

A integração escolar da criança deficiente em Bolonha: um primeiro balanço

ANTÓNIO GRIFA (*)
GIANCARLO RIGON (**)

O processo de integração das crianças deficientes nas escolas normais tem início em Bolonha em 1970 e caracteriza-se pelo facto de fazer parte integrante e imprescindível de um projecto mais geral de radical reforma da intervenção sanitária e assistencial.

A base ideológica, cultural e científica em que se apoiava este projecto pode encontrar-se em tudo aquilo que em termos de ideias, experiências e lutas sociais se produziu e chegou ao seu ponto de explosão e de generalização no movimento de 1968-1969, em estreita ligação com a contestação estudantil e as lutas operárias.

O processo de análise crítica dos mecanismos de manutenção e reprodução do sistema capitalista estendeu-se rapidamente da universidade e da fábrica aos outros âmbitos que compõem a organização social entendida no seu conjunto, acabando, portanto por investir também o sistema sanitário e assistencial. Esta reflexão conduziu à visão clara de como o nosso sistema sanitário e

assistencial se caracterizava pelo facto de ser activado unicamente quando a patologia era manifesta e de se esgotar, praticamente, no diagnóstico clínico feito segundo critérios nosográficos tradicionais e na consequente terapia farmacológica, apontando, deste modo, a doença como um acontecimento em si, privado de relações com as condições socioambientais subjectivas e colectivas em que aquela se manifesta. Fugia-se, assim, à investigação, qualquer que ela fosse, das causas que geram e perpetuam a doença, enquanto se tornava primordial o empenho na pesquisa dos novos fármacos «miraculosos», capazes de controlar a perturbação e manter o sujeito na estrutura produtiva.

Os distintivos da pseudo-neutralidade e da clausura a todo o controlo democrático, outra característica do nosso sistema sanitário, eram garantidos e emblematicamente reproduzidos pela categoria dos médicos, detentores absolutos de todo o poder de decisão, escrupulosamente defendido também pelo uso de uma linguagem técnico-especializada completamente incompreensível; tal poder era, além disso, rigorosamente repartido entre os detentores segundo uma hierarquia, que investia todos os actos sanitários (no hospital, por exemplo, ao assistente incumbido a tarefa de estabelecer a

(*) Neuropsiquiatra infantil do «Consórcio Socio-Sanitário» de Barca, Bolonha.

(**) Neuropsiquiatra infantil do Município de Bolonha, delegado no «Consórcio Socio-Sanitário Borgo Panigale», Bolonha.

anamnese; ao ajudante, a de requerer os exames do caso; ao chefe do serviço, de fazer diagnósticos e propor a terapia que o ajudante, diligentemente, transcreve para a ficha e o assistente vela para que seja minuciosamente executada pela enfermeira-chefe e que ao paciente caberá consumir passivamente).

No que diz respeito à variante assistencial, o âmbito no qual se colocava essencialmente o problema das crianças deficientes era caracterizado por uma praxis decalcada do modelo médico-sanitário (intervenção sobre a necessidade, centralização e separação), que, assumindo igualmente de maneira fatalista o carácter irreversível da patologia neuro-psíquica, acentuava a sua separação relativamente às causas da deficiência, tornando-se cada vez mais um sistema marginalizador, que se limitava a gerir, através de instituições especializadas e totais, a patologia, assegurando ao mesmo tempo a cobertura de contradições e injustiças de natureza social.

Com efeito, no período do pós-guerra, floresceram em Itália Instituições e institutos delegados à assistência e à reabilitação das crianças deficientes, ou pelo menos assim julgadas: a um exame mais atento, estas instituições mostraram-se nada mais que instrumentos subalternos da lógica produtiva do sistema, funcionais no sentido do processo de reestruturação capitalista, então em curso no nosso país.

Vejamos, com efeito, como «o andamento do processo de marginalização escolar muda de características no vinténio 1951-1971, com a atribuição às escolas especiais e a uma nova instituição — a classe diferencial — de um papel fundamental. Tais processos não podem ser compreendidos se não forem correlacionados com certas transformações de ordem social, verificadas no mesmo período. Entre 1958-1963, em Itália, o número de crianças que frequentam as *classes diferenciais* oscila entre 0,26 % (ano escolar 1960-1961) e 0,35 % (ano escolar 1961-1962),

relativamente ao total da população escolar elementar; nos cinco anos imediatos, assiste-se a um novo incremento da população marginalizada em *classes diferenciais*, o qual, em 1967-1968 atinge 1,23 %; em cinco anos dá-se, portanto, uma quadruplicação dos marginalizados (e as *classes diferenciais* ultrapassa a quintuplicação: de 1000, passa-se a 5700). Aos dados sobre as classes diferenciais devem ser somados aqueles sobre as *escolas especiais*: o número de crianças marginalizadas neste âmbito escolar passa de 22 500 em 1958-1959 (ou seja, 0,52 % da população escolar global) para 65 624 em 1967-1968 (ou seja, 1,54 %); a nível da marginalização em escolas especiais, é por outro lado possível, em relação ao modo como são organizadas em Itália, ou seja, sobre base nosográfica, uma análise ulterior sobre a composição dos dados: enquanto que os deficientes sensoriais mantêm uma incidência mais ou menos constante relativamente à população escolar global (entre 0,20 % e 0,23 %), os deficientes psíquicos crescem progressivamente a partir de 1961-1962, passando de 0,30 % para 0,80 % da população escolar global, em seis anos. O ano escolar de 1961-1962 aparece, pois, como o ano da mudança, a partir do qual toma forma o progressivo incremento das estruturas marginalizantes e das crianças marginalizadas, incremento esse que caracteriza todo o decénio 1961-1970. A economia italiana passa, no vinténio 1951-1971, de uma estrutura agrícola-industrial a uma estrutura industrial-agrícola; o êxodo dos campos é remarcável: a percentagem da população activa integrada na agricultura passa de 41,17 % em 1951, para 29,20 % em 1961 e para 17,28 % em 1971.

Milhões de camponeses abandonam as terras e vão engrossar as fileiras do proletariado urbano. No mesmo período, paralelamente, a população italiana modifica a sua distribuição territorial: realizam-se amplos movimentos migratórios, que arrastam novamente milhões de pessoas; tais movi-

mentos dão-se em duas direcções: do Sul para o Norte (a população do Sul está em contínuo decréscimo percentual, enquanto no Centro-Norte se observa o fenómeno inverso) e dos pequenos centros em direcção aos grandes: tal fenómeno de povoamento surge de um modo extremamente relevante e assume um ritmo constantemente progressivo: a população dos pequenos centros (inferiores a 10 000 habitantes) passa, em 20 anos, de 46 % da população nacional, para 35 %, enquanto a população dos centros maiores (superiores a 100 000 habitantes), passa, no mesmo período, de 19 % para 30 % da população total. Enquanto que a tendência para o povoamento dos grandes centros urbanos está constantemente presente no arco dos 20 anos considerados, a migratória Sul-Norte explode nos anos 1960-1965, à força de se localizar aparentemente no Centro-Norte (que, por seu lado, apresenta as taxas de natalidade menos elevadas) todo o incremento demográfico do país (cerca de 7 000 000, em 20 anos).

