autoras feministas foram a afirmação do princípio de igualdade pela interdependência e da promoção da autonomia, em detrimento da valorização da independência. Além disso, colocaram em discussão a experiência do corpo com deficiência, vivida e a experiência do cuidado vivida por mães e cuidadoras (GUERREIRO, 2021).

Muitos dos autores do modelo social, que eram homens com lesões físicas, defendiam a independência e a capacidade laboral dos deficientes desde que fossem retiradas as barreiras de acesso. Para eles, que tinham como valores a independência e a produtividade, era preciso retirar as pessoas com deficiência do lugar de dependentes financeiros da família ou do Estado, afirmando sua força de trabalho na sociedade capitalista. As feministas contra-argumentam que este era apenas um dos lados do problema, já que ignorava a experiência do corpo e a diversidade de tipos de lesões das pessoas com deficiência. Para determinados corpos a independência não é possível, mesmo se retiradas todas as barreiras de acesso (DINIZ, 2003). “Não havia dor, sofrimento ou limites corporais nos escritos dos primeiros teóricos: o corpo foi definitivamente esquecido pelo compromisso com o projeto de independência” (DINIZ, 2003, p. 4). Pela ótica das feministas, o modelo social se assemelhava a um pensamento sem corpo.

Insistir na afirmação da independência acabava, em alguma medida, por manter uma lógica individualista e liberal, apresentando uma espécie de “exclusão disfarçada de inclusão”, por não questionar os valores capitalistas e deixar de fora algumas pessoas com deficiência, como aquelas com alto grau de dependência. Foi necessário, portanto, operar uma virada que não havia sido possível na primeira geração: renunciar à afirmação da independência e positivar a interdependência como parte da experiência de todas as pessoas. Eva Kittay (2011), filósofa e mãe de uma mulher dependente de cuidados em

tempo integral, propõe a valorização da interdependência a partir de uma ética do cuidado. Ela é criadora da máxima “somos todos filhos de uma mãe”, que expõe que todos nós, para estarmos vivos, fomos e podemos ser dependentes de cuidado em algum momento da vida. Diniz (2003) comenta que a interdependência e o cuidado não são apenas vividos em momentos de fragilidade, sendo princípios que deveriam estruturar a vida coletiva.

As práticas de cuidado são vistas como modos de possibilitar a maior autonomia possível às pessoas com deficiência em um mundo que não acolhe seus corpos. Conforme já sublinhamos, o conceito de autonomia ainda é muito frequentemente entendido como autossuficiência, acabando por confundir-se com a independência (PASSOS et al., 2013). Contudo, a autonomia deve ser entendida como a pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer: quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa dispõe, mais autônoma ela se torna. Assim, a ideia de autonomia envolve uma dimensão coletiva, de compartilhamento e composição com outros corpos, humanos e não-humanos, e com dispositivos tecnológicos. Uma pessoa com deficiência visual que caminha utilizando uma bengala, ou mesmo com o auxílio de um cão-guia, pode circular autonomamente no espaço urbano.

Enfim, a autonomia tem mais a ver com agir e ter seus desejos e/ou necessidades levados em consideração, do que sobre realizar sozinho uma ação. Kittay (2011) acrescenta que aquele que cuida deve estar implicado no bem-estar daquele que está sendo cuidado, em uma disponibilidade de atenção ativa não somente às necessidades, mas ao desejo do outro. Esta ponderação é importante para nós psicólogas(os) pois, ao evocar a pessoa com deficiência como um sujeito de desejo, nos lembra, mais uma vez, que a deficiência não totaliza a subjetividade, sendo antes uma condição de vida da pessoa.

Em ressonância com a perspectiva e o trabalho da categoria, as autoras feministas sublinham a importância de se abordar a experiência subjetiva de se viver com deficiência, de ser um corpo com lesão, colocando em questão os temas da dor, da própria lesão, além da ambiguidade da identidade de deficientes por lesões não aparentes, dos “corpos temporariamente não-deficientes” - como os idosos- e pessoas de grupos interseccionais, como as mulheres com deficiência (DINIZ, 2003, 2007). Falar da experiência de viver com deficiência é promover a politização do privado, da experiência pessoal, por

trazer à tona ambas as dimensões da deficiência – a do corpo com lesão e a da opressão social – o que deflagra a multiplicidade de experiências vividas pelos sujeitos que compõem esse grande grupo subalternizado. Mais uma vez, psicólogas e psicólogos devem se manter atentos para não incorrer no equívoco de totalizar a pessoa em sua deficiência, o que levaria, num movimento reverso, a que sua própria atuação pudesse concorrer para problemas relativos à saúde mental da pessoa com deficiência.

Um dos desdobramentos da discussão feminista da deficiência levado à radicalidade por artistas e ativistas a partir dos anos 2000 nos Estados Unidos, foi a proposição da Teoria *Crip*. Na Teoria *Crip*—ou Teoria Aleijada— para além de se pensar a deficiência a partir do corpo deficiente, o objetivo é problematizar a noção de normalidade e a hegemonia do corpo sem deficiência como sendo o corpo típico e desejado. A Teoria *Crip* foi desenvolvida a partir da crítica da normalidade desenvolvida pela Teoria *Queer* (MCRUER, 2002). Uma das discussões dos estudos *queer* é a problematização da noção de orientação heterossexual como a orientação normal e natural da espécie humana, o que acaba por patologizar as orientações sexuais não-hegemônicas. Neste sentido, tanto a teoria *queer* quanto a Teoria *Crip*, o que é colocado em questão a normalidade, naturalizada e hegemônica, que exclui corpos que escapam a ela.

A Teoria *Crip* propõe o conceito de corponormatividade compulsória como algo que nomeia a centralidade da normalidade, àquilo que é considerado natural e típico da espécie (MCRUER, 2002; GREINER, 2023). Os tipos de corpos que não correspondem a este padrão de funcionalidade, capacidade, integridade e estética é considerado desviante. A Teoria *Crip*, assim como a Teoria *Queer*, propõe uma desconstrução do pensamento binário normal/anormal, na busca pela afirmação da infinita multiplicidade dos corpos em seus modos de existência singulares. É importante ressaltar que a proposta *Crip* não é incluir os corpos com deficiência dentro do espectro limitado da normalidade, afirmando que ser deficiente também é normal. Pelo contrário, pretende-se denunciar os limites da noção de normalidade, pois essa opera pela exclusão e patologização de muitos modos de existir, que são considerados inferiores e menos humanos.

Enfim, a Teoria *Crip* tensiona a difícil circulação e participação de corpos nos espaços, devido à falta de acessibilidade, e pauta que a questão do acesso

é imprescindível para pensarmos a produção de um futuro em que as pessoas com deficiência possam não somente fazer parte, mas que sejam ativas na sua construção. Magnabosco e Souza (2019) comentam que um dos princípios da Teoria *Crip* é a radicalização da ideia de mundo acessível. Partindo da premissa de que um mundo que inclua corpos com deficiência é possível e desejável, afirma que devemos trabalhar para a eliminação de todas e quaisquer barreiras que coloquem as pessoas com deficiências em situação de desvantagem. Além disso, é importante que a Psicologia, como os movimentos sociais, incorpore as questões da deficiência em suas lutas, questionando ideais normalizantes e atitudes capacitistas de nossa cultura.

4.4 Diferentes deficiências: conceitos e terminologia atual

A seguir apresentamos os diferentes tipos de deficiência a partir de uma perspectiva psicossocial, reconhecendo a diversidade das experiências e dos modos de existência, que são atualizadas nas demandas apresentadas a psicólogas(os) pelas pessoas com deficiência, quando elas chegam a um dos serviços e equipamentos de políticas públicas. Sem pretender traçar um quadro completo e com limites fechados, analisaremos algumas barreiras sociais, comunicacionais, atitudinais e institucionais que produzem ou intensificam situações de exclusão e vulnerabilidade, bem como suas implicações para a atuação da categoria. Nosso objetivo é fazer uma breve apresentação, trazendo os movimentos do campo, seus contornos moventes e algumas das tensões e controvérsias atuais. Neste sentido, não buscamos trazer uma mera classificação que esgote a discussão, mas contribuir com algumas orientações básicas e preliminares, capazes de suscitar a curiosidade das(os) psicólogas(os) para que eles possam ir além em seus estudos. Apontamos também a necessidade de cuidados éticos permanentes e o reconhecimento da singularidade das subjetividades e de seus contextos de vida.

Conceito de deficiência

Termos corretos: *pessoa com deficiência, PcD, criança com deficiência.*

Foi bastante usado, sobretudo entre 1986 e 1996, o termo “portador de deficiência” (e suas flexões no feminino e no plural). Todavia, as pessoas com

deficiência vêm afirmando que elas não “portam” deficiência; que a deficiência que elas têm não é como coisas que às vezes portamos e às vezes não portamos (SASSAKI, 2003). Os termos “pessoas com necessidades especiais” e “criança especial” ainda são comuns, mas também não devem mais ser utilizados.

Após um debate mundial, “pessoa com deficiência” é o termo utilizado no texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), adotada em 2006 pela Assembleia Geral da ONU, ratificada no Brasil em 2009 pelo Decreto nº. 6.949 e adotada na Lei Brasileira de Inclusão (LBI) de 2015. Este termo é uma forma de marcar que a pessoa deve ser colocada sempre à frente da sua condição.

Vale lembrar, mais uma vez, a definição de deficiência na Lei Brasileira de Inclusão:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm 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 (BRASIL, 2015).

A definição aponta que a deficiência não deve ser entendida como algo individual, doença ou tragédia pessoal. Ela tem uma dimensão coletiva e é produto de barreiras físicas, arquitetônicas e urbanísticas, além de barreiras produzidas nas relações com as pessoas. Esta definição é coerente com o modelo social da deficiência e é aquela adotada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

Para referir-se a um adulto, criança ou adolescente que não possua uma deficiência, muitas pessoas usam as expressões “adulto normal”, “criança normal” e “adolescente normal”. No entanto, devemos evitar a naturalização do termo “normal” que, como vimos, porta o sentido de norma a ser seguida, tendo por efeito indesejável a inferiorização de outras formas de perceber, viver e estar no mundo. Neste caso, a melhor orientação é utilizar os termos *adulto, criança ou adolescente sem deficiência*.

Para a atuação das psicólogas e psicólogos, é importante ressaltar que entender uma pessoa com deficiência como sujeito de direitos não é o mesmo que considerar que ela é igual a todo mundo. Afirmar a dimensão social da deficiência não deve ser reduzida à fórmula: “Somos todos iguais” ou “Somos

todos seres humanos”. Cada pessoa com deficiência tem singularidades que devem ser reconhecidas e respeitadas. Nenhuma pessoa com deficiência é igual à outra. Sua condição é produzida socialmente, mas o resultado é sempre singular.

Isto significa que cada pessoa com deficiência que chega a um equipamento ou serviço público – seja na área da Saúde, da Educação, da Reabilitação ou da Assistência Social–, além de oferecer, sempre que possível, os dispositivos de acessibilidade existentes, a(o) psicóloga(o) jamais deve esquecer de perguntar a essa pessoa como pode ajudá-la e de que recursos ela precisa. É preciso escutá-la, sem impor uma forma de relação baseada em pressupostos e preconceitos.

Tomemos o caso da surdez. Nem todas as pessoas surdas usam Língua Brasileira de Sinais (Libras). Algumas usam a leitura labial, outras usam aparelhos auditivos eficientes e algumas tem implante coclear. Por vezes, utilizam mais de um dispositivo de comunicação, que podem ser complementares. Em resumo, cada pessoa surda tem seu modo singular de comunicação, que depende de sua surdez ser congênita ou adquirida, se ela tem um processo insidioso de perda auditiva e se ela frequentou instituições onde houve o aprendizado da língua brasileira de sinais. Neste sentido, a(o) psicóloga(o) deve procurar entender como se comunicar com aquela pessoa e, na medida do possível, mobilizar os recursos necessários.

O Conselho Federal de Psicologia indica também como orientação ético-política trabalhar com uma concepção positiva da deficiência, que não se paute apenas nas ideias de falta e déficit. A proposta e o desafio é entender seu efetivo modo de perceber, de se locomover e de viver dessas pessoas, considerando positivamente seu funcionamento sensorial, corporal, comunicacional e cognitivo, sempre levando em consideração as conexões da pessoa com deficiência com outras pessoas e com as coisas, humanos e não humanos.

Neste contexto, ganham relevo seu acoplamento com tecnologias assistivas, que concorrem para sua autonomia. Neste caso, vamos procurar entendê-la por suas capacidades, ou seja, por aquilo que elas efetivamente fazem em seu modo de estar no mundo, ao invés de colocar a ênfase na deficiência como falta.

Tomemos o caso da deficiência visual. Uma concepção negativa nos levaria a entender que pessoas cegas e com baixa visão possuem um sistema cognitivo ao qual falta a visão. Numa concepção positiva, ela vai ser entendida como alguém cujo funcionamento cognitivo é configurado pelos demais sentidos, como o tato, a audição, o olfato e o paladar. Adotando o modelo social da deficiência, consideramos que o sistema cognitivo não é algo dado, mas se produz por meio de ações e acoplamentos com outras pessoas, objetos e tecnologias. E isso vale para pessoas cegas e videntes⁴.

É preciso ter em mente que há uma diversidade de maneiras de perceber e habitar o mundo quando este se configura como ambiente de vida e território existencial (MATURANA; VARELA, 1995). O corpo é ao mesmo tempo centro de ação e centro de interesse, ou seja, cada corpo é uma perspectiva, definida por certo modo de ser afetado (como o mundo lhe toca) e pela disponibilidade de se fazer afetar (as sensações que acolhe).

A perspectiva negativa da deficiência está na base do capacitismo estrutural, que ainda está muito presente em nossa sociedade. Por exemplo, parece natural dizer que as pessoas cegas têm uma vida muito pobre e limitada porque 80% das informações são captadas pela visão. Em princípio, esta pode parecer uma afirmação objetiva, mas, se analisada com mais cuidado, verifica-se tratar de uma afirmação capacitista e visuocêntrica. Ela pressupõe um mundo dado e preexistente, composto de objetos com existência prévia e independente da relação cognitiva. Nesta formulação, tomaríamos o mundo percebido pelos videntes como sendo “o mundo”.

O fato de o mundo percebido pelo vidente converter-se em “o mundo”, faz dele um modelo e uma norma. Uma das representações – a do vidente – é tomada como sendo aquela mais plena, espontânea e natural. Em outras palavras, como a percepção normal. Todavia, é importante insistir que é preciso problematizar o modo de perceber e viver das pessoas sem deficiência como normal, enquanto o das pessoas com deficiência como anormal. Não há uma maneira natural, espontânea e normal de conhecer o mundo – a maneira visual – e uma maneira estranha, quase bizarra – aquela do cego – que precisa, para

⁴ No campo da deficiência visual, pessoas videntes não são aquelas dotadas de visão no sentido da premonição. Vidente é um termo corriqueiro, utilizado para nomear a pessoa que enxerga.

perceber e agir, usar as mãos, o ouvido, o olfato, sentidos que parecem secundários, pouco eficientes e, em última análise, menos nobres que a visão.

A percepção de cores é um caso exemplar. As cores não devem ser consideradas como um atributo das coisas do mundo, explicada pela intensidade e comprimento de onda da luz refletida. Ela resulta de processos complexos que envolvem a cooperação entre múltiplos conjuntos de neurônios do cérebro, que produzem estados globais emergentes. O mundo cromático apresenta grande variedade entre as diferentes espécies. Os humanos percebem três cores primárias, enquanto vários pássaros são tetracromáticos, percebendo quatro cores primárias. Neste caso, humanos e pássaros são habitantes de mundos perceptivos heterogêneos (VARELA; THOMPSON; ROSCH, 2003).

Estudos iniciados pelo antropólogo Franz Boas revelaram que os povos Inuits, que habitam regiões polares e permanentemente cobertas de gelo e neve, são capazes de nomear mais de quarenta tons de branco, o que aumentaria sua capacidade de discriminação perceptiva. Estudos posteriores apontam que não se trata de determinismo linguístico, mas de uma provável influência. De todo modo, seria cabível perguntar se eles percebem o mundo melhor que nós, que habitamos os centros urbanos e áreas rurais no Brasil? Seríamos deficientes em matéria de branco e suas infinitas nuances? Enfim, qual a cor do mundo? Ora, não podemos responder a esta pergunta, trata-se de um falso problema. Nesta mesma direção, percebemos que os povos da floresta escutam cantos de pássaros, sons e notas musicais completamente inaudíveis para nós, meros habitantes das cidades. Estamos falando de mundos perceptivos heterogêneos.

Tal problematização pode ser desdobrada, se mostrar fecunda e suscitar reflexões sobre a concepção positiva das demais deficiências, evitando a ideia de um corpo normal que sirva de parâmetro para inferiorizar aqueles das pessoas com deficiência. Enfim, sempre é importante lembrar que a deficiência é um fenômeno complexo, que deve ser compreendida como algo interseccional, devendo sempre ser entendida em sua articulação com outras categorias de análise como raça, gênero e classe social e território.

Deficiência física

Terminologia correta: *pessoa com deficiência física*

Os termos inválido, defeituoso e incapaz não devem mais ser utilizados.

É comum que pessoas identifiquem, de modo equivocado, a pessoa com deficiência com a pessoa que tem deficiência física, acreditando que a deficiência física é dividida em deficiência motora, visual, auditiva e mental. Segundo tal perspectiva, os “deficientes físicos” são todas as pessoas que têm deficiência de qualquer tipo. Todavia, hoje em dia é incorreto utilizar o termo deficiência física como nome genérico, englobando todos os tipos de deficiência.

A pessoa com deficiência física tem uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo e membros com deformidade congênita ou adquirida, que produzam dificuldades para o desempenho de funções (MAIOR, 2015).

A deficiência física compreende as condições de dificuldade na marcha, na sustentação e no equilíbrio do corpo, da cabeça e na movimentação dos membros superiores, em graus diferentes de comprometimento, como paralisia (plegia) e falta de força (paresia). Para melhorar a funcionalidade são utilizadas tecnologias assistivas como próteses (nos casos de amputação), órteses como muletas, bengalas, estruturas para apoiar os membros e cadeira de rodas. Apesar de pessoas com deficiência física apresentarem dificuldades na realização de algumas tarefas, muitas delas podem preservar autonomia e/ou terem inventado modos de fazer as coisas à sua maneira. Não se deve supor, de pronto, que elas não são capazes ou tentar fazer as coisas por elas. Uma boa conduta é oferecer-lhes ajuda, perguntando se elas precisam de auxílio ou não.

Terminologia correta: *pessoa em cadeira de rodas; pessoa que usa cadeira de rodas; pessoa que usa muletas etc.*

A deficiência física pode ser congênita (causada pela poliomielite ou outra doença) ou adquirida por acidente ou doenças degenerativas diversas. Pode atingir os membros inferiores (pernas e pés) e superiores (braços e mãos), com falta de um membro ou de parte dele. Podem ainda envolver a estrutura corporal e os movimentos de forma mais ampla, como o caso do nanismo. Trata-

se de um espectro bem amplo, que pode incluir uma grande variedade de quadros como síndrome do túnel do carpo, síndrome vasovagal, malformação cardíaca grave, escolioses e outras condições.

Terminologia correta: *pólio; poliomyelite; paralisia infantil, “ela teve pólio”*

As pessoas com deficiência física podem apresentar limitações para ir e vir, sair e entrar em ambientes, alterar posições para se proteger, obedecer a instruções como ficar parada, levantar os braços, virar-se e sair de um veículo. Ela não pode ser privada em hipótese alguma de seu respectivo equipamento ou tecnologia assistiva, inclusive no caso de detenção em cadeias ou presídios (MAIOR, 2015). É interessante lembrar que nem todas as pessoas que usam cadeira de rodas tem impossibilidade de caminhar. Há pessoas que usam cadeira de rodas porque caminham com muita dificuldade e a cadeira aparece como um modo delas terem mais autonomia.

A deficiência física é uma das deficiências de mais fácil reconhecimento. Já na chegada da pessoa em um ambiente, a identificação é muitas vezes imediata. As tecnologias assistivas estão quase sempre presentes com elas: cadeira de rodas (manual ou motorizada), muletas, andador e bengala, o que suscita os olhares das pessoas, podendo ou não causar constrangimentos à pessoa com deficiência. Um olhar atento e mesmo curioso pode ser indício de acolhimento, enquanto um olhar irônico e depreciativo pode indicar preconceito e má vontade.

Para o acesso aos equipamentos de Saúde, de Reabilitação, de Assistência e de Educação (escolas e/ou universidades), a pessoa enfrenta muitas barreiras no deslocamento nas calçadas, no transporte público e no próprio prédio, que muitas vezes não dispõe de rampas, elevadores e banheiros acessíveis. As dificuldades são relativamente previsíveis. Em geral as pessoas com deficiência física procuram serviços de Reabilitação, que muitas vezes têm uma orientação meramente funcionalista e conservadora.

A abordagem funcionalista e adaptacionista é normalmente uma demanda das famílias e das instituições, mas nem sempre é o que ocupa lugar central para as próprias pessoas envolvidas, que neste momento procuram por vezes a reinvenção do cotidiano e a expansão da vida. Nesta medida, deve ser

levada em consideração a produção de autonomia e sua conexão com o plano da criação desejante e de reinvenção existencial. Os limites da reabilitação funcional e o problema da reinvenção existencial estão mais amplamente discutidos no Eixo 3, no tópico Reabilitação.

Grande parte das barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência física e com mobilidade reduzida dizem respeito a seu deslocamento na cidade, ausência de rampas, elevadores e banheiros adaptados. Este aspecto foi abordado nas Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) em políticas públicas de mobilidade humana e trânsito (CFP, 2018)⁵:

São discussões importantes sobre esse tema: a acessibilidade de pessoas idosas (considerando, por exemplo, o rápido envelhecimento populacional no Brasil) e das pessoas com deficiência e a qualidade de vida de pedestres, ciclistas e motociclistas que, enquanto usuários do espaço público, estão em condições vulneráveis ao dividir espaços com máquinas em movimento. Será necessário, então, que a Psicologia possa discutir aspectos relevantes do planejamento urbano que orienta políticas públicas no setor – por exemplo, a utilização do desenho universal no planejamento urbano (isto é, a ampliação do uso dos espaços públicos pelo maior número de pessoas sem a necessidade de adaptações posteriores) e a participação popular na formulação do Plano Diretor Participativo, que é a participação popular na construção do instrumento que orienta a política de desenvolvimento e de ordenamento da expansão urbana do município. (CFP, 2018)

Há diversas outras barreiras menos evidentes, como aquelas que envolvem a sexualidade das pessoas com deficiência física, que ainda são cercadas de preconceitos e práticas excludentes, cuja violência é bem mais invisível. Marco Antonio Gavério, antropólogo com deficiência, tem investigado em diversas pesquisas como o corpo com deficiência é produzido e percebido socialmente, e de que modo isto afeta a sexualidade das pessoas com deficiência, frequentemente interditada ou fetichizada. No contexto em que a sociedade e a medicina produzem normas sobre corpos e desejos, suas pesquisas debatem a criação de categorias científicas que patologizam ou excluem o desejo sexual de pessoas com deficiência, em função da "monstruosidade" e a "estranheza" atribuídas a esses corpos (GAVÉRIO, 2015 b; 2017; 2024).

⁵ Para acessar o conteúdo completo das *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito*, acesse a página da publicação no portal do CREPOP: https://crepop.cfp.org.br/tipo_de_publicacao/mobilidade-urbana/.

Nesta mesma direção, Grazyela Garcia de Figueiredo (2025), psicóloga com deficiência, elabora uma discussão crítica sobre estereótipos e preconceitos, advogando em favor de uma sexualidade livre e plena:

Entre os estereótipos mais recorrentes está o da infantilização, que faz com que pessoas com deficiência, independentemente da idade, sejam tratadas como eternas crianças, incapazes de tomar decisões ou conduzir suas próprias vidas.

Lembro-me, nesse sentido, de episódios comuns em minha adolescência, idade de paixões secretas, dúvidas afiadas, corpo em trânsito para a adultez. Mas, diante dos outros, eu parecia caber apenas em diminutivos: “nossa, que lindinha”, “olha como tá arrumadinha”, “Eles são como anjos, enviados por Deus porque vieram assim especiais”. Frases que ecoavam em diversos episódios e que me colocavam num lugar de fragilidade.

Lindinha? Arrumadinha? Anjinho? Nenhum desses nomes me cabia. A “lindinha” me reduzia à criança que já não era; a “arrumadinha” me colocava como boneca de vitrine; o “anjinho” me retirava a possibilidade de ser sujeito. Estar arrumada, por exemplo, quebrava a lógica da compaixão: parecia quase um crime contra o estereótipo, uma fraude contra a piedade social. Como observa Diniz (2007), a deficiência foi historicamente associada à mendicância e à dependência da piedade cristã, consolidando a ideia de que o corpo “defeituoso” deveria ser também pobre, despossuído e, sobretudo, dessexualizado. Essa imagem de fragilidade e miséria permanece viva, sustentando estigmas que impedem que sejamos reconhecidos em nossa pluralidade de existências.

Entre a infantilização e a santificação, o que me roubavam era o direito de ser jovem, de me tornar mulher, de ser sujeito. Eu, que já sabia recusar, mas cujo “não” sempre escorria pelo ralo da conveniência alheia. Mãos estranhas se sentiam no direito de me tocar, como quem acaricia uma imagem de santo, afinal, quem ousaria negar carinho a um “anjinho”? Minha mãe, quando presente, às vezes interrompia o gesto, mas o incômodo já estava feito. O recado era “claro”⁶: meu corpo não era meu, era “patrimônio público da piedade”. A deficiência, então, não é algo fora de mim. É parte de mim, sim, mas não me resume. Ela caminha comigo, se transforma comigo, se reinventa comigo. E talvez seja justamente por isso que insisto em escrever: para que minha história não seja apenas um caso clínico, mas um testemunho vivo do que é existir fora da norma e, ainda assim, inteira. (FIGUEIREDO, 2025, p.30)

E ela conclui:

Esse tema, longe de ser apenas acadêmico, é vital. Ele atravessa vidas, políticas públicas, práticas institucionais e, sobretudo, as relações mais íntimas, aquelas em que o poder se infiltra silenciosamente. Retomar essa discussão ao final é reafirmar sua relevância e a necessidade de continuar tensionando as

⁶ O CREPOP utiliza o termo "claro" e suas derivações entre aspas por se tratar de transcrições literais dos relatos de psicólogas entrevistadas durante a pesquisa de campo que fundamentou a escrita do livro.

engrenagens que determinam quem pode desejar e ser desejado no mundo (p.45).

No artigo “Sexualidade e pessoas com deficiência: revisão integrativa da literatura”, Daniel Cerdeira de Souza, Aline de Lima Sousa, Mateus Alves da Silva, Fernanda Souza Ferreira e Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato (2024) fazem um balanço analítico da literatura sobre a sexualidade da pessoa com deficiência e os resultados apontam que é necessário um esforço coletivo, social e político para que pessoas com deficiência tenham seu direito ao exercício da sexualidade garantido.

Deficiência visual

Terminologia correta: *pessoa cega; pessoa com deficiência visual, cego*

Os próprios cegos costumam gostar de ser chamados “cegos”, embora eles não descartem o termo “pessoas cegas” e “pessoas com deficiência visual”.

Neste campo, devemos começar por distinguir a pessoa com baixa visão e a pessoa cega. Uma pessoa é dita com baixa visão quando a perda visual não pode ser corrigida com óculos, lentes de contato ou cirurgia. No entanto, como ainda resta alguma visão, ela não é considerada cega. Em termos médicos e legais, as pessoas com baixa visão tem acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica. Incluem-se também aí os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, bem como a ocorrência simultânea das condições anteriores.

As pessoas cegas e as com baixa visão usam bengalas para evitar obstáculos e perigos em seu deslocamento. Os pisos táteis facilitam sua mobilidade e a pessoa cega também pode usar o cão-guia nas suas atividades dentro e fora de casa e em todos os ambientes.⁷ É direito da pessoa cega ter acesso à informação em Braille.

A maneira correta de abordar uma pessoa com deficiência visual é falar com ela em volume de voz igual ao que se usa com uma pessoa vidente - a pessoa cega não tem dificuldade de escutar. Para auxiliá-la, oferece-se o braço, que a pessoa segura do jeito que preferir para servir de guia. Não se puxa uma

⁷ O Decreto nº 5904/2006 veta a entrada do cão guia em algumas áreas das unidades de saúde e nos locais que exigem esterilização individual.

pessoa cega e não há necessidade de sustentá-la. Ao afastar-se de uma pessoa cega avise, para não a deixar falando sozinha.

Pessoas cegas se beneficiam da audiodescrição do ambiente onde estão situadas e da audiodescrição de imagens. Nos casos de baixa visão, as pessoas se beneficiam de imagens e letras ampliadas e próximas, além de contraste de cores entre o fundo e a imagem.

Outra distinção importante é entre a pessoa cega congênita e aquela que se tornou cega. É ainda preciso reconhecer que existem diferenças significativas se a pessoa ficou cega com 3 anos, 18 anos ou 50 anos, por exemplo. Sua vida também varia muito a depender de ela ter recebido ou não educação, cuidados, condições e oportunidades de construir sua autonomia. Pessoas com cegueira congênita já constroem seu sistema cognitivo e seu território existencial com base nos demais sentidos. Para elas é proposta educação com recursos especiais que, se bem realizada, dispensa as chamadas práticas de reabilitação. Já com a perda da visão, súbita ou insidiosa, surgem inúmeros problemas novos e inesperados, que afetam diretamente a vida diária. Ações até então banais como caminhar pela rua, pegar o ônibus e o metrô, se deslocar na cidade, cozinhar, varrer a casa e fazer a cama podem trazer dificuldades. A condição de não ver vai requerer uma laboriosa aprendizagem para a utilização efetiva de referências táteis, auditivas, olfativas e proprioceptivas. A experiência da perda da visão é quase sempre de grande constrangimento e limitação. Recuperar a liberdade, a autonomia e a própria vida passam a ser grandes desafios de pessoas que se tornam cegas. Com o objetivo de solucionar os problemas que afetam seu cotidiano, buscam ajuda em instituições que oferecem programas de reabilitação, com o aprendizado de procedimentos e técnicas que tocam a dimensão funcional da vida. Neste escopo se inscrevem as técnicas de orientação e mobilidade (OM) que desenvolvem a habilidade para o uso da bengala, atividades da vida diária (AVD) como cozinhar, varrer, lavar e passar roupa, além do aprendizado de Braille e informática. Por vezes são oferecidas também oficinas de práticas artísticas, como cerâmica e música.

Pessoas com deficiência visual podem ter o desenvolvimento diferenciado da percepção tátil e háptica⁸, necessária para o aprendizado do Braille e do uso da bengala, o que interfere diretamente em sua maior ou menor autonomia. Tudo depende da idade em que a cegueira se instalou, das práticas pedagógicas e dos cuidados recebidos por essas pessoas, onde as tecnologias assistivas ocupam lugar de destaque para a construção de sua autonomia. De todo modo, não devemos acreditar que há uma “compensação” espontânea, que tornaria os demais sentidos mais aguçados, em função da perda da visão. Vygotski (1997) já apontava a inadequação das teorias da compensação de tipo mítico (compensação por ação divina) e biologicamente ingênua (a perda de uma das funções da percepção, a carência de um órgão é compensada com o funcionamento e o desenvolvimento acentuado dos outros órgãos). No caso da cegueira, o cego só se percebe diferente a partir da fala do outro. Podemos atribuir a Vygotski a inserção do fator social na discussão sobre uma possível maior fineza e sofisticação da percepção tátil das pessoas com deficiência visual. Segundo ele, o meio social não só influencia o modo como o sujeito vai perceber sua lesão frente a um mundo eminentemente visual, como também modula sua relação psicológica com esta lesão, ou seja, o modo como ele se relaciona com a dita deficiência e de que forma ele se percebe enquanto deficiente (VYGOTSKI, 1997).

No que se refere às tecnologias assistivas voltadas para o deslocamento espacial de pessoas cegas, o aprendizado da bengala mobiliza referências perceptivas, principalmente táteis e auditivas, cuja função é a detecção e desvio de obstáculos. Tais sentidos desempenham a função que era anteriormente realizada pela visão. Todavia, o uso da bengala não é uma decisão simples, não é de fácil incorporação vital nem se esgota no aprendizado de uma técnica. Muitas são as narrativas onde a bengala aparece como um símbolo estigmatizante da cegueira, pelo fato de tornar a cegueira visível e provocar atitudes de pena por parte das outras pessoas. Ela fixa uma identidade que é

⁸ Percepção háptica, também chamada de tato ativo, alia sensações da pele aos movimentos dos órgãos do tato, como dedos, mãos, braços e ombros, resultam na percepção tátil-cinestésica. A percepção háptica é uma percepção pouco a pouco, sempre sucessiva e às vezes parcial, o que lhe confere um ritmo mais lento se comparado à visão (HATWELL; STRERI; GENTAZ, 2000; HATWELL, 2003).

sentida muitas vezes como pesada: de agora em diante, aquela pessoa é, antes de qualquer outra coisa, um cego. Os caracteres singulares são subsumidos naquela redutora identidade, que aparentemente sobrecodifica a subjetividade.

A escritora cega Georgina Kleege (CANDLIN; GUINS, 2009) afirma que, embora seja legalmente cega desde os 11 anos, foi fortemente desencorajada a usar a bengala, pois assim, ela não tornaria visível sua deficiência e poderia se passar por vidente. Ela deveria evitar a visibilidade, para que não fosse exposta sua vulnerabilidade. Mas Georgina Kleege gosta da bengala – ela é elegante em sua simplicidade, em seu modo de deslizar e lhe comunica detalhes relevantes do caminho. É também um sinal útil para motoristas e pedestres, sinalizando que ela precisa de mais informações do que outras pessoas. Ela reconhece que a bengala torna a cegueira a mais óbvia de todas as suas características, mas para ela é um emblema de independência e autonomia. Ela lhe dá liberdade para se movimentar no mundo com segurança e com graça. Abre a possibilidade de pedir ajuda, mas também para rejeitar a ajuda excessiva. Neste sentido, ela evita a imagem estereotipada do cego dependente e frágil.

Deficiência auditiva / Surdo

Terminologia correta: *Surdo; pessoa com deficiência auditiva*

Os próprios surdos gostam de ser chamados de “surdos”, embora muitos não descartem os termos “pessoa surda” e “pessoa com deficiência auditiva”. A expressão Surdo-mudo é uma expressão do passado, que não deve ser mais utilizada. O mesmo para mudo ou mudinho. A palavra “mudo” pode não corresponder à realidade daquela pessoa.

Em termos médicos e legais a surdez corresponde a uma perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz, sem o uso de próteses. Desde a promulgação da Lei 14.768 de 22 de dezembro de 2023, passa a ser considerada para fins de diagnóstico a surdez unilateral total (surdez profunda de um ouvido) e a média das frequências na surdez bilateral. Já com base no modelo social da deficiência, considera-se deficiência auditiva a limitação de longo prazo da audição, unilateral total ou bilateral parcial ou total, a qual, em interação com uma ou mais barreiras, obstrui a participação plena e

efetiva da pessoa na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Há muitas singularidades entre as pessoas surdas / entre os Surdos. Cada uma tem seu modo próprio de comunicação, a depender de sua surdez ser congênita ou adquirida, se ela tem um processo insidioso de perda auditiva e se ela frequentou instituições onde foi realizado o aprendizado da língua brasileira de sinais (Libras). Neste sentido, a(o) psicóloga(o) deve procurar entender como se comunicar com aquela pessoa e, na medida do possível, mobilizar os recursos necessários. Sempre é bom ressaltar que as tecnologias assistivas utilizadas nem sempre garantem a compreensão exata daquilo que é dito.

Algumas pessoas surdas usam Libras, outras usam a leitura labial, aparelhos auditivos mais ou menos eficientes e algumas têm implante coclear. Por vezes, utilizam mais de um dispositivo de comunicação, que podem ser complementares. Algumas pessoas surdas são oralizadas e falam o português. Outras são bilíngues, se comunicando em Libras e em português. As pessoas surdas que fazem leitura labial têm uma deficiência invisível, o que é diferente da deficiência física e visual, por exemplo, evidenciadas pelo uso da cadeira de rodas, muletas e bengala. A invisibilidade dificulta o reconhecimento, o que faz com que muitas vezes a própria pessoa tenha que se identificar como surda. Por vezes, tal condição dificulta a legitimidade de sua deficiência e causa dúvidas sobre sua condição, o que é vivido como mais uma situação opressiva pela pessoa com deficiência auditiva.

As pessoas com deficiência auditiva / Surdos que já ouviram desenvolveram a comunicação oral e deixaram de ouvir em geral são capazes de falar. Se foram alfabetizadas, usam a língua portuguesa para escrever, para ler legendas e interagir. As pessoas que já nasceram surdas ou perderam a audição antes de aprender a falar geralmente usam a língua de sinais como forma de comunicação. Podem falar ou não, e por vezes há alguma alteração na forma de falar. Por vezes sua capacidade de ler e de escrever é limitada (MAIOR, 2015).

De forma complementar, a comunicação escrita na tela do aparelho celular, tablete ou computador pode facilitar a comunicação. A leitura labial exige visão direta e fala pausada, entretanto a comunicação é parcial e pode gerar

mal-entendidos. As pessoas surdas não reagem a alarmes e ordens sonoros, não conseguem gritar por socorro e estão mais expostas ao perigo.