Nesta constatação, parece-nos, encontra a sua razão o facto de as crianças «menos inteligentes» e «mais perturbadas» terem progressivamente aumentado de número, enquanto o sistema diagnostico-assistencial (com função marginalizante) e os presídios pseudo-reabilitativos (com funções de gerência dessa marginalização) se tornavam mais eficientes e apresentavam um incremento quantitativo. É de sublinhar, em confirmação disto, que a distribuição destes presídios pseudo-reabilitativos nunca foi homogénea: seguiu, com efeito, os movimentos da população, concentrando-se nas cidades e nas áreas industrializadas do Norte, enquanto que no campo e no Sul, a escola continuou a manter características de atraso (1).

Como dizíamos, o movimento de 1968 assumiu a denúncia de tais caracteres mar-

(1) ANCONA, A. e outros — «La Dimensione política del disadattamento nell'infanzia». *Psicoterapia e Scienze Umane*, n.º 13-14, 1970.

ginalizantes do sistema escolar e sanitário-assistencial. Começaram, então, a difundir-se experiências alternativas centradas na integração escolar e social dos deficientes.

Do ponto de vista cultural e científico distmistificou-se o papel tradicional da equipa médico-pedagógica, que consistia exclusivamente na diagnosticação da desadaptação como facto clínico explicável unicamente no âmbito do sujeito; clarificou-se o significado instrumental do pedido por parte da escola, da intervenção médico-social, que parece ter sido sempre subordinado e acritico, enquanto que a escola o finaliza no sentido da preservação e da consolidação de um modelo selectivo coerente como o modelo de desenvolvimento social dominante.

O próprio conceito de deficiência foi posto em causa e redefinido, não só sem ter já por base o dano biológico, mas antes perspectivando-a relativamente à situação global do sujeito. A definição que dela damos, actualmente, funda-se sempre no dado biológico, mas dentro de uma aproximação pluridimensional da personalidade do sujeito; já não é possível confundir deficiência e desadaptação (2).

(2) Nas *Actas* do Seminário Regional «Per una política nei confronti degli handicapati» (regione Emilia Romagna — Dipartimento Sicurezza Sociale, Bologna, 1973) é referido o documento-base para a preparação do Seminário que se inicia com as seguintes precisões: «um discurso que pretende enfrentar os problemas dos deficientes, requer preliminarmente, uma definição do próprio objecto. Isto torna-se possível relativamente a duas ordens de parâmetros: biológicos (médicos) e sociais. No que diz respeito ao primeiro, a pessoa deficiente é caracterizada pelo facto de enquanto saída de um processo de doença apresentar uma diminuição permanente das próprias condições físicas (sensoriais e/ou motoras) e/ou psicofísicas: a presença de um dano permanente e a ausência de um estado actual de "doença" são as características sob o plano biológico do indivíduo portador de uma deficiência. No que respeita à segunda ordem de parâmetros a pessoa deficiente caracteriza-se pelo facto de ser objecto de, ou candidata a, um

«A deficiência é o resultado de um processo entre maturação das funções e experiência cognitiva e afectiva em *feed-back*, enquanto que a não maturação limita a possibilidade de experiências e a limitação das experiências compromete a maturação das funções; o processo envolve a capacidade de aprendizagem comportamental na interacção do contexto ambiental, o qual eliminando, aprendizagem e capacidade comportamental perdem todo o sentido»⁽³⁾.

Se, por conseguinte, socialização e reabilitação funcional — e a aprendizagem que é uma das suas resultantes — são aspectos da vida do deficiente, motivando-se reciproca-

processo de marginalização: deficiência e condições de marginalização permanecem portanto realidades distintas; se a primeira tende a coincidir (e regra geral coincide) com a segunda, esta não se esgota na primeira. Com efeito os processos de marginalização são processos exclusivamente sociais, de dimensões extremamente vastas, que intervêm a nível da socialização-formação (marginalização escolar) durante a infância, a nível da ocupação e ainda da socialização na idade adulta (pense-se na ocupação feminina, no desemprego em geral, na condição social da mulher e dos velhos), reflectindo contradições da sociedade e dos seus mecanismos de desenvolvimento. A marginalização é portanto a condição social da pessoa que apresenta uma deficiência, mas não exclusivamente dessa.

O termo “desadaptado” deve ser rejeitado como sinónimo de deficiente; a desadaptação exprime o reflexo subjectivo de um processo de marginalização em acto e é portanto uma consequência e não a causa de processos sociais objectivos.

A dupla conotação biológica e social do deficiente comporta a impossibilidade de enfrentar o problema exclusivamente em termos médicos ou em termos sociológicos; impõe-se constantemente uma articulação do discurso em dois planos: técnico-sanitário e político-social.»

(³) LOPERFIDO, E., ANCONA, A., FAGGIOLI, A. — I problemi della riabilitazione, della educazione e della socializzazione nel ritardo mentale: un progetto de organizzazione di servizi. Atti del VII Simposio Internazionale sul ritardo mentale, Bologna, Marzo, 1974.

mente, não se pode prescindir da manutenção da criança deficiente no contexto da vida normal, em que deve encontrar-se o espaço físico e temporal para desenvolver os programas reabilitativos.

Estas críticas ao velho modelo científico e assistencial e as aquisições culturais, em que se baseasse uma organização diferente, que tivesse como fundamento a tutela da saúde, tornaram-se rapidamente património de extractos sociais muito amplos.

Tendo em conta este pedido de mudança, a Administração Municipal de Bolonha apresentou no início de 1970 um projecto para a construção de um sistema de segurança social que se pretendia alternativo, na medida em que era fundado sobre 3 elementos profundamente inovadores: a) a *descentralização pelos bairros*⁽⁴⁾ de muitos poderes e funções, até então exercidos pela Junta Municipal; em particular, o Bairro foi individualizado, quer como área geo-

(⁴) D ponto de vista político-administrativo, Bolonha está subdividida em 18 Bairros. Esta organização da cidade remonta a 1962; contudo é só em 1970 que os Bairros assumem um visível e concreto poder de decisão no âmbito da administração da cidade. A estrutura político-organizativa de cada Bairro integra um Conselho de Bairro, composto de 20 membros pertencentes aos diversos partidos políticos. O número dos representantes de cada grupo político é proporcional aos votos obtidos nas eleições administrativas municipais. O Conselho tem um presidente eleito no interior desta Assembleia. O Conselho designa, como instrumentos operativos e órgãos de participação democrática, várias Comissões de Trabalho: segurança social, urbanização, escola, cultura, etc. Recorde-se que, através de uma lei do Estado recentemente aprovada, os Conselhos de Bairro foram alargados a todas as grandes cidades italianas e que os seus componentes são nomeados por eleição directa dos cidadãos.

Em Bolonha os Bairros dispõem de uma série de serviços públicos para a cultura, os tempos livres e as actividades desportivas e de policlínicas para a prevenção da gravidez, para a idade evolutiva e para os velhos. Todos estes serviços se propõem também como elementos reais de agregação social.

gráfica destinada a instalar agrupamentos homogêneos de serviços sociais e sanitários, quer como dimensão social e cultural de uma colectividade dentro da qual se trabalhará com vista à salvaguarda da saúde; b) *a participação* nas opções políticas e na questão dos serviços, por parte dos cidadãos, de modo que estes deixem de ser consumidores passivos de intervenções técnicas decididas por outros e se tornem, em conjunto com os técnicos, protagonistas na pesquisa das suas reais necessidades e na individualização e construção das respostas a dar-lhes; c) *a prevenção* definida como «um conceito político, cultural e científico que propõe a saúde como valor»⁽⁵⁾.

Descentralização, participação e prevenção tornaram-se imediatamente palavras de ordem que orientaram o trabalho dos bairros e dos operadores socio-sanitários. Estes, empenharam-se na intervenção a três níveis: recolocação da patologia de acordo com a sua origem precisa, o contexto da vida social da comunidade; promoção do conhecimento e intervenção activa da população, relativamente àqueles problemas tradicionalmente geridos de maneira separada; esboço de um sistema de serviços que fosse, antes de mais, capaz de desenvolver um trabalho de diagnóstico precoce e, sobretudo, de individualização de áreas territoriais e de condições sociais que comportam riscos para a saúde do indivíduo e da colectividade. Veremos mais adiante como este lançamento de bases, diferentes na modalidade e no método, ao defrontar-se com os problemas sanitários e sociais, teve efeitos profundamente inovadores, quer sobre as técnicas por nós usadas, quer sobre a própria organização das relações dentro do grupo de trabalho⁽⁶⁾.

(5) COPERFIDO, E. — Il ruolo del Comune nella prospettiva della Riforma Sanitaria; Bologna, Documenti de Comune, n.º 9, 1971.

(6) RIGON, G. — Evoluzione dei rapporti interni di una equipe territoriale di igiene men-

A questão das crianças deficientes impõe-se de imediato, objectivamente, como o ponto de partida para concretizar as novas direcções da política sanitária. Através delas, de facto, surgirá directamente a necessidade de se proceder ao encerramento das diversas escolas especiais — nessa altura existiam 9 em Bolonha — e à reinserção das crianças que as frequentavam, nas escolas normais dos diversos bairros em que as mesmas habitavam. Não se pode certamente afirmar que se tratou de um acto administrativo decidido de cima: a indicação de se proceder ao fecho de todas as escolas especiais formulada pela Administração Municipal de Bolonha foi, efectivamente, objecto de um amplo debate, que envolveu toda a cidade; a discussão foi trazida para todos os Concelhos de Bairro e para as respectivas Comissões de Escola e de Segurança Social; foram, por outro lado, organizados debates públicos em que intervieram em grande número também os professores.

O princípio da integração destas crianças no contexto da vida normal — e, portanto, também na escola normal — acabou por ser afirmado por uma grande maioria, mesmo quando não foi aceite definitivamente e generalizadamente, como iremos ver no relato da nossa experiência.

Esta teve um início formal: Janeiro de 1972. Foi, de facto, em Janeiro daquele ano que o Concelho do Bairro Barca aprovou o programa de trabalho apresentado pela nossa equipe, que tinha em vista a protecção da saúde mental da infância e que consistia em quatro pontos qualificativos:

- 1) a individualização do Bairro como dimensão territorial, social e cultural,

tale infantile e modificazione delle tecniche operative: una analisi psicodinamica. Atti del VII Congresso NaZIONALE della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile. Torino, 1/4 Ottobre, 1976.

- no interior da qual operaremos como grupo;
- 2) o reconhecimento do Concelho de Bairro, como nosso referente político e administrativo. Isto significava que nos considerávamos directamente dependentes do Bairro, e só indirectamente da Administração Municipal central;
 - 3) a intervenção a favor da integração das crianças deficientes nas escolas normais, com vista à abolição da escola especial;
 - 4) a intervenção nos jardins de infância e na creche do Bairro.

A integração das crianças deficientes nas escolas elementares

O início da intervenção para a integração das crianças deficientes nas escolas elementares ligava-se à indicação dada pelo Concelho de Bairro de Barca, antes de mais, com vista ao encerramento da escola especial, que tinha sede no nosso território.

Esta escola especial — chamada Nilla Serena — acolhia, então, mais de 100 crianças deficientes provenientes de toda a cidade e também de alguns Municípios do concelho de Bolonha. Do ponto de vista do diagnóstico, a grande maioria destas crianças eram definidas como pseudo deficientes mentais, com perturbações do comportamento; poucos eram os cerebropatas; pouquíssimos os psicóticos.

O primeiro objectivo a que então nos propusémos, foi o de levar a cabo uma tarefa de racionalização, no interior da escola especial e, paralelamente, um esvaziamento desta escola, através do bloqueamento das admissões de novas crianças e reinserção nas escolas normais dos bairros de proveniência, daquelas que a frequentavam, ainda que vindas de outras zonas da cidade ou do Concelho. Levámos a efeito, portanto, uma série de encontros com as equipas médico-

-pedagógicas que operavam nas outras zonas da cidade, apresentando-lhes os casos das crianças deficientes da sua competência territorial, a fim de que procurassem encontrar para estas uma entrada nas escolas normais: isto, naturalmente, com a condição de os pais estarem de acordo.

Extemporaneamente, e esta representou a parte mais empenhada do nosso trabalho, iniciámos com os professores da escola especial encontros periódicos de discussão, que versavam sobre a organização e sobre as técnicas do trabalho pedagógico, com vista a torná-lo o mais possível estimulante da aprendizagem, por parte das crianças deficientes, de uma autonomia real (o desenvolvimento destas discussões levou os professores a dar maior espaço ao trabalho manual, às actividades expressivas e a intensificar os passeios de grupo à cidade). Da parte da Comissão de Escola do Bairro, dava-se igualmente início a assembleia de pais de crianças deficientes frequentadoras de Nilla Serena, para discutir com eles a oportunidade de os seus filhos serem inseridos nas escolas normais. É de notar que todas as crianças eram por nós propostas para serem inseridas em escolas normais, independentemente do nível de gravidade que apresentassem.