É direito legal da pessoa surda utilizar a Língua Brasileira de Sinais – Libras, oficializada na Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002, sendo obrigação do Estado manter intérpretes de Libras nos órgãos públicos, bem como capacitar os agentes públicos para o seu uso (BRASIL, 2002). No entanto, estamos longe de ter este direito garantido, inclusive nos dispositivos e serviços de Saúde, Reabilitação, Assistência Social e Educação (escolas e universidades) no âmbito das políticas públicas.

Anahi Guedes de Mello (2006), antropóloga e pesquisadora surda e ativista pelos direitos das pessoas com deficiência analisa a polêmica atual em torno de duas posições no interior do modelo social da surdez: aquela que identifica pessoas surdas como pessoas com deficiência auditiva e aquela que recusa o pertencimento das pessoas surdas ao grupo de pessoas com deficiência auditiva. A segunda posição advoga em favor de uma cultura surda independente e com língua própria, que no caso do Brasil é a Língua Brasileira de Sinais (Libras). O antagonismo das posições tem gerado um amplo e acalorado debate, sem que tenha se esgotado. Dada a força crescente do movimento em favor da diferenciação entre ser surdo e ter deficiência auditiva, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) emitiu a Nota Técnica nº 18/2025, específica sobre o atendimento à comunidade surda, em favor do reconhecimento da surdez como manifestação linguístico-cultural, reconhecendo assim a luta desse grupo pelo reconhecimento de uma identidade surda. A Resolução de nº 09 de 24 de abril de 2025 também faz menção às pessoas surdas, apresentando uma definição ampliada de pessoa surda, ressaltando a multiplicidade de identidades, experiências culturais, linguísticas e sociais, bem como as barreiras linguísticas e culturais enfrentadas por estas pessoas.

A discussão é complexa e ultrapassa os limites desta Referência Técnica⁹. A comunidade surda é composta por pessoas surdas, seus familiares

⁹ Para uma discussão aprofundada, é possível consultar autores de referência no contexto brasileiro, na área denominada Estudos Surdos, como Ronice Müller de Quadros (referência em Estudos Surdos, estudos sobre bilinguismo e aquisição de linguagem), Karin Strobel (para a compreensão da "Cultura Surda" e a visão antropológica), Audrei Gesser (autora de *Libras? Que língua é essa? Crenças e preconceitos em torno da Língua de Sinais e da realidade surda*), Márcia Goldfeld (estuda a criança surda sob a perspectiva sociointeracionista), dentre

e pessoas que se engajam no movimento, havendo uma diversidade de pontos de vista, nuances e mesmo divergências. É preciso sublinhar que não há um consenso em relação a este tema. Sem pretender esgotar a discussão, a garantia de direitos permanece como pauta das pessoas surdas, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e outros auxílios.

Deficiência intelectual

Terminologia correta: *criança, jovem ou pessoa com deficiência intelectual*

“Retardado mental”, “retardo mental”, “pessoa com retardo mental”, “portador de retardo mental”, “débil mental” e “débil” são termos que não devem ser utilizados.

O termo “excepcional” foi usado na década de 50 para designar pessoas com deficiência intelectual e a partir da década de 80 foi estendido para pessoas com altas habilidades, superdotadas, introduzindo a distinção entre excepcionais negativos e excepcionais positivos. Hoje essa terminologia foi abandonada.

Termos corretos: *pessoa com deficiência intelectual e pessoa com altas habilidades*

Desde 2004 a Organização Mundial da Saúde – OMS adota o termo deficiência intelectual para nomear o atraso cognitivo permanente, manifestado antes dos 18 anos, limitando o funcionamento intelectual (QI abaixo de 70) e afetando a aprendizagem. O foco é a estimulação precoce, a educação inclusiva e o apoio para a autonomia. O antigo termo “deficiência mental” foi abandonado para designar esta condição de deficiência, assumindo nova conotação, discutida no tópico Deficiência Psicossocial¹⁰.

A deficiência intelectual se refere ao funcionamento cognitivo e não se confunde com o transtorno ou doença mental. Pode haver graus de deficiência

outras. No âmbito internacional, destacam-se Oliver Sacks (livro *Vendo Vozes*, Quadros e Perlin (Estudos Surdos) e Karin Strobel (*As imagens do outro sobre a cultura surda*).

¹⁰ O termo doença mental, ou transtorno mental, é entendido hoje como deficiência psicossocial. Ela afeta o humor, o pensamento e o comportamento, podendo surgir em qualquer idade e ser tratado com psicoterapia, associada ao uso de medicamentos. Inclui esquizofrenia, depressão e transtorno bipolar. Cf. Deficiência Psicossocial, nesta Referência Técnica.

intelectual definidos pelas limitações no aprendizado e outras habilidades. É importante estabelecer uma comunicação acessível com uma pessoa com deficiência intelectual, usando frases curtas e simples, levando em consideração que seu tempo de resposta pode ser mais lento.

A deficiência intelectual apresenta limitações associadas a áreas tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, habilidades acadêmicas, segurança, lazer e trabalho. Ela é causada por fatores genéticos, distúrbios de gestação, problemas no parto ou causas pós-natais, bem como por desnutrição severa ou envenenamento por metais pesados durante a primeira infância. Dentre elas podemos citar a Síndrome de Down, a Síndrome do X frágil, Síndrome alcoólica fetal e problemas genéticos/cromossômicos diversos. A deficiência intelectual, como as demais deficiências, não é uma doença, mas uma condição, onde a lesão não pode ser isolada dos múltiplos fatores sociais e educacionais que vão configurar o modo de conhecer e estar no mundo daquela pessoa. A Síndrome de Down (alteração genética) é uma deficiência intelectual muito comum, que tem características físicas facilmente detectáveis. O termo “Down” vem de John Langdon Down, nome do médico inglês que identificou a síndrome em 1866.

Terminologia correta: *pessoa com síndrome de Down; criança com Down; uma criança Down*

As palavras “mongol” e “mongoloide” também não devem ser utilizadas, pois refletem preconceito racial.

Entretanto, a maior parte das situações de deficiência intelectual não tem manifestações perceptíveis. As pessoas com deficiência intelectual desenvolvem suas habilidades quando têm acesso à educação inclusiva e oportunidades de participação no mundo do trabalho e nas atividades sociais.

O modelo social da deficiência não nega as condições orgânicas causadoras da deficiência, mas inclui em seu entendimento barreiras culturais, questões familiares e econômicas, apontando a importância de práticas de socialização e escolarização adequada. Com uma educação adequada, pessoas com deficiência intelectual são capazes de aprender uma profissão e funcionar de modo satisfatório, e mesmo superar aquilo que seria previsto pelo seu QI abaixo da média (PHILOMENKO; LAURENT, 1962).

A deficiência intelectual talvez seja, dentre as deficiências, aquela que mais é atingida por uma identidade totalizante, no sentido em que todas as demais características da pessoa parecem ser subestimadas e subsumidas na sua caracterização como deficiente. Segundo Telford e Sawey (1988) constituem o grupo mais desvalorizado do campo da deficiência, o que se explica por uma sociedade que valoriza as habilidades intelectuais acima de todas as outras. Imagina-se equivocadamente que as pessoas com deficiência intelectual são totalmente desprovidas de raciocínio e potencial de aprendizagem, sobretudo no âmbito formal ou acadêmico, bem como de capacidade crítica e de autoconhecimento.

As pessoas com deficiência intelectual têm um histórico de isolamento em suas residências e instituições especializadas, o que explica sua ainda modesta participação nas discussões e lutas políticas das pessoas com deficiência. Por tal situação de isolamento social, muitas vezes têm sido representadas nos fóruns por organismos como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Mas essa situação já dá sinais de mudança e essas pessoas começam a se organizar, serem ouvidas e ter maior participação na luta por direitos. Neste sentido, Glat (2009) narra sua surpresa de encontrar num congresso internacional sobre deficiência intelectual um congresso paralelo, no qual pessoas com deficiência intelectual se reuniam e se articulavam politicamente para a reivindicação de seus direitos. Eram 150 pessoas com deficiência intelectual de 15 países, falando mais de seis línguas diferentes.

Pessoas com deficiência intelectual podem ser sujeitas a diversas formas de violência, embora muitas das vezes não tenham como relatar os abusos, ou a sua queixa seja desconsiderada tanto pela família como pelas autoridades. Todavia, com as técnicas adequadas de aproximação e diálogo, os profissionais em escolas, conselho tutelar, polícia e outros já são capazes de perceber corretamente e valorizar o depoimento de uma vítima ou testemunha com deficiência intelectual.

Na atualidade, um tema que vem recebendo bastante atenção é o relacionamento amoroso e/ou sexual de pessoas com deficiência intelectual (GLAT, 2007; 2009). Os familiares sempre estiveram preocupados em “como lidar com o problema”, mas as pesquisas recentes têm abordado o problema com o interesse de compreendê-lo. Um dos pontos a ser destacado é que

devemos partir do entendimento que a sexualidade das pessoas com deficiência intelectual não é qualitativamente diferente das demais. Este ponto de partida busca evitar os dois extremos de um mesmo preconceito: a pessoa com deficiência intelectual seria assexuada ou hipersexualizada.

Alguns pais e muitas pessoas (GIAMI; D'ALLONNES, 1984) pensam que essa sexualidade seria objeto de repressão justificada, em função da necessidade de evitar práticas de masturbação, de voyeurismo, exibicionistas, agressivas, incompletas e infantis. Esta conduta vem de uma ideia errônea, embora bastante difundida, que as pessoas com deficiência intelectual seriam eternas crianças, cabendo inclusive a esterilização involuntária e irreversível. Aos poucos vem sendo reconhecido que a repressão sexual e amorosa reduz suas oportunidades de relacionamento com jovens do outro sexo, presentes nas regras institucionais, levando-as a pensar que casamento, filhos e vida sexual ativa não é para elas. Este problema toca não apenas pessoas com deficiência intelectual, mas pessoas com outras deficiências, o que demandou uma análise específica sobre direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, que foi amplamente debatida na Referência Técnica sobre o tema. (CFP, 2025e)¹¹.

Vale adiantar que numa perspectiva atual, fundada no modelo social da deficiência, se existir de fato alguma contraindicação para que uma pessoa com deficiência possa se casar, isso deve ser discutido abertamente com ela. É importante que elas tenham consciência das limitações, mas que recebam educação sexual adequada, bem como oportunidades de socialização e de ter relações amorosas. A deficiência intelectual não traz consigo deficiências afetivas e essas pessoas são capazes de sentir amor, desejo, raiva, ciúmes, medo e insegurança, que são afetos que participam de uma relação amorosa. Isso não significa que elas não precisem de ajuda especializada e orientação, como qualquer jovem com e sem deficiência. É ainda preciso sublinhar que muitas pessoas sem deficiência intelectual também podem ter chances limitadas de educar seus filhos e não ter condições de sustentá-los, mesmo com alto nível

¹¹ Para consultar as diretrizes éticas e técnicas na íntegra, acesse a página oficial das *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos* no portal do CREPOP: <https://crepop.cfp.org.br/publicacoes/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologasos-em-politicas-publicas-de-direitos-sexuais-e-direitos-reprodutivos-2025/>.

educacional e financeiro (WOLFENBERGER, 1972). Isso evidencia que quando o princípio é aplicado a pessoas com deficiência intelectual, devemos reconhecer que se trata de uma prática discriminatória e capacitista.

Autismo (TEA)

Termos corretos: *pessoa com autismo, autista, pessoa do espectro autista*

O Ministério da Saúde reconhece que o Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma condição do desenvolvimento do cérebro que afeta a comunicação, a interação social e os comportamentos. O termo “espectro” indica que o autismo se manifesta de formas diferentes em cada pessoa, necessitando menor ou maior apoio no seu dia a dia. Ao longo das décadas, o TEA passou por diferentes classificações: inicialmente relacionado à esquizofrenia infantil, foi reconhecido nas décadas de 1970 e 1980 como um transtorno do neurodesenvolvimento, com múltiplos níveis de intensidade e apresentações clínicas. (BRASIL, s.d.).

Segundo o modelo social da deficiência as intervenções para as pessoas com transtorno do espectro autista precisam ser acompanhadas por ações mais amplas, tornando ambientes físicos, sociais e atitudinais mais acessíveis, inclusivos e de apoio. Algumas pessoas com transtorno do espectro autista podem viver de forma autônoma, mas outras têm graves incapacidades e necessitam de cuidados e apoio ao longo da vida.

Fazem parte do espectro o autismo de alto funcionamento (antes chamado de Síndrome de Asperger) e de baixo funcionamento. No autismo de alto funcionamento, é comum que o diagnóstico seja tardio. Embora algumas pessoas ainda falem de autismo leve, moderado e severo, hoje a terminologia correta é autismo de nível 1, nível 2 e nível 3 de suporte. Tal denominação não se refere ao potencial da pessoa com autismo, mas ao grau de apoio necessário no momento.

- **Nível 1 de suporte** – Crianças, adolescentes e adultos possuem autonomia, bem como linguagem e cognição preservadas. Enfrentam alguns desafios funcionais na interação social, comunicação e apresentam rigidez comportamental e podem ter dificuldade para iniciar

e manter conversas e compreender regras sociais implícitas. Pode haver desafios para entender nuances na conversação. Do ponto de vista sensorial, podem apresentar baixa tolerância a ruídos, luzes ou texturas. O autismo pode ser relativamente invisível, sendo os sintomas semelhantes a uma timidez aparente.

- **Nível 2 de suporte** – Os sintomas são semelhantes às do nível 1, mas manifestam-se com maior intensidade. Há necessidade de maior apoio nas atividades diárias, maior limitação na comunicação verbal e não verbal e há maior rigidez comportamental. Compreende e fala frases simples e tem compreensão restrita de regras sociais. Possuem alta rigidez cognitiva e dificuldade com mudanças na rotina, além de apresentar comportamentos repetitivos. Quanto ao suporte, necessita de mediação na escola, trabalho ou ambientes sociais. É possível que a pessoa adquira algum grau de autonomia, mas o autismo é mais facilmente perceptível, mesmo com suporte.
- **Nível 3 de suporte** – Há necessidade de suporte em atividades diárias, comunicação e interação social. Geralmente apresentam fala funcional limitada ou inexistente, comportamentos repetitivos intensos, alta rigidez mental e resistência significativa a mudanças. Por vezes utilizam métodos alternativos de comunicação por gestos ou tecnologias assistivas. Apresentam estereotípias acentuadas e alta necessidade de rotina. Possuem menor autonomia, necessitando de suporte constante para higiene, alimentação e atividades da vida diária. Situações de desregulação são mais frequentes e intensas. Requer suporte e intervenção com equipe multiprofissional.

É preciso enfatizar que cada pessoa com autismo apresenta uma configuração específica, não possuindo necessariamente todos os sintomas elencados em cada grau de suporte. É também importante ressaltar que nem todos os autores concordam com esta classificação em graus de suporte. Nesta direção, Nicolau e Assis (2023) questionam sua utilização para classificar o autismo, argumentando que todas as pessoas no espectro precisam de suporte,

apoio e cuidado, e que essas necessidades variam ao longo da vida em cada pessoa com autismo.

Uma psicóloga entrevistada defende a necessidade de desmistificar a existência de conhecimentos pré-existentes que possam servir de receita para trabalhar com crianças do TEA. Ela questiona uma pergunta feita por uma professora, que afirma que nunca teve um aluno autista: “Como é que funciona?”. A psicóloga responde:

Olhe, você pode ter 20 alunos com TEA, mas cada pessoa com TEA é uma pessoa única, assim como as outras pessoas com deficiência. Você vai ter que observar, potencializar, você vai ter que observar atividades nas quais ele melhor se desenvolve. (Nordeste)

Na década de 1990, também conhecida como a década do cérebro, o campo do ativismo autista se articulou como um movimento em favor da consideração do autismo no campo da neurodiversidade, e não como deficiência. O conceito de neurodiversidade inclui funcionamentos cerebrais neurotípicos (quando o desenvolvimento neurológico ocorre dentro dos padrões e da média esperada pela sociedade) e neurodivergentes (pessoas cujo cérebro funciona de modo diferente do padrão social esperado). Os cérebros comportam variações, são diferentes. Este movimento foi protagonizado sobretudo pelas pessoas com Síndrome de Asperger e outras formas de autismo de alto funcionamento, ou seja, da extremidade alta do Transtorno de Espectro Autista - TEA (VIDAL; ORTEGA, 2019). Ele faz parte da história dos movimentos sociais em defesa das pessoas com deficiência (CHARLTON, 2000; CORKER, FRENCH, 1999; CORKER, SHAKESPEARE, 2004; DAVIS, 1995; SHAPIRO, 1993).

Nesta perspectiva, o autismo se distingue de algo a ser tratada e possivelmente curada, mas uma especificidade humana que precisa ser reconhecida e respeitada como tal. Esta colocação leva à ideia de uma identidade da pessoa neurodivergente, que as distingue das pessoas neurotípicas. Sua conexão neural é diferente, mas não deve ser dita “anormal”. O movimento em defesa de uma identidade autista caminha de mãos dadas com a cerebralização de sua condição. A identidade autista não é um conceito médico, mas de cunho sociológico. Neste contexto, o sofrimento não é causado pela neurodivergência em si, mas pela falta de aceitação pela sociedade. Daí a

busca de reconhecimento dos autistas como um grupo social minoritário (VIDAL, ORTEGA, 2019).

Neste momento, há um movimento pelos direitos das pessoas com deficiência que enfatiza a importância de levar em conta e valorizar as experiências e as narrativas dessas pessoas. Tal movimento concorre para a afirmação da legitimidade da experiência autista. Ao celebrar a positividade de sua identidade pautada numa configuração cerebral neurodivergente, as pessoas autistas buscam se libertar do poder médico, mantendo a justificativa para reivindicar direitos e compensações. Sua diferença deve ser acolhida e respeitada, em seus próprios termos, em uma sociedade diversa. A ênfase na cura seria desrespeitosa com o modo de vida das pessoas autistas.

Tem se tornado cada vez mais comum entender o autismo como uma forma de diferença, em vez de um transtorno. Esta nova perspectiva tem sido atribuída ao trabalho recente de escritores autobiografistas autistas e autodefensores autistas associados ao movimento da neurodiversidade, que estão fornecendo uma espécie de infraestrutura linguística para apoiar a personalidade autista. As disputas entre esses campos opostos - o autismo como deficiência e o autismo como neurodivergência - envolvem lutas jurídicas e planos de saúde, que querem se livrar dos tratamentos de alto custo (NICOLAU; GESSER; MORAES, 2025).

Há muitas controvérsias em torno da caracterização do autismo como doença e deficiência. É preciso reconhecer que há interesses comerciais associados aos defensores da neurodiversidade, que surge como uma boa justificativa para a recusa em subsidiar tratamentos longos e caros. Neste sentido, muitas famílias e profissionais da área defendem que o autismo é uma doença e deve ser tratado como tal. “Meu filho tem autismo, não é autista”. Por sua vez, os ativistas da neurodiversidade afirmam que a condição do autista pode ser mais ou menos positiva, mas é fonte de orgulho, sendo parte integral de sua identidade.

Enfim, o campo é complexo e comporta nuances. Nem todos os ativistas autistas apoiam a neurodiversidade e nem todos os pais se opõem ao movimento do ativismo. Isso significa que há todo um campo de controvérsias. A disputa não se reduz a duas posições polarizadas, mas existem antagonismos no interior dos grupos e diversas combinações. Assim como os surdos falam de

uma cultura surda (PADDEN; HUMPHRIES, 2006), já é possível perceber a ideia emergente de uma cultura autista que está sendo construída em sites na internet, reunindo autistas em grupos, redes sociais, blogs e salas de bate papo.

Por um lado, ver a si mesmo como um sujeito cerebral fortalece a sensação de identidade e pode ajudar a eliminar o estigma social com frequência associado à patologia mental. Por outro lado, contudo, pode solipsisticamente estreitar a noção do que é ser uma pessoa. Assim, esses são os dilemas e controvérsias do movimento da neurodiversidade. A busca de seus membros por comunidade e relação está em tensão com sua própria política identitária reducionista, na qual self e diferença são fruto da mecânica do cérebro. (VIDAL; ORTEGA, 2019, p. 230).

Nicolau e Assis (2023) defendem que a discussão deve ser colocada em termos de um movimento que luta pela descolonização do autismo. A abordagem farmacológica, psiquiátrica e as terapias de conversão são processos de colonização que violentam autistas e outras neurodivergências. “O DSM e o CID são essencialmente documentos que colonizam o autismo, por meio da patologização e da nomeação deste como transtorno” (NICOLAU; GESSER; MORAES, 2025, p.9). A isso se segue a prescrição de intervenções voltadas para a normalização, para que ele deixe de existir como diferença. Segundo as autoras a normatividade dos corpos se vincula ao modelo nazista e colonizador que, de certa forma, colabora para reiterar o modelo médico da deficiência.

A definição e a categorização do autismo foram prejudicadas pelo DSM e pelo CID, o que aumentou o capacitismo e o papel do poder e privilégio na determinação de quem define o que é considerado "normal" ou "anormal". Neste ponto, se coloca a crítica: se estivessem num movimento de validação das narrativas autistas, teriam buscado as pessoas que experimentam essa condição, dando-lhe o protagonismo no que se refere à descrição do que significa viver com essa experiência, em vez de patologizá-la (NICOLAU; GESSER; MORAES, 2025, p.11).

Uma palavra sobre a chamada “indústria do autismo”. No cenário brasileiro atual autoras como Amanda Fernandes et al. (2024) tem falado da existência de uma indústria do autismo. Inspirado no trabalho de Alicia Broderick (2022) o termo busca nomear a presença de um mercado que tem lucrado com o autismo, com clínicas com destinação exclusiva para crianças que têm o diagnóstico de TEA nível 2 de suporte em diante, cursos de formação de pais e profissionais, bem como o desenvolvimento de produtos voltados para este grupo, com fortes estratégias de marketing como vitaminas, acessórios,

eletrônicos, mobília, brinquedos e cordão (FERNANDES et al., 2024; COLLUCCI, 2024). A referida indústria aponta para novas formas de colonização do autismo por meio da utilização da deficiência como uma forma de lucro, de tentativa de cura e conserto, em vez de acolhimento e desenvolvimento de políticas públicas de acessibilidade e inclusão eticamente cuidadosas aos autistas. No entanto, a referência a uma indústria do autismo pode trazer problemas para as pessoas com autismo no que diz respeito ao reconhecimento de seus direitos e à validação de seu discurso. Trata-se de um problema aberto e pleno de controvérsias. Nesta medida, é preciso estarmos atentos e acompanharmos as discussões atuais, levando em consideração tanto os estudos científicos quanto as narrativas das pessoas com autismo.

Deficiência psicossocial

Termos corretos: *pessoa com deficiência psicossocial, pessoa com deficiência por sofrimento psíquico ou por transtorno mental.*

A categoria “deficiência psicossocial” foi acrescentada às categorias tradicionais de deficiência no texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificada com equivalência de emenda constitucional (BRASIL, 2009a; MELLO, 2015). Sasaki (2010) afirma que quando uma pessoa apresenta impedimentos de natureza mental (saúde mental), ela é considerada uma pessoa com deficiência psicossocial. Contudo, nem toda pessoa que tem um transtorno mental é considerada uma pessoa com deficiência psicossocial. A pessoa com deficiência psicossocial seria aquela com sequela de transtorno mental, ou seja, uma pessoa cujo quadro psiquiátrico já se estabilizou e não mais oferece perigo para ela ou para outras pessoas (SASSAKI, 2010).

O termo “sequela”, utilizado pelo autor, por ser bastante pejorativo, já não parece mais adequado para a definição deste tipo de deficiência. Assim, entendemos que a pessoa com deficiência psicossocial tem um transtorno mental que, mesmo após estar estabilizado pelo uso de medicação e de acompanhamento multiprofissional, continua gerando limitações em funções mentais e/ou de funcionalidade na relação com o mundo e com as outras pessoas. Essas limitações levam a pessoa a enfrentar barreiras, que prejudicam sua participação na vida social. Ou seja, as pessoas com deficiência

psicossocial se diferenciam daquelas que têm transtorno mental pelo caráter permanente dos impedimentos de natureza mental que, na interação com o ambiente, produzem barreiras. Para a diferenciação, pode-se realizar a avaliação biopsicossocial no modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que identifica os aspectos transitórios ou permanentes das limitações e seus impactos na funcionalidade da pessoa.

Pela perspectiva da Assistência Social, Abreu, Vilardo e Ferreira (2019) apresentam uma definição atual do termo deficiência psicossocial. Trata-se de:

[...] um problema nas funções mentais de um indivíduo, que podem ser uma ou mais limitações das capacidades de consciência, aprendizado, interação social, temperamento, energia e impulso, estabelecimento de vínculos, personalidade, atenção, memória, concentração, linguagem, percepção, conforme a classificação das funções mentais pela CIF. O indivíduo com transtorno mental de caráter crônico e persistente enfrenta barreiras que limitam sua participação plena em situação de igualdade na sociedade, sendo considerado pessoa com deficiência psicossocial com base na pela Convenção Internacional de Direitos das Pessoas com Deficiência e pela LBI. São pessoas com agravos funcionais e intelectuais que resultam no comprometimento na sua capacidade de desempenho e participação em atividades (ABREU; VILARDO; FERREIRA, 2019, p.193).

Tais transtornos têm o estatuto de deficiência quando causam impedimentos de longo prazo nas atividades da vida diária, na participação social e no mundo do trabalho. Sasaki (2012) afirma que a inserção da deficiência psicossocial no rol das deficiências foi uma vitória da luta de pessoas com deficiência psicossocial, familiares, amigos, usuários e trabalhadores da saúde mental, provedores de serviços de reabilitação física ou profissional, pesquisadores e ativistas do movimento de vida independente de pessoas em diversas partes do mundo. Todavia, há controvérsias em relação ao termo “deficiência psicossocial”, por este não ter sido proposto pelo movimento da saúde mental. Além disso, a definição proposta por Sasaki pode reforçar práticas de exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Ricardo Lugon Arantes e Analice Palombini (2024),

Ele reproduz a noção de periculosidade do usuário da saúde mental e tenta excluir o ‘louco perigoso’ do guarda-chuva protetivo da Convenção [dos direitos das pessoas com deficiência] incorrendo no ponto nodal com o qual a Reforma Psiquiátrica busca romper: o estigma do louco como perigoso. O louco perigoso, imagem histórica da Psiquiatria tradicional, precisa ser isolado e separado da sociedade. (ARANTES; PALOMBINI, 2024, p. 290)

Enfim, há uma controvérsia colocada, pois, apesar de estudarmos, na formação em Psicologia, o campo da saúde mental e a luta antimanicomial, o que nos permite nos posicionarmos de modo crítico diante da opressão sobre este grupo, este movimento ainda está muito desarticulado dos movimentos das pessoas com deficiência. O antropólogo Bruno Sena Martins (2017) comenta a dificuldade da valorização da deficiência como identidade, que é algo que o movimento da saúde mental já conquistou há muito tempo por meio da valorização das diferenças com movimentos e campanhas que ressaltam a positividade da loucura (o Orgulho Louco, por exemplo). O mesmo não acontece com quem é percebido como pessoa com deficiência, já que quando a diferença se liga à ideia de privações físicas e à experiência de sofrimento, o movimento é facilmente capturável pela patologização. Por mais que pessoas com sofrimento psíquico também possam passar por momentos de privação e serem estigmatizadas e excluídas devido à lógica manicomial, uma deficiência física, sensorial ou intelectual estaria muito mais envolvida pelas noções de falta, problema e incapacidade.

Por outro lado, os limites precisos do que é próprio do campo da deficiência e do que é próprio do campo da saúde mental se revela no cotidiano dos serviços e é narrado pelas(os) psicólogas(os), que se sentem muitas vezes despreparadas(os) e sem o conhecimento adequado para lidar com as situações que aparecem.

Deficiência intelectual a gente ainda tem muita teoria. Seja no campo da Pedagogia, seja no campo da Medicina, da Pediatria. A gente tem para caramba. Mas deficiência psicossocial não. A gente tem pouquíssima. Ai tem até brigas que são de políticas públicas. Porque, por exemplo, (nós) aqui entendemos que a residência inclusiva é para qualquer tipo de deficiência que tenha dependência. A nossa gestão aqui está em uma briga de que quando se trata de deficiência psicossocial não é para a residência inclusiva, é para a residência terapêutica. Porque como ela decorre de um transtorno mental, não tem por que estar no nosso serviço. E assim, quando tem os dois serviços daria para as duas equipes conversarem e ver o que é melhor. Mas quando não existe, fica nessa jogada. Não querem incluir aqui, porque talvez dê um trabalho maior do que deveria. Ou porque não é, e deveria ser lá. Ou também não querem incluir lá, porque eu acho que deveria ser ali. Então, fica essa jogada. É de todo mundo e não é de ninguém (Sul).

Deficiências Múltiplas

Termo correto: *pessoa com múltiplas deficiências*

A deficiência múltipla atinge pessoas com associação de duas ou mais deficiências. Entre as possíveis situações de deficiência múltipla encontra-se a paralisia cerebral ou lesão cerebral adquirida, que podem afetar os movimentos, a visão, a audição e as funções cognitivas, assumindo diferentes configurações. Algumas pessoas com deficiência múltipla adquirem significativa autonomia por meio de tecnologias assistivas, ao passo que outras necessitam de cuidados permanentes em todas as áreas da vida. Devido a essa situação severa, elas são vítimas frequentes de violência, abandono e maus-tratos, necessitando de atendimento especializado nas políticas públicas e muitas vezes nos órgãos de defesa de direitos e mesmo de segurança pública (MAIOR, 2015).

A surdocegueira é um tipo de deficiência múltipla.

Grafia correta: *surdocegueira*

A surdocegueira é uma deficiência que compromete os dois sentidos de percepção a distância: a audição e a visão, causando dificuldades e impedimentos nas relações sociais, educacionais, profissionais, culturais etc. Para as pessoas surdocegas a relação com o mundo quase sempre requer a mediação realizada por outra pessoa, ouvinte e vidente, que tenha informação, treinamento e disponibilidade para facilitar sua conexão com o mundo (REYES, 2004).

Há significativa heterogeneidade no grupo de pessoas surdocegas, a qual depende fundamentalmente de como se deu a perda da audição e da visão, bem como o grau da perda em cada um desses sentidos. A pessoa pode ser cega congênita e ter perda progressiva da audição, ter baixa audição e tornar-se cega por doença ou acidente e assumir diversas outras configurações, que vão determinar as estratégias de comunicação mais efetivas.

No que se refere à comunicação das (e com as) pessoas surdocegas, existe a Libras tátil (Libras na palma das mãos) ou o *tadoma* (a pessoa surdocega coloca sua mão no rosto do interlocutor, com o polegar tocando

suavemente o lábio inferior e os outros dedos pressionando levemente as cordas vocais). Existe também o Braille tátil/manual, o alfabeto manual tátil, a escrita manual em um membro sensível do corpo (mão, braço, costas etc.), a fala ampliada (feita ao pé do ouvido em volume mais alto, além de placas em Braille e outras. Em função da complexidade da comunicação, as pessoas surdocegas muitas vezes vivem em isolamento social e cultural e são sujeitas a maus tratos e violação de direitos.

Na contramão desta situação, Arheta Ferreira de Andrade (2016) narra em sua tese de doutorado uma experiência com arte e expressões artísticas e afirma que sua pesquisa levou a uma constatação fundamental: “pessoas surdocegas são, inicialmente, pessoas completas, que têm um jeito de ser, um modo próprio de perceber e estar no mundo” (p. 21).

Fibromialgia e dor crônica

Termo correto: *pessoa com fibromialgia, pessoa com dor crônica*

A fibromialgia é uma síndrome crônica ligada ao processamento atípico do sistema nervoso. Os sintomas mais comuns são dor generalizada e constante no corpo (músculos e tendões), fadiga extrema, sono não reparador, alterações cognitivas (dificuldade de concentração, lapsos de memória e lentidão de raciocínio) e mudanças de humor (ansiedade/depressão). Afeta principalmente mulheres entre 30 e 55 anos. A partir de janeiro de 2026 passa a valer a Lei nº 15.176/2025, que reconhece a fibromialgia como condição passível de enquadramento como deficiência no Brasil. A medida caracteriza o reconhecimento social da dor crônica e fortalece o debate sobre inclusão, acessibilidade e a efetivação de direitos para pessoas que convivem diariamente com a doença. Para ser reconhecida como deficiência, é necessário demonstrar que a doença compromete de forma significativa atividades do dia a dia — como trabalho, mobilidade ou autocuidado. A lei prevê a apresentação de laudo médico e a realização de avaliação biopsicossocial por equipe multiprofissional, que considerará aspectos biológicos, psicológicos e sociais da condição.

4.5 Um breve balanço

Conforme dissemos no início deste eixo, o contorno do campo da deficiência é sempre aberto. Por vezes a deficiência é uma espécie de conceito guarda-chuva, porque reúne as lesões corporais, as limitações de atividades e as restrições na participação. Mas o ponto fundamental aqui é que a deficiência passa a estar atrelada a uma experiência social e política de opressão, não sendo sinônimo de lesão corporal. Vale mais uma vez lembrar que devemos preservar a abordagem interseccional de todas as deficiências, levando em conta sua articulação com os demais marcadores sociais de opressão que configuram seus corpos e subjetividades.

As fronteiras do campo da deficiência são redefinidas por mudanças na legislação. No Brasil, hoje está em curso um projeto de lei que inclui doenças raras, artrite reumatóide e lúpus no rol das deficiências, garantido os mesmos direitos constitucionais (como o BPC), em função dessas pessoas também apresentarem impedimentos de longo prazo, que as impede de trabalhar e garantir seu próprio sustento. De modo indissociável, as fronteiras do campo possuem também uma natureza política. Um exemplo é o campo da surdez. No Brasil, até a década de 1980 a surdez foi entendida como sinônimo de deficiência auditiva, quando uma parte da comunidade surda começa a questionar sua condição de deficiência, buscando se definir como uma comunidade que fala uma outra língua. Movimento semelhante vem mais recentemente acontecendo com as pessoas autistas, criando também um campo de controvérsias e divergências, envolvendo autistas de diferentes graus de suporte e familiares. Movimentos da mesma natureza começam a surgir entre as pessoas com deficiência intelectual. É preciso reconhecer que existem variações por vezes sutis entre pessoas com e sem deficiência. Há também diferenças entre os movimentos, mas o ponto comum é colocar como problema se o conceito de deficiência as define e/ou esgota ou limita seu campo de possibilidades e oportunidades.

Vale notar também que o diagnóstico das diferentes deficiências é sempre baseado no CID, nos parâmetros e vocabulário biomédico. Enfim, o modelo biomédico ainda predomina nos laudos e diagnósticos, que são importantes por abrirem as portas para a garantia de direitos. Graziela

Figueiredo (2025, p. 20) aponta: “Mas o que escapa a esse modelo é justamente o que nos constitui como sujeitos: o desejo, o afeto, o movimento, a dúvida”. E continua:

Se o modelo biomédico define o corpo pelo que lhe falta, o modelo social da deficiência nos convida a pensar no que nos é negado. Não é a deficiência em si que isola, mas as barreiras construídas ao redor dela - físicas, simbólicas, afetivas. Quando penso nessa cena [uma criança a quem a mãe nega, por medo, o direito de brincar com outras crianças], percebo como minha trajetória é feita de encontros e recusas como essa. E, principalmente, de uma constante negociação entre o que esperam que meu corpo seja e aquilo que ele, de fato, é. A deficiência, então, não é algo fora de mim. É parte de mim, sim, mas não me resume. Ela caminha comigo, se transforma comigo, se reinventa comigo. E talvez seja justamente por isso que insisto em escrever: para que minha história não seja apenas um caso clínico, mas um testemunho vivo do que é existir fora da norma e, ainda assim, inteira.

E continua:

Susan Wendell (1996) relata que o modelo biomédico não dá conta da experiência da deficiência, pois desconsidera o sofrimento simbólico, as violências cotidianas e o direito de existir com diferença. Como também pontua Fiona Kumari Campbell (2009), o capacitismo naturaliza a deficiência como ausência, como perda, como limite, e assim tenta nos reduzir a isso. (FIGUEIREDO, 2025, p.20)

Após esta apresentação das diferentes deficiências, que de modo algum tem a intenção de esgotar o tema, é preciso destacar o compromisso ético-político da Psicologia com a defesa dos direitos humanos, o enfrentamento do capacitismo e a redução das desigualdades sociais, reconhecendo as pessoas com deficiência como sujeitos de direitos, protagonistas de suas trajetórias e participantes ativos nos processos decisórios que envolvem suas vidas. Nesse sentido, a atuação psicológica é compreendida como prática implicada na transformação social e na construção de relações mais justas e inclusivas.

No dia a dia de psicólogas e psicólogos, os atravessamentos institucionais, técnicos e éticos impactam o trabalho profissional, bem como as demandas dirigidas à Psicologia por pessoas com deficiência, por suas famílias, cuidadores, profissionais e comunidades. Nesta medida, é importante insistir que é preciso ter uma atenção aberta e sensível, jamais se deixando limitar pelo diagnóstico biomédico e sempre pautando nossa atuação profissional numa perspectiva territorial, cultural e interseccional, reconhecendo a complexidade

das realidades vivenciadas pelas pessoas com deficiência nos diferentes contextos.

Vale ressaltar também a importância da atuação interdisciplinar e intersetorial das(os) psicólogas(os), compreendendo o trabalho em equipe multiprofissional e a articulação entre políticas públicas como elementos centrais para a construção de práticas integradas e eficazes. Sempre devemos ter presentes que a prática psicológica em políticas públicas deve ser orientada pelos princípios de inclusão, equidade, acessibilidade, autonomia, participação social e respeito à diversidade, reafirmando a posição do CFP de uma atuação comprometida com a ética, a justiça social e a garantia de direitos. É preciso nos darmos conta de que a Psicologia tem um papel estratégico nas equipes multiprofissionais, devendo assumir sua importante contribuição para a escuta, a singularização do atendimento, a proteção social e a garantia de direitos das pessoas com deficiência.

É preciso insistir que o quadro que apresentamos nesta Referência Técnica busca refletir a situação atual, trazendo as tensões e controvérsias do campo, estando sujeita a mudanças ao longo do tempo.

5. EIXO 3: A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: SAÚDE, REABILITAÇÃO, EDUCAÇÃO E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Tomando como base as entrevistas realizadas com psicólogas e psicólogos que atuam em políticas públicas, discutiremos neste Eixo 3 as atribuições e os limites encontrados no cotidiano da atuação profissional. Este eixo trata da atuação concreta da(o) psicóloga(o) nas diferentes políticas, serviços e unidades de atendimento, analisando o sentido institucional desses espaços no âmbito das políticas públicas e os desafios que atravessam o cotidiano profissional. As políticas públicas são constituídas por um conjunto de ações articuladas, programas, projetos e decisões tomadas pelos diferentes níveis de governo para garantir direitos para as pessoas em seus diferentes grupos e composições. É o que o governo decide ou não fazer em função de problemas identificados. No caso, vamos analisar as políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência, sublinhando a importância do olhar de psicólogas e psicólogos para as necessidades e realidades específicas deste grupo, levando em conta que as subjetividades de todas as pessoas que buscam os serviços são sempre singulares.

É importante sublinhar a importante continuidade da luta para incluir a deficiência como um marcador social prioritário nas políticas públicas. Nesta Referência Técnica buscamos contemplar as diretrizes que orientam a prática e a organização do trabalho, compreendendo a atuação psicológica a partir das finalidades dos serviços, de seus marcos institucionais e do compromisso com a garantia de direitos das pessoas com deficiência.

Buscamos discutir também o papel e a função das unidades de atendimento no interior das políticas públicas, considerando sua inserção na rede de proteção social e sua articulação com a promoção da autonomia, da inclusão e da participação social das pessoas com deficiência. Nesse contexto, a atuação da(o) psicóloga(o) é parte de um trabalho coletivo e institucional, voltado

à efetivação de direitos e à qualificação das respostas oferecidas às demandas da população.

A partir das entrevistas realizadas pelo CREPOP/CFP abordaremos as atribuições e práticas profissionais incluindo ações de acolhimento, acompanhamento psicossocial, intervenções individuais e coletivas, orientação a famílias e cuidadores, bem como a articulação com a rede de serviços e demais políticas públicas. Essas práticas são analisadas à luz de seus objetivos, limites e responsabilidades éticas, considerando a centralidade da pessoa com deficiência como sujeito de direitos e protagonista de sua trajetória.

Buscaremos analisar as implicações das diferentes deficiências na organização do trabalho profissional, destacando a necessidade de garantir acessibilidade física, comunicacional, metodológica e atitudinal nos serviços, na direção de uma atuação anticapacitista. Discutiremos também a importância de garantir a acessibilidade nos processos de atendimento, avaliação psicológica e produção de documentos, de modo a assegurar práticas éticas, qualificadas e compatíveis com os princípios da inclusão e da não discriminação.

As entrevistas buscam também escutar psicólogas(os) acerca das limitações institucionais, das fragilidades da rede de atendimento, das pressões normativas e dos efeitos do capacitismo institucional sobre a prática psicológica. Essas questões são compreendidas como elementos estruturais que demandam posicionamento crítico da categoria, bem como estratégias de enfrentamento coletivas e institucionais.

Buscamos sublinhar a importância do planejamento, da gestão do trabalho e da atuação em rede, orientados pelas características do território e pelas demandas da população atendida, a articulação intersetorial como condição fundamental para a integralidade do cuidado e para a efetividade das ações, diretrizes para a atuação profissional que reafirmam práticas éticas, não discriminatórias, interdisciplinares e socialmente referenciadas, oferecendo subsídios para o planejamento, a avaliação e a qualificação contínua dos serviços e da atuação da Psicologia junto às pessoas com deficiência.

O enfrentamento ao capacitismo será examinado do ponto de vista macropolítico (legislação, resoluções, direitos) e micropolítico (plano das relações, produção de subjetividades, políticas cognitivas, controvérsias, multiplicidade de narrativas). Buscaremos ainda delimitar as atribuições

profissionais, os limites legais e os referenciais éticos que orientam a atuação das(os) psicólogas(os) nas políticas públicas junto às pessoas com deficiência.

5.1 Saúde e Reabilitação

Neste eixo, apresentamos os serviços da área de Reabilitação juntamente com os da área de Saúde. Ambas se encontram articuladas no Sistema Único de Saúde (SUS), o que em princípio traz vantagens em termos da unificação da rede de atendimento e cuidados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

A RCPD tem como objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, articulados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e oferece ações e serviços de saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes. A RCPD organiza-se de forma integrada com os serviços da Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Ambulatorial, Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência. Na Atenção Especializada Ambulatorial conta com psicólogos nos Centros Especializados em Reabilitação (CER II, CER III ou CER IV) O atendimento nos serviços da RCPD deve ser realizado de forma articulada, por meio da elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja construção envolve toda a equipe multiprofissional, usuário, familiares e acompanhantes, de forma matricial na rede de atenção, quando couber, com base na avaliação biopsicossocial.

Conforme veremos adiante, a proximidade da área de Reabilitação com área de Saúde é interessante, mas também evidencia problemas e configura limites ao próprio conceito de reabilitação. O modelo biomédico, que leva à identificação equivocada entre deficiência e doença, bem como entre deficiência e lesão, ainda parece ser predominante no campo da Saúde e concorre para uma concepção de reabilitação limitada à dimensão funcional (LIMA; LIBERMAN; POZZANA; KASTRUP, 2016). Atualmente algumas perguntas interessantes e provocadoras têm sido colocadas ao campo da Reabilitação, ecoando e reverberando no trabalho de psicólogas(os) que atuam com pessoas com deficiência em políticas públicas. Como os processos de reabilitação são experimentados e incidem na vida das pessoas com deficiência? Como modulam suas expectativas, desejos, condições e projetos de seguir adiante? O

problema que precisa ser colocado é que muitas vezes, ao ser acometida por uma condição de deficiência, a pessoa precisa não apenas de um processo de adaptação funcional, mas esta deve vir acompanhada de uma reinvenção existencial mais ampla (SACKS, 1995; 2013; KASTRUP, 2016). Algumas das discussões atuais em torno da ampliação do conceito de reabilitação serão desenvolvidas adiante.

De modo geral, a área de Saúde parece não se identificar com o campo da deficiência. Não é incomum as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) encaminharem a pessoa com deficiência, já no momento do acolhimento, para unidades de Reabilitação, como se esses fossem os espaços de referência para elas. Segue o relato de uma psicóloga entrevistada: *Em geral os profissionais de saúde não têm uma visão ampliada da deficiência: mandam para o setor de reabilitação. (Sudeste).*

Ainda sobre a área de saúde, chama a atenção o trecho que destacamos abaixo, extraído do relatório do CRP SP 06:

Mesmo com 400 Unidades Básicas de Saúde encontradas no levantamento de campo, nenhuma profissional da Atenção Básica respondeu a convites para participação na pesquisa — nem convites pessoais, nem aos serviços. Em relação às respondentes do formulário de interesse do CFP, todas as psicólogas que assinalaram a atuação na Saúde estavam se referindo à área da Reabilitação. É um dado importante para pensarmos e investigarmos: se existe uma questão de falta de identificação das profissionais com a temática, e se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é discutida na Atenção Básica.

Um serviço que caracteriza a estreita interligação das áreas de Saúde e Reabilitação é o Centro de Referência Especializado (CRE), onde a Psicologia faz parte da equipe multidisciplinar. A sigla CRE III, com o numeral romano, refere-se a uma unidade de saúde especializada, que possui também interface com a Assistência Social no cuidado de pessoas com deficiência. É um centro especializado em Reabilitação, estando, nesta medida, entre a área de Saúde e de Assistência Social.

No SUS, a maioria das(os) psicólogas(os) realiza atividades de acolhimento, atendimento individual ou em grupo, de pessoas com deficiência ou de familiares e acompanhamento dos casos. O atendimento anticapacitista é pautado no acolhimento, formação de vínculos e escuta ativa às singularidades e demandas específicas. Dentre as atividades desenvolvidas por psicólogas e

psicólogos na área de Saúde destacam-se as reuniões da equipe multiprofissional e a construção do Plano de Desenvolvimento Singular (PDS), o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) o plano Terapêutico Singular (PTS). Tais atividades estão bastante presentes nas narrativas das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os).

Como foi dito, parece que a área de Saúde ainda tem dificuldade de acolher o usuário com deficiência. Logo de saída ele é encaminhado para uma unidade de Reabilitação, como se a pessoa com deficiência não tivesse problemas de saúde, independentemente de sua condição. Dentre as áreas de atuação, é aquela em que ainda se mostra muito presente o modelo biomédico, o que faz com que as atividades das(os) psicólogas(os) estejam, em alguma medida, subordinadas ao médico.

No entanto, o CFP tem insistido no papel estratégico de psicólogas e psicólogos para abrir espaço para sua atuação profissional, como evidencia o trecho da Referência Técnica para atuação de Psicólogas(os) em políticas públicas de direitos sexuais e direitos reprodutivos (CFP, 2025e):

A Psicologia, como profissão da área da saúde que se interessa em diminuir os próprios muros, deve participar desses espaços e atuar no sentido de demandar a participação de representantes das usuárias, assim como contribuir com temas sobre a importância de um modelo de atenção obstétrica que seja efetivamente acolhedor para pessoas com deficiência, transexuais, travestis, adolescentes, lésbicas, não-binárias, negras, indígenas, intersexo, isso é, uma atenção obstétrica que consiga compreender o sujeito naquilo que lhe é singular. (CFP, 2025e)

Há muitos relatos nas entrevistas de atendimentos psicológicos anticapacitistas, orientados pelo modelo social da deficiência. Alguns atendimentos são em grupo (clínicos ou pedagógicos, de usuários, de familiares e grupos de convivência), outros individuais. O trabalho com grupos faz parte desse posicionamento ético-político das(os) psicólogas(os), por meio do qual buscam levar os usuários e familiares a refletirem sobre o capacitismo, que muitas vezes habita as pessoas sem que elas se deem conta. As(os) psicólogas(os) buscam trabalhar o entendimento da dimensão coletiva da deficiência e politizam o problema, articulando com a garantia de direitos e da cidadania.

Alguns desses relatos destacam que o trabalho em grupo com pessoas com deficiência e familiares tem como um de seus objetivos desindividualizar o

marcador da deficiência, deslocando seu entendimento como um uma tragédia pessoal ou como problema meramente individual que pode e deve ser superado. No lugar do discurso da superação, o atendimento anticapacitista estimula a proximidade e a troca de experiências entre familiares e entre pessoas com deficiência, estimulando o empoderamento e o enfrentamento das barreiras sociais e institucionais.

Uma entrevistada que atua na área de Reabilitação avalia que a melhora do usuário com deficiência é no sentido de desenvolver autonomia. Considera que mesmo pessoas com pouca independência nas atividades cotidianas podem ter autonomia:

Então a gente pensa em independência como a possibilidade de fazer sozinho e autonomia como a possibilidade de escolher. Então ele pode não conseguir se vestir sozinho, ele precisa de alguém que vista a roupa nele, mas ele pode escolher que roupa quer colocar (...) A gente tem um paciente tetraplégico que trabalha em uma empresa, ele consegue trabalhar e produzir intelectualmente, mas ele precisa que alguém leve, que alguém busque, que alguém movimente a cadeira lá dentro. (Sudeste)

Neste relato há nitidamente um compromisso com a construção da autonomia da pessoa com deficiência, o que não se confunde com ter uma vida independente, morar sozinha ou ter um salário que garanta sua subsistência. Trata-se antes de reconhecê-la na sua capacidade de poder orientar a cuidadora e tomar decisões sobre sua vida. No entanto, nas práticas de cuidado com pessoas com deficiência parece ainda preponderar a heteronomia. O sentido de autonomia ganha uma modulação importante quando entendemos que ela se faz pela suspensão tanto de relações de dependência quanto de independência, sendo construída, caso a caso, momento a momento nas práticas concretas de cuidado.

Chama a atenção o relato de uma psicóloga que é mãe atípica, com uma filha com Síndrome de Down. Ela trabalha com grupos de mães e afirma que atua junto às mães. *Eu digo “mães”, porque a maioria dos pacientes são levados para o serviço por mães; os pais, eles são um pouco ausentes desse momento, né?* Aparece nessa fala a relação entre gênero e cuidado, como se não fosse papel dos pais se ocupar dessa rotina. Nesta configuração aparece também o quanto as relações de gênero podem ser opressivas e desiguais, fazendo com que o serviço seja a única rede de apoio para essa mãe de uma criança com deficiência.

Na área de Saúde e na área de Reabilitação é importante ressaltar que a política do SUS é baseada no atendimento dos usuários pelas equipes multiprofissionais, onde nem sempre a ênfase recai sobre a separação de funções dos profissionais que a compõem. O trabalho é multiprofissional e prevalece uma concepção transversal de saúde, que se verifica no atendimento dos usuários na ponta dos serviços. Como veremos, isso impacta o trabalho das(os) psicólogas(os), que se sentem envolvidas/os com rotinas e funções que lhes parecem fora de sua atribuição.

Diversas(os) psicólogas(os) destacaram entre suas atividades as reuniões da equipe multiprofissional, nas quais são discutidos os casos dos usuários atendidos. A equipe mais ampla é formada por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogas(os), assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. Nem todos os serviços contam com todos esses profissionais e muitos funcionam com uma equipe mais reduzida, a depender do público atendido e da região geográfica onde está localizado.

Os pontos que compõem a rede variam de acordo com a área e as características do serviço. Nos serviços de Saúde algumas(uns) psicólogas(os) demonstraram conhecer a política do SUS e os fluxos da rede, e sabem como acionar outros serviços em caso de necessidade. Por vezes não é a(o) psicóloga(o) que faz o encaminhamento. Neste contexto, causou estranhamento quando uma psicóloga relatou com naturalidade que apenas as assistentes sociais do serviço trabalham com a rede. Ela afirma que dá ênfase ao atendimento psicológico, e não psicossocial. Casos como esses indicam que, mesmo estando ciente do modelo social, algumas(uns) entrevistadas(os)s descreveram uma prática mais alinhada a perspectivas clínicas tradicionais da Psicologia, de vertente individualista.

Na Reabilitação várias(os) entrevistadas(os) demonstraram conhecer os fluxos da rede e saber para onde encaminhar usuários e alunos para outros serviços, em caso de necessidade. Os documentos produzidos por psicólogas(os) variam muito em função dos serviços. Na Saúde e Reabilitação prevalecem os prontuários (eletrônicos e impressos), que têm como principal função a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional.

Ampliando o conceito de Reabilitação

No Brasil, a atenção às pessoas com deficiência teve impulso significativo no final da década de 1950, com a implantação do Centro de Demonstração de Técnicas de Reabilitação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), instalados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (LIMA; LIBERMAN; POZZANA; KASTRUP, 2016; MARQUES, 1994; ALMEIDA et al., 2002). Os programas de reabilitação implementados no Brasil foram criados com base em um panorama mundial de propagação da indústria da reabilitação dos países dos Estados Unidos e da Europa para as nações em desenvolvimento, sobretudo os da América Latina, através da instauração de institutos de formação e assistência. (TEDESCO et al, 2006). A Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) foi fundada também na década de 1950, com o objetivo de implantar e desenvolver essa área no país de modo integrado e em consonância com o conceito de reabilitação definido pela OMS: “aplicação de medidas médicas, sociais, educativas e profissionais, a fim de preparar ou readaptar o indivíduo para que alcance a sua integração total na sociedade e possa prover a sua subsistência” (BATISTA, 1988).

A reabilitação surge num momento em que a Medicina, que até o século XVIII referia-se à saúde, havia passado a regular-se pela ideia de normalidade (FOUCAULT, 1998). Está assim “estritamente ligada à noção de normalidade e ao seu contrário, anormalidade. Fazem parte desse mesmo contexto as ideias de função e disfunção, as quais vão nortear o estudo e a concepção das Ciências da Reabilitação”. (TITTANEGRO, 2006). A noção de normalidade e sua aplicação ao corpo humano trazem como imperativo que todos deveríamos, ou pelo menos a maior parte de nós, corresponder à norma. Neste contexto, cria-se assim a ideia de desvio e o problema da pessoa com deficiência (DAVIS, 1995).

Desde seu surgimento, a reabilitação está associada a um método naturalista (observar, descrever, comparar, classificar) no interior do qual as doenças, deficiências e incapacidades são tomadas na qualidade de objeto natural. Não ganhava destaque a discussão de que o corpo das pessoas com deficiência é produzido, social e historicamente, inclusive pelas práticas de diagnóstico, isolamento e institucionalização. Neste contexto, as práticas reabilitativas foram fundadas em concepções negativas da deficiência, que

individualizam a questão numa lógica que enfatiza o caráter de falta, perda ou incapacidade.

Baseado em um raciocínio clínico biomédico, esse modelo de reabilitação, que aqui denominamos de funcionalista, busca a adaptação das pessoas assistidas às demandas de seu ambiente social, produzindo práticas que se voltam para a correção do corpo, dos gestos, dos movimentos e dos comportamentos desviantes, de forma muitas vezes dissociada das vicissitudes da vida cotidiana. Esta reabilitação não tem como foco a relação entre deficiência e contexto social e, por isso, entende a dor do corpo deficiente como individual, colocando cada sujeito preso num confinamento solitário no qual o sofrimento é o único objeto de contemplação. (SIEBERS, 2006).

Como já foi apontado, os estudos da deficiência trazem uma abordagem crítica ao modelo biomédico e ao entendimento das variações humanas como desvios da norma, condições patológicas, déficits, fardo individual e tragédia pessoal (LINTON, 2006). A primeira resposta da reabilitação funcional aos problemas trazidos pelas pessoas com deficiência é em geral um programa de tratamento focado nas incapacidades e que envolve, quase sempre, protocolos e avaliações referentes ao funcionamento considerado normal.

Nesta direção, muitas vezes ficam de fora do âmbito da reabilitação os processos singulares e coletivos de corporificação e de subjetivação. Na maioria das vezes as práticas são padronizadas e não são pensadas a partir da maneira como aquela pessoa efetivamente percebe e se movimenta, ou seja, a partir de sua forma singular de estar no mundo, o que inclui deficiências, capacidades, afetos, desejos, sonhos e sofrimentos. Por outro lado, não são levadas em consideração suas conexões com o mundo, seu território existencial e sua experiência de pertencimento social (LIMA; LIBERMAN; POZZANA; KASTRUP, 2016).

Apontar tais limites na abordagem funcionalista da reabilitação não significa afirmar que a atenção à dimensão singular e coletiva da subjetividade não deva fazer parte do trabalho de profissionais da reabilitação. No entanto, a(o) psicóloga(o) pode e deve assumir o protagonismo no que diz respeito a tais dimensões, evitando que a orientação política fique entregue à sensibilidade e ao estilo que cada membro da equipe multiprofissional imprime a suas práticas.

A lógica da reabilitação remete às ideias de reparação e de recuperação de um estado anterior perdido. Todavia, a experiência de adquirir uma deficiência tem um caráter de acontecimento e de irreversibilidade, tornando praticamente impossível voltar a uma condição anterior. Por outro lado, é possível apostar em práticas capazes de produzir um processo de reinvenção existencial: sair do isolamento, romper a segregação, lidar com o problema que lhe acomete buscando construir bifurcações no vivido, criando novas conexões com o mundo.

O acontecimento que provoca uma deficiência – seja ele um acidente brusco ou um processo de perda gradual - coloca uma exigência de transformação existencial que o conceito de adaptação não dá conta. Não se trata apenas de adaptar-se a uma nova condição. Embora o processo de reinvenção existencial inclua estratégias adaptativas, entendidas aqui como novas soluções para problemas pré-existentes, o acontecimento coloca novos problemas, o que cria também a ocasião para que a vida se reinvente. Para isso, é preciso que a política de reabilitação inclua as ideias de processo, território, acontecimento e diferença.

No Brasil, no contexto de redemocratização do país na década de 1980, a luta das pessoas com deficiência pelos direitos civis gerou importantes conquistas, influenciou a atitude de profissionais da reabilitação e introduziu novos conceitos e abordagens técnicas voltadas para o enfrentamento destas questões. (ALMEIDA et al., 2002; COSTA et al., 2000). A partir daí a reabilitação tem ganhado um novo colorido, que desloca seu eixo. A prática centrada no corpo individual dá lugar a práticas que visam reabilitar os espaços vividos, como a comunidade e a cidade (CASTRO, 2001). Emerge, assim, uma nova noção de reabilitação com ênfase nas ações territoriais que têm como sentido principal a promoção da participação na vida social e a construção dos direitos substanciais (afetivos, relacionais, materiais, habitacionais, produtivos e culturais) das pessoas com deficiência. (COSTA et al, 2000; OLIVER, 2003).

Oliver Sacks (2013) afirma que o conceito de reabilitação é insosso e que o verdadeiro desafio é trazer a pessoa de volta à vida. Não basta que ela aceite sua condição de pessoa com deficiência e se adapte ao ambiente; é preciso a reinvenção de si e do mundo. É preciso também confiança no novo mundo que será aos poucos criados pelas articulações com pessoas e objetos.

Trata-se de experimentar outros modos de viver, outra temporalidade, exercitando dia após dia uma atitude política de resistência ao capacitismo. O que se coloca é um processo intenso de produção de subjetividade, que não envolve apenas a dimensão funcional do corpo e da cognição. Para recuperar a liberdade e a autonomia é preciso se articular com o mundo e seguir as bifurcações que se apresentam. Habilitando um plano de virtualidades e potências latentes, outras formas de vida podem advir. Isto não significa que a reabilitação funcional não tenha um papel fundamental para uma pessoa que adquire uma deficiência, mas é preciso sublinhar que o processo de aprendizagem e o uso de novas tecnologias produzem articulações com o mundo e consigo mesmo.

Há uma dimensão política das práticas de reabilitação, que não deve ser desconsiderada. Como aponta Laura Pozzana (2013) às práticas de reabilitação podem trazer consigo uma política adaptacionista, que leva à restrição de território existencial. No caso das pessoas com deficiência visual, o aprendizado de técnicas de Orientação e Mobilidade e de uso da bengala facilitam muito o deslocamento na cidade. No entanto, a ênfase nos perigos da cidade e, mais ainda, num mundo que é em si mesmo perigoso, pode produzir corpos tão disciplinados que, para se proteger dos imprevistos, evitam experimentar e correr riscos. Por outro lado, não há como se deslocar na cidade sem correr riscos. Então, é preciso cultivar a confiança em si e no mundo. Neste sentido, o conceito de reabilitação funcional não é capaz de cobrir o campo problemático das dificuldades enfrentadas pela experiência da deficiência. A dimensão funcional da vida é importante, mas não esgota um processo que é multidimensional e bem mais complexo. Contudo, é possível perceber que as práticas de reabilitação, quando orientadas por uma política de expansão da vida, são por vezes mais potentes que o próprio conceito de reabilitação, transpondo seus limites.

Os dispositivos técnicos especializados não devem ser entendidos como meros recursos adaptativos que permitiriam recuperar funções e atividades comprometidas pela deficiência. Por sua vez, a abordagem funcionalista assume muitas vezes um enfoque conservador, individualista e normalizador. É preciso perguntar: que política atravessa as práticas de reabilitação? Elas podem fazer crescer, desenvolver, cultivar, enriquecer, ampliar o mundo, ou fixá-lo e

empobrecê-lo. Os mundos criados podem ser povoados ou vazios, selvagens ou burocraticamente ordenados, acolhedores, fechados ou hostis.

Em suma, é preciso trabalhar com pessoas com deficiência tendo em mente a ampliação do conceito de reabilitação e sobretudo práticas que tenham como horizonte e como desafio a retomada de uma vida, o que envolve não apenas adaptação, mas movimentos inventivos articulados a partir de uma rede de agentes humanos e não humanos, mobilizando vetores materiais, tecnológicos, cognitivos e afetivos. A reabilitação funcional, portanto, é apenas uma parte de um processo mais amplo de reinvenção existencial.

5.2 Educação

A área de Educação é regulamentada pela Lei Brasileira de Inclusão (LBI), que garante o direito à educação, permanência, participação e aprendizagem de crianças com deficiência em escolas regulares, na perspectiva da educação inclusiva, em todos os níveis e modalidades de ensino. Ela vale não apenas para a educação pública, mas também para as instituições de ensino privadas, que devem obrigatoriamente seguir as diretrizes da lei e não podem cobrar valores extras por isso. A área apresenta diferenças quando a atuação de psicólogas (os) é voltada para o apoio a professores e alunos com deficiência nas escolas da Educação Básica (Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio), nas Secretarias Municipais e Estaduais de Educação e na Educação Superior.

Na Educação Básica as discussões estão concentradas no problema da inclusão escolar e seus desafios. É previsto um acompanhamento individualizado, com a definição de um Plano de Desenvolvimento Individual (PDI) para cada aluno. Trata-se de um avanço significativo para a inclusão nas escolas regulares, pois até 2015 não existia uma diretriz na legislação brasileira que garantisse essa atenção aos alunos com deficiência. No entanto, nem sempre o trabalho de psicólogas e psicólogos é baseado no PDI. Por outro lado, a ênfase no atendimento individualizado é por vezes tomado como realizar um atendimento voltado apenas para o indivíduo, retornando à perspectiva

individualista do modelo biomédico, que o modelo social da deficiência busca problematizar.

É preciso lembrar que tomando como base o modelo social, as práticas inclusivas devem contemplar a dimensão coletiva da deficiência. Nesta medida, a presença do aluno com deficiência na Educação Básica deve sempre articular os dois lados da inclusão. O primeiro é a criação de condições para que a criança seja acolhida e possa frequentar a escola regular inclusiva, na medida de suas possibilidades e de seus limites. O segundo diz respeito aos efeitos educativos que a presença de alunas e alunos com deficiência produz no grupo e na escola como um todo. Como afirmou uma das entrevistadas:

Além de apoiar as práticas que são planejadas para o desenvolvimento de cada aluno individualmente, [é preciso] pensar em estratégias coletivas que beneficiem a comunidade escolar. E continua: "Inclusão é você pegar as necessidades individuais e transformar em algo positivo para o grupo (Sudeste).

O problema comentado pela psicóloga entrevistada é muito importante, na medida em há por vezes uma confusão entre basear o trabalho no PDI e respeitar a singularidade de cada aluno e deixar de lado a dimensão coletiva da deficiência. Neste sentido, a psicóloga tem razão em sublinhar que a presença dos alunos com deficiência na escola deve envolver toda a comunidade escolar, composta de crianças e adultos com e sem deficiência. Estar atenta ao fato que o PDI não deve ser entendido como retorno a uma Psicologia individualista.

Há psicólogas(os) que trabalham em Atendimento Educacional Especializado (AEE), um serviço educacional complementar e/ou suplementar ao ensino regular, que tem como objetivo eliminar barreiras e garantir a plena participação de alunos com deficiência na escola. Ele é oferecido no contraturno, em salas de recursos multifuncionais, e se concentra no desenvolvimento de estratégias pedagógicas, recursos de acessibilidade e atividades que promovem a autonomia dos estudantes.

A grande maioria das(os) profissionais de Psicologia trabalha com alunos que já chegam à escola com um laudo. Poucas relataram que fazem diagnósticos, mas quando o laudo é necessário a família é orientada a procurar um outro equipamento da rede pública. Uma das demandas frequentes de pais e professores é procurar a Psicologia para realizar diagnósticos, por exemplo, de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e de Transtorno de Déficit de Atenção e

Hiperatividade (TDAH), que vêm se tornando cada vez mais comuns no ambiente escolar. Em algumas escolas, a(o) psicóloga(o) coordena rodas de conversa de acolhimento para professoras e organiza formações com temáticas relacionadas à inclusão, buscando instrumentalizar os professores para manejar comportamentos desafiadores dos alunos. Há também psicólogos(os) que realizam orientações individuais com as famílias, mesmo que essa não seja sua prioridade. Já foram formados grupos de pais dos alunos do Atendimento Educacional Especializado (AEE) para mapear e discutir questões comuns devido a uma alta demanda.

Psicólogas(os) que atuam no setor de **Educação Especial** das Secretarias de Educação são responsáveis por coordenar as práticas inclusivas, acompanhar o atendimento nas escolas e garantir o direito da educação na perspectiva da inclusão. Uma das psicólogas entrevistadas afirma que tem como principal atividade realizar visitas presenciais nas escolas, nas quais realizam avaliações e orientações. O foco principal é coordenar as professoras que atuam no AEE e auxiliá-las no atendimento às crianças com deficiência. Uma dessas psicólogas relatou que procura trabalhar não apenas com as professoras, mas com toda a comunidade escolar.

Eu passo em todas as escolas fazendo esse trabalho junto com as professoras especialistas e os professores da sala regular. (...) eu trabalho o pessoal da limpeza, o pessoal da cozinha, eu trabalho todos esses profissionais porque eles têm contato com essas crianças. Então, eu englobo toda a comunidade escolar porque isso é importante (Nordeste).

Também pareceu interessante o depoimento de uma psicóloga de uma escola de Educação Especial (Sudeste) que, além de estudantes e familiares, atende profissionais, professores e gestores da instituição onde trabalha. Trata-se de uma atuação estendida, que aponta para o apoio de toda a comunidade escolar.

Na área de Educação Básica o trabalho da(o) psicóloga(o) que atua com alunos com deficiência se dá em articulação com famílias, professores, mediadores, coordenadores pedagógicos e gestores. Uma psicóloga afirma que o processo realizado em seu serviço para sanar as demandas de cuidado

dos(as) alunos(as) com deficiência se construiu em forma de uma rede transdisciplinar, na qual se colocam uma diversidade de saberes.

A gente tenta trabalhar o mais integrado possível com a equipe externa que atenda a criança e com a família e dentro da escola também. Eu trabalho com muita proximidade com a AEE (Atendimento Educacional Especializado) desde que eu entrei na escola e isso é uma vantagem para mim, porque a gente tem uma troca muito intensa. (...) A gente constrói os planos educacionais individualizados juntos, entre nós, com os professores, com as famílias e se alguma equipe externa quiser colaborar, a TO, a fono, a gente também tentam buscar esse amparo. A gente tenta também, na medida do possível, eu não tenho conseguido mais por conta do número muito grande, mas a gente tem, por hábito, chamar pelo menos uma vez por ano toda a equipe que atende essa criança e fazer uma reunião de equipe para delimitar os objetivos. (Sul)

A articulação com a comunidade escolar ampliada, que inclui merendeiras, porteiros, funcionários da secretaria e da limpeza, por vezes acontece. Kaufman (2023) comenta a importância da produção de uma rede de relações para que o aluno com deficiência, ou “aluno em situação de inclusão”, possa construir sua autonomia no ambiente escolar. Diferentemente da noção de independência, que pressupõe a realização de tarefas sozinho, a ideia de autonomia se coloca como agência e agenciamento, como ampliação de conexões para a realização daquilo que desejamos. Autonomia como um fazer entre muitos. E, se partimos do pressuposto de que o aluno não é do mediador ou da(o) professora(o)/ psicóloga(o) do AEE, mas de que o aluno é da escola, todos que compõem a comunidade escolar podem contribuir no seu processo de autonomia (KAUFMAN, 2023).

Surgem também no cotidiano de psicólogas(os) situações de violência doméstica e de violação de direitos.

Eu estou atendendo um adolescente que a gente identifica que está sofrendo violação de direitos, então qual é o meu papel? Acionar o Conselho Tutelar e assim, mediante o Conselho Tutelar fazer a investigação e acionar os outros órgãos. A gente também faz esse papel. (Nordeste)

É preciso destacar também a Educação Especial que ocorre em escolas para crianças e jovens com deficiência visual, surdos e com deficiências múltiplas. Além de voltadas para o ensino, tais escolas podem incluir também atividades de pesquisa e desenvolvimento de métodos de ensino, materiais adaptados e políticas pedagógicas. As escolas especiais também atendem bebês no setor de Habilitação, como é o caso da estimulação precoce. Elas são procuradas por familiares de crianças e jovens com deficiência tendo em vista

que, mesmo tendo em vigor a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), as escolas regulares ainda não estão preparadas para o ensino com base em Libras e no Braille. Como afirmou uma das psicólogas entrevistadas: *Atendemos alunos onde a inclusão não deu certo. (Sudeste).*

Seria preciso, de saída, problematizar a nomenclatura “Educação Especial”, que dá origem a uma série de mal-entendidos, a começar pela expressão “criança especial” para nomear a criança com deficiência. Ora, todas as crianças são especiais em sua singularidade, capacidades e limites. Nesta medida, esta nomenclatura ainda guarda um tom de segregação e exclusão. No caso da educação de alunos com deficiência, alguns casos, como a surdez e a cegueira congênita ou precoce exigem dispositivos e materiais adaptados, que justificam professores e técnicos com formação apropriada. Neste caso, a nomenclatura “Educação Especializada” parece mais apropriada e menos segregacionista do que “Educação Especial”.

Em geral as escolas especiais têm professores, bem como o restante da equipe, compostos por pessoas cegas e videntes, surdas e ouvintes. Nelas predomina o público que tem deficiência congênita, mas por vezes elas comportam também um setor de Reabilitação de pessoas adultas em processo de perda visual ou auditiva. Existe também a situação em que adolescentes frequentam unidades de Educação Especial (melhor seria chamá-la de escolas de Educação Especializada) no contraturno das unidades de Educação na perspectiva da inclusão.

Uma psicóloga relata a situação de sua cidade, onde as crianças não podem ter dupla matrícula, o que gera a necessidade da tomada de decisão quanto a frequentar uma escola regular ou uma escola especial. Nesta decisão, para além das condições da própria criança e da recomendação psicopedagógica, os marcadores sociais que se articulam à deficiência e as questões da interseccionalidade pesam na escolha por parte da família e devem ser levados em consideração no encaminhamento por parte dos profissionais.

Então a criança não pode estar no contraturno na escola especial e no turno normal na escola regular. Isso é um problema gravíssimo, porque para a escola regular elas não têm direito ao (...) transporte. Então esse é o primeiro ponto, para a escola regular elas não têm esse direito (...). Então muitas vezes as mães preferem manter na escola especial porque elas não têm como sair de casa com a cadeira de rodas, não tem calçada boa para ir até a escola. Por

mais que a escola seja a duas quadras de casa, por mais que tenha uma escola municipal a duas quadras de casa, não dá para ir, a calçada é ruim, as ruas têm muito movimento e essa mãe não consegue sair de casa com essa criança. Ou está chovendo. Vocês já pensaram em andar com uma cadeira de rodas num dia de tempestade aqui? Ou é de barro, a rua (Sul).

Há também psicólogas(os) que atuam na Educação Superior, como professoras(es) universitárias(os) ou técnicas(os). O Ensino Superior abrange cursos de graduação, mestrado, doutorado e especialização. A maioria das(os) psicólogas(os) que atuam nas universidades públicas são professoras(es) e trabalham na articulação entre Ensino, Pesquisa e Extensão. Neste contexto, a presença crescente de estudantes com deficiência coloca o problema da acessibilidade, das cotas e da política de ações afirmativas, que devem garantir o ingresso e a permanência dos estudantes universitários com deficiência (Lei Federal 13.409/2016). A ênfase é em medidas que eliminem barreiras, disponibilizem recursos de acessibilidade, promovam o desenvolvimento acadêmico e a socialização. Destaca-se também a produção de conhecimento sobre as diferentes deficiências, tecnologias assistivas e contribuições para políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência. Nos últimos anos começa a ser incluído o tema da formação e do protagonismo de estudantes de Psicologia com deficiência (KASTRUP; POZZANA, 2020; GESSER; MORAES; BÖCK, 2020; GESSER; BÖCK; LOPES, 2020; GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2024).

As atividades de profissionais de Psicologia que atuam com pessoas com deficiência na Educação Superior giram em torno de Ensino, Pesquisa e Extensão. Ministram aulas, coordenam projetos voltados para o tema da inclusão, acessibilidade e deficiência, além de formar alunos de graduação e pós-graduação na temática. Por vezes participam de Comissões de Acessibilidade.

Na Educação Superior, quando as(os) psicólogas(os) são professoras(es) universitárias e pesquisadoras(es), suas articulações se dão por meio de grupos de pesquisa do Brasil e do Exterior, órgãos de fomento como — CAPES, CNPq, FAPs— e comitês de ética.