Nesta primeira fase não foram poucos os pais que se opuseram à inserção do próprio filho, temendo que daí resultasse um insucesso escolar, ou se verificasse uma regressão, ou, muitas vezes, porque se envergonhavam de mostrar aos outros que tinham um filho que não era normal.

A nossa maior dificuldade foi, no entanto, a de conseguir vencer as resistências que a escola opunha à inserção destas crianças e depois a de contribuir concretamente, com os nossos instrumentos profissionais, para o sucesso destas inserções.

Confrontar-nos, deste modo, com o problema da integração das crianças deficientes, comportou para nós operarmos uma mudança de técnica. De facto, a nossa ta-

refa não foi mais como era «antes», a de realizar um diagnóstico por cada criança que era trazida ao consultório, mas a de intervir com o nosso profissionalismo específico no processo de integração da criança, ou seja, na relação entre a criança e o ambiente. Mudaram, por esta razão, também os instrumentos estritamente técnicos da nossa intervenção, e mudou, sobretudo, o uso que deles se fazia.

Esta nossa intervenção a favor da integração das crianças deficientes foi levada a efeito também na hipótese que pudesse permitir a todos aqueles que se viessem a envolver no processo — a partir, portanto, de nós próprios — porem em discussão o conceito pessoal de normalidade, o que possibilitaria rever os nossos esquemas mentais de referência, de estimular, por assim dizer, uma operação de higiene mental.

As crianças deficientes para as quais pedíamos a inserção em escolas normais, não provinham exclusivamente de instituições especiais, mas eram representadas também por aquelas crianças que, tendo atingido a idade da escolaridade obrigatória, tinham passado um ou dois anos em jardins infantis normais (e destas primeiras experiências de integração precoce falaremos mais adiante), ou que até ao momento do ingresso na escola elementar tinham vivido no seio da família. Ainda que o procedimento seguido no trabalho para a inserção fosse o mesmo para todas as crianças deficientes, devemos acrescentar que encontramos muito menos dificuldades nos dois últimos casos, que no primeiro: pensamos que tal facto seja devido à menor gravidade destes casos, devido a não existirem neles danos da institucionalização especial, quer ainda porque, tendo levado até àquele momento uma vida normal do ponto de vista das relações sociais, tinham como que adquirido uma espécie de direito a continuar a permanecer na área de socialização normal.

Vejamos, portanto, como se desenrolava o trabalho de inserção:

Seja antecipadamente dito que nos anos que precederam a experiência de que estamos a falar, as relações entre a escola de Estado e as equipas médico-pedagógicas dependentes da Administração Municipal eram regulamentadas por uma «convenção» estipulada entre o Município e a Provedoria para Estudos (órgão descentralizado em relação ao Ministério da Instrução Pública).

Tal «convenção» foi revogada em 1973 e, até hoje, não foi possível chegar a um acordo, face às resistências postas pela Escola de Estado em acolher as inovações introduzidas pela Administração Municipal no que concerne aos serviços socio-sanitários. Apesar disso, ao nosso grupo de trabalho (como a outros colegas de outros bairros) foi possível, ainda assim, operar dentro da escola de Estado graças à disponibilidade pessoal demonstrada por directores didácticos, individualmente. No nosso caso, mostrou-se disponível para trabalhar com o bairro, um dos três directores, que tinham a sua sede na área territorial do referido bairro. Esta ambiguidade de relações institucionais terá, como melhor veremos a seguir, reflexos negativos na realização da inserção das crianças deficientes.

A apresentação do caso da criança deficiente ocorria por nossa conta no decurso de um ou mais encontros que tínhamos com o único director didáctico e era este que depois apresentava o caso aos professores da classe em que a criança deveria ser inscrita.

Só num segundo momento se efectuava o encontro entre o director, os operadores da equipa de higiene mental e aqueles professores que tivessem manifestado pessoalmente a disponibilidade de aceitar a criança deficiente na própria escola; discutiam-se novamente, então, os vários aspectos do problema e as presumíveis dificuldades que se apresentariam à inserção.

Este modo de proceder, contrariamente ao que acontecia, como veremos, no jardim infantil, excluía o envolvimento de todos os professores e sobretudo dos pais e das clas-

ses pré-escolhidas para a inserção, bem como, obviamente, todas as instâncias democráticas extensas à escola, como por exemplo, a Comissão de Escola do Bairro.

Como resultado, éramos nós, de facto, os garantes da inserção, razão pela qual tivemos de responder à escola por todas as dificuldades eventualmente encontradas: não era, portanto, um empenho, como acontecia no jardim infantil de toda a colectividade que, com conhecimento de causa, se tornava responsável pela inserção a que nós dávamos o nosso contributo técnico, pelo qual assumíamos uma bem precisa mas limitada responsabilidade.

Em alguns casos em que nos foi possível discutir preventivamente com os pais de uma classe, a proposta de inserção de uma criança deficiente tivemos a oportunidade de constatar *a posteriori* que as coisas correram melhor do que nos casos em que isso não nos foi possível.

Nesta situação ambígua, tentámos, todavia, pôr em marcha e realizar um projecto de intervenção que fosse coerente com os princípios da resposta à necessidade e da prevenção.

Com um primeiro projecto de trabalho, tomámos inicialmente em consideração todas as crianças que nos eram assinaladas pelos professores como «casos difíceis»; no decurso de uma série de colóquios individuais tidos com os professores, anotámos quais eram as dificuldades que eles encontravam, quais as crianças classificadas por si como «difíceis»; era-nos, no entanto, bem claro, que a intervenção devia conseguir modificar a relação entre o adulto e as crianças, fossem estas perturbadas ou não; devia-se, por assim dizer, segundo a nossa opinião, conforme abertamente declaramos, chegar a uma revisão da organização escolar globalmente considerada.

Com base nestes colóquios foram escolhidas, de acordo com o director, a primeira e a segunda classes como âmbito ex-

clusivo da nossa intervenção posterior, que viria a apoiar-se no trabalho das logopedistas da equipa com grupos de crianças destas classes.

Eram estas as ocasiões concretas em que eram introduzidas na escola técnica de psicomotricidade e de reabilitação da linguagem, no intuito, também, que essas pudessem ser, mais do que momentos de reabilitação específica da criança deficiente, modalidades de aproximação válidas para todas as crianças e ainda num estímulo para o alargamento da bagagem didáctica das professoras. A intervenção das logopedistas tinha ainda, em nosso entender, a vantagem de representar, pela sua diversidade, um forte elemento de contraste relativamente aos conteúdos e às modalidades de ensino então postas em prática na escola. Sobre este ponto de contraste discutimos e trabalhamos longamente com os professores e o director. Iniciou-se, assim, um confronto aberto em que, por um lado, nós pedíamos uma mudança progressiva de toda a organização escolar, e por outro, o director e os professores tentavam reduzir a nossa intervenção a crianças isoladas, isto é, tentavam isolar o nosso trabalho, de forma a que este não perturbasse a organização global da escola.