Os estudantes com deficiência chegam pelo sistema de cotas e passam por comissões de heteroidentificação da universidade, sem que isso passe diretamente pelas(os) psicólogas(os). Muitas vezes são os alunos com

deficiência que precisam procurar os núcleos de acessibilidade e inclusão, que nem sempre tem psicólogas(os).

Na Educação as(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) afirmaram conhecer os fluxos da rede e saber para onde encaminhar usuários e alunos para outros serviços, em caso de necessidade. Nesta área, muitas vezes não é a(o) psicóloga(o) que faz o encaminhamento, mas a direção ou a coordenação da escola.

Na Educação foram citados como documentos produzidos pelas(os) psicólogas(os) os Planos de Desenvolvimento Individual (PDI), os Relatórios de Desenvolvimento Individual (RDI), e os Relatórios Avaliativos Interventivos. As escolas especiais emitem relatórios que podem ser enviados para a interdição, para provar que a pessoa não tem condição de responder por atos civis, para apoiar na diminuição do imposto para a compra de automóvel para pessoas com deficiência e para justificar as turmas individuais, entre outros documentos com a finalidade de garantia de direitos.

Os depoimentos de psicólogas e psicólogos entrevistados nos faz perceber que algumas das dificuldades de sua atuação na educação inclusiva remete ao problema da formação em Psicologia, que ecoa num trecho que destacamos da publicação das Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (2019)¹²:

Um dos maiores entraves para uma atuação crítica da(o) psicóloga(o) em contextos educacionais inclusivos ocorre em virtude de sua formação inicial que aborda superficialmente a temática da deficiência e da inclusão escolar, além da ênfase clínica nas disciplinas da Psicologia Escolar. A pouca informação sobre esses assuntos faz com que a(o) psicóloga(o) encontre dificuldades para intervir no processo de inclusão escolar de estudantes com deficiências (TADA, 2009). (CFP, 2019)

Voltaremos a este ponto no Eixo 4, especialmente dedicado ao problema da formação em Psicologia.

5.3 Assistência Social

¹² Para consultar o conteúdo integral das *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica*, acesse a página oficial da publicação no portal do CREPOP: https://crepop.cfp.org.br/tipo_de_publicacao/educacao/.

Na área de Assistência Social a referência ao atendimento de pessoas com deficiência aparece no artigo. 2º da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), quando elenca os objetivos da proteção social:

- I) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- III) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- V) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993; CFP, 2021, p. 25-26).

Os objetivos referentes à habilitação, reabilitação e transferência de renda (incisos IV e V) abordam a garantia de sua integração à vida comunitária e ao Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Na área da Assistência Social, na maior parte das vezes as(os) psicólogas(os) exercem sua atividade junto a pessoas com deficiência que estão em situação de vulnerabilidade social. Trata-se de uma área bastante diversificada em termos de público atendido e que atua por meio dos dispositivos e equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal de base territorial, responsável pela Proteção Social Básica, localizado em áreas de pobreza e vulnerabilidade social. A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de vulnerabilidade e de risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades e da aquisição e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para atingir seus objetivos, o CRAS oferece:

- a) O acompanhamento e orientações para o acesso do Benefício de Prestação Continuada e aos Benefícios Eventuais;
- b) O Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF);
- c) Os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV);
- d) Os Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas;
- e) Os Serviços de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é o repasse mensal de um salário-mínimo ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade, com impedimento físico, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo e com faixa de renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário-mínimo. Psicólogas(os) podem participar não apenas da distribuição do BPC, mas também do acompanhamento das famílias beneficiárias. Muitas vezes idosos e pessoas com deficiência, bem como as suas famílias, precisam receber orientações sobre a rede de atendimento, além de fortalecer a convivência na comunidade e na sociedade.

O CRAS é um dispositivo que acolhe e orienta as pessoas com deficiência quanto aos seus direitos, além de encaminhar para os equipamentos especializados. Atende pessoas em situação de violação de direitos, como violência e negligência, incluindo pessoas com deficiência e pessoas idosas. É uma unidade de assistência social pública que oferece atendimento durante o dia para pessoas com deficiência ou idosos que dependem de cuidados de terceiros, visando promover a autonomia, a convivência e a inclusão social.

Atribuições e práticas profissionais da(o) psicóloga(o):

No CRAS a(o) psicóloga(o) atua no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que é realizado em grupos divididos segundo ciclos de vida, com os objetivos de combate às vulnerabilidades, prevenção de risco social, promoção de potencialidades e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, conforme as diretrizes do SUAS, mas também contemplando simultaneamente as especificidades de cada faixa etária. O SCFV prevê também o desenvolvimento de ações intergeracionais e a heterogeneidade na composição dos grupos por gênero, raça, etnia, presença de pessoas com deficiência, entre outros (BRASIL, 2016).

A Psicologia atua no SCFV lançando mão de conhecimentos sobre processos psicológicos e psicossociais dos diferentes momentos do ciclo de vida – dentro do contexto social, cultural e histórico –, as relações intergeracionais e as questões vivenciadas pelas PcDs em sua trajetória de vida, cuidados na família e inclusão social. Da mesma maneira, as(os) psicólogas(os) podem contribuir para analisar os processos de exclusão e de inclusão social, aspectos subjetivos e intersubjetivos de pertencimentos sociais, identidade e

reivindicações de gênero, orientação sexual, etnia e outros, nas famílias e no território.

A(O) psicóloga(o) atua também junto a pessoas idosas, pessoas com deficiência e às suas famílias. A utilização de conhecimentos não deve se limitar ao acompanhamento individual de casos, mas pensar como inserir essas pessoas e famílias em uma rede de serviços, em um território. Como escutar, nas suas vivências, uma dimensão coletiva que está ligada ao isolamento social, ao preconceito e à ausência de oportunidades.

O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública estatal da Proteção Social Especial de média complexidade, capaz de atender situações de violação de direitos tais como violência intrafamiliar, abuso e exploração sexual, situação de rua, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, trabalho infantil, contingências de pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de dependência com afastamento do convívio familiar e comunitário, discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia, dentre outros. (BRASIL, 2011). (CFP, 2013)

O CREAS deve garantir aos usuários com deficiência os mesmos direitos dos usuários sem deficiência, ou seja, direito à acessibilidade, qualidade e continuidade. Os usuários têm direito à escuta, ao acolhimento e de ser protagonista em um diálogo com respostas dignas e elucidativas, ofertadas por serviços de ação continuada, localizados próximos à sua moradia, operados por profissionais qualificados, capacitados e permanentes, em espaços com infraestrutura adequada e acessibilidade, que garantam atendimento privativo, inclusive, para os usuários com deficiência e idosos. (BRASIL, 2009b) (CFP, 2013).

O Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas prevê a oferta do Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas, com a finalidade de garantir o acesso a direitos e a prevenção de agravos de vulnerabilidades que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários (BRASIL, 2009b).

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), têm por objetivo promover a comunicação comunitária, a mobilização social e o protagonismo da comunidade; fortalecer os vínculos entre as diversas famílias

do território, desenvolver a sociabilidade, o sentimento de coletividade e a organização comunitária por meio, principalmente, do estímulo à participação cidadã. As ações comunitárias no território possuem escopo maior que as oficinas com famílias, por mobilizar um número maior de participantes, e devem agregar diferentes grupos do território, segundo o estabelecimento de um objetivo comum.

Um exemplo pode ajudar nessa discussão: em uma aldeia indígena, havia a discriminação social das pessoas com deficiência (PcD), que não participavam das atividades da comunidade. Por meio do cadastro no Benefício de Prestação Continuada (BPC), a equipe do CRAS (incluindo a psicóloga) buscou construir um vínculo com as famílias e passou a fazer oficinas de reflexão com elas. De maneira bem flexível, sem exigir, mas sempre convidando, a equipe conseguiu que esses grupos crescessem e participassem. Assim, conseguiu-se construir junto com as famílias um novo olhar para a PcD, seus direitos e cuidados. Dentro da comunidade, as práticas mudaram. A qualidade de vida material melhorou e os vínculos familiares e comunitários foram fortalecidos. Uma última informação, bem relevante, é que desse grupo não participavam apenas mulheres, mas diversos membros da família, inclusive mais de um membro da mesma família. Foi um trabalho que uniu conhecimentos de maneira interdisciplinar, incluindo psicólogas(os) e outras (os) profissionais da equipe (CFP, 2021, p. 116)

A Residência Inclusiva (RI) é outra unidade da Assistência Social. Ela oferece Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, para jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não disponham de condições de autossustentabilidade ou de retaguarda familiar. São residências adaptadas, localizadas em áreas residenciais na comunidade e que possuem uma equipe multiprofissional, da qual participam psicólogas(os). A RI tem o propósito de romper com a prática do isolamento e tem como finalidade propiciar a construção progressiva da autonomia e do protagonismo no desenvolvimento das atividades da vida diária, a participação social e comunitária e o fortalecimento dos vínculos familiares com vistas à reintegração e/ou convivência.

A atuação no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) inclui visitas domiciliares para acompanhamento de usuários e familiares. Na Residência Inclusiva (RI), dentre as atividades relatadas nas entrevistas estão as saídas e passeios que visam promover a saúde mental das pessoas com deficiência. Em geral busca-se promover o acesso a espaços públicos, urbanos

e culturais, possibilitando experiências de vida para além dos equipamentos de saúde, que muitas vezes são o único espaço de socialização dos usuários.

Na área de Assistência Social há psicólogas(os) que atuam junto a organizações e serviços voltados para a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, que atuam com o setor de Recursos Humanos de empresas e das próprias unidades de saúde. Atuando neste campo, buscam contextos laborais inclusivos e dignos, em consonância com a formação profissional e com as competências e habilidades desenvolvidas pela pessoa com deficiência. Combatendo a discriminação e o capacitismo, a pessoa deve ser incluída não apenas em trabalhos de baixo prestígio, sempre mais disponíveis, mas em postos de trabalho mais qualificados e valorizados, de acordo com as reais possibilidades das pessoas com deficiência. Vale ter atenção para não incluir no mercado de trabalho apenas pessoas com deficiências mais leves e que são muitas vezes priorizadas porque menos trabalho às empresas para a inclusão laboral (como a contratação de uma pessoa com baixa visão em lugar do cego; ou uma pessoa com deficiência auditiva leve, em lugar do Surdo).

Também existem psicólogas(os) que atuam na **Segurança Pública**, trabalhando no Centro de Apoio Técnico (CAT) da Delegacia. A equipe multiprofissional é composta por psicóloga(o), assistente social, intérprete de Libras e supervisores e tem como principal objetivo o combate à violência a pessoas com deficiência e a garantia do direito de acessarem a delegacia. Elas atuam em diferentes frentes, em conjunto com a Polícia Civil. Fazem um plantão que funciona por busca espontânea, recebendo as pessoas que chegam na delegacia específica para pessoas com deficiência ou no CAT que funciona em delegacias gerais. O primeiro atendimento é realizado pela equipe policial, que aciona o CAT apenas quando chegam pessoas com deficiência no serviço. Os atendimentos são sempre realizados em conjunto pela(o) psicóloga(o) e assistente social. No caso de pessoas surdas, é solicitada a presença da intérprete de Libras. Neste primeiro contato, caso a demanda seja policial, a equipe do CAT fica presente no momento do boletim de ocorrência – e, se a demanda identificada for outra, a equipe realiza as orientações necessárias e encaminhamentos para outros serviços. Apesar de geralmente não acompanharem a longo prazo a continuidade dos casos, as(os) psicólogas(os)

podem ser chamadas para audiências de julgamento. Outras atividades realizadas são:

- As visitas domiciliares, em que a(o) psicóloga(o) e a assistente social, em conjunto com a equipe policial, vão até as casas investigar as denúncias que envolvem situações de violação de direitos;

As formações organizadas para a rede, em quatro encontros anuais, que discutem temáticas relacionadas às pessoas com deficiência.

Segundo as entrevistadas, o CAT acaba se tornando uma referência para diversas questões além daquelas que envolvem a delegacia, como, por exemplo, questões de trabalho e saúde. Mais uma vez, as profissionais entrevistadas relataram não haver diferença entre as suas atividades e aquelas das assistentes sociais. Resta apenas uma diferença na maneira de olhar para as situações, com contribuições específicas vindas de cada formação.

Na área de Assistência Social o profissional de Psicologia que trabalha com pessoas com deficiência costuma se articular numa equipe formada também por assistentes sociais, nutricionistas, cuidadoras e estagiários. Dentre as(os) psicólogas(os) que atuam na Assistência Social foi frequente o comentário de que suas atividades têm limites incertos com a assistente social. Um psicólogo que trabalha no CREAS afirmou: *Aqui tive que aprender o que era BPC [Benefício de Prestação Continuada], encaminhamento para o Cadastro Único, coisas que são muito específicas de um assistente social (Sudeste)*. Outra profissional se refere ao que ela denomina uma “tendência perversa” de solicitar os serviços da Psicologia em casos difíceis, em que a equipe “*não está dando conta, e gostaria de se livrar*”. (Centro-Oeste).

Nesta área as(os) psicólogas(os) parecem conhecer os fluxos e, quando necessário, encaminhar para os serviços de saúde e para o Ministério Público. Faz parte da atuação de psicólogos em organizações para inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho a articulação em rede com a Defensoria Pública e o Ministério Público.

Quanto aos documentos produzidos no serviço, as(os) psicólogas(os) emitem pareceres que identificam a situação de vulnerabilidade socioeconômica a partir do relato da pessoa, descrevem situações que agravam ou amenizam a situação de vulnerabilidade e avaliam a rede de apoio familiar, social e comunitário que o usuário possui.

5.4 Questões que emergiram nas entrevistas e que atravessam as quatro áreas

A maioria das(os) psicólogas(os) realiza atividades de acolhimento, atendimento individual ou em grupo, de pessoas com deficiência ou de familiares e acompanhamento dos casos. O atendimento anticapacitista é pautado no acolhimento, formação de vínculos e escuta ativa às singularidades e demandas específicas.

Em todas as áreas de atuação uma das queixas mais frequentes diz respeito à falta de investimento público para a abertura de novas vagas para concurso e contratação de mais psicólogas(os) para o serviço. Independente da área de atuação, há a percepção de que há poucos profissionais para atender a demanda. A falta de investimento público para a aquisição de materiais fica em segundo lugar.

Nas áreas de Saúde, Reabilitação, Educação e Assistência Social o número insuficiente de profissionais resulta em uma equipe que não dá conta da demanda, causando a precarização dos serviços. Um dos resultados é que muitas vezes os psicólogos acabam por não atuar como psicólogos fazendo, por exemplo, o trabalho do assistente social. Nesta medida, incluem em suas atividades e rotinas a ajuda aos usuários com deficiência ou seus familiares para acessar benefícios e providenciar documentos. Mesmo levando em conta o trabalho em uma equipe multiprofissional, e com o trabalho pautado no modelo social da deficiência que faz com que se atente que as barreiras são vetores de produção da deficiência, vários profissionais afirmaram que é preciso que psicólogas e psicólogos possam ter a garantia de sua atuação, pautada na técnica e na postura ético-política anticapacitista. Uma entrevistada da área de Educação que atua em um setor de Educação Inclusiva pontua que percebe a falta de investimento pelo número de psicólogas trabalhando na política. São apenas duas para atender as demandas de 110 escolas em um estado do Nordeste, o que dá uma dimensão do problema.

A maioria das(os) entrevistadas(os) afirma não participar das instâncias de controle social, o que por vezes é justificado pela sobrecarga de trabalho nos

serviços, gerando falta de tempo para a participação social. As que participam dessas instâncias formam um grupo menor, embora demonstrem a importância e o engajamento de tal participação.

Um psicólogo com deficiência do Sudeste afirmou participar no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência. Ele ressaltou que gosta e acha importante participar, pois há poucas pessoas com deficiência nesse conselho. Uma psicóloga afirma que participou de vários fóruns no município vizinho e frequenta a Câmara Paulista de Inclusão há muitos anos. Uma outra integra um grupo condutor da temática das pessoas com deficiência de nível regional, derivado de um grupo estadual. São relatadas participações em Conselhos da Pessoa com Deficiência, Conselho Municipal de Assistência Social, dentre outros.

Algumas entrevistadas deram indicações de que não sabiam o que eram “instâncias de controle social”, ou seja, não entenderam a pergunta, comprometendo a resposta. Algumas psicólogas que atuam em cidades do interior têm dúvidas se essas instâncias existem em suas cidades:

P1: - Não ouvi falar de nenhuma

E: Você participa ou já participou em algum momento de algum espaço de controle social?

P2: Não.

E: Mas tem conhecimento? Sabe se no município existe essa organização?

P2: Eu não sei te dizer, porque eu ainda sou nova lá.

E: Com relação às instâncias de controle social, você participa de alguma?

P3: Como assim?

Quando arguidas(os) sobre dilemas éticos que enfrentam no cotidiano de seu trabalho, as respostas das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) quase sempre fizeram menção ao Código de Ética Profissional do Psicólogo. As(os) psicólogas(os) tem a preocupação de afirmar que seguem à risca todas as orientações éticas do CFP. Vale sublinhar que a maioria das(os) entrevistadas(os) entendeu a pergunta como estando diretamente relacionada com o problema do sigilo dos atendimentos psicológicos nos serviços públicos. Neste sentido, as respostas fazem referência ao espaço físico do local onde trabalham, sobre a sala ser capaz de absorver o som da conversa, sobre paredes finas ou sobre divisórias que permitem ouvir o que se passa ao redor. Algumas mencionam também o sigilo em relação aos documentos que são

gerados e inseridos no sistema. Outras sobre a possibilidade dos dados serem identificados por funcionários do serviço, o que gera desconfiança.

Então, é um pouco complicado. Cidade pequena é um pouco complicado. A gente tenta o máximo resguardar informações, minimizar, eu principalmente, não sei se é uma coisa minha, eu não sei se é uma coisa da categoria, mas eu percebo em mim que é a questão do documento. Eu quero trazer tudo pra casa (Nordeste).

Um dilema ético interessante narrado por uma psicóloga da equipe do Departamento de Educação de uma prefeitura do Nordeste diz respeito à inclusão de alunos com deficiência nas escolas regulares ou a matrícula em uma escola especial. Ela cita como exemplo a criança que teve uma paralisia cerebral e que, não importa o quão inclusivas as metodologias sejam, ela pode ter dificuldade em acompanhar.

Foi citado também o caso de crianças surdas, que precisam de intérprete de Libras, que muitas vezes não existem na escola regular. Essa criança deve ir para uma escola regular da rede ou uma especial? Segundo a psicóloga, os casos devem ser tratados de acordo com suas especificidades e com as condições concretas das escolas em questão, mas a decisão é tomada geralmente pela coordenação.

Ainda quanto às questões éticas presentes no cotidiano do trabalho, uma psicóloga que atende pessoas surdas traz o problema da presença do intérprete de Libras durante os atendimentos. Ela considera que mesmo que a(o) psicóloga(o) seja fluente em Libras, ela acha bom que haja um intérprete durante o atendimento, inclusive o atendimento clínico individual, no sentido de garantir a comunicação. Frente ao problema de isso oferecer risco de quebra de sigilo, a psicóloga entende que os intérpretes de Libras têm seu próprio código de ética, que regula sua profissão e é aprendido no momento em que ocorre sua formação.

Outras pessoas entrevistadas abrem uma discussão bastante ampla sobre questões éticas e fazem referência à conduta de profissionais que comprometem o atendimento cuidadoso ao qual pessoas com deficiência têm direito. As narrativas vão no sentido de criticar desvios em relação ao posicionamento ético-político do CFP em favor de uma Psicologia anticapacitista.

Perguntadas sobre a presença do capacitismo no dia a dia do serviço, as respostas foram não só diversas, mas mesmo divergentes. Elas vão desde testemunhos de que o capacitismo atravessa o serviço e a equipe - *O capacitismo, eu vou falar assim, eu acho que a gente enfrenta diariamente* - até narrativas que negam sua existência no dia a dia - *A gente não, nunca discutiu a respeito desse assunto em equipe, é algo que... (...) a gente não... pelo menos, não observou lá*. É curioso notar que a segunda entrevistada parece questionar a própria existência do capacitismo. Considera que o assunto não lhe diz respeito, sendo algo de natureza individual. Afirma então que, se fosse o caso de existir, a própria pessoa com deficiência deveria relatar, pois “é ela que sofre aquilo” e “sente na pele”. Uma psicóloga afirma: *Não sei do que se trata. Nunca ouvi falar. (Norte)*. Chama a atenção o contraste entre os depoimentos.

Alguns relatos revelaram que atualmente as atitudes capacitistas acontecem de maneira muito mais velada. Até pouco tempo atrás, eram bem mais frequentes os relatos de agressões verbais explícitas, ou o emprego de termos capacitistas: pessoas sendo chamadas de débeis mentais, doentes e aleijadas. Agora, o que uma psicóloga observa mais frequentemente são comportamentos de superproteção. Neste sentido, o capacitismo tem relação com a consideração da pessoa com deficiência como sendo frágil e incapaz de enfrentar desafios.

Já uma outra psicóloga entrevistada parece ter uma compreensão bem precisa do problema. Ser capacitista é não entender o paciente como protagonista da própria vida: *É aquela abordagem mais assistencialista, de que eu tenho um saber que eu vou oferecer para você, e eu sei o que é bom para você. (Sudeste)*

Em relação às atitudes capacitistas, algumas entrevistadas da área de Educação afirmaram que às vezes não existem posicionamentos anti-inclusivos ou capacitistas explicitamente, mas muitas vezes ficam nas entrelinhas.

Lidar com a deficiência em um ambiente que não é tão bem preparado assim, é desgastante. Porque são coisas que a criança acaba percebendo, a carinha de pena das pessoas e a criança fala, ela percebe e fala isso (Nordeste).

Uma psicóloga comenta que diversas professoras, apesar de se posicionarem a favor de que os alunos com deficiência estejam em sala de aula, se sentem desamparadas e sem apoio. Algumas pessoas dizem que não são da área da saúde, não são de ciências biológicas e por isso não sabem o que fazer. Também aparece, por parte das professoras, a concepção de que para trabalhar com pessoas com deficiência é necessário ter um dom especial, ser uma pessoa iluminada e outras ideias semelhantes. Uma psicóloga contra-argumenta:

Você não precisa ser médico, psicólogo, psiquiatra para saber trabalhar com uma criança com autismo ou com síndrome de Down. Você se formou para trabalhar com crianças. É uma criança. Está aqui na sua frente, o que será que você consegue ensinar para ela? (Nordeste)

Um psicólogo surdo da Reabilitação dá um depoimento no qual fica evidente sua aposta na força do diálogo:

Eu vou trabalhando com os colegas, que ainda percebo que tem uma prática [ininteligível] na estrutura capacitista. Eu vou provocando reflexões, trago, né? Apresentando outras referências técnicas, científicas, porque muitas referências ainda têm um endosso do capacitismo muito bem escrito, muito bem subsidiado, mas desatualizado! (...) não são pessoas com deficiência e trazem a sua imposição corponormativa. (...) E quando você começa a apresentar outras referências esse, esse diálogo que, muitas vezes, é pensado a partir de um “achismo”, começa a ter um embasamento científico e é repensado. (Nordeste)

Uma outra face do capacitismo está no meio familiar. Trazemos um trecho de uma entrevista de uma psicóloga:

Teve muitas crianças aqui do meu município que simplesmente não foram pra escola esse ano por alguma deficiência física. Teve crianças que já estariam no Ensino Fundamental 2, que seria 5ª série ou 6º ano, mas que não foram porque os pais entenderam que não era conveniente pra eles. Quando eles dizem assim: “Não, a minha filha não está preparada para ir ainda, meu filho não tá preparado pra ir.” A criança já tá meio que em idade e já repetiu algumas séries anteriores, mas o pai entende que aquele marco de mudança não é desejado e nem a criança ou adolescente está preparado para aquilo, quando na verdade a gente sabe que os pais é que não estão preparados para passar por aquilo (...) porque eles queriam e precisavam que essa criança fosse acompanhada o tempo todo e só servia se fosse por ele. (...) Foi um caso bem difícil e esse ano eles não mandaram de jeito nenhum a criança está em casa, não foi pra escola de jeito nenhum. (Nordeste)

A mesma entrevistada narra um caso mais promissor, em que a Psicologia conseguiu operar um deslocamento da prática capacitista da família:

teve um outro caso de criança com síndrome de Down, que os pais ficaram super tensos com a ideia de mandar a criança para a escola

depois da pandemia porque parece que a criança não daria conta para eles. Só que a gente conseguiu conversar, a gente conseguiu negociar, vamos dizer assim, e a criança veio pra escola. Foi super bem atendida, ainda está em fase de amadurecimento, mas se ela não tivesse esse ponto inicial eu acredito que ela não teria em outro momento. (Nordeste)

Numa direção anticapacitista, uma psicóloga afirma:

Às vezes, as escolas subestimam a capacidade das crianças de conseguir fazer alguma atividade, acham que porque ela tem uma deficiência ela não vai conseguir. Essa coisa me incomoda muito, porque para você adaptar a atividade, por exemplo, para uma criança, independentemente de ter diagnóstico ou não, ela não consegue fazer tal coisa, mas ela consegue outra. Sempre é preciso olhar para as potencialidades e os interesses, o que ela consegue fazer (Sudeste).

Na sequência da pergunta sobre o capacitismo, psicólogas e psicólogos foram perguntados se percebiam a presença de marcadores sociais como gênero, raça, idade, classe e território no público com deficiência e na população surda atendida no serviço ou instituição pública onde trabalhavam. Por se tratar de atuação no serviço público, foi quase unânime a resposta positiva quanto à presença do marcador classe social em intersecção com a deficiência. Vale trazer o testemunho de um psicólogo da área de Assistência Social.

Então, são pessoas que vivem do auxílio, vivem do benefício. Então, são pessoas que já vêm com uma carga da pobreza, da dificuldade, né, de ter acessos, né, àquilo que a gente pode chamar de “saúde, educação, financeira”. Então, a gente entende que, o impacto de uma pessoa com deficiência nessa família, que já traz outras questões, né, sociais envolvidas, vai causar ainda mais, vai gerar ainda mais sofrimento. E elas trazem sim, no atendimento, no momento que a gente precisa trabalhar, não só esse novo momento, essa aceitação dessa criança ou desse novo ciclo da vida. Precisamos trabalhar toda essa trajetória de vida dessa pessoa que, muitas vezes, é uma trajetória sofrida. (Nordeste).

Uma psicóloga que atua na Segurança Pública reforça tal impressão:

Uma pessoa com deficiência que tem um nível econômico mais elevado, ela consegue ter vários acessos, porque vai conseguir custear uma série de coisas que ela precisa. (...) A deficiência é conjunta com outras situações de violência que essa pessoa sofre, então se uma mulher sem deficiência já está ali colocada em estatísticas de violência, se ela for uma mulher com deficiência pobre, negra, tudo isso vai se acumulando e acrescentando as possibilidades de violência e não acesso aos direitos como um todo. Isso acaba sendo bem evidente mesmo. (Sudeste)

Uma psicóloga do Centro-Oeste que trabalha na área da Saúde, em Consultório de Rua, observa que quando se está diante de um morador de rua com deficiência, o que prevalece é a identidade de morador de rua. Tal depoimento indica que na interseccionalidade, os diferentes marcadores podem ter pesos distintos.

Uma psicóloga surda sublinhou a resistência dos movimentos sociais de gênero e raça a compreenderem o lugar do movimento das pessoas com deficiência, bem como a importância do movimento das pessoas com deficiência se unir aos demais: *A deficiência é a minoria das minorias (Sudeste).*

Outro depoimento expressa o ponto de vista das(os) psicólogas(os) com deficiência, corroborando a mesma posição.

É muito difícil você ir em uma atividade de relações étnico-raciais e ver pessoas com deficiência falando sobre o seu lugar, enquanto uma pessoa com deficiência negra, uma pessoa com deficiência indígena. E, eu acredito que enquanto isso, dentro dos nossos movimentos sociais, continuar não havendo uma reciprocidade de apoio, às estruturas opressoras permaneceram sendo reproduzidas (Nordeste).

Nas entrevistas de psicólogas(os) que atuam na Educação Superior, a presença do marcador classe social apresentou nuances, indicando que a universidade pública tem recebido estudantes com deficiência de diferentes classes sociais. Neste aspecto, foi apontado que ocorreu uma notável mudança no perfil discente desde a implantação das ações afirmativas e do sistema de cotas. Se antes a universidade pública atendia predominantemente estudantes brancos e de classe média ou alta, as ações afirmativas e as cotas para alunos de escolas públicas, cotas raciais e cotas para estudantes com deficiência vieram reparar a dívida social com os estudantes oriundos de famílias pobres e periféricas.

Nesse contexto, chama atenção a fala de uma psicóloga com deficiência que atua em uma universidade privada do Nordeste. Ela afirma que está ocupando aquele espaço porque teve privilégio e conseguiu fazer o mestrado. No entanto, ela coloca a pergunta: *Quantas pessoas com deficiência não conseguiram?*

Não houve outros comentários abordando a interseccionalidade das/os próprias/os profissionais. Embora por certo as psicólogas entrevistadas tivessem

marcadores de gênero e raça, elas parecem não terem se sentido concernidas com a pergunta.

Em relação à existência da oferta de cursos ou atividades de capacitação no serviço público, encontramos narrativas que apontam a existência de cursos, palestras e outras modalidades de capacitação para o atendimento de pessoas com deficiência, que assumem duas perspectivas distintas: Numa primeira perspectiva, as(os) psicólogas(os) recebem capacitações que são ofertadas pelos serviços. Em uma outra perspectiva, são as(os) próprias(os) psicólogas(os) que promovem atividades de formação com a família ou com a equipe, abordando temas como o capacitismo. Isto se revela interessante, pois evidencia a heterogeneidade do campo da Psicologia no que tange o conhecimento dos problemas atuais envolvendo o domínio da deficiência e suas implicações ético-políticas, podendo revelar também diferenças regionais.

Uma psicóloga da área de Reabilitação no Nordeste narra a sua experiência:

Eu tenho 7 anos trabalhando lá e dentro de todo esse período, várias formações e capacitações para o atendimento, a gente vem promovendo, tanto para os novos quanto pra quem já está lá a mais tempo. E isso é bacana, porque traz pra gente sempre se olhar, né, de atualização, esse olhar novo de atuação, de intervenção, que é necessário!

Uma outra psicóloga, que atua na Reabilitação no Sudeste, afirmou participar de uma reunião semanal, chamada de reunião científica, na qual todos os setores se reúnem para leitura de artigos científicos, capacitações e discussão de temáticas diversas relacionadas ao trabalho. Uma outra está cursando uma segunda graduação, agora em Pedagogia. Por outro lado, muitas das entrevistadas demonstram preocupação com a falta de capacitação, que poderia contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento prestado às pessoas com deficiência. Uma delas conta que faz um curso de Especialização em Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual, porque considera essas formações importantes para ampliar o olhar e as estratégias que usa em seu dia a dia.

Uma psicóloga relata que fez mestrado em Saúde Mental, mas não fez capacitações relacionadas à educação e nem ao atendimento de pessoas com

deficiência. Quando foi transferida para a Educação, buscou estudar por conta própria. (Sudeste). Algumas entrevistadas mencionaram que, face à demanda, tomaram a iniciativa de fazer curso de Libras. No conjunto das entrevistas é possível perceber que a qualificação não existe na maioria dos serviços - “*Temos que buscar por nossa conta*”. É interessante o depoimento de uma outra psicóloga, que atuava em uma área e depois passou a trabalhar na área de Educação e com o campo da deficiência.

Na época que eu comecei eu fiquei: “Meu Deus, como é que vai ser?” Eu procurei tudo quanto é coisa pra ler, de vídeo e pra mim entender o que uma psicóloga de educação faz, e eu procurei. (...) Então, por conta disso eu fiquei doida. “Gente, meu Deus, o que eu faço? Eu tenho que achar vídeo, eu preciso de algum profissional que já trabalhou na área, que saiba de fato o que se faz e o que que não faz, o que que é competência e o que não é”. (Nordeste)

Numa segunda perspectiva, tem sido parte do trabalho de psicólogas e psicólogos dar qualificações e trazer o tema do capacitismo para os grupos de usuários, famílias, estudantes, professores e profissionais, como atesta o seguinte fragmento de uma entrevista:

A gente tem sempre promovido eventos, palestras; a gente está sempre promovendo situações, momentos em que os pais, eles – e não só os pais – a sociedade em si, consiga compreender e enxergar além da deficiência, né? Enxergar para além do que eles demonstram ou da aparência física. As potencialidades, aquilo que eles podem nos mostrar enquanto pessoas capazes, né, dentro das suas especificidades e limitações. Então, a gente sempre tem promovido momentos pra quebrar barreiras, quebrar essa visão que as pessoas têm de que eles não podem, de que eles não fazem, não devem estar em tais locais em tais momentos, não devem estar no mercado de trabalho, não devem... Então, a gente tem sempre promovido momentos pra que a gente venha quebrando dentro da nossa sociedade, esses paradigmas. (Sudeste)

Vale destacar que foi mencionada por uma(um) das(os) entrevistadas(os) do Centro-Oeste o importante papel do CFP na produção de documentos e de materiais orientativos que contribuem para minimizar o problema da falta de qualificação para lidar com pessoas com deficiência no dia a dia do seu trabalho.

A maior parte da pesquisa do CREPOP/CFP foi realizada no final da pandemia de COVID-19, o que fez com que as estratégias de enfrentamento, bem como os efeitos causados pela pandemia fosse o tema de uma das perguntas dirigidas às(aos) profissionais nas entrevistas. Perguntadas(os) sobre de que modo a pandemia causou impacto no seu trabalho, prevaleceram

respostas que apontam o grande esforço empenhado por parte da equipe para criar condições de manutenção do atendimento do público. Foi também possível observar diferenças significativas entre as áreas de atuação. De modo geral, a pergunta foi entendida como tendo como foco os efeitos sobre o público atendido - usuários e estudantes - e não sobre as próprias psicólogas e psicólogos.

Neste sentido, foi sublinhado que a pandemia trouxe problemas particularmente difíceis para as pessoas com deficiência, em função do distanciamento social. O uso de máscaras foi especialmente difícil para os surdos que fazem leitura labial e a proibição do toque trouxe problemas adicionais para as pessoas cegas. À primeira vista, os atendimentos mediados por tecnologia (modalidade online) pareceram interessantes para pessoas com deficiência física e com dificuldade de locomoção, contudo logo o isolamento social e a perda dos espaços de convivência nas escolas e serviços produziram efeitos subjetivos e emocionais negativos.

Na área de Saúde foi narrado em diversas entrevistas que todos os esforços foram empenhados para a manutenção da continuidade dos serviços. Na área de Reabilitação, a maior parte das psicólogas identificou retrocessos nos pacientes, avaliando que eles voltaram em piores condições. Na área de Assistência Social, manter aberta a Residência Inclusiva (RI) foi encarado como um desafio.

Na área de Educação, os serviços presenciais da Psicologia foram totalmente interrompidos em função do isolamento social. Na Educação Básica, foram narradas várias estratégias inventadas pelas(os) psicólogas(os), em conjunto com a equipe de professores e gestores. Foram citados casos de psicólogas(os) que foram às casas dos alunos levar material didático, até relatos de violência doméstica durante a pandemia, que mobilizaram fortemente as(os) profissionais.

Eu identifiquei que o olho dela estava diferente. Aí eu pedi por favor para que ela tirasse a máscara. Essa parte aqui estava toda roxa e ela, uma criança com deficiência, sem poder se defender estava sofrendo maus tratos do pai, além de outras questões que o irmão estava também sendo participativo. Qual foi o meu papel? Por que eu lhe digo do medo e da resistência? Primeiro eu estou ali em um ambiente escolar que tem um gestor. Comuniquei o gestor dessa escola para acionar o Conselho Tutelar, porque na criança tinha sido identificada a violação de direito e maus tratos. A escola tipo

ficou rodeando. Aquela aluna estava ficando nervosa porque estava chegando o horário do pai buscar ela na escola. Eu, enquanto profissional e trabalhava em rede com Conselho Tutelar e tinha acesso aos contatos tinha conhecimento com os profissionais, eu também tinha o papel de acionar. Eu liguei para a coordenadora, a escola demorou, a gente tinha mais de uma hora de relógio, então eu não podia esperar mais, então eu como profissional liguei para a coordenadora do Conselho Tutelar, imediatamente ela mandou a equipe lá. Ela já vinha sofrendo maus tratamentos há tempos e a escola disse que via ela chegar, sabe? Machucada. É isso que eu lhe digo, o medo e a resistência dessas escolas. Não foi só esse, foram vários outros que eu presenciei, que a escola ficou na resistência de acionar o Conselho Tutelar. Hoje essa aluna tem outra vida, não está mais nesse ambiente que violava os direitos dela, está em um ambiente seguro e eu fiz parte dessa mudança e me orgulho disso e não tenho medo não. Se eu tiver que acionar eu aciono mesmo, imediatamente. (Nordeste)

5.4 Alguns desafios a serem enfrentados

Foram muitos os desafios narrados pelas(os) psicólogas(os) nas entrevistas, que valem destaque aqui. Algumas(uns)s psicólogas(os) consideram que toda a lógica do Estado precisa mudar em relação às pessoas com deficiência e que há muitos desafios para a garantia do direito básico de acesso às políticas públicas. Os problemas começam já na chegada do estudante e do usuário ao serviço. Falta acessibilidade para o deslocamento na cidade em calçadas e no transporte público, bem como no acesso aos prédios dos serviços públicos. A estrutura de base – urbanística e arquitetônica - não foi pensada para pessoas com deficiência. Isso impacta diretamente as pessoas com deficiência física – usuários de cadeiras de rodas, andadores – pessoas cegas e com mobilidade reduzida, como pessoas idosas. Uma psicóloga do Norte destacou que o problema é bastante complexo quando o atendimento se dá na região amazônica com a população ribeirinha, que vive nas margens de rios e outras regiões de difícil acesso.

Outro problema que se mostrou desafiador diz respeito à falta investimento público em vagas para profissionais na equipe multidisciplinar. O número de psicólogas(os) nos serviços de saúde não consegue atender a alta demanda do público, acarretando uma série de problemas. Um deles é o comprometimento da qualidade do trabalho: tempo limitado dos atendimentos, que muitas vezes necessitam de um tempo mais longo. Também foi citada a longa fila de espera para atendimento dos usuários.

Para as(os) psicólogas(os), este número reduzido representa uma sobrecarga de trabalho e uma “correria” narrada como “exaustiva”. Vale destacar que o problema do tempo e da correria foi recorrente nas entrevistas. Parece que este aspecto se articula com a falta de tempo para participar de instâncias de controle social. Outro desafio apontado foi a carga horária de 40 horas semanais. Algumas(uns) lamentaram que a lei pela redução da carga para 30 horas semanais no serviço ainda não tenha sido aprovada.

A equipe reduzida e sem substituições em caso do afastamento de algum profissional, por doença ou aposentadoria, tem como efeito a ocorrência de limites incertos na atuação da(o) psicóloga(o). Algumas entrevistadas relataram que na falta de uma assistente social, a(o) psicóloga(o) se vê obrigada a desempenhar funções de cadastrar o paciente ou familiar, auxiliar na obtenção de documentos para obter um benefício, dentre outras.

Na área de Assistência Social, uma psicóloga dá o seguinte testemunho:

às vezes o próprio local impõe um trabalho muito igual ao de outro profissional, de outra área, que, no caso, é a assistente social. No meu dia a dia, eu acho que é o que mais, digamos, me chateia. Se eu fosse colocar em palavras, seria isso, porque é essa... não ter essa distinção. Você não pode realmente, às vezes, exercer como deveria ser. Ser realmente, um profissional de Psicologia. Por mais que você tenha a mesma função, mas a sua graduação, o seu olhar é diferente. Cada um tem a sua especificidade. E eu acho bacana respeitar a especificidade de cada profissional. Eu vejo isso como um grande obstáculo. (Nordeste).

Ainda sobre os desafios cotidianos, uma psicóloga que atua em um Centro de Reabilitação menciona a necessidade de seguir indicadores quantitativos para avaliar se os casos estão ou não evoluindo: “*Para a Psicologia é difícil traduzir todo o nosso saber, a nossa forma de olhar, a escuta espontânea, essa escuta do que vem do paciente, e colocá-la dentro de um modelo com códigos. (Sudeste)*”.

Um outro desafio mencionado é lidar com a descontinuidade dos serviços públicos, em função da mudança de gestão, tanto na Saúde quanto na Educação.

Em todas as áreas de atuação, foi repetidamente mencionada a falta de intérpretes de Libras: Educação Básica e Superior, serviços de saúde etc. Trata-se de um problema que parece atingir as diferentes áreas, serviços e localidades, sendo indicativo de um problema que requer um investimento

público urgente. Uma(um) entrevistada(o) relatou que em uma capital de um estado da região Norte há apenas uma (um) profissional de Psicologia que é fluente em Libras, sendo frequentemente convocada(o) para servir de intérprete nos serviços públicos. A situação é complicada, pois ela(e) desempenha uma dupla função: Quando ela(e) vai ser intérprete em outro serviço o posto de psicóloga(o) dela(e) fica vazio e já vimos que há bastante demanda.

Na área de Educação, tanto na Educação Básica quanto na Educação Superior, a inclusão e a acessibilidade de estudantes com deficiência ainda são percebidas como um grande desafio. De acordo com relatos presentes nas entrevistas realizadas, em várias unidades da Educação Básica parece ainda predominar a visão de que o papel da(o) psicóloga(o) se resume ao diagnóstico que explique os comportamentos do aluno. Embora seja reconhecido que em alguns casos isso seja importante e necessário, as(os) psicólogas(os) escolares enfrentam dificuldades para fazer intervenções com outra ênfase. Todavia, algumas entrevistadas consideram que é preciso trabalhar para desconstruir a demanda das famílias e da própria escola pelo diagnóstico, que parece definir o mais importante do trabalho da(o) psicóloga(o). Tal desconstrução é percebida como um desafio a ser enfrentado, dando lugar à ênfase na singularidade do aluno e dos recursos que são necessários em cada caso.

Foi interessante observar alguns posicionamentos críticos em relação ao entendimento limitado dos conceitos de inclusão e acessibilidade. A prioridade— e muitas vezes o único compromisso de professores e gestores— é com a sala de aula. Muitas vezes incluir significa garantir a aprendizagem do conteúdo das matérias. Ainda é frequente entender acessibilidade como sinônimo de acessibilidade física: rampas, elevadores, banheiros acessíveis, mesas adaptadas etc. Tudo isso é extremamente importante e indispensável. No entanto, já vem sendo percebido que tanto a escola quanto a universidade enfrentam o desafio de ampliar e aprofundar o alcance dessas políticas públicas no sentido de contemplar também o papel da inclusão na socialização dos alunos com deficiência e ampliar a discussão. No âmbito da discussão micropolítica, a atuação do psicólogo deve estar atenta às relações entre estudantes, professores, funcionários e gestores, com e sem deficiência, buscando criar condições para a partilha e a troca de experiências e práticas de

cuidado, tendo em vista a necessidade de um processo de aprendizagem coletiva.

A título de diálogo, trazemos ainda alguns desafios do cotidiano profissional, condições institucionais e capacitismo institucional do trabalho da(o) psicóloga(o) na educação inclusiva, apontadas nas Referências Técnicas para atuação de psicólogas (os) na Educação Básica (CFP, 2019):

[...] a prática psicológica continua a mesma de quando crianças e jovens com deficiência eram encaminhados para as escolas especiais, consistindo na realização de anamnese com os responsáveis e a avaliação do nível intelectual e emocional. A partir dessas avaliações, laudos psicológicos são elaborados dizendo apenas aquilo que as crianças e jovens não possuem em função de suas deficiências, não constando informações que possam auxiliar os professores em sua prática pedagógica. Dessa forma, ajudam o preconceito a se perpetuar nas relações estabelecidas entre professores, estudantes, equipe técnica, endossando práticas de exclusão. Relações fundamentadas no preconceito fazem com que a pessoa com deficiência se sinta desvalorizada socialmente (CFP, 2019).

[...] Outro desafio que consideramos importante ressaltar refere-se, no âmbito das políticas públicas, ao retorno da visão medicalizante/patologizante que atribui a deficiências do organismo da criança as causas da não aprendizagem. De fato, é possível considerar que assistimos, a partir do ano 2000, o retorno das explicações organicistas centradas em distúrbios e transtornos no campo da educação. Temáticas tão populares nos anos 1950-1960 voltam com roupagem nova. Não se fala mais em eletroencefalograma para diagnosticar distúrbios ou problemas neurológicos, mas sim em ressonâncias magnéticas e sofisticadas genéticas, mapeamentos cerebrais e reações químicas sofisticadas tecnologicamente (p. 57-58) (CFP, 2019)

No IX Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas organizado pelo CFP Ricardo Lugon Arantes afirma:

Outra curva na conversa agora nos leva pro debate a respeito do campo das deficiências. O Brasil é signatário da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que afirma deficiência como resultante da interação de pessoas com impedimentos corporais, com barreiras. A deficiência não é uma condição intrínseca do sujeito, mas ela se produz no encontro de sujeitos com barreiras. [...] O que a lei brasileira de inclusão diz? Como deve ser a avaliação das pessoas com deficiência? Deve ser multiprofissional, interdisciplinar e deve considerar impedimento da função do corpo, fatores socioambientais psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho, a restrição da participação... (...) A lei brasileira de inclusão, parágrafo primeiro, fala da CID 10? Não fala.

E continua:

[...] A nota técnica 04/2014 se posiciona de maneira muito “clara” a esse respeito: É direito de toda pessoa com deficiência ter acesso à educação. Você pode restringir um direito garantido por uma convenção? (que no caso do Brasil tem status de Emenda Constitucional). Você pode negar por falta de um laudo médico? Não pode. Sempre que uma escola exige um laudo, ela está violando um dispositivo constitucional, está infringindo gravemente direitos. A nota afirma “claramente”: “o atendimento educacional especializado é procedimento pedagógico e não clínico”. Por isso eu disse no início que construir um AEE a partir de uma patologia é um processo de medicalização muito preocupante. A nota segue dizendo “o professor poderá articular-se com os profissionais de saúde...”. Por isso a pauta das redes e por isso a pauta da intersectorialidade. Então é nessa articulação, é nesse compartilhamento de estratégias — e eu passei a entender a angústia de um professor que não sabe o que fazer e se sentir sozinho - construindo redes, trabalhando junto, são caminhos pra diminuir a angústia e diminuir o recurso à Neurologia. (CFP, 2020, p. 76-77)

Por fim, e como tema de destaque, percebemos que o maior desafio a ser enfrentado é o capacitismo. Foi muito enfatizado que é preciso colocar em discussão, de maneira regular e sempre retomada, o problema do capacitismo que está na base dos processos de produção de subjetividade no Brasil. O capacitismo está entre nós, fazendo parte da subjetividade de psicólogas(os) e de outros profissionais da Saúde, da Educação, da Assistência Social e da Reabilitação. Ele está nas escolas, nas universidades, nos equipamentos do SUS e do SUAS. Está nas famílias das pessoas com deficiência e muitas vezes habita e configura também as subjetividades de pessoas com deficiência.

É preciso perguntar: Como produzir subjetividades anticapacitistas na sociedade? Como estender esta pergunta tendo como foco a subjetividade das/os próprias psicólogas e psicólogos? Como a política cognitiva capacitista pode estar menos presente na atuação dos psicólogos que atuam em políticas públicas com pessoas com deficiência? A pergunta de fundo é: Como promover melhores condições para que a Psicologia possa fazer uma virada anticapacitista? Neste ponto, tocamos no problema da formação de psicólogas e psicólogos.

É notável que muitos estudantes de Psicologia ingressam na universidade com uma formação capacitista (KASTRUP; POZZANA, 2020; GESSER; MORAES; BÖCK, 2020; GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2024), cuja atitude é colocar-se, de modo mais ou menos consciente, como alguém superior aos colegas com deficiência, que atualmente integram o corpo discente, que hoje é marcado pela diversidade. Sempre é

preciso lembrar que o capacitismo não é apenas um sentimento ou uma crença pessoal, mas se atualiza em práticas sociais de exclusão e opressão. Ele pode ser intensificado e mesmo reforçado num ambiente universitário competitivo, marcado muitas vezes pela desigualdade e pela hierarquia.

Este grande desafio justifica que o tema da Formação em Psicologia tenha se tornado o Eixo 4 desta Referência Técnica, visando dedicar uma discussão mais ampla sobre a lacuna que caracteriza a abordagem da deficiência, bem como as perspectivas que se abrem com o ingresso de estudantes com deficiência pelas ações afirmativas e sistema de cotas nas universidades públicas.

5.5 Alguns analisadores

A análise das entrevistas realizadas pelo CREPOP identificou cinco analisadores: 1) a persistência do modelo biomédico, 2) o capacitismo como barreira, 3) a correria, a sobrecarga e a precarização do trabalho; 4) o protagonismo ainda incipiente de psicólogas(os) com deficiência; e 5) o problema da formação.

5.5.1 Tudo deve partir do médico - A persistência do modelo biomédico

Nas entrevistas analisadas, a persistência do modelo biomédico apareceu, direta ou indiretamente, com muita frequência. Por exemplo, uma(um) psicóloga(um) destaca entre as dificuldades e desafios em seu cotidiano o espaço disponível para o trabalho de atendimento, acolhimento, escuta qualificada e acompanhamento. *“Faltam salas para esse atendimento, pois a prioridade da sala é do médico e do enfermeiro” (Centro-Oeste).*

A maior parte das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os) têm conhecimento dos limites do modelo biomédico, que orienta para uma abordagem individualista da deficiência, e reconhece a importância e o avanço promovido pelo modelo social da deficiência como base para a atuação de profissionais de Psicologia nas políticas públicas. No entanto, nem sempre o modelo social aparece nas rotinas e nas atividades narradas. Muitas vezes prevalece o atendimento individual e de familiares. No intuito de preencher a lacuna da formação em Psicologia que contemple o tema da deficiência, profissionais afirmam que buscam cursos de qualificação, cursos *online* e até

mesmo informações em redes sociais, que frequentemente, reforçam uma perspectiva biomédica e individualista no entendimento de pessoas com deficiência, que acabam surgindo com muita frequência na Reabilitação, na Saúde e na Educação Básica.

Por vezes tem prevalecido a atuação baseada na perspectiva biomédica, que reforça o trabalho das (os) psicólogas(os) baseado em laudos e avaliações neuropsicológicas, sendo que o problema das barreiras ambientais, institucionais e sociais persiste em ocupar um lugar secundário. De modo geral, o entendimento das crianças com deficiência pela via de testes neuropsicológicos, tratamento por medicamentos e terapias individuais deixa de fora todos os pontos que são destacados pelo modelo social da deficiência – barreiras de diferentes naturezas, práticas opressoras, excludentes e capacitistas. Por um lado, tal entendimento acaba por possibilitar uma linguagem comum para a interlocução com os profissionais de saúde, entre os quais ainda prevalece o modelo de atendimento onde a equipe multiprofissional é centrada na figura do médico, que ocupa, de modo mais ou menos formalizado, um lugar superior na hierarquia. Por outro lado, tais procedimentos acabam por reforçar o modelo biomédico e apoiar o que podemos chamar de uma Psicologia centrada no indivíduo.

É oportuno lembrar que o laudo médico tem importância, na medida em que ele é um documento indispensável para o acesso a direitos de pessoas com deficiência como o BPC, a gratuidade no transporte, a mediação escolar, o ingresso na universidade pública pelo sistema de cotas, bem como aos tratamentos específicos na rede pública e pelos planos de saúde que são necessários. No entanto, a persistência do modelo biomédico parece menos contundente, nas áreas de Educação e Assistência.

Na Educação, os laudos médicos e avaliações psicológicas fazem parte do cotidiano das(os) psicólogas(os). O grande número de crianças “laudadas” na Educação Básica é ainda pouco problematizado por professores e gestores, o que frequentemente impacta a atuação das(os) psicólogas(os). Em diversas ocasiões a demanda e a própria existência do laudo levam a uma perspectiva individualizante da criança com deficiência. Mesmo que a psicóloga leve em consideração a configuração familiar, o contexto de ensino-aprendizagem e os demais marcadores sociais— como classe, gênero e território—, muitas vezes

eles são tomados como aspectos secundários, que influenciam aquela criança, mas que podem ou não ser levados efetivamente em consideração.

Uma psicóloga escolar tem uma visão crítica dessa perspectiva e seu relato merece destaque.

Eu, enquanto profissional, eu sei que, a gente sabe que o diagnóstico é importante. É, mas eu gosto de enxergar esse aluno como um todo. Ali para mim é João. João é meu aluno. Eu vou cuidar de João como um todo e não enxergar o João como um autista, né? Como o deficiente intelectual. Síndrome de Down. Não. Ele é João. Sabe? Eu gosto de enxergar esse aluno como um todo. Eu acho que isso conecta a gente cada vez mais com esses alunos e com essas famílias. (Nordeste)

Na Educação Superior, as(os) psicólogas(os) que atuam junto a pessoas com deficiência – seja ministrando disciplinas, desenvolvendo projetos de pesquisa e extensão, ocupando cargos de gestão e atuando em comissões de acessibilidade - também se veem às voltas com o laudo médico, que é exigido para os estudantes que ingressam pelo sistema de cotas. para deficiência. A composição das comissões de heteroidentificação tem gerado uma discussão importante, no sentido de construir um entendimento de que tais comissões devem ser formadas por umas equipes multidisciplinares, favorecendo uma perspectiva política e ampliada da deficiência.

5.5.2 Veem a deficiência, antes da pessoa - O capacitismo como barreira

O relato de muitas psicólogas e psicólogos é que o capacitismo faz uma barreira imediata, estando presente já no primeiro encontro, da primeira percepção. A pessoa com deficiência parece ser dotada de um rótulo identitário: cego, surdo, autista, cadeirante, por vezes nomeada com termos pejorativos como “mongolóide”, “débil mental”, “cegueta”, “surdo-mudo”, “mudinho”, “maneta” etc. O rótulo identitário se distingue do marcador social – deficiência, classe, gênero, idade, território etc. Enquanto os marcadores sociais são características singulares que configuram politicamente as relações sociais, podendo se articular produzindo o fenômeno da interseccionalidade, o rótulo identitário é totalizante e reducionista. O rótulo torna invisível tudo o mais que faz parte daquela pessoa. É emblemática a afirmação de uma das entrevistadas: *Se chega uma pessoa com deficiência a uma unidade de saúde,*

por vezes ela é mandada para o setor de reabilitação. (Sudeste). Uma entrevistada percebe que uma das dificuldades:

é tratar a pessoa com deficiência como um ser humano, pois tem muito estigma, fazem referência às pessoas com deficiência como 'aquele cadeirante', 'a pessoa de muleta'. Falta visualizar e personalizar a pessoa com deficiência como uma pessoa de direito, como um cidadão. (Centro-Oeste)

Esta face do capacitismo atinge não apenas os profissionais de saúde, mas é narrada por pessoas com deficiência como estando presente em várias situações da vida cotidiana. Por exemplo, uma mulher cega e de cabelos grisalhos pode escutar alguém dizendo que “tem um cego aí”, ignorando outros atributos que a definem como ser uma mulher, possivelmente idosa por ter os cabelos brancos. (KASTRUP; POZZANA, 2016). A situação é comentada por Frantz Fanon (2020) que aponta a mesma atitude preconceituosa, excludente e ofensiva, no uso do termo “negro” para fazer referência a uma pessoa negra, que com esta denominação é destituída de suas características singulares e estéticas, sendo ignorada quanto aos outros marcadores que constituem aquela subjetividade, como gênero, faixa etária etc.

5.5.3 Estou ali na correria - A sobrecarga e a precarização do trabalho

Narrativas sobre a correria, a falta de tempo, a pressa que prejudica a qualidade do atendimento e a temporalidade acelerada foram bastante frequentes. Tal situação não é exclusiva do ambiente de trabalho de psicólogas e psicólogos que trabalham nas políticas públicas com pessoas com deficiência. Ela vem mobilizando pesquisas que apontam os problemas de saúde mental que atravessam a vida de trabalhadores das mais diferentes áreas, instituições públicas e privadas (CASTRO; FERREIRA, 2022; GUIMARÃES, FERREIRA, FREITAS, 2022).

A pesquisa analisada apontou que a falta de novas vagas para psicólogos em concursos públicos tem efeitos na precarização do trabalho de psicólogas(os), afetando a qualidade do atendimento e gerando aumento na fila de espera. Na falta de psicólogos concursados, tem sido comum a contratação de psicólogas(os) terceirizadas(os) com contratos temporários, o que acaba por agravar a situação, afetando as atividades desempenhadas. Um ponto destacado é como tal condição torna delicada e por vezes difíceis a participação

crítica desses profissionais junto ao serviço. Vale trazer o fragmento de uma entrevista:

A gente sabe que não tá bom, que tá desgastante, que tá cansativo, mas vai falar isso para um gestor e ainda mais se você não é uma psicóloga que tem as suas garantias. Eu estou lá no serviço público, mas estou na modalidade contrato, eu não estou na modalidade de concurso (...) quando é modalidade de contrato a gente fica meio insegura, eu digo por mim, eu fico muito insegura de tentar fazer alguma coisa e não ser bem recebida pelos gestores ou os pais chegarem e distorcer toda a situação, caso que já acontece. (Nordeste)

A precarização salarial também é lembrada por uma psicóloga da Educação: “A desvalorização financeira é grande. Ainda mais quando você vê que é vinte horas, mas você não faz vinte horas, é trinta ou quarenta.” (Nordeste)

A palavra “correria” surge diversas vezes nas entrevistas para nomear seu cotidiano de trabalho. Vale evocar o depoimento abaixo:

Muitas vezes, no dia a dia, na correria, não tenho tempo pra você realmente, acolher essa pessoa, entender, tirar suas dúvidas para minimizar dessa pessoa ficar pra lá e pra cá; dessa pessoa ficar indo em vários setores, digamos assim, vários lugares, porque já tem uma certa dificuldade de chegar. Então, no caso, seria mesmo a questão mais da acolhida, da escuta, de você conseguir direcionar melhor essa pessoa, tirar mais as dúvidas dessa pessoa, pra que essa pessoa não fique realmente tendo que ir em vários lugares, sendo que já tem uma certa dificuldade. E esse acolhimento, também entra no sentido de conseguir entender essa pessoa (...) Então, acaba sendo um pouco mais superficial, digamos assim. E seria necessário que fosse, acredito, mais acolhedor nessas especificidades. Mas, infelizmente, às vezes, a gente não consegue no dia a dia (Nordeste)

Uma das psicólogas que atua na Educação Básica aponta que, dado o pequeno número de profissionais de Psicologia, a especificidade das questões do aluno com deficiência não tem tanto espaço para ser pensada. No seu caso, ela atende a todos os alunos da escola, sem o recorte da deficiência. A correria também tem como consequência a dificuldade de planejar as intervenções e propor um acompanhamento de atividades mais contínuo, porque as escolas geralmente demandam que as(os) psicólogas(os) venham para “apagar o fogo”. Dessa forma, a proposição de novos projetos e o trabalho preventivo ficam em segundo plano. Ela se sente sobrecarregada com a urgência e número de demandas.

Uma das psicólogas da Assistência Social que foi entrevistada percebe um processo de desconstrução da Psicologia no CREAS, afetando a qualidade e o tempo dos atendimentos, além de ocasionar confusão nas funções desempenhadas. Ela trabalhou anteriormente na Saúde mas agora teve que *aprender sobre o que era BPC, encaminhamento para o cadastro único, coisas que são muito específicas de um assistente social*. Enfim, o problema não parece específico de uma área de atuação.

5.5.4 O maior desafio é ser uma psicóloga com deficiência - Um protagonismo ainda incipiente

Uma psicóloga com deficiência física, que atua no Ensino Superior no Nordeste, relata que ainda passa por muitos preconceitos, o que é um dos maiores desafios do seu trabalho. Já ouviu dos próprios docentes da sua instituição que 'Ensino Superior não é lugar de pessoa com deficiência física'. Ela sente essa fala como uma *anulação de existência* e observa que este tipo de atitude é notável também no trato com alunas e alunos com deficiência do curso de Psicologia. A discriminação pelo fato de ser uma pessoa com deficiência persiste e se faz notar quando, depois de um longo tempo de experiência na universidade, ainda tem que provar que tem competência.

O Censo da Psicologia Brasileira de 2022 (p.50) aponta que a Psicologia possui ainda uma porcentagem ínfima de profissionais com deficiência: apenas 5,0 % de psicólogas(os). Considerando que o número de pessoas com deficiência no Brasil gira em torno de 17,3 milhões de pessoas, — representando cerca de 8,4% da população total acima de 4 anos (IBGE, 2021) —, a Psicologia ainda necessita envidar esforços no sentido de garantir a efetividade da Lei Brasileira de Inclusão (LBI — Lei nº 13.146/2015) e trazer mais pessoas com deficiência em seus quadros. A proporção de estudantes com deficiência que ingressam nos cursos de graduação em Psicologia é de 5% nas universidades públicas e 5,4% nas privadas. Vale ressaltar que 79,6% dos formados atuam na área de Psicologia. A partir desses dados, algumas perguntas se colocam: Como podemos avançar nesse protagonismo? Além de combater o capacitismo nas diferentes áreas de atuação, como a Psicologia pode contribuir para que o protagonismo aconteça?

Ainda há um grande desconhecimento da capacidade de estudar, aprender, trabalhar, produzir conhecimento e contribuir para o desenvolvimento social, econômico e político. Como afirma Anahi Guedes de Mello (2016), esquece-se que as pessoas com deficiência podem desenvolver outras habilidades não agregadas a sua situação biológica (não ouvir, não enxergar, não andar, não exercer de forma plena a função intelectual) e serem socialmente capazes de realizar a maioria das capacidades que se exige de um “normal”, tão ou até mais que este.

Vulnerabilidade não deve ser confundida com incapacidade. A vulnerabilidade é um indicador de desigualdade social, que se expressa em processos de exclusão e práticas de discriminação e opressão em relação a grupos sociais. Ela pode ser decorrente de fatores intrínsecos a indivíduos ou populações ou de fatores extrínsecos – fatores sociais, econômicos, territoriais. O modelo social da deficiência aponta que a vulnerabilidade das pessoas com deficiência é inseparável das barreiras de diversas naturezas, não podendo ser meramente atribuída a fatores externos. A ideia totalizante de incapacidade e invalidez acaba por bloquear as possibilidades dessas pessoas se realizarem afetivamente, educacionalmente e politicamente, em diferentes esferas da vida social (MELLO, 2016).

As narrativas hegemônicas ainda são narrativas capacitistas. As narrativas das pessoas com deficiência foram silenciadas e os saberes que as acompanham foram sistematicamente invisibilizados. Prevaleceram publicações que destacam a dimensão de tragédia pessoal e defeito individual. Mas o cenário atual dá sinais de mudança. Hoje, já se observa a publicação de autoras e autores surdos e com deficiências variadas, o que acompanha o movimento de publicação de autoras e autores negros, indígenas, LGBTQIA+, igualmente silenciados. A publicação de histórias de pessoas com deficiência tem sido realizada por meio de pesquisas acadêmicas por autoras(es) com e sem deficiência, com um viés crítico e sublinhando a relevância do conhecimento produzido por essas pessoas pesquisadoras (MELLO, 2016; GAVÉRIO, 2015 a; BELARMINO, 2015; ALVES, 2020; RIBEIRO, 2025; GUERREIRO, 2021; WEID, 2023; KASTRUP; POZZANA, 2016; KASTRUP; GUERREIRO, 2025).

Os sinais de mudança podem ser percebidos também na política metodológica do *PesquisarCOM* (MORAES; KASTRUP, 2010; SILVEIRA; MORAES; QUADROS, 2022), onde a pessoa com deficiência é considerada um sujeito ativo com o qual se faz pesquisa, e não um objeto de pesquisa. O interesse acadêmico pelo acesso à experiência da deficiência também pode ser percebido pelo desenvolvimento de estratégias metodológicas que favoreçam a produção de uma fala encarnada, ou seja, de narrativas de dentro da experiência. Ao levarmos em conta o saber que advém da experiência da deficiência, buscamos modos de articular diferenças sem diminuí-las ou hierarquizá-las.

Como um relato de experiência pessoal pode ir além daquela pessoa, fazendo falar também outros corpos com deficiência? Como dar espaço às narrativas dessas experiências, problematizando a inferioridade destes corpos não hegemônicos? Tanto a escrita acadêmica quanto a não acadêmica a partir da experiência, — isto é, situada e encarnada—, pode funcionar como ferramenta política importante para afirmar a multiplicidade de modos de existir. Moraes e Tsallis (2016) pontuam o compromisso epistemológico de problematizar e resistir às narrativas de corpos não situados, vindas do ponto de vista lugar nenhum.

A autora feminista negra brasileira Djamilia Ribeiro (2017) propôs o conceito de lugar de fala a partir das discussões das *standpoint theories*, ou teorias feministas de ponto de vista. Segundo Ribeiro, há um mal-entendido quando o conceito de lugar de fala é tomado como um lugar pessoal, individual, e não como a experiência de um grupo que ocupa um determinado lugar social. É a partir do lugar social em que nos situamos que podemos falar das experiências de nossos corpos no mundo. Assim, todos os sujeitos têm um lugar de fala, a partir do grupo social ao qual pertencem. O conceito de lugar de fala adquiriu um escopo mais amplo, sendo estendido à reflexão das narrativas de outros grupos minoritários para além da raça.

Tal perspectiva comparece em autoras feministas com deficiência como Rosemarie Garland-Thomson (2001; 2002; 2005) e Stacy Simplican (2017), dentre outras. Em um artigo em que analisa diferentes trabalhos literários de mulheres com deficiência, como livros, artigos e ensaios, Garland-Thomson (2005) propõe uma modalidade de escrita a partir da experiência da

deficiência que ela chama de *situated theory* (que podemos traduzir como teoria situada). O tipo de escrita que compõe a *situated theory* diferencia-se tanto dos estudos críticos tradicionais quanto da escrita de relatos e memórias pessoais da experiência da deficiência. Ancorada no *life-writing*, a *situated theory* acontece quando, a partir da narrativa de suas próprias experiências de vida, as autoras, que são mulheres com deficiência, tecem problematizações e análises de questões que envolvem a intersecção de gênero e deficiência, como questões específicas da sexualidade, aparência, identidade, dentre outras. Segundo a autora, na *situated theory* há um modo complexo e sofisticado de explorar as questões da deficiência a partir do ponto de vista da mulher com deficiência, que coloca seu corpo e experiência como base para a elaboração de um pensamento crítico. Garland-Thomson (2005) afirma a importância da intervenção na dimensão cultural para a desconstrução de estereótipos e da negatividade que a imagem da deficiência carrega.

No caso da graduação em Psicologia, bem como dos demais cursos de nível superior, uma das grandes dificuldades para a pessoa com deficiência é o desenho político-pedagógico das instituições de formação, que precisa ser modificado tendo em vista a acessibilidade e a inclusão de pessoas com deficiências. As universidades públicas vêm pouco a pouco se ajustando à diversidade do corpo discente, que resulta das ações afirmativas e do sistema de cotas. Vem construindo também novas políticas de formação e reformas curriculares visando acolher esses estudantes e com isso, ter a oportunidade de se transformar e se aproximar da realidade brasileira e das políticas públicas. No entanto, ainda estamos longe da realidade que gostaríamos.

5.5.5 *Eu penso que isso poderia ser pensado desde a formação - O incontornável problema da formação*

Frente ao capacitismo que assombra as relações entre pessoas com e sem deficiência e ao protagonismo ainda incipiente de psicólogos com deficiência, a discussão sobre o problema da formação se torna incontornável. Há relatos muito incisivos sobre a precariedade da formação

em Psicologia em relação às características das diferentes deficiências, o que tem efeitos sobre a atuação junto a este público.

A gente nunca falou de surdos, a gente nunca falou de cegos, a gente falou isso aqui e... eu tive mãe-geladeira na faculdade, quando se falava em autismo, é a coisa mais triste do mundo. (...) ainda tem hoje, então, a gente tem que melhorar a nossa formação para poder olhar para o público com deficiência com mais qualidade. (Sul).

Segue a fala de um psicólogo com deficiência:

Então, talvez, se a gente começasse a pensar, por exemplo, nos concursos, né? Ter conteúdo desse nível, dessa temática, fossem possibilitar que os futuros servidores tivessem acesso prévio a esse, a esse tema, né, e não chegassem inertes a esse movimento que já existe, e fossem buscar a formação depois que já está atuando. Então, eu penso que poderia ser pensado desde a formação, mas é que talvez, não caiba nessa, nesse momento da entrevista, mas é algo que a gente já vem discutindo, né? Falar sobre pessoas com deficiência, sobre as formas de opressão, né? (Nordeste).

O ingresso de estudantes com deficiência na universidade pública, por meio do sistema de cotas (Lei 13.409) tem sido ao mesmo tempo um desafio e uma grande oportunidade para que seja feita uma avaliação e uma autocrítica das políticas de formação acadêmica (GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2023). A formação pautada na ideia de que o professor é aquele que detém o conhecimento e transmite informações e o estudante que acumula os conteúdos vem sendo reiteradamente questionada há muito tempo.

Paulo Freire (1997) é, neste sentido, extremamente atual. Uma boa formação envolve muito mais do que a aquisição de informações, teorias e técnicas, mas implica a problematização e também a experiência de sensibilização (SANCOVSCHI; ROCHA, 2023), que vai se fazendo nos encontros com pessoas, espaços e materiais, que afetam os estudantes e podem produzir deslocamentos interessantes de posições existenciais e políticas, hegemônicas e naturalizadas.

Nesse sentido, a diversidade de estudantes no espaço universitário pode ter uma dimensão formativa, devemos fazer desta ideia uma diretriz ético-política para a formação em Psicologia. O encontro com a diferença e com diferentes corpos que se afastam da corponormatividade compulsória podem nos confrontar com os limites dos nossos modos de ser e de

conhecer, de nossos modos de subjetivação e de nossos territórios. Todavia, o encontro que produz a percepção de nossos próprios limites e o deslocamento de modos de ser e perceber naturalizados com a diferença não está garantido pela presença da diversidade. Podemos passar pelo outro como se ele não estivesse ali ou percebê-lo como inferior, numa perspectiva capacitista. Por outro lado, o fato de haver o outro, de haver corpos não hegemônicos, permite que tenhamos a chance de experimentar a alteridade, a diversidade.

A presença de estudantes com deficiência surge como oportunidade para problematizar e transformar saberes capacitistas e práticas micropolíticas de exclusão, que são por vezes naturalizadas, mesmo em face de um corpo discente que hoje em dia é marcadamente diverso. Cumpre problematizar as concepções teóricas eminentemente negativas da deficiência, fundadas nas ideias de falta e déficit, bem como desenvolver conhecimentos sobre as múltiplas formas de perceber, conhecer e estar no mundo. É também imperativo banir práticas de exclusão e opressão que marcam, por vezes de forma velada, as relações com as pessoas com deficiência, e se colocam ao lado e se somam àquelas que caracterizam o racismo, o machismo e o sexismo.

Não se trata de tolerância com a diferença, mas de desejo de diversidade, encarando-a como riqueza de experiências. McRuer (2012; 2024), assim como Kafer (2013) e outros autores nos provocam a pensar um futuro com deficiência. Essa provocação vai no sentido de que é preciso pensar um futuro em que as pessoas com deficiência possam não somente fazer parte, mas que sejam ativas na sua construção. Nessa direção, a aposta é que uma universidade e um mundo com corpos deficientes devem ser não somente possíveis, mas também desejados, e que essa pauta seja incluída na discussão tão urgente na atualidade sobre a formação em Psicologia, e por certo, em outras áreas da formação universitária.

As entrevistas dão sinais de que começamos aos poucos a avançar na formação em Psicologia.

A gente precisa bastante, eu vejo as minhas estagiárias já tendo muito mais base, eu acho que isso tem evoluído, isso é importante, mas para a gente poder dialogar, para a gente poder olhar para aquele indivíduo a partir de quem ele é mesmo, consciente das barreiras que ele encontra,

*das dificuldades que ele tem, das potencialidades que ele tem também.
(Sul)*

Inclusive, na época que eu estava na graduação, não tinha uma disciplina, né, direcionada ao atendimento da pessoa com deficiência! (...) No geral, a gente percebe que hoje, cresceu bastante, né, a oferta de cursos, tanto de extensão, e de especialização, e de formação na área do atendimento à pessoa com deficiência. (...) Inclusive, eu recebo muitos alunos lá, né, algumas faculdades que, dentro da disciplina, trazem os alunos para conhecer, né, o espaço, a instituição e o desenvolvimento do trabalho do psicólogo lá. E, geralmente, sempre sou eu que recebo e faço esse momento com eles, né, pra que eles entendam como é que acontece o fazer do profissional de Psicologia nessa área (...) Sempre que eu falo sobre essa disciplina que hoje tem nas faculdades, né, nas universidades, do atendimento à pessoa com deficiência, eu fico feliz, porque quando eu iniciei, a gente não via profissionais que tinham interesse em trabalhar com o público, né? Porque não é fácil, né? Tem suas dificuldades, mas é gostoso, né? É gratificante, né? Você vê aquele paciente, aquela criança, você observar os níveis de desenvolvimento dela, você perceber ela, você vê a gratidão da família. Então, isso é gratificante para nós, enquanto profissionais. (Nordeste)

6. EIXO 04 – O (NÃO) LUGAR DA DEFICIÊNCIA NA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA: ALGUMAS PISTAS PARA UM CAMINHO A TRILHAR

6.1 A universidade frente à diversidade: deficiência, formação e invenção

Há uma grande lacuna sobre o tema da deficiência na formação em Psicologia. O efeito dessa lacuna é o sentimento de despreparo de psicólogas e psicólogos quando se veem frente à necessidade de atuar junto a pessoas com deficiência nas políticas públicas e de lidar com o capacitismo estrutural, inclusive assumindo o protagonismo no combate e enfrentamento do problema. A situação aparece nas falas de um grande número das/os profissionais que foram entrevistados no contexto da pesquisa realizada pelo CREPOP:

Então, falar da Psicologia escolar realmente não é só a nível de atender o aluno na família e o professor, é mesmo um contexto assim muito amplo. É até um pouco desafiador, porque nós não recebemos isso na nossa formação. (Centro-Oeste)

Estamos atendendo autismo, mas a equipe não é capacitada para este atendimento. (Norte)

Eu confesso que estudar sobre capacitismo foi bem recente, tem muito pouco tempo que comecei a ouvir esse termo com mais evidência. E aí hoje, é o tempo todo (...) por exemplo, a gente precisa mudar essa política de entendimento de que a pessoa com deficiência ela não é capaz. Ela possui uma deficiência, mas ela está habilitada a desenvolver suas potencialidades. (Centro-Oeste)

O capacitismo é um tema que temos conversado muito de uns três anos pra cá, foi algo que surgiu da Psicologia. Quando comecei a ler, vira uma chave, muda seu olhar sobre a pessoa com deficiência. Você passa a questionar sua prática, sua técnica a questionar a instituição. E aí vai abrindo o leque. Fiz palestra aqui pra equipe e pros pais. Quando os pais começaram a ver e ouvir relatos sobre o capacitismo, observamos que acessamos um lugar profundo de culpa. Esses pais começaram a relatar como se sentiam, como o capacitismo dificultou a aceitação da condição do filho, passaram a compreender e passou a fluir melhor o trabalho. Então acho que foi uma virada de chave também pra eles, hoje eles já sabem usar o termo e explicar o conceito. A gente tem trabalhado muito esse tema (Norte).