Chegou-se, finalmente, de comum acordo, à elaboração de um programa para o ano escolar de 1975-1976, que previa:

- limitação da intervenção directa das equipas de higiene mental na 1.ª e 2.ª classes (excepção feita para alguns casos particulares presentes noutras classes);
- reunião de grupo com os professores e as contínuas da 1.ª e 2.ª classes, com frequência quinzenal. Nestas reuniões discutir-se-iam todos os problemas inerentes à escola, que os professores apresentassem e seriam tomadas decisões operativas em conformidade. Poderiam ainda livremente participar destas reu-

niões os professores e as contínuas de todas as outras classes;

- reuniões periódicas de aferimento do trabalho técnico de reabilitação entre as logopedistas e os professores de classe aberta (7);
- presença periódica dentro da escola dos diversos operadores da equipa (logopeda, assistente social, psicóloga, neuropsiquiatra infantil), com o objectivo de se relacionarem directamente com as diversas classes e poderem levar a cabo parte do trabalho decidido nos encontros quinzenais (como por exemplo o exame clínico de algumas crianças, a avaliação directa da evolução e das dificuldades de socialização e de aprendizagem de outras, etc.).

O trabalho assim programado prosseguiu, ainda que com assinaláveis dificuldades, de maneira globalmente satisfatória até Março de 1976, quando nos foi pedida pela escola a suspensão dos encontros quinzenais, tomando como pretexto novas obrigações de trabalho dos professores, que não tinham sido inicialmente previstas.

Parece-nos estranhamente significativo que esta interrupção se tenha verificado exactamente quando se tinham chegado a definir, como grupo quinzenal de discussão, algumas modificações concretas a introduzir na organização do trabalho escolar, como única resposta adequada às dificuldades de aprendizagem e de socialização demonstradas por algumas crianças deficientes.

É de assinalar o facto que, desde então, não tivemos mais relações sistemáticas de trabalho com a escola elementar.

(7) A estes professores do Estado, atribuídos suplementarmente à escola, incumbia, no nosso programa, uma parte do trabalho de reabilitação das crianças deficientes. Concretamente, estes professores trabalhavam: a) com grupos de crianças provenientes das várias classes; b) dentro da escola, em colaboração com o professor, com todas as crianças da classe.

Contudo, a experiência continuou na medida em que os professores, ou pelo menos um grande grupo deles, continuaram por si próprios empenhados na procura, no interior da escola, de modalidades originais de organização do trabalho, que tivessem igualmente em conta as particularidades das crianças deficientes.

É de sublinhar, para além disso, que mesmo nestes dois anos em que o nosso grupo de trabalho deixou de intervir na escola elementar, esta continuou a acolher regularmente todas as crianças deficientes que, pela idade, eram obrigadas à sua frequência, sendo esta uma situação generalizada em toda a cidade.

A creche e o jardim infantil

A instituição das creches como estruturas de crescimento e de educação colectiva da criança em contraposição à sua função assistencial e de custódia típica do período precedente, representa o campo em que foi, porventura, maior o esforço da administração municipal na construção de um sistema de segurança social.

As creches e os jardins infantis de bairro representavam para nós, desde o início do nosso trabalho, os locais privilegiados para uma intervenção preventiva. A partir destas estruturas educativas pretendíamos individualizar, em conjunto com os cidadãos, os factores que condicionam o desenvolvimento psicofísico da criança e as causas que provocam ou favorecem o aparecimento da patologia infantil.

Esta prática levou-nos a rejeitar de imediato o papel tradicional de especialistas em «crianças-problema», que significaria continuar a desenvolver uma actividade de consultório, separando uma vez mais o problema da criança do contexto em que surge, assumindo, assim, a criança como cliente e lendo exclusivamente em termos individuais as eventuais dificuldades ou défice.

Nós procurávamos, pelo contrário, assumir como objecto de intervenção o contexto familiar e institucional da vida da criança, ou seja, a relação adulto-criança, considerando as dificuldades desta última como um sintoma da situação. A nossa intervenção, portanto, centra-se no contexto ambiental tendo em vista favorecer uma diferente organização das relações interpessoais.

O colectivo das educadoras e das contínuas e a assembleia de pais das diversas creches e jardins infantis representavam os locais em que procurávamos promover e consolidar a possibilidade de enfrentar colectivamente os vários problemas que as crianças, ou mais genericamente a vida escolar, punham.

Este modo de trabalhar modificava radicalmente o nosso papel de técnicos que tradicionalmente foi sempre o de decidir quer a prioridade das necessidades, quer as modalidades de intervenção, relegando a colectividade e o individuo para uma posição de passividade total; ao contrário, o novo modelo de trabalho previa que fossem os cidadãos a definir as necessidades e as modalidades de intervenção, o que implicava que nós, como técnicos, puséssemos ao seu serviço os nossos conhecimentos profissionais específicos de tal modo que eles pudessem decidir, apropriando-se das bases lógicas do nosso operar, de que maneira e com que finalidades utilizariam o nosso profissionalismo.

Este modelo colectivo de intervenção abalou aqueles esquemas culturais, sociais e psicológicos que nos condicionavam a enfrentar o trabalho de maneira separada, individualizada e hierarquizada, introduzindo na organização do nosso grupo de trabalho uma mudança no sentido de uma redistribuição do poder, ou seja, de uma maior horizontalidade. A discussão que então se abriu no grupo investiu nos diversos aspectos do nosso trabalho: o conteúdo e o perfil da profissão de cada um; a qualidade das relações interpessoais e o espaço que deveria

ser atribuído a estas num grupo que — como o nosso — se propunha operativo; o sentido do nosso trabalho (um trabalho técnico ou político?) e as relações a manter com o Bairro e as organizações sindicais; etc.

Foi um processo muito rico de tensões emotivas mas igualmente de aquisições conceptuais inerentes aos diversos problemas que comporta o trabalho no território.

Vejamos agora mais de perto como se processava a inserção da criança deficiente nas creches e nos jardins infantis^(*):

Quando aparecia uma destas crianças para ser admitida nestas estruturas educativas era convocada pelo Bairro a Assembleias de pais das crianças inscritas e o colectivo dos operadores escolares interessados. Nós começávamos por apresentar o caso aprofundadamente descrito do ponto de vista clínico, numa linguagem compreensível a todos; sublinhavam-se as possíveis dificuldades que a inserção poderia acarretar mas sublinhavam-se igualmente, com força, as vantagens presumíveis que resultariam daquela presença: a possibilidade de as outras crianças, vivendo em conjunto com quem é diferente, crescerem adquirindo um modo não competitivo de estar em conjunto, um modo que solicitasse a cooperação e a solidariedade e não a marginalização e o desinteresse.

A Assembleia aprofundava o problema e, em conformidade, decidia a inserção. Nunca aconteceu que uma criança deficiente não fosse escolhida. A nossa intervenção prosseguia com encontros periódicos a nível do colectivo dos professores e das contínuas: discutiam-se as dificuldades encontradas pelos adultos e aquelas que, segundo o parecer destes, as crianças encontravam. Faziam-se, além disso, aferimentos na Assembleia de pais. Nestas ocasiões fornecíamos informa-

(*) Recordamos que as três creches e os dez jardins infantis do Bairro Barca são municipais e o pessoal que aí trabalhava estava plena e activamente empenhado no processo de gestão social da educação.

ções novas sobre o tipo de perturbação apresentado pela criança e indicações sobre os instrumentos didácticos e sobre os comportamentos que os professores e as contínuas deveriam adoptar para melhor contribuir para a reabilitação e a integração da criança deficiente.

A este propósito apraz-nos sublinhar que fazíamos fundamentalmente um trabalho de informação sobre um uso diferente de técnicas tradicionais de modo a que servissem para intervir no grupo das crianças e não numa criança isolada: esta necessidade obrigou-nos a uma revisão crítica da nossa bagagem técnico-científica e da dos professores.

Neste trabalho surgiram naturalmente muitos problemas novos e dificuldades; parece-nos que uma parte daqueles está ligada às expectativas que os educadores tinham a nosso respeito: nós fomos e somos ainda objecto, por parte das professores, de pedidos insistentes para obterem instrumentos técnicos capazes de resolverem a deficiência, dir-se-ia mesmo, para a anular. Em nosso entender, esta atitude, ainda que baseada na real necessidade e no desejo de recuperar, ao menos em parte, a deficiência, mostra, ao mesmo tempo, o quanto está difundida e radicada a mitologia que individualiza em técnicas particulares a solução dos problemas do deficiente, traindo, substancialmente, a negação das suas reais necessidades como pessoa, manifestando a rejeição de uma identificação vivida como particularmente angustiante, o que exprime por assim dizer em grande parte um mecanismo defensivo inconsciente.

Nós pensamos que o objectivo último da integração do deficiente deve ser a conquista de um espaço de tolerância pelo diferente e ao mesmo tempo trabalhar pela autonomia real do sujeito deficiente centrando a nossa atenção sobre as potencialidades da criança e portanto sobre as condições ambientais que melhor permitam o seu desenvolvimento.

Estamos conscientes de quanto é grande o risco, subjacente à nossa prática, de fazer psicologismo, de reduzir por assim dizer condicionamentos sociais, culturais e institucionais à pura dimensão de relações interpessoais e, mais genericamente, o risco de fechar-se numa atitude tecnicista, quer dizer, de puro exercício de técnicas de reabilitação.

Verificámos, por outro lado, a extrema utilidade, a fim de evitar estes riscos, do controlo democrático sobre o nosso telhado, exercido a nível do colectivo dos educadores, da Assembleia de pais, das Comissões e do Conselho de Bairro. Sustentamos que esta articulação de controlo democrático é um facto técnico para além de político, uma vez que permite um correcto uso de técnicas diferentes necessárias a uma diferente realidade operativa.

Na nossa experiência vimos que o problema das técnicas de reabilitação se torna um problema real se as mesmas não forem orientadas para uma abstracta e utópica normalização do diferente, mas representarem os instrumentos através dos quais o sujeito deficiente se emancipa do sistema assistencial e se torna autónomo no contexto em que vive.

A inserção na escola média

Julgamos útil no termo desta exposição sobre o processo da integração das crianças deficientes nas diversas instituições educativas normais, referir também a escola média (que recebe crianças dos 11 aos 13 anos), ainda que aqui a nossa experiência se tenha apenas iniciado.

A escola média, diferentemente da elementar, só marginalmente viveu a experiência de integração de crianças deficientes: no nosso bairro, por exemplo, nunca escolheu, até hoje, crianças com estas dificuldades.

Este ano, no entanto, pôs-se o problema de inserir nesta estrutura, e precisamente

nas primeiras secções a tempo inteiro⁽⁹⁾ que se constituíram, quatro crianças deficientes de gravidade média, que tinham frequentado durante 5 anos a escola elementar normal.

Ainda que neste caso não tenha sido posto à discussão o direito à inserção, que se dava por adquirido, mesmo assim, nas numerosas e concorridas Assembleias de pais, cidadãos, professores, Comissão de Escola e operadores da equipa de higiene mental, procurou-se sobretudo compreender como melhor realizar a inserção tendo em conta as características por assim dizer estruturais da escola média; aqui as matérias de ensino são numerosas e o horário escolar é fraccionado, os professores alternam-se a toda a hora e as obrigações da aprendizagem são muito mais urgentes e rígidas que na escola elementar.

A situação experimental individualizada tem como base de apoio uma estreita coordenação de trabalho entre os diversos professores, a organização em pequenos grupos do grupo de classe, o intercâmbio entre estes últimos, o acento posto, no âmbito dos diversos programas de ensino, nas actividades técnicas, expressivas e manuais.

A experiência está ainda em curso e não podemos prever portanto quais os resultados que terá, se bem que o empenho demonstrado por todos nos permita ter boas esperanças.

Entendemos ainda dever sublinhar a importância do que foi feito até agora, que é

(9) A proposta de uma escola a tempo inteiro, avançada há já alguns anos pelas forças mais progressistas que operam no campo da educação, está bem longe de ser uma realização concreta e generalizada. No nosso Bairro só em algumas escolas as classes são organizadas em função do tempo completo que prevê oito horas diárias durante cinco dias por semana de actividade escolar e um dia reservado à programação didáctica, dois professores por cada classe, a experimentação didáctica e, conseqüentemente, pelo que nos diz respeito, a possibilidade de uma organização flexível do ensino modulado sobre as necessidades das crianças.

por assim dizer a afirmação concreta do direito à escola para todas as crianças em idade de ensino obrigatório, e ainda o empenhamento, também nesta escola, num processo de renovação que lhe possibilita encontrar internamente as suas formas organizativas e aqueles conteúdos que lhe permitem ter em conta as diferentes necessidades de todas as crianças de modo que se torne numa escola verdadeiramente igual para todos.

Queremos agora retomar e discutir os aspectos que nos parecem mais significativos do processo até aqui desenvolvido:

1 — Consideramos antes de mais os objectivos de transformação cultural e a forma organizativa do sistema sanitário e assistencial indicados no projecto de trabalho enunciado pela Administração Municipal de Bolonha em 1970.

Diga-se de imediato que oito anos são certamente pouco para uma avaliação sobre objectivos de semelhante alcance, igualmente como se deve ter presente que a este nível o peso específico da inter-relação entre a situação local (de Bolonha e de Emilia-Romanha) e a situação geral do país, é naturalmente elevadíssimo.