A percepção da insistência do problema da formação nas falas de psicólogas(os) justificou que o Eixo 4 se dedicasse ao aprofundamento da discussão crítica sobre tal situação, bem como da proposição de direções e pistas para um caminho a ser trilhado de modo a preparar as futuras gerações para a atuação fundamentada em parâmetros ético-políticos e teórico-conceituais avançados e comprometidos com os direitos humanos das pessoas com deficiência. Não temos a intenção de propor um novo modelo de currículo, mas apontar pistas que convidem a inventar e trilhar caminhos, a buscar brechas, a experimentar estratégias, a imaginar, sonhar e construir coletivamente uma formação em Psicologia atravessada pela diversidade, pela interseccionalidade, com a deficiência no centro do debate. E com o protagonismo das(os) psicólogas(os) com deficiência - Nada sobre nós, sem nós.

De saída, percebemos uma bifurcação na discussão sobre formação, o que a torna mais interessante e mais complexa: precisamos pensar a formação em Psicologia que leve em consideração o trabalho do psicólogo com pessoas com deficiência, mas também a formação de estudantes com deficiência que ingressam no ensino superior, no curso de Psicologia. Este eixo busca contemplar ambas as discussões, que possuem problemáticas distintas, mas que também se encontram em alguns pontos.

A Educação Superior no Brasil é orientada pela Constituição Federal (art. 207) e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). A Política Nacional de Educação Superior é coordenada pela Secretaria de Educação Superior (Sesu/MEC) e tem o compromisso de expandir vagas, garantir a qualidade do ensino e criar condições para aumentar a permanência dos alunos. Baseada no Plano Nacional de Educação (PNE), criou políticas de cotas para democratizar o acesso, no contexto das quais se situa o sistema de cotas de estudantes provenientes de escolas públicas e com marcadores de renda, etnia-raça e deficiência. O compromisso envolve também reduzir a evasão e apoiar a permanência desses estudantes, afirmando e consolidando a necessidade de reparação em relação a camadas da sociedade até então excluídas da formação universitária. As ações

afirmativas têm como efeito a formação de um corpo discente marcado pela diversidade.

No caso dos cursos de graduação e de formação de Psicologia, o compromisso ético-político é formar profissionais comprometidas(os) com os direitos humanos e a justiça social, o que deve incluir a atuação de psicólogas(os) junto a pessoas com deficiência nas políticas públicas, que é o tema abordado nesta Referência Técnica. A mesma orientação ético-política vale para os cursos de Pós-graduação, Mestrado e Doutorado. Deve ainda ser ressaltado que no âmbito da universidade pública, ela toca os três pilares da formação - Ensino, Pesquisa e Extensão – que devem se articular e se alimentar mutuamente na produção, difusão e partilha de conhecimentos, saberes e boas práticas na Educação Superior.

Em um livro dedicado a discutir o problema de gênero e o lugar das mulheres na universidade, Vinciane Despret e Isabelle Stengers (2011) analisam a questão da democratização do acesso à universidade. Entendem que tal democratização está sendo efetivamente realizada nas universidades da Europa, que são territórios majoritariamente masculinos, brancos e elitistas. A partir de um determinado momento estas passaram a receber regularmente novos estudantes: primeiro chegaram os jovens, depois os jovens advindos de classes menos favorecidas e depois os imigrantes. Tudo foi sendo feito como se fosse algo “normal”. No entanto, a preocupação coletiva não foi a de acolher aqueles estudantes, que não eram pré-formatados para estarem ali e traziam consigo saberes que abririam outros horizontes, diferentes daqueles de uma elite acadêmica. A preocupação foi antes a de uma eventual “baixa” do nível da universidade. A universidade procurava mostrar que eles eram bem-vindos, pois a universidade é democrática, mas em condições pré-estabelecidas, contanto que não mudassem nada. Em outras palavras, são bem-vindos com a condição de “não criarem caso”. Numa outra direção, Despret e Stengers afirmam que, no contexto da democratização, devemos sonhar com uma universidade que coloque em questão seus códigos e rotinas, aproveitando a ocasião para repensar a formação acadêmica. A ocasião é propícia para que a universidade se coloque no desafio de produzir e transmitir um saber vivo e pertinente. Como escapar do “cada um por si”, que ainda é a regra de hoje

em dia? E perguntamos aqui: Como aprender a pensar juntos uma nova formação para a Psicologia?

Guardadas as devidas diferenças, a situação da universidade brasileira não está longe do quadro desenhado acima. No Brasil, um dos pontos mais sensíveis da democratização da universidade pública diz respeito ao ingresso de estudantes por meio de cotas étnico-raciais, cotas para estudantes de escola pública e - o que diz diretamente respeito a esta Referência Técnica - cotas para pessoas com deficiência. A situação contraria interesses da classe média e tem sido objeto de críticas em diferentes espaços de circulação de opinião. Além disso, a permanência e a convivência com a diversidade dos estudantes na universidade pública não tem sido tarefa fácil.

A presença de estudantes com deficiência na universidade pública tem ganhado espaço e importância nos últimos anos. A partir da lei 13.409, promulgada em 2016, desde 2018 as universidades vêm adotando a política de cotas para estudantes com deficiência. Essa política tem forçado a comunidade acadêmica a refletir sobre os temas da inclusão, da acessibilidade e da deficiência. Embora não seja nova a presença de estudantes com deficiência na universidade, o aumento significativo deste número e a institucionalização do acesso aos cursos de graduação deu uma importante visibilidade ao tema, convocando a uma discussão para garantir sua formação, bem como aquela de todos os estudantes e à produção de conhecimento crítico, no contexto da atual e bem-vinda diversidade do corpo discente (MORAES; GESSER; KAUFMAN, 2025; KASTRUP, 2018; KASTRUP; POZZANA, 2020).

O problema da acessibilidade na universidade não diz respeito apenas aos alunos com deficiência, mas requer o envolvimento de professores, gestores, funcionários técnico-administrativos e demais estudantes, ou seja, da universidade como um todo. É também importante sublinhar que tal problema possui diversas dimensões e nuances, que vão bem além das questões pedagógicas e da sala de aula. Nunca é demais lembrar as imensas barreiras enfrentadas no deslocamento na cidade e no transporte público. No campus universitário, muitas vezes existem problemas de acesso a bandejões, lanchonetes e cafés. Há também todo um campo micropolítico de

tensões que emergem nas relações com professores e diversas vezes com colegas sem deficiência.

Devemos lembrar, mais uma vez, que a acessibilidade possui uma dimensão micropolítica, para além da dimensão macropolítica (leis, direitos) e que a dimensão micropolítica que envolve políticas cognitivas, modos de perceber, de pensar e regimes de atenção que moldam a relação dos estudantes sem deficiência com seus colegas com deficiência. Muitos estudantes ingressam na universidade com uma formação capacitista (MELLO, 2016; KASTRUP; POZZANA, 2020), sentindo-se e colocando-se, de modo mais ou menos consciente, superiores às pessoas com deficiência. O capacitismo não é apenas um sentimento ou uma crença pessoal, mas se atualiza em práticas sociais de exclusão e opressão. Ele pode ser intensificado e mesmo reforçado num ambiente universitário competitivo, marcado muitas vezes pela desigualdade e pela hierarquia.

No contexto universitário o capacitismo comparece muitas vezes como desinteresse pelo contato e falta de atenção aos alunos com deficiência, que têm com frequência sua singularidade ignorada ou negligenciada. Seus corpos e seus modos de perceber, aprender e se locomover, que parecem por vezes estranhos ou convocam outras temporalidades, ao invés de provocarem atitudes de aproximação, atenção e cuidado, provocam frequentemente atitudes de afastamento e distanciamento, que se atualizam em situações cotidianas como a escolha do lugar na sala de aula, a limitação das conversas e até a evitação do olhar.

Ao colocar em discussão o problema da formação em Psicologia devemos lembrar que a noção de formação pautada na ideia do professor como aquele que transmite informações e do estudante como aquele que recebe e acumula tais informações vêm sendo reiteradamente questionada há muito tempo. No campo da educação, os trabalhos de Paulo Freire apontam a diferença entre a educação bancária (que acumula conteúdos) e as formas libertadoras de educar (FREIRE, 1997).

Os processos de formação não podem ser reduzidos à aquisição de conhecimentos técnico-científicos, à transmissão de conteúdo ou informações visando mudança comportamental, aplicação de técnicas e de teorias. Não

podemos reduzir a formação à aquisição de habilidades e competências, como um produto a ser consumido (DIAS, 2012).

A formação também vai além do desenvolvimento da capacidade de solucionar problemas e é cada vez mais questionada a ênfase apenas na avaliação dos resultados. É preciso acompanhar processos, ter cuidado com os estudantes e reconhecer a dimensão inventiva da formação. Na medida em que a presença de um corpo discente marcado pela diversidade é algo ainda recente, desafia rotinas acadêmicas e fórmulas prontas.

A Universidade ainda é um território marcado pelo capacitismo e está aprendendo a lidar com este novo cenário. A formação dita inventiva não segue regras, cartilhas e tampouco oferece procedimentos pedagógicos prontos. Ao contrário, ela suscita a importância de experimentar modos de ensinar e aprender múltiplos e singulares. A formação inventiva (DIAS, 2012) ressalta também a importância de aprender a problematizar falsas crenças, opiniões equivocadas e ideias pré-concebidas e naturalizadas quanto à capacidade cognitiva e à vida das pessoas com deficiência, bem como a colocar novos problemas (KASTRUP; POZZANA, 2020).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) vem realizando diversas ações para acompanhar e qualificar a formação profissional, sendo o CensoPsi 2022 o maior levantamento já realizado no Brasil sobre o exercício profissional. A pesquisa aborda dados de formação, inserção no mercado de trabalho e o perfil sociodemográfico da categoria, tendo ouvido mais de 20 mil psicólogas(os). O censo da Psicologia de 2022 aponta que a Psicologia parece ser marcada pela forte ênfase no social, dada a sua identificação com a assistência, o cuidado, o conhecimento do outro e de si próprio.

Por outro lado, a área dá indícios da construção de múltiplas identidades, que podem seguir orientações teóricas e políticas divergentes. Por este motivo, os currículos devem contemplar os diversos subcampos da Psicologia, cada vez mais diversos e fluidos. Enfim, um cenário que se manteve relativamente estável ao longo do tempo dá sinais de mudanças recentes na configuração da atuação profissional em Psicologia, abrindo novas trilhas que exigem um compromisso daqueles responsáveis pelo processo de formação profissional.

Neste cenário, Sonia Gondim e Leonardo de Oliveira Barros (2022) sublinham que é preciso zelar por uma formação qualificada e alinhada a este novo panorama do mundo do trabalho, que permita reafirmar valores compatíveis com a responsabilidade profissional para com a adesão ao estágio de conhecimento científico e prático neste campo do conhecimento.

Raquel Guzzo, Ângela Soligo e Ana Paula Soares da Silva (2022) sublinham que o início da formação em Psicologia foi orientado pela concepção de Currículo Mínimo, que era composto por um rol de disciplinas obrigatórias, como Psicologia Geral, do Desenvolvimento, da Personalidade, Estatística, Fisiologia e Psicopatologia. Além dessas, para a formação profissional, deveriam ser cursadas também disciplinas como Técnicas de Exame Psicológico, Técnicas Psicoterápicas, Psicologia Escolar e Problemas de Aprendizagem, Psicologia do Excepcional, Dinâmica de Grupo, Ética profissional, entre outras. Segundo o Currículo Mínimo, a formação em Psicologia previa a realização de estágios em três grandes áreas – Clínica, Escolar, Industrial, e a habilitação em Formação da(o) Psicóloga(o), Licenciatura e Bacharelado (que formava para a pesquisa).

Foram necessários muitos acontecimentos internos e externos à Psicologia, ao longo de mais de trinta anos, para que essa concepção fosse superada em termos legais. A transformação social pela qual a sociedade brasileira passou, as mudanças geopolíticas de produção e divulgação de conhecimentos, a criação de novos campos de atuação a partir de demandas locais e globais, para citar alguns aspectos, imprimiram uma multiplicidade de práticas e produziram a crítica aos compromissos restritivos da concepção curricular expressa na regulamentação inicial da profissão que se arrastava ao longo de anos.

Naquele momento, ganhou força a proposta de uma formação básica e pluralista sólida, com incentivo à integração de conteúdos em perspectiva generalista, interdisciplinar e em diálogo com outras áreas do conhecimento. Além disto, a formação deveria contemplar: a preparação para a atuação multiprofissional; a garantia de uma formação científica, crítica e reflexiva; a efetiva integração teoria-prática por intermédio de processos de observação da realidade concreta, acompanhados da investigação e intervenção.

Essas orientações dirigiram um perfil específico para profissionais de Psicologia com compromissos voltados ao atendimento das demandas sociais. Foi uma perspectiva que buscou valorizar as disciplinas, os estágios fundamentados preferencialmente por bibliografia nacional e compromisso ético permeando todo o currículo. A proposta rompia com a perspectiva tecnicista e dava ênfase à ação profissional voltada a comunidades e grupos sociais, dentre outros destaques importantes (BORGES; BASTOS; KHOURY, 1995). As contribuições dessa comissão impulsionaram várias transformações que ocorreram nas estruturas básicas dos currículos da Psicologia e também dos debates nacionais sobre Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

Os dados do CensoPsi 2022 evidenciam a predominância de pessoas autodeclaradas brancas. Embora esse percentual de 64% de psicólogas(os) brancas apresente uma relação inversa com a totalidade da população brasileira, composta por 54% de pessoas negras (pretas e pardas), eles repetem uma tendência evidenciada em pesquisas sobre o perfil da(o) psicóloga(o), como o estudo de Meireles et al. (2019). Se este fato, por si só, não explica a prevalência de uma visão marcadamente influenciada pela perspectiva eurocêntrica na Psicologia brasileira, que carrega em seu histórico teorias de contornos racistas, a hegemonia numérica e a força da branquitude acrítica ou da branquitude crítica dissimulada, como descreve Orrico (2021), certamente são obstáculos ao desenvolvimento de uma Psicologia crítica descolonizada.

Vale lembrar aqui algo que formulamos na Introdução desta Referência Técnica: o CensoPsi revelou que menos de 10% das(os) respondentes identificam-se como pessoas com deficiência, o que reproduz os percentuais nacionais relativos ao acesso ao Ensino Superior das pessoas com deficiência e revela que, na prática, a inclusão não atingiu ainda os níveis do ensino universitário do país.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) tem se comprometido com a diversidade de corpo discente das universidades públicas e lançou em 2025 uma edição especial da Revista Psicologia: Ciência e Profissão (PCP) intitulada “PCP 50 anos: Interseccionalidades”. O fascículo reúne 15 artigos que tratam de saúde mental, atenção psicossocial, política da infância, gênero

e sexualidades na Psicologia, aborto legal, relações raciais, educação inclusiva e luto. A edição problematiza o campo da Psicologia nas políticas públicas brasileiras a partir dos estudos interseccionais, considerando o percurso histórico das PsicoLOGIAS no país e as construções epistêmicas dos movimentos sociais, destacando o conceito de interseccionalidade como fundamental às PsicoLOGIAS no campo das políticas públicas.

No artigo intitulado “Formação em Psicologia: Cenário Contemporâneo e a Importância do Pensamento Crítico”, Antonio Virgílio Bastos (2025) articula a discussão a partir da análise conceitual de três noções fundamentais: profissão, formação e crítica. Essa base teórica sustenta a análise do que significa formar psicólogas e psicólogos capazes de analisar os contextos em que atuam e de se posicionar de forma ética, reflexiva e socialmente implicada. Em um segundo momento, o texto identifica três vetores contemporâneos que tornam essa postura crítica indispensável: as profundas transformações no mundo do trabalho, impulsionadas pela Quarta Revolução Industrial e pelo avanço da precarização; os impactos do desenvolvimento científico e tecnológico; e o papel central do Estado e das políticas públicas na definição das condições de atuação profissional. Por fim, discute as ameaças à formação crítica no cenário brasileiro, em função da expansão desordenada dos cursos de Psicologia – majoritariamente em instituições privadas e na modalidade a distância – e na persistência de modelos curriculares fragmentados e pouco integradores. O artigo conclui que a formação crítica não se encerra na graduação, mas exige um compromisso contínuo com a reflexão sobre a prática, os contextos e os saberes mobilizados.

Pensando na construção de uma Psicologia ancorada na ética anticapacitista, Moraes, Gesser e Kaufman (2025) propõem algumas direções a partir das contribuições do campo de estudos da deficiência. As autoras destacam quatro diretrizes principais, para além da problematização do capacitismo que marca a história da Psicologia como campo de teorias e práticas. A incorporação dos estudos da deficiência no curso de Psicologia seria o primeiro elemento, contribuindo para a compreensão da deficiência como fenômeno político-social e da opressão às pessoas com deficiência. Neste sentido, a adoção de uma perspectiva interseccional que incorpore a

deficiência como categoria de análise, como segundo ponto, visibiliza os processos de exclusão e opressão social produzidos no cruzamento com outros marcadores, como raça, classe e gênero. As autoras também ressaltam dois compromissos importantes para que as pessoas com deficiência integrem, como sujeitos ativos, a formação em Psicologia: um diz respeito ao acesso e o outro, à produção do conhecimento com pessoas com deficiência. O compromisso com o acesso coletivo, como terceiro elemento, pontua a garantia de acesso às pessoas com deficiência como responsabilidade coletiva e não apenas da pessoa com deficiência. Além dos recursos tecnológicos necessários, as questões do acesso passam pelas dimensões interseccional e relacional, reconhecendo as relações de dependência e interdependência que envolvem pessoas com e sem deficiência. Por fim, o compromisso com o desenvolvimento de pesquisas emancipatórias se mostra fundamental para a construção de uma Psicologia Anticapacitista. Neste sentido é importante que o conhecimento seja produzido com pessoas com deficiência, levando em conta os saberes de suas experiências e problematizando a neutralidade e as perspectivas medicalizantes e patologizantes, que acabam por silenciar as pessoas com deficiência.

6.2 Formação e cuidado

Neste contexto, apontamos a perspectiva de articular o problema da formação na direção de uma prática de atenção e cuidado (KASTRUP, CALIMAN, GURGEL, 2022). É preciso pensar as práticas de ensino-aprendizagem na universidade e interrogar: que tipos de atenção os professores podem e conseguem oferecer? Que tipos de ecologias da atenção construímos? Quais as temporalidades demandadas – e permitidas – em nosso formato de educação? E, mais, o que essas práticas produzem? Que narrativas elas silenciam? Que corpos são taxados de insuficientes? Que estudantes são desconsiderados em sua singularidade?

O cultivo da atenção é, desde sempre, relacional. É nesta direção que Maria Puig de la Bellacasa (2012) afirma que, no trabalho do pensamento, cuidar de alguém ou de alguma coisa é sempre criar relação. Como, então, o

exercício atencioso das artes da atenção nos processos formativos em Psicologia pode concorrer para cultivar e ampliar redes de relacionalidade, engajamento e envolvimento?

Isabelle Stengers (2015) sublinha que “atentar” tem o duplo sentido de prestar atenção e ter cuidado. Entendida como cuidado, a atenção ganha uma dupla inflexão. Em primeiro lugar, ela é um trabalho: é preciso aprender a cuidar, cultivar, imaginar, sondar e atentar para conexões entre aquilo que costumamos considerar e perceber separadamente. No entanto, se há um trabalho que conecta e coloca em relação, não sabemos de antemão o que será digno de cuidado e de atenção.

Prestar atenção inclui, então, doar e oferecer tempo, desacelerar e reparar naquilo que, no encontro com o outro, se abre como digno de cuidado em meio às urgências. Este ato atencional de reparar e acolher desdobra-se como um gesto de cuidado o qual possibilita e alimenta a constituição de uma relação cuidadosa. Dar atenção é ainda abrigar, constituir refúgio para a regeneração e ressurgência. É suspender para recomeçar. Em segundo lugar, as artes da atenção implicam resistir à posição de julgamento frente ao outro. Por fim, vale lembrar que as relações de cuidado não devem conduzir a uma suposta harmonia ou equilíbrio estático e homogeneizante, mas podem comportar a tensão, a fricção e a controvérsia. Uma relação cuidadosa não visa suavizar as diferenças ou eliminá-las (KASTRUP, CALIMAN, GURGEL, 2022).

Pensando nas práticas de cuidado e atenção como relacionais e produtoras de conexões, Mia Mingus (2011), autora de origem asiática radicada nos Estados Unidos, propõe o conceito de intimidade acessibilizadora. A intimidade acessibilizadora nomeia o sentimento de conforto de quando alguém percebe suas necessidades de acesso em que se precise dizer, por ter suas necessidades de acesso atendidas. Pode acontecer com pessoas estranhas, com quem não se tem relação, ou com pessoas com quem construímos esta sensibilidade ao longo de um tempo, sendo pessoas com deficiência ou não, que tenham conhecimento político sobre deficiência, capacitismo e acesso ou não. Este sentimento, que Mingus descreve como libertador para as pessoas com deficiência, tem a potência de produzir e aprofundar conexões, por estar ancorado na ética da

interdependência. Na direção de Stengers, o cultivo da intimidade acessibilizadora se dá pelo compartilhamento da atenção para a acessibilidade, em um movimento de coletivização dos problemas de acesso, sendo uma condição muito importante a ser construída na universidade e outros territórios da vida.

6.3 Pistas para inventar caminhos com a deficiência na formação em Psicologia

É urgente incluir nos Currículos de Psicologia as temáticas da deficiência, da interseccionalidade, do modelo social da deficiência e do enfrentamento ao capacitismo. É indispensável também alinhar a formação em Psicologia com a atuação em políticas públicas e o compromisso com os direitos humanos. Não é aceitável que a universidade pública a formação de psicólogas e psicólogos preparados exclusivamente para o setor privado, com ênfase no trabalho em consultório particular, escolas particulares e empresas. Hoje, mais do que nunca, é preciso que haja uma diretriz prioritária da universidade pública voltada para a atuação em políticas públicas em Saúde, Reabilitação, Educação e Assistência Social. Neste contexto, a formação se articula em três pilares: Ensino, Pesquisa e Extensão.

6.4 A deficiência (e a interseccionalidade) como TEMA CURRICULAR TRANSVERSAL

O tema da deficiência deve comparecer com a abordagem da interseccionalidade e articulada com as questões de raça, gênero, classe, território e idade. A deficiência e os diferentes marcadores devem comparecer em disciplinas que abordam temas como percepção, processos cognitivos, Psicologia Social e grupos, Psicologia Clínica, Psicologia do Trabalho e das organizações, Psicologia Escolar e da Educação, Saúde Mental, História da Psicologia, Psicologia da Saúde e demais áreas de pesquisa e atuação da Psicologia. É indispensável e mesmo urgente ir além de uma abordagem universalista e totalizante dos temas estudados pela Psicologia, sem levar em conta a realidade social e política dos estudantes em formação, e da própria diversidade da população brasileira.

6.5 Os três pilares da formação: Ensino, Pesquisa e Extensão

6.5.1 Pistas do ENSINO

Pistas Curriculares

- Disciplinas obrigatórias que abordem as **políticas públicas** e o lugar da Psicologia nas equipes multidisciplinares do SUS e SUAS. As disciplinas devem contemplar o atendimento as pessoas com deficiência no âmbito dos serviços. Muitas(os) psicólogas(os) ainda se formam sem conhecer a estrutura e o modo de funcionamento do SUS e do SUAS, ou seja, se formam despreparados para atuar nas políticas públicas, não sabendo entender a importância de seu lugar nas equipes.

- No mínimo uma disciplina obrigatória sobre o tema da deficiência, que discuta uma bibliografia sobre as interseções entre Psicologia e os Estudos da Deficiência. O objetivo seria ampliar e enriquecer o debate sobre os conceitos de normal e patológico no campo da Psicologia e suas controvérsias. As contribuições teóricas advindas dos Estudos da Deficiência, com seus modelos e posições políticas e epistemológicas, ampliam o campo de discussão e alarga o espectro de problemas e reflexões em torno das noções de normal, patológico, saúde, doença etc., fornecendo enquadres conceituais atualizados para pensar questões colocadas pelo campo da Psicologia.

- No mínimo uma disciplina obrigatória sobre as diferentes deficiências tal como são estudadas pela Psicologia Cognitiva e Psicologia Social, discutindo suas articulações com o modelo biomédico e com o modelo social da deficiência. Discussão sobre barreiras sociais e sobre a atuação do psicólogo em diferentes contextos e seu papel ético-político na garantia de direitos das pessoas com deficiência.

- Disciplinas eletivas tendo como tema a deficiência como fenômeno social e o capacitismo como categoria de opressão relacionada com outras categorias marcadas por relações de poder hierarquizadas e desiguais. O objetivo deve ser a problematização da deficiência, comumente atrelada às noções de incapacidade ou defeito corporal e/ou mental, e a criação de novos sentidos para a experiência da deficiência, além de estratégias coletivas e

práticas anticapacitistas inventivas, que levem em conta as subjetividades e os territórios onde a formação está situada. Para isso, devem ser estudados os diferentes modelos da deficiência, os conceitos importantes do campo de estudos da deficiência, como capacitismo, corponormatividade, a Teoria *Crip* e outras produções, principalmente, de teóricos/as com deficiência.

- A disciplina obrigatória de Psicologia Escolar deve dedicar espaço considerável ao problema da inclusão dos alunos com deficiência. Disciplinas eletivas na área de Psicologia e Educação podem adotar uma abordagem histórica, abordando temas como a relação entre a Psicologia e a deficiência e as Escolas Especiais no Brasil. A discussão sobre deficiência não pode ficar limitada a disciplinas que tenham como tema os chamados “problemas de aprendizagem”.

- A disciplina obrigatória de Psicologia do Trabalho deve dedicar espaço considerável ao problema da inclusão de pessoas com deficiência nos ambientes de trabalho e o papel do psicólogo neste contexto de inclusão e acessibilidade. Deve também contemplar possíveis problemas de saúde mental das pessoas com deficiência, em função de barreiras e outras práticas de opressão no ambiente de trabalho.

- Uma disciplina obrigatória de Libras, ministrada em parceria com o curso de graduação na área de Letras. Levando em conta que a Libras é uma língua (como o português, o inglês, o francês etc.), o que justifica um curso de Graduação de 4 anos de duração, o objetivo da disciplina seria habilitar minimamente o psicólogo para o atendimento de Surdos / pessoas com deficiência auditiva sinalizantes. O objetivo não seria substituir o intérprete de Libras, mas assegurar os primeiros contatos e um nível básico de comunicação.

OBS: Todas as disciplinas devem incluir na bibliografia autoras(es) com deficiência que tenham contribuição relevante sobre o tema em questão.

Pistas Metodológicas

- Aulas teóricas expositivas.
- Discussão de filmes com uma abordagem anticapacitista da deficiência. Filmes que façam pensar por meio de histórias que mostrem

modos de vida de pessoas com deficiência, destacando sua singularidade e sua potência política de invenção e resistência. Seguem algumas sugestões de filmes que não trazem necessariamente uma visão correta da deficiência, mas que têm o mérito de suscitar o debate e abordar controvérsias, a serem exploradas e discutidas em sala de aula.

Sobre deficiência e seus movimentos políticos e insurgentes:

- Crip Camp - Documentário, EUA, 2020
- Assexybilidade - Documentário, Brasil, 2023
- Float - Animação, EUA, 2019

Deficiência visual:

- “Vermelho como o céu” - Drama, Itália, 2005
- “Perfume de mulher” - Drama, EUA, 1992
- “Hoje eu não quero voltar sozinho” - Romance / Drama, Brasil, 2014
- “Esplendor” - Drama, Japão, 2017
- “Blind” - Drama, Noruega, 2014

Deficiência auditiva:

- “O som do metal” - Drama, EUA, 2020
- “Sou surda e não sabia” - Documentário, França, 2009
- “CODA” - Comédia / Drama, EUA, 2021
- “A família Bélier” - Drama/Comédia, França, 2014
- “The Tribe” - Drama Policial, Ucrânia, 2014

Deficiência física:

- “Meu nome é Daniel” - Documentário, Brasil, 2018
- “O escafandro e a borboleta” - Drama, França / EUA, 2007
- “A extraordinária vida de Ibelin” - Documentário, EUA, 2024
- “Meu pé esquerdo” - Drama, Irlanda Reino Unido, 1989
- “Os intocáveis” - Comédia / Drama, França, 2011
- “A pequena vendedora de sol” - Drama, Senegal, 1998

Autismo (TEA):

- “Everything’s gonna be ok” - Comédia, EUA, 2021
- “Tudo que eu quero” - Drama Comédia, EUA, 2017
- “Temple Grandin” - Biografia Drama, EUA, 2010
- “Atypical” - Comédia Drama, EUA, 2017
- “Uma advogada extraordinária” - Drama, Coreia do Sul, 2022

- “Ensinando a viver” - Comédia Drama, EUA, 2007

Deficiência intelectual:

- “Colegas” - Aventura / Comédia, Brasil, 2013
- “Do luto à luta” - Documentário, Brasil, 2005

Múltiplas deficiências (surdocegueira e outras):

- “O milagre de Anne Sullivan” - Drama, EUA, 1962

-Encontros e rodas de conversa com convidados que sejam pessoas pesquisadoras com deficiência ou que desenvolvam trabalhos com pessoas com deficiência. Tais encontros são potentes ao oportunizar a partilha de saberes locais e situados, colocando em evidência o ponto de vista da pessoa com deficiência.

- Oficinas de formação inventiva, com a criação de ecossistemas pedagógicos que permitam escapar da hegemonia do modelo de transmissão unilateral de informações pelos professores por meio de apresentação oral de conteúdos e uso de powerpoints, estimulando o protagonismo dos estudantes com e sem deficiência em seus processos de formação. Não há um modelo prévio das oficinas de formação inventiva, que são marcadas por uma dimensão de experimentação e invenção. Elas envolvem a criação de ecossistemas pedagógicos diferenciados, baseados na ocupação de espaços para além da sala de aula, como o campus universitário, ruas, praças, museus e outros espaços culturais e urbanos para o ensino e aprendizagem. Proposição de práticas grupais, oficinas de corpo, oficinas de escrita, de música, teatro e dança utilizando estratégias estéticas diversas e troca de experiências entre os estudantes com e sem deficiência.

Estágio e prática supervisionada

O estágio supervisionado em Psicologia é uma etapa obrigatória na graduação, com carga horária mínima de 200 horas exigida pelo MEC. O estágio deve ser supervisionado por psicólogos com registro ativo nos CRPs e pode ser nas áreas de clínica (clínicas-escola), escolar, recursos humanos, hospitalar e outras. Incluem atividades de acolhimento, escuta, triagem,

avaliações psicológicas, elaboração de relatórios, plantões psicológicos e, na área de saúde e de assistência social, atendimentos a pacientes da comunidade. O importante é a prática marcada pela ética profissional no atendimento ao público.

No caso desta Referência Técnica, cabe sublinhar a importância de estágios, contemplando dois pontos. O primeiro diz respeito à prática e à experiência no atendimento a pessoas com deficiência em políticas públicas nas áreas de Saúde, Educação, Reabilitação e Assistência Social, marcada por princípios ético-políticos de compromisso com os direitos humanos, com o modelo social da deficiência e com a luta anticapacitista. Um segundo ponto diz respeito aos estudantes com deficiência no exercício da atividade de estágio, o que implica a acessibilidade desses espaços. Há estágios internos, que são ministrados na própria universidade, como aqueles oferecidos no âmbito das clínicas-escola, nos hospitais universitários, maternidade-escola, estágio em pesquisa, em Colégios de Aplicação e outros. A universidade precisa cuidar para garantir a acessibilidade nesses espaços.

Quanto aos estágios externos, oferecidos em clínicas, hospitais e escolas públicas ou privadas, a universidade pode atuar mapeando estágios que atendem a condições de acessibilidade, ainda que de modo, orientando os estudantes com deficiência. A universidade também pode e deve atuar como mediadora de possíveis conflitos envolvendo a participação de seus estudantes com deficiência em espaços que carecem de acessibilidade. É possível pensar também na produção de material de divulgação que contemple regras básicas de acessibilidade, que poderia ser disponibilizado para essas organizações do setor privado, a título de informação e educação. Enfim, tudo aquilo que diz respeito ao estágio supervisionado é de fundamental importância, pois, na maioria das vezes, ele constitui a primeira experiência com a ética profissional e, quando é o caso, com o atendimento psicológico a pessoas com deficiência.

Vale observar que faltam psicólogas(os) para atuarem como supervisores de estágios nas unidades e serviços de políticas públicas. O Conselho Federal de Psicologia tem reforçado a importância de estabelecer diretrizes para estágios supervisionados voltados não apenas para o atendimento psicológico clínico particular e atendimento em escolas e

empresas privadas, mas que garantam a experiência prática em serviços e contextos de políticas públicas (como SUAS, SUS, Educação Inclusiva), reforçando o compromisso ético e legal da futura atuação. A(O) supervisora(o) deve ser integrante do corpo docente da instituição de ensino e ter formação, experiência profissional e carga horária compatíveis com as responsabilidades técnicas e éticas das atividades desenvolvidas no estágio, de acordo com a Resolução nº 5, de 3 de fevereiro de 2025, que estabelece normas de atuação para as psicólogas e psicólogos no exercício profissional da orientação, supervisão e coordenação de estágio em Psicologia (CFP, 2025f).

6.5.2 Pistas da EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

A potência da arte e a partilha de saberes e experiências

A extensão universitária visa promover a troca de conhecimentos entre a universidade e a sociedade. A extensão cria uma ponte entre a academia e a comunidade, visando a aprendizagem e o crescimento de ambas as partes, de modo recíproco. No caso, trata-se de estimular o desenvolvimento de projetos, cursos e ações de extensão diversas que promovam a interação com a sociedade, a inclusão e o protagonismo das pessoas com deficiência, em consonância com a função social da universidade. Para as(os) estudantes de Psicologia a extensão universitária proporciona experiência prática e interação com diferentes camadas e setores da sociedade. Para a comunidade extramuros, oferece acesso a serviços e conhecimento científico.

Sobre Projetos de Extensão

Com o objetivo dar visibilidade à presença de alunos com deficiência no campus universitário, envolvendo alunos, professores e funcionários, com e sem deficiência. Os projetos de extensão podem ter formatos diversos, como por exemplo os dispositivos:

Rodas de conversa

Rodas de conversa em torno do tema da deficiência com perguntas disparadoras como: Você sabia que existem cotas para alunos com deficiência? Você acha que a sua universidade é acessível? Você sabe o que é capacitismo? O objetivo das rodas de conversa é criar condições favoráveis à aproximação de estudantes e da comunidade universitária com diferentes modos de perceber e estar no mundo, com ênfase na partilha de experiências. Promover a ampliação da percepção que cada estudante – e também professores -- têm do mundo, do outro e de si mesmo, criando condições para uma formação universitária mais atenta à diversidade. Ao criar condições para que experiências sejam narradas de diferentes pontos de vista, por diferentes atores, é possível que a roda de conversa seja um dispositivo de aprendizagem coletiva para enfrentar os desafios colocados pelos temas da deficiência e da acessibilidade na universidade, bem como na sociedade, como um todo. O público com pouco ou nenhum contato com esses temas pode ser introduzido a maneiras avançadas inovadoras de enxergar e lidar com a deficiência e a acessibilidade, deslocando crenças, opiniões preconceituosas e o capacitismo estrutural. No que diz respeito a este dispositivo, é preciso que se faça atenção ao manejo do grupo, possibilitando a circulação da palavra e evitando o monólogo daquele que responde pela condução do trabalho.

Parcerias do curso de Psicologia com cursos da área de Artes, como Dança, Teatro e Música

Realização de oficinas de práticas artísticas para sensibilização da comunidade universitária em espaços abertos das universidades com os objetivos de dar visibilidade à presença dos estudantes com deficiência na universidade. Favorecendo o encontro e a interação entre pessoas com diferentes tipos de corpos, tais parcerias têm o potencial de deslocamento do capacitismo e das políticas de relação entre pessoas com e sem deficiência, produzindo efeitos de produção de subjetividade nas/os estudantes em formação. A ideia é a troca de conhecimento e aprendizagem recíproca, favorecendo a criação de regimes de atenção conjunta, que podem facilitar o trabalho profissional futuro. Nunca é demais insistir que o importante em tais

práticas é colocar em evidência a deficiência vista na condição de potência, e não a oficina como um local onde o que prevalece é a percepção das limitações das pessoas com deficiência.

A potência das práticas artísticas e proposições estéticas grupais tem como fundamento e justificativa o fato de o encontro com pessoas com deficiência suscitar experiências de problematização (KASTRUP, 2007; KASTRUP; TEDESCO; PASSOS, 2008). A experiência de problematização se define pela produção de uma dissonância cognitiva entre o saber anterior e o que se percebe no momento presente. A situação presente não dá lugar a uma experiência banal e corriqueira de reconhecimento, mas contraria o saber anterior, e por isso nos toca e nos afeta. É difícil ignorá-la, somos forçados a pensar. Frente a ela, e pelo estranhamento que ela traz consigo, podemos ser tomados por um movimento de afastamento e evitação, mas também dar lugar a um movimento de aproximação e curiosidade. A experiência de problematização é um dos pilares da formação inventiva (DIAS, 2012) e pode ser um passo importante para a mudança no nosso modo de perceber e pensar sobre as pessoas com deficiência, concorrendo para mudanças micropolíticas importantes nos modos de relação com elas. No nosso caso, trata-se da relação dos estudantes de Psicologia sem deficiência com seus colegas com deficiência que habitam a universidade.

Podemos tomar como exemplo o caso das Oficinas de *DanceAbility*, que trabalham artisticamente com diferentes corpos visando eliminar barreiras entre pessoas com e sem deficiência (LIBERMAN; SAMEA, 1998). O método de *DanceAbility* promove oficinas e *workshops* de dança e improvisação que criam condições para a problematização de concepções negativas da deficiência, baseadas eminentemente na falta e na incapacidade. Segue o relato de uma estudante sem deficiência sobre o encontro com uma pessoa cegas que participou de uma oficina no contexto do projeto de extensão “Acessando uns aos outros”, no campus da UFRJ:

Aquele encontro convocou em mim uma saída repentina da minha zona de conforto, do mundo vidente com o qual estou tão habituada e acomodada. Me deparei ali com um choque entre diferentes eficiências e deficiências o qual eu não estava esperando naquele momento e que escapou ao meu acervo de reações, produzindo um afeto. Me dei conta de que era o meu primeiro contato com uma pessoa cega em 24 anos vividos, um bocado de tempo no qual

nunca atentei para isso. De repente aconteceu. Cumprimentei tanto Manu quanto Edna apenas com um “oi” e acabei não me aproximando para um abraço ou beijo por um receio de que esse contato físico fosse incomodar ou ser invasivo a Edna de alguma forma. Ficamos por ali trocando algumas palavras e enquanto ela falava percebi uma linguagem corporal e uma maneira de direcionar a fala e o corpo a mim com uma precisão impressionante, à medida que conversávamos. Seus movimentos com a cabeça e o corpo tão bem direcionados a quem falava provocavam curiosidade. Senti como se ela estivesse me vendo por trás de seus óculos escuros. Por um segundo passou por meus pensamentos a ideia de que talvez eu estivesse me confundindo e ela não era cega, talvez tivesse escutado errado o que as meninas falaram. Mas depois que saí dali confirmei que não. Não havia feito confusão, ela era cega sim e me dei conta que estava, na minha cabeça, limitando sua possibilidade de movimentos por conta da cegueira (Lívia, estudante vidente) (KASTRUP; POZZANA, 2020, p.39).

Quando falamos em ampliar e diversificar modos de ensinar e estratégias de formação, destacamos a fecundidade das oficinas de formação inventiva, que criam condições para problematizar o capacitismo, bem como desconstruir barreiras e desigualdades. Com práticas que promovem a ativação de experiências multissensoriais e a mobilização do corpo aprendiz, é possível operar pequenos deslocamentos na micropolítica cognitiva capacitista nos estudantes. As práticas criam condições de possibilidade para que as/os estudantes possam ser tocadas/os pelas eficiências e potências inesperadas das pessoas com deficiência. As oficinas criam outras formas de convivência e de composição. Abrem-se frestas para a curiosidade e para reconsiderar crenças.

Dar atenção ao que pode o corpo de uma pessoa com deficiência é também reconhecê-la como digna de interesse e como uma pessoa singular. É um modo de declarar sua importância, bem como a de seus corpos diversos e seus diferentes modos de conhecer e estar no mundo. As oficinas visam exercitar e propiciar a aprendizagem desses modos de atenção conjunta. Onde se esconde o capacitismo, a atenção a si e o encontro com a alteridade que nos habita também é parte da formação inventiva.

Sobre Cursos de Extensão

Promover cursos de curta duração com o tema da deficiência para atualizar e qualificar pessoas do meio acadêmico ou de fora dele, compartilhando o conhecimento acadêmico com a comunidade. O público-

alvo depende dos objetivos e da temática, podendo incluir estudantes, funcionários técnico-administrativos, profissionais e pessoas interessadas. São cursos abertos ao público em geral, para além do público universitário.

Os cursos de extensão com o tema da deficiência servem como dispositivos de formação permanente e núcleos de aprofundamento de ideias para estudantes e profissionais com e sem deficiência, atuantes no campo da Psicologia, educação, saúde etc. Para o público composto por pessoas com deficiência, os cursos fornecem instrumentais teóricos e ferramentas conceituais de luta política, reivindicação de direitos e reconstrução de identidades.

Os objetivos podem ser, por exemplo, promover atualização de conhecimentos acerca da acessibilidade de alunos com deficiência no âmbito da universidade, com ênfase numa política de participação e aprendizagem coletiva. Neste caso, o conteúdo programático pode ser composto por discussões acerca do modelo biomédico e o problema do diagnóstico, o modelo social da deficiência e o problema da autonomia, o modelo feminista e o problema do cuidado, o problema da nomenclatura da deficiência, deficiências sensoriais, motoras, cognitivas e psíquicas, a contribuição da Psicologia e das ciências da cognição, a crítica do paradigma da falta, a acessibilidade como problema político, diferenças entre acessibilidade física, informacional, atitudinal e estética, possibilidades, desafios e limites da acessibilidade, o trabalho com grupos heterogêneos com e sem deficiência, a deficiência entre a diversidade e a desigualdade, ações afirmativas, participação e invenção, o lema “Nada sobre nós sem nós”, políticas de acessibilidade na universidade, formação universitária e diversidade, dispositivos e estratégias, reciprocidade e aprendizagem coletiva.

O exemplo acima toca diretamente a acessibilidade na universidade. Diversas outras temáticas podem ser abordadas visando a formação transversalizada pelo tema da deficiência e pela presença de estudantes com deficiência.

6.5.3 Pistas de PESQUISA E PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO

De saída, é preciso sublinhar que é preciso lutar pelo incentivo, por parte das instituições de fomento à pesquisa, à área da deficiência, com a proposição de editais inclusivos e destacando sua relevância social e impacto nas políticas públicas. É urgente estimular pesquisas que gerem conhecimento crítico para o enfrentamento do capacitismo e a qualificação da intervenção psicológica.

No campo acadêmico, o capacitismo ainda predomina em grande parte das pesquisas sobre deficiência. Por exemplo, há muitos estudos que comparam o desempenho cognitivo de pessoas cegas e de pessoas videntes. Muitos deles adotam como política de pesquisa, de forma mais ou menos explícita, o ponto de vista da pessoa vidente, como se fosse natural haver uma pesquisa do ponto de vista de lugar nenhum. Contudo o lugar nenhum, que se pretende neutro, é o ponto de vista da pessoa vidente, enquanto o ponto de vista da pessoa cega é inferior. Neste caso, são as deficiências da pessoa cega que são colocadas em destaque, de modo mais ou menos implícito, a percepção visual é considerada a mais adequada, completa, espontânea e natural; em outras palavras, como a percepção normal. A referência é um corpo hegemônico, que corresponde ao padrão de normalidade. Trata-se aqui de um caso bem concreto de corponormatividade compulsória (MCRUER, 2012), que se faz presente na elaboração de questionários e tarefas experimentais apresentadas nos estudos tanto quantitativos quanto qualitativos (KASTRUP; GUERREIRO, 2026).

Chamamos a atenção para este ponto porque há sempre o risco de os textos acadêmicos perpetuarem as narrativas abstratas, que ainda são hegemônicas, como aquelas produzidas por pesquisadores a partir do ponto de vista de um observador externo que busca a neutralidade ou a produção do conhecimento a partir de lugar nenhum, acabam silenciando, com isso, as narrativas pautadas na experiência da deficiência. Todavia, é preciso estar sensível e atento a qual o lugar ocupado pela pessoa pesquisadora, que é sempre situado e localizado, e que é muitas vezes aquele de uma pessoa sem deficiência.

Apesar da forte presença do capacitismo, a academia pode ser um lugar fecundo em possibilidades de participação de pessoas com deficiência na produção de conhecimento (PAIVA, GESSER, 2023). A chegada de estudantes com deficiência na formação em pesquisa aponta para uma importante inversão: das pessoas com deficiência ocupando o lugar de pesquisadores, de sujeitos que fazem pesquisa, ao invés do lugar daqueles que são pesquisados, de objetos de pesquisa. Neste sentido, a participação de pessoas com deficiência no lugar de pesquisadores acadêmicos pode produzir novos efeitos - na produção de pesquisas, por colocar em questão a hegemonia do corpo que pesquisa, além de problematizar seus métodos e modos de análise; na produção do conhecimento, pela possibilidade de transformar pesquisas sobre deficiência em pesquisas a partir da deficiência, aproximando a construção do saber da experiência encarnada da deficiência e reforçando o lema “nada sobre nós sem nós”; e nas próprias pessoas com deficiência, por abrir possibilidades de novos caminhos de trabalho, de ativismo político e de futuro, fragilizando o estigma da incapacidade. Guerreiro (2023) comenta que ter professores com deficiência na graduação pode produzir efeitos interessantes com relação à deficiência, como o aumento do interesse pelos estudos da deficiência por parte dos estudantes com e sem deficiência e, sobretudo, por possibilitar que os estudantes repensem seu lugar e práticas como pessoas corponormativas ou não, dentro e fora da academia.

É importante sublinhar aqui a conquista que foi o sistema de cotas para o ingresso de pessoas com deficiência tanto nos programas de pós-graduação quanto nos concursos para magistério superior nas universidades públicas. A Lei nº 8.112/1990 garante a reserva de vagas em concursos públicos federais para pessoas com deficiência, a Lei nº 13.409/2016 reforça a aplicação de cotas (tanto para estudantes quanto em concursos) para pessoas com deficiência nas instituições federais e o decreto nº 9.508/2018 regulamenta a reserva de vagas em concursos públicos federais. Estabelece que pelo menos 5% das vagas oferecidas em concursos federais (incluindo docentes) devem ser destinadas a PcDs. Tal legislação foi resultado de uma luta de muitos anos e constitui também um ponto relevante para ampliar o

protagonismo das pessoas com deficiência na pesquisa e na produção de conhecimento na área de Psicologia, ainda incipiente na atualidade.

Pistas Metodológicas: o PesquisarCOM e o acesso à experiência

Quanto aos métodos de pesquisa a serem utilizados nas pesquisas sobre deficiência, vale destaque para a metodologia *PesquisarCOM*, que foi formulada no campo dos estudos psicológicos sobre a deficiência. Trata-se de uma política metodológica (MORAES, KASTRUP, 2010; MORAES, 2010; SILVEIRA, MORAES, QUADROS, 2022) que se recusa a colocar a pessoa com deficiência do lugar de objeto de pesquisa, fazendo com que ela assume o lugar de sujeito ativo com o qual se faz pesquisa, em um movimento de composição. Ao levarmos em conta o saber que advém da experiência da deficiência, buscamos modos de articular diferenças sem diminuí-las ou hierarquizá-las, afirmando a diferença ao pesquisarmos juntos, ao *PesquisaCOM* (MORAES, 2010; 2022). Pesquisar com pessoas com deficiência, pesquisar com o outro, implica uma concepção de pesquisa que é engajada, situada. A proposta é interpelar a pessoa com deficiência não como sujeito dócil, como um sujeito qualquer, mas antes, como um expert, como alguém que pode conosco formular as questões que interessam no campo da deficiência. Esta política de pesquisa envolve criar dispositivos de intervenção que ativem os outros, que nos engaje a todos num processo de transformação. Lembrando sempre o lema “Nada sobre nós sem nós”.

Com a participação e o protagonismo de pessoas com deficiência nos projetos e grupos de pesquisa buscamos não apenas encontrar soluções para os problemas que em princípio colocamos, mas abrimos nossa atenção à colocação de novos problemas pelos próprios participantes, que podem inclusive produzir bifurcações no caminho e reorientar a pesquisa.

Ainda no contexto das metodologias *pesquisaCOM*, destacam-se as entrevistas de acesso à experiência e metodologias de primeira pessoa (VARELA; SHEAR, 2002), que são um outro caminho para garantir o protagonismo das pessoas com deficiência nas pesquisas acadêmicas. Existem várias estratégias de entrevistas para acessar progressivamente a experiência (BAUER, GASKELL, 2007; VERMERSCH, 2022; PETITMENGIN, 2006; STERN, 2007). No que diz respeito ao referencial teórico a ser utilizado

nas pesquisas da deficiência, é importante buscar narrativas encarnadas, baseadas em experiências que podem ser encontradas em textos acadêmicos de autoras e autores com deficiência. Tais textos abrem horizontes a partir de um duplo movimento: permitem valorizar as experiências concretamente vividas por pessoas com deficiência e também abrir caminhos para mudanças na configuração das narrativas capacitistas sobre as deficiências. O problema é complexo e delicado. Como afirma o linguista cego Bertrand Verine (2014) às próprias pessoas com deficiência vivem muitas vezes sob a égide do capacitismo e reproduzem tais narrativas.

Vale sublinhar em nossos projetos de pesquisa que a experiência da deficiência, embora singular, possui uma dimensão coletiva. Advertidas pelo modelo social da deficiência, nos afastamos de uma perspectiva individualista e entendemos a deficiência como uma produção social. Ainda que portando uma dimensão singular que é experimentada por cada corpo não hegemônico, a experiência da deficiência e a narrativa nela pautada não pode ser dissociada das práticas sociais de opressão e exclusão, que são produtoras de sofrimento. Por sua vez, as narrativas da experiência de uma pessoa com deficiência têm a potência de tocar e afetar estudantes e outras/os pesquisadoras/es leitoras/es, contribuindo para a desconstrução de estereótipos existentes. Com as narrativas da experiência da deficiência nos textos acadêmicos buscamos conhecer a multiplicidade de formas de estar no mundo, visando desconstruir a ideia de inferioridade dos corpos com deficiência.

A deficiência na escrita acadêmica: a intercessão dos estudos feministas

Vale abrir algumas questões a partir do caso de pesquisadoras/es com deficiência que escrevem textos acadêmicos, cujo número tem aumentado significativamente nos últimos anos. Algumas perguntas podem ser colocadas: Como a escrita da pesquisa pode ir para além de um relato de experiência pessoal, fazendo falar também outros corpos com deficiência? Como dar espaço às narrativas dessas experiências, problematizando a suposta inferioridade destes corpos não hegemônicos? Tais questionamentos são importantes na discussão sobre a escrita acadêmica, na medida em que

ela pode funcionar como ferramenta política importante para afirmar a multiplicidade de modos de existir.

A autora feminista brasileira Cristina Ribas (2019) oferece uma pista importante ao afirmar a importância de pesquisarmos a nós mesmas, colocando-nos no processo de transformação provocado pela própria escrita e pela própria pesquisa. A auto-observação aparece enquanto um processo que opera no campo de pesquisa e em um modo de autoprodução e de invenção de si. A escrita é uma intervenção em nós mesmos. Escrever a partir da experiência, seja uma escrita acadêmica ou não, pode desencadear uma transformação nos modos de entender, de pensar e abrir possibilidades para outras formas de viver (GUERREIRO, 2021; KASTRUP; GUERREIRO, 2025).

A autora feminista negra brasileira Djamila Ribeiro (2017) propõe o conceito de lugar de fala a partir das discussões das *standpoint theories*, ou teorias feministas de ponto de vista. Segundo Ribeiro, há um mal-entendido quando o conceito de lugar de fala é tomado como um lugar pessoal, individual, e não como a experiência de um grupo que ocupa um determinado lugar social. É a partir do lugar social em que nos situamos que podemos falar das experiências de nossos corpos no mundo. Assim, todos os sujeitos têm um lugar de fala, a partir do grupo social ao qual pertencem. O conceito de lugar de fala adquiriu um escopo mais amplo, sendo estendido à reflexão das narrativas de outros grupos minoritários para além da raça.

Rosemarie Garland-Thomson (2002), pesquisadora com deficiência e autora do campo de estudos feministas da deficiência, faz uma provocação e problematiza a expressão *standpoint*, propondo em seu lugar *sitpoint*. *Sit* significa estar sentado, ao contrário do termo *stand*, que significa estar de pé. Assim ela questiona um capacitismo na *standpoint theory*, propondo que se leve em conta também o ponto de vista das pessoas que não ficam de pé e das mulheres com deficiência.

Na mesma direção, Stacy Simplican (2017, p. 49) ressalta que algumas metodologias de escrita feminista, utilizadas por mulheres com deficiência, conseguem expressar o *sitpoint* na “escrita de vida” (*life-writing*). Este tipo de escrita permite relatar o cotidiano das mulheres com deficiência, narrando a violência, explícita ou sutil, cometida por diferentes setores da sociedade.

Essas narrativas também são capazes de revelar experiências vividas por pessoas com deficiência que pessoas sem deficiência não conseguem imaginar, em situações corriqueiras e comuns, contribuindo para a desconstrução do estigma do lugar de incapacidade em que as pessoas com deficiência são colocadas. A autora salienta que a *life-writing* é uma poderosa ferramenta de escrita narrativa para cultivar o que ela chama de *stranging sensivity*, isto é, um sentimento de estranhamento em relação à deficiência (KASTRUP; GUERREIRO, 2025). Mais uma vez, sublinhamos a potência da experiência de estranhamento e problematização para o deslocamento de posições capacitistas naturalizadas, com o potencial de promover mudanças importantes no campo micropolítico da relação entre pessoas com e sem deficiência.

As narrativas encarnadas e em primeira pessoa contribuem para que as pessoas que as leem possam estranhar as imagens preconcebidas que temos da deficiência, como a suposição de que a deficiência envolve apenas experiências de tristeza ou dor. O acesso a essas narrativas pode contribuir para a compreensão da deficiência como um fenômeno social, a partir da experiência situada de mulheres com deficiência. Enfim, tais narrativas podem ajudar a transformar a compreensão da deficiência, que atualmente ainda está ligada à noção de déficit, e a criar outras imagens do corpo com deficiência. Não se trata apenas de um problema teórico, mas de um problema que diz respeito às políticas de pesquisa.

Autoras e autores sem deficiência podem ser aliados nas narrativas acadêmicas sobre a deficiência, embora ocupem lugares diferentes e suas narrativas sejam sempre situadas. A distância em relação à experiência da deficiência resta mantida, mas é possível construir um “entre dois” ativo e inventivo, capaz de conduzir a uma aprendizagem frutuosa e à exploração da riqueza e dos recursos de cada pessoa. Pessoas com e sem deficiência não cessam de se colocar questões. A lacuna se abre, faz pensar e criar condições para o surgimento de outras possibilidades de relação e outros modos de estar no mundo.

O hiato e a tensão do encontro entre duas posições distintas apresentam, também, o risco de que esse encontro recaia numa relação hierárquica, o que contribuiria para a manutenção da lógica do capacitismo.

Nesse caso, não haveria abertura para a escuta da narrativa do corpo inferiorizado, ou seja, do corpo não hegemônico, e poderíamos continuar a reproduzir ou uma narrativa abstrata ou impressões equivocadas sobre aquele cuja experiência desconhecemos. Não há garantias. Este é um risco constante, pois é fácil escorregar em direção ao hegemônico. Devemos sempre cultivar uma espécie de receptividade ativa, uma disponibilidade para nos despojarmos das imagens prévias que tínhamos do outro e para nos deslocarmos do lugar daquele que fala para o lugar da escuta aberta. Desta forma, torna-se possível aprender uns com os outros para a construção do comum.

6.6 Sobre a formação de psicólogas(os) com deficiência: acessibilidade e protagonismo

Embora as pessoas com deficiência sempre tenham estado presentes na comunidade universitária, as ações afirmativas e a política de cotas permitiram que elas ganhassem uma visibilidade inédita, lançando luz sobre os desafios e problemas que a universidade tem para acolher essas pessoas. Podemos dizer que o ingresso de estudantes com deficiência na universidade pública (Lei 13.409, de 2016) tem sido ao mesmo tempo um desafio e uma grande oportunidade para que seja feita uma avaliação e uma autocrítica das políticas de formação acadêmica (ANGELUCCI; SANTOS; PEDOTT, 2020; GESSER; MORAES; BOCK, 2020; GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2023).

Além da discussão sobre currículo, ensino, pesquisa e extensão, devemos abordar o desenvolvimento de projetos, estratégias e dispositivos voltados para a acessibilidade de estudantes universitários com deficiência.

Grazyela Figueiredo (2025) traz um depoimento contundente sobre seu primeiro dia de aula em uma universidade pouco acessível, sendo ela uma estudante com deficiência que utiliza cadeira de rodas em seu deslocamento.

“Lembro com nitidez do meu primeiro dia presencial na faculdade. Era a Semana de Acolhimento dos Novos Alunos (SANA), um retorno esperado após os longos meses da pandemia de Covid-19 e suas aulas online, estressantes, emolduradas pela tela. Aquela manhã ensolarada, quente, havia uma certa animação ao redor que emanava naquele ambiente. Ao estacionar o carro, vi de longe um grupo se formando perto do Instituto de Psicologia, me juntei a eles. Após uma breve conversa, iniciaram a “famosa” tour pelo campus.

Todos pareciam animados, prontos para conhecer o território universitário. Riam, tiravam fotos, os veteranos enquanto caminhavam comentavam sobre os prédios históricos e sobre a Psicologia.

A minha caminhada, porém, terminou antes mesmo de começar. A animação desmoronava a cada passo, até despencar de vez — tragada pelo buraco enorme que encontrei no estacionamento do Instituto de Psicologia. Ali, entre o concreto partido e a ausência de acessibilidade, percebi que o convite à inclusão não passava de uma fachada. Enquanto os outros seguiam explorando o campus, eu fui confrontada por uma velha conhecida: a barreira invisível que insiste em lembrar que certos corpos ainda são vistos como um problema a ser contornado ou ignorado.

Aquele buraco, portanto, não era apenas físico: era simbólico, como um lembrete brutal de que meu corpo, ainda que presente, não havia sido plenamente considerado. E, diante disso, a universidade revelava mais uma de suas contradições, sobre ser um espaço de formação e transformação, mas que ainda não havia aprendido a acolher a diversidade dos corpos que por ela circulam atrelados pela falta de estrutura física.” (p.)

Sobre isso Mello e Nuernberg (2013) apontam:

[...] porquanto a falta de adaptações no ambiente resulta na não-apropriação do corpo, isto é, o acesso ao corpo é a apropriação do corpo, nesse caso um corpo que em função de sua história tem que ser reapropriado para poder usufruir das rampas geográficas e transpor com dignidade e conforto as rampas sociais.

Naquele instante, algo mudou dentro de mim. Pela primeira vez, não projetei a deficiência como algo contido no meu corpo. O que se impôs diante de mim foram as barreiras: o chão esburacado, os degraus, os prédios fechados para mim, literalmente. Como ocupar aquele espaço, se ele sequer se abria à minha presença? Até hoje, nunca conheci o segundo andar do prédio do meu próprio curso. O Palácio permanece apenas como imagem na fala dos colegas, como um lugar que existe só no discurso de quem pode entrar. Senti a raiva me atravessar. Uma raiva quente, viva, que tomou conta do meu corpo inteiro. Como uma universidade pública, referência nacional, pode se orgulhar de sua excelência enquanto negligencia o mais básico: o acesso? Foi nesse dia que compreendi, na prática, aquilo que os livros depois me ensinaram: a deficiência não está apenas no corpo, mas na relação entre o corpo e o mundo. E é aí que entra o modelo social da deficiência”. (FIGUEIREDO, 2025, p.21-22)

Conforme destacamos, a primeira diretriz ético-política é que a acessibilidade é um problema não apenas das pessoas com deficiência, mas da sociedade como um todo. A acessibilidade na universidade deve ser entendida em sentido amplo, envolvendo o acesso ao conteúdo das aulas e as rotinas acadêmicas, os modos de ensinar e aprender e a convivência de estudantes, professores e funcionários no espaço universitário, sem que sejam desconsiderados os desafios de natureza micropolítica.

Para a proposição de uma política de acessibilidade, é necessário garantir a oferta de recursos multissensoriais e tudo que for necessário para que os estudantes com deficiência possam assistir às aulas de modo adequado. Neste sentido, é preciso garantir prioridade e auxílio na inscrição em disciplinas, salas de aula acessíveis, mesas e cadeiras adaptadas, reserva e localização de cadeiras na primeira fileira, materiais didáticos acessíveis (textos, powerpoints), tempo estendido na realização de provas, sala de autorregulação etc. A lista de recursos de acessibilidade é aberta, sendo recomendado que no primeiro dia de aula o professor se dirija diretamente ao estudante para saber de que recursos ele precisa para acompanhar adequadamente o curso. É recomendado que a coordenação de graduação ou a comissão de acessibilidade sinalize para o professor ou faça constar na lista de frequência a presença de estudantes com deficiência na sua turma, para que a atenção possa contemplar também as deficiências invisíveis, como a surdez e o autismo.

É preciso acrescentar que a acessibilidade vai além da acessibilidade física e não podemos reduzir a experiência universitária à sala de aula (assistir aulas, cursar disciplinas, tecnologias assistivas etc.). É também equivocado adotar uma política assistencialista, em que pesquisadores, professores e funcionários técnico-administrativos sem deficiência seriam encarregados de construir um projeto de acessibilidade sem a participação dos alunos com deficiência. É sempre importante lembrar que pessoas sem deficiência podem apoiar a luta e serem parceiros engajados, mas devem sempre falar como pessoas sem deficiência, desnaturalizando, deste modo, sua posição epistemológica e lugar de fala. Enfim, é importante não praticar a inclusão excludente, ou seja, voltar-se exclusivamente para o grupo de alunos com deficiência, sem problematizar as barreiras sociais e micropolíticas relacionais envolvidas na acessibilidade.

Diversos estudos têm apontado que existem dificuldades e entraves à incorporação da acessibilidade nas práticas sociais cotidianas em diferentes contextos em que se evidencia seu uso potencial (GASPARETO et. al, 2012; MANZINI, 2012a; 2012b, GIROTO et al., 2012). Por outro lado, é reconhecido que boas práticas de acessibilidade estão diretamente relacionadas à produção de conhecimento e à formação recebida pelos diferentes atores

envolvidos, como profissionais, familiares, estudantes e as próprias pessoas com deficiência. Isto se justifica porque os modos de relação interpessoal e de atuação profissional expressam concepções, crenças e valores que se enfrentam, com maior ou menor grau de cuidado e/ou conflito, na sociedade e mesmo nas instituições de ensino superior (DOMINGUES; RUIZ; FERNANDES, 2018).

No Brasil, a Sinopse Estatística do Ensino Superior de 2018 (INEP, 2019) aponta que apenas 0,51% das matrículas são de estudantes com deficiência. Isso impacta na formação bastante limitada de pesquisadoras e pesquisadores com deficiência. Neste cenário, a maior parte das pesquisas desenvolvidas sobre temas relativos à deficiência ainda vem sendo realizadas por pesquisadoras e pesquisadores sem deficiência, sendo as pessoas com deficiência objetos ou, na melhor das hipóteses, participantes da investigação (MORAES et. al, 2017).

Por outro lado, é sempre oportuno lembrar que a universidade pública não é apenas um espaço de transmissão de conhecimentos, mas também, e sobretudo, um território de invenção, de produção de conhecimento e de formação crítica. A/O estudante que passa por uma formação em Psicologia passa também, e de modo indissociável, por um processo de produção de subjetividade, do qual participam vetores teóricos, metodológicos, éticos e políticos. Nesta medida, a presença de estudantes com deficiência surge como oportunidade para problematizar e transformar saberes capacitistas e práticas micropolíticas de exclusão, que são por vezes naturalizadas, mesmo em face de um corpo discente que hoje em dia é marcadamente diverso.

Cumprе problematizar as concepções teóricas eminentemente negativas da deficiência, fundadas nas ideias de falta e déficit, bem como desenvolver conhecimentos sobre as múltiplas formas de perceber, conhecer e estar no mundo. É também imperativo banir práticas de exclusão e opressão que marcam, por vezes de forma velada, as relações com as pessoas com deficiência, e se colocam ao lado e se somam àquelas que caracterizam o racismo, o machismo e o sexismo. Em outras palavras, a presença de alunos com deficiência na universidade surge como ocasião de sensibilização em relação a outros modos de ser e conhecer e, desse modo, concorre para a problematização da lógica capacitista, convocando à

invenção de estratégias e dispositivos que coloquem em questão a hierarquia entre alunos sem deficiência e alunos com deficiência. Enfim, que problematize a suposta superioridade cognitiva e existencial das pessoas sem deficiência e a suposta inferioridade das pessoas com deficiência.

Todavia, para além da garantia de acessibilidade, é imperativo ressaltar que os corpos com deficiência encontram um outro lugar na discussão sobre formação. Uma vez que as narrativas acadêmicas que ainda são hegemônicas sobre a deficiência partem da perspectiva do pesquisador que pensa ocupar o ponto de vista de lugar nenhum, o corpo com deficiência coloca a importância de incluir saberes situados e com o ponto de vista de corpos que não ocupam posições hegemônicas, seja a partir de narrativas escritas COM pessoas com deficiência ou em narrativas escritas por elas mesmas. Trata-se de mais um movimento de desnaturalização do corpo sem deficiência como o corpo típico da espécie humana, afirmando a legitimidade das experiências e da capacidade de ocupar a universidade como professoras/es e pesquisadoras/es com deficiência.

Numa direção semelhante, artistas com deficiência têm reivindicado ampliar a discussão para além do campo da acessibilidade. A questão não é apenas possibilitar que as pessoas com deficiência sejam espectadores de espetáculos de dança, teatro e exposições em museus e centros culturais. Edu O. (Eduardo Oliveira) e Natália Ribeiro, dentre outros, têm defendido a atenção e a luta em prol da ocupação do lugar de protagonistas no espaço cultural. Edu O é bailarino, coreógrafo e professor e se destaca por ser o primeiro professor de dança cadeirante em uma universidade pública no Brasil (UFBA). Ele é conhecido por integrar a acessibilidade e a diversidade corporal no ensino de artes cênicas, tendo formulado o conceito de "bipedia compulsória" — a estrutura social que considera corpos sem deficiência como a única forma de normalidade — sendo um ativista pela valorização da diversidade de corpos (CARMO, 2023). Natália Ribeiro (RIBEIRO, 2025) é uma pessoa com deficiência visual, é doutora em Dança, professora universitária, artista da dança, atriz e vem produzindo conhecimento e expressões estéticas em dança e improvisação, sempre articuladas com entendimento histórico-cultural e político da deficiência. Defendendo o protagonismo da pessoa com deficiência na vida cultural, a discussão que

tem produzido pode ser atualizada em outras linguagens da dança ou da arte, bem como em outros ecossistemas habitados com pessoas com deficiência, como é o caso da universidade e o curso de formação em Psicologia.

Não se trata de tolerância com a diferença, mas de desejo de diversidade, encarando-a como riqueza de experiências. Autores como McRuer (2012) e Kafer (2013), assim como outros autores da Teoria *Crip* nos provocam a pensar um futuro com deficiência. Essa provocação vai no sentido de que é preciso pensarmos um futuro em que as pessoas com deficiência não somente possam fazer parte, mas que sejam ativas na sua construção. Nossa aposta é que uma universidade e um mundo com corpos deficientes devem ser não somente possíveis, mas também desejados, e que essa pauta seja incluída na discussão tão urgente na atualidade sobre a formação em Psicologia, e por certo, em outras áreas da formação universitária.

6.7 A presença da deficiência como uma diretriz ético política para a formação em Psicologia

Uma boa formação não envolve apenas a aquisição de informações, teorias e técnicas, mas implica o aprendizado da problematização e o cultivo da experiência de sensibilização (SANCOVSCHI; ROCHA, 2023). Ela vai se fazendo nos encontros com pessoas, espaços e materiais, que afetam os estudantes e podem produzir deslocamentos de posições existenciais e políticas ainda hegemônicas e naturalizadas, como é o caso do capacitismo.

Neste sentido, a diversidade de estudantes no espaço universitário pode ter uma dimensão formativa. Temos feito desta ideia uma diretriz ético-política para a formação em Psicologia. O encontro com a diferença, com diferentes corpos que se afastam da corponormatividade compulsória podem nos confrontar com os limites dos nossos modos de ser e de conhecer, de nossos modos de subjetivação e de nossos territórios. Todavia, o encontro que cria condições para a percepção de nossos próprios limites e o deslocamento de modos de ser e perceber naturalizados com a diferença não está garantido pela presença da diversidade do corpo discente na universidade. Podemos passar pelo outro como se ele não estivesse ali ou percebê-lo como inferior,

como numa perspectiva capacitista. Por outro lado, o fato de haver o outro em sua diferença, de haver corpos não hegemônicos, permite que tenhamos a chance de experimentar a alteridade, a diversidade, tão cara ao campo da Psicologia (GUERREIRO; SANCOVSCHI, VENTURI; KASTRUP, 2023)

Sabemos que nem sempre a inclusão escolar e universitária contempla a devida reciprocidade que o conceito de inclusão porta, ficando limitada à ideia de que cabe ao estudante se integrar ao meio acadêmico, é ele que deve adaptar-se a sua nova condição. A pedagogia do outro (SKLIAR, 2003) que nos afeta e reverbera em nós dá elementos para praticar o acolhimento da diversidade de corpos não normativos, aprender com eles e descobrir seus mistérios. Há aí uma dimensão ético-política da formação, que inclui um modo de educar aberto ao outro em sua singularidade e diversidade, que reverbera e provoca ressonâncias nos estudantes.

A acessibilidade de estudantes com deficiência na universidade surge então como uma diretriz ético-política da formação em Psicologia. (GUERREIRO; SANCOVSCHI; VENTURI; KASTRUP, 2023), capaz de produzir deslocamentos na formação capacitista, em favor de uma formação marcada por uma dimensão ético-política que afirma a potência do encontro com o outro na diferença e sensibiliza o estudante de Psicologia para a importância da criação de um mundo comum e heterogêneo.

[1] Questões sobre condições de acessibilidade física nos prédios e no campus, bandeirão etc. não serão abordadas, por ultrapassarem os limites desta RT.

7. Considerações Finais: Por uma Psicologia anticapacitista

Antes de finalizar, retomemos alguns aspectos e um punhado de problemas desenvolvidos ao longo desta Referência Técnica, que foi estruturada em 4 eixos. No Eixo 1 definimos o conceito de deficiência e apontamos que o contorno do campo é sempre movente, em função tanto das mudanças na legislação quanto da atuação dos movimentos sociais. Destacamos também as linhas temáticas que estruturaram esta Referência Técnica: o modelo social da deficiência, a perspectiva da interseccionalidade, o conceito de capacitismo, o conceito de autonomia e a diferenciação entre a dimensão macropolítica e a dimensão micropolítica da deficiência. Apontamos que uma legislação avançada é fundamental, mas não garante que ela seja respeitada, corporificada e implementada no cotidiano dos serviços, e tampouco na maneira como a sociedade lida com pessoas com deficiência. Tal constatação torna imperativa a discussão no plano micropolítico, que toca diretamente o plano das relações e da produção de subjetividades, que é especialmente caro ao campo da Psicologia.

No Eixo 2 apresentamos uma análise histórica da relação da Psicologia com a deficiência, na qual ganharam destaque o encontro da Psicologia com o modelo médico, com o modelo social da deficiência, com o modelo feminista e com a Teoria *Crip*. Trouxemos também uma apresentação resumida das diferentes deficiências, como seus respectivos conceitos e terminologia correta para ser utilizada no atendimento serviços, seguida de um balanço das discussões atuais. Enfatizamos que os contornos do campo da deficiência são moventes, não se assemelhando a um quadro fechado, totalizante e definitivo. Mais uma vez, a dimensão interseccional também deve ser levada em consideração.

O Eixo 3 foi estruturado em torno da pesquisa realizada pelo CREPOP com psicólogas(os) de todo o Brasil que atuam nos campos da Saúde, Reabilitação, Educação e Assistência Social. Neste eixo, trouxemos ainda uma discussão sobre a necessidade de ampliação do conceito de reabilitação, para além do modelo biomédico. A partir dos relatos das(os) psicólogas(os) entrevistadas(os), construímos 5 analisadores: a persistência do modelo biomédico, o capacitismo como barreira, a sobrecarga e a precarização do

trabalho de psicólogas(os), o protagonismo ainda incipiente de psicólogas(os) com deficiência e a discussão do problema de formação como algo incontornável.