Tendo tudo isto em conta, parece-nos poder afirmar que se deu origem a um processo concreto de mudança da opinião pública no sentido de uma tolerância muito maior em relação aos deficientes, que tem como base uma generalizada consciência do problema e se traduz numa disponibilidade geral para acolher e manter na comunidade estas pessoas (como já se disse, nunca se rejeitou uma Assembleia de Bairro ou de pais de uma escola que tenha recusado a inserção de crianças deficientes ou rejeitado a proposta, avançada em todos os Bairros, de lhes dar a precedência na admissão na creche).

Parece-nos, por outro lado, dever revelar o facto de se ter difundido um pouco a todos os níveis um nítido obscurecimento que chega a ser total perda de consciência do nexó que liga a posição objectivamente atri-

buída à diferença no nosso sistema social às finalidades e mecanismos últimos do próprio sistema que eram e continuam a ser o lucro realizado através da exploração do homem pelo homem. Este nexos era muito claro, ainda que esquematicamente definido no fim dos anos 60 («o diferente é excluído porque não produtivo») mas nunca foi ulteriormente elaborado em paralelo com o desenvolvimento das experiências realizadas e acabou portanto por reduzir-se a um *slogan* agora velho e caído em desuso; isto parece-nos explicar a atmosfera de confusão, cansaço e enfado que rodeia hoje em Bolonha o problema dos deficientes.

A obnubilação de que atrás falávamos parece-nos poder ainda justificar a impressão colhida por nós ao participarmos, nos últimos tempos, em assembleias de cidadãos sobre essas questões, de que a disponibilidade à diferença que acabamos de recordar, se baseia mais em sentimentos de fraternidade e piedade cristã ou quando muito num sentimento de humanidade genérica, que numa clara consciência politicamente orientada.

Um grau de penetração mais profunda parece-nos ao contrário ter sido conseguido com o pôr em crise o sistema assistencial e sanitário que caracteriza o nosso país: os conceitos de prevenção, de gestão unificada e participada e não sectorial e corporativa das necessidades sanitárias e sociais, a própria unidade destas duas categorias e a sua estreita inter-relação, inclusive na sua causalidade, difundiram-se amplamente — mais a nível dirigente que de massa, parece-nos — a ponto de serem contempladas na lei de reforma sanitária de publicação eminente. O que nos parece mais significativo na experiência bolonhesa é que, se bem que em embrião e caracterizado por sérios limites⁽¹⁰⁾, se construiu, a nível territorial, um

(10) O mais sério destes limites parece-nos ser a ausência de relações estruturalmente definidas com os hospitais e com os médicos privados.

sistema operativo de protecção à maternidade e à primeira infância: conseguiu-se, por assim dizer, demonstrar que é possível montar operativamente, na nossa realidade concreta, um sistema sociosanitário baseado na prevenção e na participação dos cidadãos.

2 — Vejamos agora qual é, na nossa cidade, a condição concreta das crianças deficientes.

Graças ao sistema preventivo de que acabamos de falar, montado nas Policlínicas de Bairro⁽¹¹⁾, é actualmente possível realizar uma despistagem precoce da deficiência sensorial e/ou da motricidade e, por conseguinte, pôr em marcha e levar a efeito a nível territorial (e não em instituições separadas) uma intervenção reabilitativa precoce; está-se por outro lado em condições, desde que disso se veja a necessidade, de preparar um plano de inserção da criança na creche a fim de que desde os primeiros meses de vida possa desenvolver as suas relações não exclusivamente no seio da família.

Vemos nesta modalidade de aproximação, caracterizada pela socialização da criança e pelas suas dificuldades bem como pelo trabalho de reabilitação precoce orientado no

Assinale-se, por outro lado, a falta de instrumentos legislativos concretos por parte da Administração Municipal para incidir a estes níveis. Estamos aqui em face de um facto que nos parece caracterizar toda a nossa experiência: a clivagem entre os elevados níveis qualitativos atingidos a nível local e a ausência de instrumentos político-administrativos para os generalizar e fazer progredir; instrumentos que faltam porque detidos pelo poder central.

(11) O policlínico preventivo de base, instituído em todos os Bairros da cidade em 1972, é uma estrutura sanitária e assistencial em que se integram núcleos de serviços endereçados principalmente à infância, às mulheres e aos velhos, ou seja àquelas faixas de população que por condições sociais, económicas e culturais mais se ressentem dos mecanismos de exclusão e marginalização inerentes à organização da nossa sociedade.

sentido da aquisição de uma autonomia pessoal e relacional própria, o sinal de uma primeira mas definitiva fractura no modo como tradicionalmente era encarado o problema do deficiente.

A escolaridade obrigatória é por outro lado um termómetro muito significativo e sensível de análise da condição das crianças deficientes. Hoje vemos que as mesmas são admitidas sem dificuldade à frequência da escola (enquanto que há poucos anos atrás qualquer inserção exigia longas e humilhantes negociações). Isto representa sem dúvida um grande sucesso sobretudo se se pensar que este direito à frequência da escola normal foi contemplado numa lei do Estado promulgada no passado ano⁽¹²⁾.

O que nos parece muito preocupante é, ao contrário, o facto de, de maneira cada vez mais generalizada, a escola tender a responder aos diversos problemas que a criança deficiente coloca, em termos do aumento de pessoal empregue nas classes que acolhem estas crianças mais do que — como ainda se começara a fazer — através de uma revisão das técnicas educativas e da organização do trabalho escolar.

Sucedem, por assim dizer que, proporcionalmente ao número das crianças deficientes acolhidas, a escola obtém um certo nú-

(12) Lei de 4 de Agosto de 1977, n.º 517, cujo artigo 2 diz: «... a fim de facilitar a prática do direito ao estudo e a promoção da plena formação da personalidade dos alunos, a programação educativa pode compreender actividades escolares integrativas organizadas por grupos de alunos da mesma classe ou de classes diferentes inclusive com a finalidade de realizar intervenções individualizadas em relação às exigências de alunos isolados. No âmbito destas actividades a escola põe em prática formas de integração a favor dos alunos portadores de deficiências... Devem além disso ser assegurados a necessária integração especializada, o serviço sociopedagógico e formas particulares de apoio segundo as respectivas competências do Estado e das instituições locais adequadas, nos limites das disponibilidades relativas de orçamento e na base do programa estipulado pelo Conselho Escolar Distrital...»

mero de professores suplementares que têm a tarefa específica de ocupar-se do seu ensino. Acaba assim por ser reproposto dentro da escola normal e das classes particulares um percurso de aprendizagem separada e especial que isola estas crianças das normais e exclui ainda a possibilidade destas últimas experimentarem modalidades e conteúdos do processo educativo mais adequados aos interesses peculiares e aos modos e tempos específicos segundo os quais toda a criança modula o próprio processo de socialização e de aprendizagem. Aconteceria, então, o que, segundo o nosso parecer, é o mais significativo das mudanças estimuladas pela presença das crianças deficientes na escola normal: uma programação do trabalho educativo que tivesse em conta, a partir da diversidade do deficiente, as diferenças presentes nas crianças normais; receberia ainda assim novamente confirmação o primado da aprendizagem escolar tradicional sobre a socialização e sobre a aquisição de uma autonomia real.

Queremos a propósito citar dois exemplos desta intenção restauradora: o primeiro é fornecido pela proposta avançada recentemente, em Bolonha, no sentido de concentrar as crianças deficientes exclusivamente em algumas escolas normais com a motivação de que só assim é possível apetrechar adequadamente algumas sedes escolares para melhor responder às suas necessidades.

Em nosso entender, isto não representa senão a reintrodução, sob falsas aparências, das velhas escolas especiais; descortinamos com efeito nesta hipótese de solução a reproposição da cisão entre necessidade de reabilitação e necessidade de desenvolver o processo de socialização em ambiente normal, a ilusão de que estes dois aspectos são incompatíveis e o pronunciar-se a favor do primeiro.

O segundo exemplo refere-se a uma circular recente do Ministério da Instrução Pública que convida os Directores escolares a indicar para cada escola por que são res-

ponsáveis um ou mais professores em que delegar a tarefa de ajudar, através de sugestões e indicações psipopedagógicas, os colegas que, nas suas classes, têm crianças deficientes. Isto significa que a escola, para enfrentar o problema da integração dos deficientes, se apetrecha autarquicamente com o objectivo, que nos parece bastante transparente, de não mais ter de recorrer, nem sequer para consultar, aos serviços sócio-sanitários territoriais, subtraindo-se assim, também neste terreno, a um confronto com as Administrações locais em que estes serviços se integram.

3 — Acabou por criar-se uma estranha situação relativamente aos operadores sócio-sanitários, que nestes anos participaram em primeiro plano, e muitas vezes como protagonistas, no processo de integração dos deficientes.

Apesar dos sucessos objectivos conseguidos neste âmbito e mais genericamente na luta pela conquista de um sistema sanitário e assistencial diferente, os mesmos aparecem hoje absolutamente desinteressados em continuar a ocupar-se das crianças deficientes e dos seus problemas de integração social; igual desinteresse é, em geral, demonstrado em relação ao trabalho de prevenção, ao passo que reservam o empenho máximo para a tentativa de inserir na actividade por eles desenvolvida nos serviços públicos, os objectivos e as modalidades típicas da actividade das profissões liberais (por exemplo, para os psicólogos o campo de maior âmbito de intervenção hoje, e que se faz passar ainda que forçadamente à revelia total dos outros, é o da psicoterapia individual).

Ainda que esta perspectivação do trabalho, que contudo não partilhamos, responda a uma justa exigência de ver reconhecida uma profissão definida e gratificante, entra no entanto em contraste com aquilo que são as finalidades (a prevenção), as modalidades organizativas (o trabalho colectivo) e as áreas específicas de intervenção (por exemplo, a escola) do trabalho territorial.

Deste desenvolvimento entre perspectivação geral dos serviços e as exigências individuais de cada um dos operadores resultam para estes outras frustrações e confusões que frequentemente se traduzem em acusações à Instituição local e aos sócio-sanitários de não terem uma linha política e operativa clara em matéria de assistência e saúde.

Parece-nos que esta situação pode ser interpretada como reflexo, a nível local, de uma situação geral (é válido aqui o que mais acima dizíamos sobre a inter-relação cada vez mais estreita que, entre estes dois níveis, existe há algum tempo na Itália).

Ora se é verdade que a situação italiana é caracterizada por um processo rápido de deterioração e de desagregação, é igualmente verdade que está em acção um duro confronto entre as forças conservadoras e as progressistas; nós entendemos que o primeiro episódio acima citado seja de facto um pequeno exemplo do confronto entre aqueles que se batem pela transformação real de toda a situação (ou seja por uma profunda redistribuição do poder, inclusivé daquele inerente ao sistema sanitário-assistencial e à investigação) e aqueles que, ao contrário, pretendem uma simples racionalização que não toque a velha distribuição de competências e de poderes (ao território o trabalho de assistência que tende a tornar-se cada vez mais controlo social capital; ao hospital as intervenções cirúrgicas; à universidade a exclusividade de produzir ciência).

Nós acreditamos que esta batalha é uma vez mais de ordem política e cultural: a vitória ou a derrota estão por assim dizer ligadas às relações de força hoje existentes, no nosso país, entre as diversas forças sociais. O que, parece-nos, uma vez mais, demonstra o primado da política sobre a técnica.

Permanece por outro lado uma pergunta: se a análise aqui feita é exacta, qual é a tarefa de quem, na sua profissão específica, quer contribuir para a mudança real?

A isto não sabemos dar uma resposta; podemos simplesmente dizer que é exacta-

mente à volta deste problema que, em Bologna como no resto do país, anda a discussão.

(Tradução de José Bogalheiro)

RÉSUMÉ

Avec le projet avancé par l'administration de Bologne en 1970, on cherchait à réaliser un changement dans le système de santé et d'assistance en général, ainsi bien que dans les processus d'intégration de l'enfant déficient dans les écoles normales.

Ce changement devrait passer par un processus de décentralization (les quartiers sont individualisés avec de dimensions et caractéristiques socioculturelles propres) de participation active des populations en ce qui concerne la définition des besoins et des modalités d'intervention et de transformation du système de prévention.

Les expériences réalisées (dont il est un exemple l'expérience décrite dans les quartiers Barca) ont eut quatre effets principaux:

- 1 — sur l'organisation des relations vécues dans les équipes;*
- 2 — sur les techniques utilisées par ces équipes;*
- 3 — sur l'intégration des enfants déficients dans l'école normale;*
- 4 — dans le sens d'un changement dans l'intervention sanitaire et assistentielle (modalité et modèle) qui était alors insérée dans un système de marginalisation des déficients (ce qui, au niveau scolaire se faisait surtout par le moyen de structures comme les classes parallèles et les écoles spéciales).*

La tâche n'est pas facile: elle ne se réduit à l'aspect purement technique, mais atteint aussi le niveau politique et culturelle. Ici se font sentir également les débats entre les divers forces sociales: une lutte intimement liée aux rapports de force existents, non seulement à Bologne, mais au niveau de toute l'Italie.

assine

ANÁLISE PSICOLÓGICA

Envie-nos o seu pedido de assinatura, acompanhado de um cheque ou vale de correio (600\$00 — normal, 700\$00 — instituições) emitido em nome do

**INSTITUTO SUPERIOR
DE PSICOLOGIA APLICADA**

Av. Marquês de Tomar, 33-4.º-Esq.
— Lisboa

Envie-nos as suas sugestões e críticas. Participe na produção desta Revista.