No Eixo 4 discutimos a situação da universidade pública hoje frente à diversidade do corpo discente, enfatizando que é preciso realizar mudanças nos processos de formação em Psicologia, sublinhando seu caráter político e inventivo. Colocando a ênfase na presença de estudantes com deficiência na universidade, apontamos a importância da articulação entre formação e cuidado, além de sugerir algumas pistas curriculares e metodológicas para inventar caminhos com a deficiência na formação em Psicologia. Neste contexto, abordamos os três pilares da formação - Ensino, Pesquisa e Extensão - e destacamos a potência da arte e da partilha de experiências de estudantes com e sem deficiência. Discutimos também questões relativas à escrita acadêmica, o problema da formação de psicólogas(os) com deficiência (acessibilidade e protagonismo) e apontamos a presença da deficiência como uma diretriz ético-política para a formação em Psicologia.

Mais de uma década após a promulgação da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), é possível constatar que tivemos avanços importantes no que diz respeito ao reconhecimento de direitos, mas ainda temos uma sociedade marcada pelo capacitismo estrutural. Muitas vezes persiste o apagamento das pessoas com deficiência, o que afeta diretamente a atuação de psicólogas e psicólogos nas políticas públicas com pessoas com deficiência.

O cenário é o mesmo nas estruturas do Sistema Único de Saúde (SUS). Embora com uma proposta política muito avançada, que assegura a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, a participação popular na elaboração das políticas e a capacitação contínua dos profissionais de saúde, muitas vezes o dia a dia dos serviços evidencia que ainda há um longo caminho a percorrer. A rede de cuidados da pessoa com deficiência ainda é subdimensionada e concentrada nas grandes cidades. Além disso, perdura a visão equivocada de que o lugar da pessoa com deficiência é na atenção especializada. Também estamos longe da garantia da acessibilidade comunicacional, o que toca especialmente ao atendimento das pessoas surdas e com deficiência auditiva.

Há também um subdimensionamento do número de psicólogas(os) nas equipes multiprofissionais dos serviços públicos, o que se evidencia na Saúde, na Reabilitação, na Educação e na Assistência Social, tornando por vezes difícil manter a qualidade do atendimento desejado pela categoria. São também pouquíssimos as(os) psicólogas(os) que são fluentes em Libras e, sobretudo fora dos grandes centros, pode ser extremamente difícil contar com intérpretes de Libras nos atendimentos.

No entanto, há muitas narrativas de psicólogas e psicólogos que evidenciam uma atuação atualizada, sintonizada com a garantia de direitos, com as lutas das pessoas com deficiência e com uma abordagem anticapacitista. Tal atuação vem se construindo à revelia das capacitações pouco numerosas e descontinuadas e mesmo da falta de uma formação consistente para a atuação com pessoas com deficiência em políticas públicas no curso de Graduação em Psicologia.

Fazendo um tensionamento com o modelo biomédico, o modelo social da deficiência é um convite a adotar uma outra maneira de estar no mundo, nos serviços, nas políticas públicas, nas práticas de cuidado e em todas as dimensões e camadas do trabalho de psicólogas e psicólogos. Não se trata de uma questão de crença, mas o modelo social configura práticas concretas, desde o acolhimento de pessoas com deficiência, passando pelo atendimento individual ou em grupo, de crianças e adultos, de usuários e familiares. Assumir o modelo social requer uma virada, uma reversão da naturalização do modelo biomédico. As capacitações e a formação têm seu papel neste processo.

A Referência Técnica teve como ponto de partida a pesquisa realizada pelo CFP/CREPOP, trazendo para a discussão as falas de psicólogas e psicólogos nas entrevistas. O intuito foi contribuir com as ações para promover o atendimento psicológico em políticas públicas marcado pela acessibilidade e pelo respeito à singularidade de diferentes corpos e subjetividades das pessoas com deficiência e da população surda, em todos os contextos de atuação.

Buscamos traçar uma linha narrativa incluindo diferentes falas, sem homogeneizá-las e preservando as tensões e resistências que desenham um cenário de controvérsias atuais, bem como um movimento de avanço em relação ao modelo biomédico. Procuramos colocar em discussão questões micropolíticas, como o modo de perceber, de pensar e de se relacionar com a

pessoa com deficiência, que não caminham passo a passo com a legislação e os documentos da categoria. Em um revezamento de falas engajadas, capacitistas, anticapacitistas, preche de inflexões e nuances sutis, buscamos criar conexões entre aspectos que não estão diretamente associados. Nosso propósito foi construir uma narrativa coletiva e polifônica, evitando falsas generalizações e consensos. Assim, buscamos fazer com que a Psicologia brasileira possa contribuir para a construção política de um mundo comum e, ao mesmo tempo, heterogêneo, que inclua a diversidade de corpos e subjetividades, sem discriminação e hierarquia.

Com os desafios e controvérsias que emergiram das falas das psicólogas e psicólogos que atuam em políticas públicas em todo o Brasil, e com o apanhado de discussões que trouxemos nesta Referência Técnica, esperamos poder contribuir para o processo de construção e desenvolvimento de uma Psicologia Anticapacitista. Esperamos também que, com a sua leitura, possamos aprender umas com as outras, concorrendo assim para a reinvenção permanente da Psicologia. Que possamos aprender sobretudo a ter uma escuta cuidadosa, aberta e atenta às pessoas com deficiência.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, T. P. C.; VILARDO, M. A. T.; FERREIRA, A. P. Acesso das pessoas com deficiência mental aos direitos e garantias previstos na Lei Brasileira de Inclusão por meio do Sistema Único de Assistência Social. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 190-206, 2019.

ABBERLEY, P. *The concept of oppression and the development of a social theory of disability*. In: *Policies for Diversity in Education*. Routledge, 1992.

ADRIÃO, K. G.; TONELLI, M. J. F. Por uma política de acesso aos direitos das mulheres: sujeitos feministas em disputa no contexto brasileiro. *Psicologia & Sociedade*, v. 20, n. 3, p. 465-474, 2008.

AKOTIRENE, C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen, 2019.

ALMEIDA, M. C. et al. Políticas e modelos assistenciais. *Rev. Ter. Ocupacional da USP*, v. 13, 2002.

ALVES, C. *E se experimentássemos mais? Um manual não técnico de acessibilidade em espaços culturais*. 1. Ed., Curitiba: Appris, 2020.

ANDRADE, A. F. *O outro lado do mundo: Encontros entre surdocegueira e expressões artísticas*. Tese (Doutorado em Artes Cênicas). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2016.

ANDRADE, M. M.; GRUETZMACHER, F. E.; LEITE, G. H. Pequeno guia de inclusão para autistas no mercado de trabalho: para organizações. *Equipe multidisciplinar de especialistas em neurodiversidade*, p. 1-80, 2024.

ARANTES, R. L.; DE LIMA PALOMBINI, A. Articulações e tensionamentos entre deficiências e saúde mental. *Argumentum*, v. 16, n. 3, p. 283-296, 2024.

ANGELUCCI, C. B.; SANTOS, L. S.; PEDOTT, L. G. O. “Conhecer é transformar: notas sobre a produção implicada de modos anticapacitistas de habitar a universidade”. In: M. GESSER; G. L. K. BOCK; P. E. LOPES (Org) *Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social*. Curitiba: CRV, 2020.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARNES, C; OLIVER, M.; BARTON, L. (Org.). *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002.

BARROS, M. R; BARROS, M. E. B. O problema da análise na pesquisa cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V; TEDESCO, S. H. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014.

BASTOS, A. V. Formação em Psicologia: Cenário Contemporâneo e a Importância do Pensamento Crítico”, *Revista Psicol. cienc. prof.*, 45 (spe1), 2025.

BATISTA, H. A. *ABBr na História da Medicina Física e Reabilitação*. Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, 1988.

BAUER, M.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BEIGI, A. B.; CHENG, K. K. Y. “Rethinking Gender in Disability Issues.” *Sexuality and Disability*, v. 28, n. 3, p. 205-207, 2010.

BAVCAR, E. *Le voyeur absolu*. Paris: Seuil, 1992.

BELARMINO, J. O que percebemos quando não vemos. *Fractal: Revista do Departamento de Psicologia da UFF*, v. 21, n. 1, p. 179-184, 2009.

BELARMINO, J. *O que vê a cegueira? A escrita Braille e sua notificação semiótica*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2015.

BELLACASA, M. Nothing comes without its world: thinking with care. *The sociological review*, 60(2), 197- 216, 2012.

BORGES, M. M.; BASTOS, A. V. B.; KHOURI, Y. A. G. *A formação em psicologia: contribuições para a reestruturação curricular e avaliação dos cursos*. Brasília: Comissão de Especialistas de Ensino de Psicologia – MEC/SESU, 1995.

BRASIL. Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, abr. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10436.htm.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436/2002, que dispõe sobre a Libras. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, dez. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial (SEESP). *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRASIL. Decreto 6.949, 25/8/09. *Promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. Brasília: MDS, 2009b.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Viver sem limites: plano nacional dos direitos das pessoas com deficiência*. 4. ed. Brasília, DF: SNPDP, 2013.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). *Censo da Educação Superior 2018: notas estatísticas*. Brasília, 2019.

BRASIL. Lei nº 15.069/2024, de 23 de dezembro de 2024. *Institui a Política Nacional de Cuidados*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, dez. 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/l15069.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. *Autismo*. s.d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/autismo>)

BRODERICK, A. *The Autism Industrial Complex: How Branding, Marketing, and Capital Investment Turned Autism Into Big Business*. Myers Education Press, 2022.

BUTLER, J. *Corpos que importam: os limites discursivos do "sexo"*. São Paulo: n-1 edições, 2019.

CAMPBELL, F. A. K. Exploring internalized ableism using critical race theory. *Disability & Society*, v. 23, n. 2, p. 151-162, mar. 2008.

CAMPBELL, F. K. *Contours of Ableism: The production of disability and abledness*. Londres: Palgrave Macmillan, 2009.

CANDLIN, F.; GUINS, R. *The object reader*. London-New York: Routledge, 2009.

COSTA, A. L. B. et al. Programa permanente de composições artísticas e Terapia Ocupacional (PACTO). *Revista Ter Ocupacional da USP*, n. 11, 2000.

CASTRO, A; CASTRO, A. G.; JOSEPHSON, S.; JACÓ-VILELA, A. M. Medir, Classificar, Diferenciar. In: JACÓ-VILELA, Ana; FERREIRA, Arthur; PORTUGAL,

Francisco (Orgs). *História da Psicologia: Rumos e Percursos*. Rio de Janeiro: NAU Ed., 2007.

CASTRO, E. D. *Atividades Artísticas e Terapia Ocupacional: criação de linguagem e inclusão social*. Tese de Doutorado. São Paulo, USP, 2001.

CASTRO, F. G; FERREIRA, J. B. *Neoliberalismo, trabalho e precariedade subjetiva*. Porto Alegre, Editora Fi, 2022.

CARMO, C. E. O. *Vocês, bípedes, me cansam! Modos de aleijar a Dança como contranarrativa à bipedia compulsória na Dança*. Tese (Doutorado). Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação Multi-Institucional Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento, 2023.

CHARLTON. J. *Nothing about Us Without Us: Disability Oppression and Empowerment*. Berkeley: University of California Press, 2000.

COLLINS, P. *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. São Paulo: Boitempo, 2022.

COLLINS, P; BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2020.

COLLUCCI, C. *'Indústria do autismo' influencia políticas públicas, pressiona planos e se expande no mercado privado, diz relatório*. Folha de São Paulo, 31 de maio de 2024. Disponível em: <https://folha.com/62p7f1lt>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas sobre a Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)*. Brasília, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de mobilidade humana e trânsito*. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, Brasília, DF, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) na educação básica*. 2. ed. Brasília, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *IX Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: Psicologia na Defesa das Políticas Públicas - Etapa Sul*. 1 ed. Brasília: CFP, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CRAS/SUAS*. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 3. ed. Brasília, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Quem faz a psicologia brasileira?: Um olhar sobre o presente para construir o futuro*. 1 ed. Brasília: CFP, 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Nota Técnica CFP nº 12/2025. Orientações para atuação da Psicologia com pessoas com deficiência*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2025a. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/04/SEI_CFP-2144880-Nota-Te%CC%81cnica.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Manual orientativo para uma atuação anticapacitista na psicologia* [livro eletrônico]. 1. ed. Leme, SP: GM Editorial; Brasília: CFP, 2025b

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução CFP nº 9, de 24 de abril de 2025. Dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos às pessoas surdas. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2025c. <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=477470>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Nota Técnica CFP nº 18/2025. Diretrizes para o atendimento à comunidade surda. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2025d. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/05/SEI_CFP-2183756-Nota-Tecnica.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de direitos sexuais e direitos reprodutivos* [livro eletrônico]. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. 1. ed. São Paulo, GM Editorial, 2025e.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Resolução nº 5, de 3 de fevereiro de 2025. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e psicólogos no exercício profissional da orientação, supervisão e coordenação de estágio em Psicologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ed. 35, p. 236, 2025f.

CORKER, M; FRENCH, S. *Disability Discourse*. Philadelphia: Open University Press, 1999.

CORKER, M.; SHAKESPEARE, T. (Orgs.). *Disability/Postmodernity: Embodying Disability Theory*. London: Continuum, 2004.

CREWNSHAW, K. W. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-Discrimination Doctrine, Feminist Theory and Anti-Racist Politics. *The University of Chicago Legal Forum* 1989, art. 8, 1989.

CREWNSHAW, K. W. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, v. 10 n. 1, 2002.

DAVIS, L.J. *Constructing Normalcy: The Bell Curve, the Novel, and the Invention of the Disabled Body in the Nineteenth Century*. United States: Verso, 1995.

DELEUZE, G. GUATTARI, F. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia, vol. 3*. Rio de Janeiro: Ed 34, 1996.

DESPRET, V.; STENGERS, I. *Les faiseuses d'histoires: Que font les femmes à la pensée?*. Paris: Éditions Lá Découverte, Paris, 2011.

DIAS, R. (org.). *Formação inventiva de professores*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012.

DINIZ, D. *Modelo social da deficiência: a crítica feminista*. Série Anis, v. 28, p. 1-8, jul 2003.

DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DOMINGUES, C. A.; RUIZ, L. C.; FERNANDES, A. C. GASPARETTO, M. E. R. F. MONTILHA, R. C., FRISZMAN, L. Análise da concepção e implementação de um curso EAD em Tecnologia Assistiva na perspectiva da Acessibilidade. In: F. O. MEDOLA e L. C. PASCHOARELLI (Orgs) *Tecnologia Assistiva: Pesquisa e Conhecimento* – II.1. Bauru: Canal 6 Editora, 2018, v.II, 75-84.

EXAMINED Life. Direção: Astra Taylor. Produção: Ron Mann e Silva Basmajian. Canadá: Zeitgeist Films, 2008. (88 min.)

FANON, F. *Pele negra, máscaras brancas*. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

FERNANDES, A.D.S.A.; COUTO, M.C.V.; ANDRADA, B.C.; DELGADO, P.G.G. A “*indústria*” do autismo no contexto brasileiro atual: *contribuição ao debate*. Material Técnico, 2024. ISBN: 978-65-00-99824-5.

FIGUEIREDO, G. R. G. *Sexualidade e Deficiência: Entre os espelhos da norma, o corpo que fratura e a poética de (re)reconstruir-se*. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2025.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

FREIRE, P. Educação “bancária” e educação libertadora. *Introdução à psicologia escolar*, v. 3, p. 61-78, 1997.

GARLAND-THOMSON, R. *Re-shaping, re-thinking, re-defining: feminist disability studies*. Washington: Center for Women Policy Studies, 2001.

GARLAND-THOMSON, R. Integrating disability, transforming feminist theory. *NWSA Journal*, v. 14, n. 3, p. 1-32, 2002.

GARLAND-THOMSON, R. Feminist disability studies. *Signs*, v. 30, n. 2, p. 1557-1587, 2005.

GASPARETTO, M. E. R. F. et al. "Utilização de Recursos de Tecnologia Assistiva por Escolares com Deficiência Visual. *Informática na educação: teoria & prática*, v. 15, n. 2, 2012.

GAVÉRIO, M. A. *"Que corpo deficiente é esse?": notas sobre corpo e deficiência nos disability studies*. 2015. 89 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015a.

GAVÉRIO, M. A. Medo de um planeta aleijado? Notas para possíveis aleijamentos da sexualidade. *Áskesis*, v. 4, n. 1, 2015b.

GAVÉRIO, M. A. Nada sobre nós, sem nossos corpos! O local do corpo deficiente nos disability studies. *Revista Argumentos*, v. 14, p. 95-117, 2017.

GAVÉRIO, M. A. Aberrações tropicais: representações da monstrosidade no teatro Latino-Americano. *Áskesis*, v. 9, n. 2, p. 188-192, 2020.

GAVÉRIO, M. A. Apontamentos sobre as possibilidades de uma sociologia da deficiência. *Contemporânea*, v. 11 n. 2, 2021.

GAVÉRIO, M. A. Biopolítica, Sexualidade e Deficiência: Notas sobre o Dispositivo da Funcionalidade. In: Fernando de Figueiredo Balieiro; Semíramis Corsi Silva (orgs.). *Gênero e regulações do sexo entre antigos e modernos*. Editora Fi., 2024.

GESSER, M.; BLOCK, P.; NUERNBERG, A. H. Participation, agency and disability in Brazil: transforming psychological practices into public policy from a human rights perspective. *Disability and the Global South*, v. 6, n. 2, p. 1772-1791, 2019.

GESSER, M.; BÖCK, G. L. K.; LOPES, P. H. (Org.). *Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social*. Curitiba: CRV, 2020.

GESSER, M.; MORAES, M. O. BOCK, G. L. K. Ensino, pesquisa e extensão no campo da deficiência: práticas emancipatórias. In: M. GESSER; G. L. BLOCK; P. H. LOPES (Org.). *Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social*. Curitiba: CRV, 2020.

GESSER, M.; NUERNBERG, A. H.; TONELI, M. J. F. A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 3, p. 557-566, 2012.

GESSER, M.; ZIRBEL, I; LUIZ, K.G. Cuidado na dependência complexa de pessoas com deficiência: uma questão de justiça. *Revista Estudos Feministas*, v. 30, n.2, 2022.

GINDRI, G. et al. Métodos em reabilitação neuropsicológica. In: LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; FUKUSIMA, S. S. (Eds.). *Métodos em neurociência*. São Paulo: Manole, 2012. p. 343-375.

GIAMI, A. e D'ALLONES, C. R. As representações da sexualidade dos deficientes mentais pelos pais e educadores. In: M. I. D'Avila Neto. (org). *A Negação da Deficiência*. Rio de Janeiro: Achiamé/Socius, 1984.

GIROTO, C.R.M., POKER, R.B., OMOTE, S. (orgs.). *As tecnologias nas práticas pedagógicas inclusivas*. Marília: Oficina Universitária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

GLAT, R. *“Somos iguais a vocês”*: Depoimentos de mulheres com deficiência mental. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2009.

GLAT, R; FREITAS, R. C. *Sexualidade e deficiência mental: Pesquisando, refletindo e debatendo sobre o tema*. Rio de Janeiro, 7 Letras, 2007.

GONDIM, S; BARROS, L O. A escolha da profissão de PSICÓLOGA(O) e a carreira: o que mudou ao longo do tempo? In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Quem faz a psicologia brasileira? Um olhar sobre o presente para construir o futuro: Formação e inserção no mundo do trabalho*. 1. ed. Brasília, 2022.

GREINER, C. *Corpos Crip: instaurar estranhezas para existir*. N1 Edições, 2023.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

GUERREIRO, R. *Cartografia, deficiência visual e arte: acompanhando o processo da acessibilidade no Centro Cultural do Banco do Brasil do Rio de Janeiro*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GUERREIRO, R. *Fazer um corpo todo de escuta: uma travessia existencial*. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

GUERREIRO, R. *Aleijar a formação em Psicologia*. In: ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO: A QUEDA DO CÉU, Rio de Janeiro, XXII, 2023. Anais eletrônicos. Rio de Janeiro: Associação Brasileira De Psicologia Social, 2023. Disponível em: <https://site.abrapso.org.br/wp-content/uploads/2024/07/Anais-ABRAPSO-2023.pdf>

GUERREIRO, R.; SANCOVSCHI, B.; VENTURI, C.; KASTRUP, V. Acessibilidade na universidade: uma diretriz ético-política para a formação em psicologia. *Revista Práticas em Gestão Pública Universitária*, v. 8, n. 2, p. 253-271, 2024.

GUIMARÃES, S. J.; FERREIRA, J. B.; FREITAS, L. G. Neoliberalismo e produção de subjetividade: elementos para uma crítica da razão dogmática neoliberal. *La Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo (RELET)*, v. 27, p. 69-86, 2022.

GUZZO, R S. L.; SOLIGO, A; SILVA, A. P. S. As trajetórias de profissionais de Psicologia: Questões para formação. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Formação e inserção no mundo do trabalho*. 1. ed. Brasília, 2022.

HARAWAY, D. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, v. 5, p. 7-41, 1995.

HATWELL, I., STRESI, A. & GENTAZ, E. (Org.). *Toucher pour connaître*. Paris: PUF, 2000.

HATWELL, I. *Psychologie cognitive de la cécité précoce*. Paris: Dunod, 2003.

HOBBSAWM, E. *As origens da revolução industrial*. São Paulo: Global, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde 2019: Ciclos de vida*. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

KAFER, A. *Feminist, Queer, Crip*. Indiana University Press, 2013.

KASTRUP, V. *A invenção de si e do mundo*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

KASTRUP, V. A experiência de perder a visão: reabilitação funcional e reinvenção existencial. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A. M. (Org.). *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. Curitiba: CRV, 2016. p. 203-224.

KASTRUP, V. *Cegueira e invenção: cognição, arte, pesquisa e acessibilidade*. Curitiba: CRV, 2018.

KASTRUP, V. Arte e Atenção Conjunta: A dimensão micropolítica da acessibilidade. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 23, n. 57, p. 412-425, 2023.

KASTRUP, V.; CALIMAN, L.; GURGEL, V. As artes da atenção conjunta: formação e cuidado na Universidade. *Educação em Foco*, n. 47, 2022.

KASTRUP, V.; GUERREIRO, R. Narrativas da deficiência: questões acerca da escrita acadêmica partir da experiência. *PragMATIZES - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura*, [S. l.], v. 15, n. 29, p. 31–58, 2026.

KASTRUP, V.; POZZANA, L. *Histórias de cegueiras*. Curitiba: CRV, 2016.

KASTRUP, V.; POZZANA, L. Encontros com a deficiência na universidade: deslocando o capacitismo em oficinas de formação inventiva. *Mnemosine*, v. 16, n. 1, p. 33-52, 2020.

KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. *Políticas da Cognição*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2008.

KASTRUP, V.; VALENTE, D. How to make the body speak? Visual disability, verbalism and embodied speech. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 38, n. 3, p. 572-583, 2018.

KAUFMAN, N. *Cinco Pistas para uma Mediação Escolar Não Medicalizante*. In: *Conversações entre Psicologia e Educação*. Org. Comissão de Psicologia e Educação do CRP-RJ 5ª região. Rio de Janeiro: CRP-RJ 5ª Região, 2016.

KAUFMAN, N. *Inclusão Escolar: Direções sobre a prática de mediação na escola*. Pirilampo: Rio de Janeiro, 2023.

KITTAY, E. F. The ethics of care, dependence, and disability. *Ratio Juris*, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2011.

KLEEGER, G. *More than meets the eye*. What blindness brings to art. Oxford: University Press, 2018.

LATOURET, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. IN: *Objectos Impuros: Experiências em Estudos sobre a Ciência*. Porto: Afrontamento, 2008.

LIBERMAN, F.; SAMEA, M. Uma pesquisa do corpo em terapia ocupacional: o método de danceability. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, Brasil, v. 9, n. 3, p. 125–132, 1998.

LIMA, E.; LIBERMAN, F.; POZZANA, L.; KASTRUP, V.. Pensando uma Reabilitação Inventiva. In: KASTRUP, V.; MACHADO, A. M. (Org.). *Movimentos micropolíticos em saúde, formação e reabilitação*. Curitiba: CRV, 2016. p. 203-224.

LIMA, R. A construção histórica do autismo (1943-1983). *Ci. Huma. e Soc. em Rev. RJ, EDUR*. vol. 36, 1, jul/ dez, 2014.

LINTON, S. Reassigning meaning. In: DAVIS, L. G. (Org.). *The Disability Studies Reader*. New York: Routledge, 2006.

LOBO, L. F. *Os infames da história: Pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

LOURAU, R. *Analista em tempo integral*. ALTOÉ, S. (Org.) São Paulo: Hucitec, 2004.

MAGNABOSCO, M.; SOUZA, L. L.. Aproximações possíveis entre os estudos da deficiência e as teorias feministas e de gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 27, n. 2, e56147, 2019.

MAIOR, Izabel. *História, conceito e tipos de deficiência*. Portal do Governo do Estado de São Paulo, 2015.

MANZINI, E.J. Formação do professor para o uso de tecnologia assistiva. *Cadernos de Pesquisa em Educação - PPGE/UFES* 13, Vitória, ES, a. 9, v. 18, n. 36, p. 11-32, jul./dez. 2012a.

MANZINI, E.J. Formação do professor para trabalhar com recursos de tecnologia assistiva: um estudo de caso em Mato Grosso. *Educação e Fronteiras On-Line*, Dourados/MS, v.2, n.5, p. 98-113, maio/ago. 2012b.

MARTINS, B. S. Pesquisa acadêmica e deficiência visual: resistências situadas, saberes partilhados. *Revista Benjamin Constant*, v. 19, p. 55-66, 2013.

MARTINS, B. S. Deficiência e a biomedicina: o corpo e as lutas pelo sentido. In: MORAES, Márcia; MARTINS, Bruno Sena; FONTES, Fernando; MASCARENHAS, Lúcia Teles (org.). *Deficiência em questão: para uma crise da normalidade*. Rio de Janeiro: Nau, 2017.

MATURANA, H; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas do conhecimento humano*. Campinas, SP: Workshopsy, 1995.

MCRUER, R. Compulsory able-bodiedness and queer/disabled existence. In: HALL, D. E.; JAGOSE, A. (Org.). *The Routledge Queer Studies Reader*. [S.l.]: Routledge, 2012. p. 488-497. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/projectos/intimidade/media/Compulsory%20Able-Bodiedness%20and%20Queer%20Disabled%20Existence.pdf>.

MCRUER, R. *Teoria Crip: Signos Culturais entre o queer e a deficiência*. Rio de Janeiro: Papéis Selvagens Edições, 2024.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. Envelhecimento e deficiência. *In*: CAMARANO, A. M. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 107-120.

MELLO, A. G. O modelo social da surdez: Um caminho para surdolândia? *Revista Mosaico Social*, n. 3, 2006.

MELLO, A. G. “Ou todo mundo é louco ou ninguém é!”: refletindo sobre possibilidades de articulação entre deficiência e loucura. *Vivência: Revista de Antropologia*, [S. l.], v. 1, n. 44, 2015.

MELLO, A. G. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de ética em Pesquisa da UFSC. *Ciência e saúde coletiva*, v.21 n.10, 2016, pp. 3265-3276.

MELLO, A. G.; BLOCK, P.; NUERNBERG, A. H. Occupying Disability Studies in Brazil. *In*: BLOCK, Pamela *et al.* (Ed.). *Occupying disability: critical approaches to community, justice, and decolonizing disability*. New York: Springer, 2016. p. 279-293.

MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Revista Estudos Feministas*, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 635–655, 2012. DOI: 10.1590/S0104-026X2012000300003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2012000300003>.

MORAES, M. *PesquisarCOM: Política ontológica e Deficiência Visual*. *In*: MORAES, M.; KASTRUP, V. (Org.). *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2010. p. 26-51.

MORAES, M. *PesquisarCOM: permanências e reparações*. *In*: SILVEIRA, Marília; MORAES, Marcia; QUADROS, Laura Cristina de Toledo (Orgs). *PesquisarCOM: caminhos férteis para a pesquisa em psicologia*. Rio de Janeiro: NAU Editora, pp. 21-42, 2022.

MORAES, M.; ALVES, C. Cães-guias como mediadores estéticos: reconfigurações dos modos de fazer e pensar a cultura do acesso. *PragMATIZES - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura*, [S. l.], v. 15, n. 29, p. 59–75, 2026. DOI: 10.22409/pragmatizes.v15i29.67341. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/pragmatizes/article/view/67341>.

MORAES, M; GESSER, M; KAUFMAN, N. (Orgs). *Psicologia e Estudos da Deficiência*. 1 ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2025.

MORAES, M.; KASTRUP, V. (Org.). *Exercícios de ver e não ver: arte e pesquisa COM pessoas com deficiência visual*. Rio de Janeiro: NAU editora, 2010.

MORAES, M.; MARTINS, B. S., FONTES, F. e MASCARENHAS, L. T. *Deficiência em questão: para uma crise da normalidade*. Rio de Janeiro: Nau/FAPERJ, 2017.

MORAES, M; TSALLIS, A. C. Contar histórias, povoar o mundo: a escrita acadêmica e o feminino na ciência. *Rev. Polis Psique*, v. 6, n. especial, p. 39-51, jan. 2016.

MEIRELES, J., FIELDMANN, M., CANTARES, T., NOGUEIRA, S., & GUZZO, R. Psicólogas brancas e relações étnico-raciais: em busca de formação crítica sobre a branquitude. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 14(3), 1-15, 2019.

MINGUS, M. M. *Access intimacy: The missing link*. Leaving Evidence, 2011.

NICOLAU, G.; ASSIS, P. A decolonização do autismo a partir do protagonismo autista. *Revista Mundaú*, (13), 63–86, 2023.

NICOLAU, G.; GESSER, M.; MORAES, M. O. A história da colonização do autismo. *Quaderns de Psicologia*, v. 27, n. 2, e2174, 2025.

OLIVER, M. *The politics of disablement*. Londres: Macmillan Education, 1990.

OLIVER, F. C. et al. Reabilitação com ênfase no território. *Rev. Ter. Ocu. da USP*, n. 14, 2003.

ORRICO, M. I. *Branquitude crítica dissimulada: desafios à Educação para as relações étnico-raciais*. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Educação – Unicamp, 2021.

PADDEN, C.; HUMPHRIES, T. *Inside Deaf Culture*. Cambridge: Harvard University Press, 2006.

PASSOS, E. et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). *Aletheia*, Canoas, n. 41, p. 24-38, ago. 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, v. 1. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. 207 p.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. H. (Org.). *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014.

PAIVA, J. C.; GESSER, M. Acesso e permanência de pessoas com deficiência no ensino superior: participação na academia científica como forma de ativismo político. *Rev. Educ. Polít. Debate*, Uberlândia, v. 12, n. 3, p. 1117-1131, set. 2023.

PATTO, M. H. S. *Produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T A Queiroz, 1990.

PETITMENGIN, C. Describing one's subjective experience in the second person: an interview method for the Science of consciousness. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, Dordrecht, v. 5, p. 229–265, 2006.

PHILOMENKO, A.; LAURENT, PH. O débil mental no mundo do trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psicotécnica*, v. 14 n. 1, 1962.

POZZANA, L. *Movimento sensível e vital: uma oficina articulando a cegueira com o mundo*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

POZZANA, L.; KASTRUP, V. Formação em psicologia e saúde mental na atualidade: uma oficina de corpo e um caderno coletivo como dispositivos experimentais. *Mnemosine*, v.15, p.89 - 114, 2019.

RAUTER, C. “Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para as oficinas terapêuticas”. In: Amarante P. (Org) *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 267-277.

REYES, D. A. La sordoceguera: uma discapacidad singular. In: ONCE. *Organización Nacional de Ciegos Españoles*. Madrid, 2004.

RIBAS, C. *Feminismos bastardos, feminismos tardios*. São Paulo, N-1 Edições, 2019.

RIBEIRO, D. *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RIBEIRO, N. P. *Bordando às cegas: práticas aleijadas de atenção com artistas com deficiência na dança*. 2025. Tese de Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Dança). Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2025.

RODRIGUES, H.C. Analisar. In: FONSECA, T. G.; NASCIMENTO, M.L; MARRASCHIN, C. (Org.). *Pesquisar na diferença*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

RULFF, W. H. *Fotografia e interinvenções: Compendo uma Oficina para PesquisaCOM com Pessoas com Deficiência Visual*. 1 ed. Curitiba: Appris, 2023.

SACKS, O. *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das letras, 1995.

SACKS, O. *O olhar da mente*. Rio de Janeiro, Companhia das letras, 2013.

SANCOVSCHI, B; ROCHA, J.M. Oficinas de arte como espaços de aprendizagem: o que isto significa? *Revista Interinstitucional Artes de Educar*, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 388–403, 2023. DOI: 10.12957/riae.2023.65577.

SANTOS, A. B. *Colonização, Quilombos, Modos e Significações*. Brasília: INCTI/UnB, 2015.

SASSAKI, R. K. *Terminologia sobre deficiência na era da inclusão*. In: VIVARTA, Veet (coord.). *Mídia e deficiência*. Brasília: Andi/Fundação Banco do Brasil, 2003, p. 160-165.

SASSAKI, R. K. *Deficiência Psicossocial: A Nova Categoria de Deficiência*. Agenda 2011 do Portador de Deficiência, 2010. Disponível em: <https://oab-rj.jusbrasil.ncom.br/noticias/2748813/artigo-deficiencia-psicossocial-romeu-kazumi-sasaki>.

SHAKESPEARE, T. The Social Model of Disability. In: DAVIS, Lennard J. (Org.). *The Disability Studies Reader*. Nova Iorque: Routledge, 2010, p. 266-273.

SHAPIRO, J. *No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement*. New York: Random House, 1993.

SIEBERS, T. Disability in theory: from social constructivism to the new realism of the body. In: DAVIS, L. J (Org.). *The Disability Studies Reader*. New York: Routledge, 2006.

SILVEIRA, R.; GUERREIRO, R.; GOMES, L. Por uma universidade mais diversa: a política de cotas para pessoas com deficiência e a extensão universitária. *Interfaces - Revista de Extensão da UFMG*, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 22-39, jan./jun. 2021.

SILVEIRA, M.; MORAES, M.; QUADROS, L. *PesquisarCOM: caminhos férteis para a pesquisa em psicologia*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2022.

SIMPLICAN, S. C. Feminist disability studies as methodology: life-writing and the abled/disabled binary. *Feminist Review*, v. 115, n. 1, p. 46-60, 2017.

SKLIAR, C. *Pedagogia (improvável) da diferença: E se o outro não estivesse aí?* Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SOUZA, D. et al. Sexualidade e pessoas com deficiência: Revisão integrativa da literatura. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 24, e23832, 2024.

STENGERS, I. *No tempo das catástrofes*. São Paulo: Cosac Naify, 2015.

STONE, D. *The disabled state (Health, society, and policy)*. Philadelphia: Temple University Press, 1984.

STERN, D. *O momento presente: na psicoterapia e na vida cotidiana*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

TEDESCO, S; LIBERMAN, F. SAMEA, M. Habilitando e Reabilitação - as ações da terapia ocupacional em sua integralidade. *O Mundo da Saúde*, n. 30, 2006.

TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. *O indivíduo excepcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1988.

TITTANEGRO, G. R. Aspectos filosóficos da reabilitação. *O Mundo da Saúde*, v. 30, 2006.

UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION (UPIAS). *Fundamental Principles*. 1975. Disponível em <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf> (Acessado em 22 de agosto de 2023).

VARELA, F. *Autonomie et connaissance: essai sur le vivant*. Paris: Seuil, 1989.

VARELA, F.; SHEAR, J. *The view from within: first person approaches to the study of consciousness*. Thorverton: Imprint Academic, 2002.

VARELA, F.; THOMSON, E.; ROSCH, E. *A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

VERINE, B. *Dire le non-visuel. Approches pluridisciplinaires des discours sur les perceptions autres que la vue*. Liège: Presses universitaires de Liège, 2014.

VERMERSCH, P. *Entrevista de explicitação*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2022.

VIDAL, F.; ORTEGA, F. *Somos nosso cérebro? neurociências, subjetividade e cultura*. São Paulo: n-1 Edições, 2019.

VILLEY, Paul. *Le Monde des aveugles, essai de psychologie*. Paris: Flammarion, 1914.

VYGOTSKI, L. *Fundamentos de defectología*. Obras Escogidas V. Madri: Visor, 1997.

WEID, O. V. D. *As muitas faces do capacitismo: histórias de pessoas com deficiência intelectual*. São Paulo: Editora de Cultura, 2023.

WEYGAND, Z. *Vivre sans voir. Les aveugles dans la société française, du Moyen Âge au siècle de Louis Braille*. Paris: Créaphis, 2003.

WOLFENBERGER, W. *The Principle of Normalization In Human Services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation, 1972.

ZORZANELLI, R; BEZERRA JR., B; COSTA, J (orgs.). *A criação de diagnósticos na psiquiatria contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

9. CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2017 Relações Raciais: Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os).

2018 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito.

2019 Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas à Terra (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada).

2019 Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências para Atuação da(o) Psicóloga(o) (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Esporte.

2019 Referências Técnicas para atuação da(o) psicóloga(o) em Varas de Família (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Serviços Hospitalares do SUS.

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas de Segurança Pública.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas de IST/ HIV/Aids (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres.

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CRAS/SUAS (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas (Edição Revisada).

2022 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas.

2022 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Edição Revisada).

2023 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os), Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para População LGBTQIA+.

2024 - Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas (2ªed)

2024 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no atendimento às mulheres em situação de violência (2ªed)

2025 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

2025- Referências Técnicas para atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas para a População em Situação de Rua

2025- Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) junto às Pessoas idosas nas Políticas Públicas

2025- Como as psicólogas e os psicólogos podem contribuir para avançar o SUAS: informações para gestoras e gestores