



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Promoção da Autodeterminação em Pessoas com Deficiências e Incapacidades

Reflexões em torno de um percurso profissional

Graça Maria dos Santos Miranda Leitão
(gmsmleitao@iol.pt)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de Psicologia da Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento, sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Armando Gomes Ferreira

Promoção da Autodeterminação em Pessoas com Deficiências e Incapacidades

Reflexões em torno de um percurso profissional

Resumo

Este trabalho parte de um percurso profissional delineado e vivenciado na área da deficiência e as reflexões suscitadas por esse mesmo percurso. Emerge o conceito de autodeterminação como tema central dessa reflexão e a convicção de que a inclusão das pessoas com deficiência pode ter um percurso e uma finalidade diferente, se refletirmos e delineararmos intervenções a partir deste conceito.

Na abordagem ao conceito de autodeterminação, numa perspectiva histórica, partimos da importância da motivação e das diversas teorias que foram surgindo, construídas tendo por base conceitos acerca da natureza do ser humano e de fatores que originam a ação.

A Teoria da Autodeterminação parte de uma abordagem assente na dialética entre o organismo humano ativo e o contexto social, distinguindo diferentes tipos de motivação, baseados em diferentes razões ou objetivos que nos conduzem à ação, sendo colocado o foco principal entre auto motivação e regulação externa. A autodeterminação, inicialmente conceptualizada como uma necessidade interna e natural para compreender os nossos interesses e exercitar as nossas capacidades, procurando e conquistando desafios significativos, passou depois a ser definida com base nas características funcionais do comportamento do indivíduo.

Cruzando estas diferentes concepções de autodeterminação com o quadro conceptual da deficiência, são apresentadas as aplicações desse conceito e discutidas as suas implicações para uma intervenção psicológica multinível nesse contexto.

Palavras-chave: autodeterminação, deficiência/incapacidade, intervenção psicológica multinível, *empowerment*.

Promoting the Self-determination of People with Disabilities

Critical reflections on a professional curriculum

Abstract

This work is based on the delineation of a professional curriculum and career in the thematic area of disability, and on the discussion of different reflections brought by a critical reflection on it. The concept of self-determination is assumed to be vital to such discussion, along with the conviction that inclusion for people with disabilities may be effectively achieved, if intervention processes are drawn upon that concept.

Within a historical perspective, the conceptual approach to self-determination is based on the revisitation of classical behavior, personality and motivation theories, which contributed for a better understanding of the factors underlying human action.

Self-determination Theory is embedded on a dialectic between an active living organism and their social context, while distinguishing different types of motivations that are rooted in diverse reasons or goals motivating one's action, which then places a main emphasis on the continuum between self-motivation and external regulation. Self-determination was initially conceptualized as an internal and natural need for the understanding of one's interests and developing one's abilities toward the achievement of personally significant challenges, and then operationally defined in agreement with the functional characteristics of human behavior.

Bringing these different conceptions of self-determination to illustrate different approaches to disability, a series of applications and implications are discussed for a critical analysis on the improvement of a multi-level psychological intervention targeting the empowerment of people with disabilities.

Keywords: self-determination, disability, multi-level psychological intervention, empowerment.

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira, um sincero agradecimento pela sua disponibilidade e incentivo;

Ao Professor Doutor Carlos Carona, meu colega e amigo, a minha gratidão pela disponibilidade, sábios conselhos e o enorme incentivo;

À minha família, aos meus amigos e a todos os que fizeram parte deste percurso, destacando de uma forma especial os utentes da APCC.

Índice

I. Descrição das atividades profissionais	3
II. Enquadramento conceptual: uma reflexão crítica	11
1. Modelos de conceptualização da deficiência/incapacidade	11
1.1. Modelo médico	11
1.2. Do modelo médico para o modelo social	12
1.3. Modelo social	14
1.4. Modelo biopsicossocial	16
2. Conceito e teoria da autodeterminação	17
2.1. Teoria da avaliação cognitiva	21
2.2. Teoria da integração orgânica	23
2.3. Outras sub-teorias	26
3. Importância e aplicações do conceito de autodeterminação no contexto da deficiência	29
4. Promoção da autodeterminação no contexto da deficiência/incapacidade	35
III. Discussões e Conclusões	39
Bibliografia	41

Introdução

A reabilitação e a inclusão da pessoa com deficiência nortearam as opções e orientações de todo um percurso académico e profissional. Nas últimas décadas registaram-se enormes progressos ao nível das políticas e práticas no âmbito da inclusão das pessoas com deficiência. No entanto, apesar desses progressos, continuam a existir fragilidades, que criam entropias ao cabal desenvolvimento de uma sociedade inclusiva, em que todos partilhem plenamente da condição de cidadania e a todos sejam proporcionadas iguais oportunidades de participação social.

A motivação para a realização de um trabalho no âmbito da autodeterminação das pessoas com deficiência surge do percurso profissional realizado ao longo dos anos, com crianças, adolescentes e adultos com deficiência e as suas famílias e com os quais foi um privilégio trabalhar e aprender que ter deficiência não significa uma vida passiva e infeliz.

Este trabalho tem uma primeira parte em que são apresentados os diversos contextos e práticas profissionais, que permitiram a aquisição, o desenvolvimento, e a aplicação de conhecimentos no domínio da deficiência.

Para um melhor enquadramento conceptual da deficiência abordam-se numa segunda parte os modelos de referência ao longo dos tempos e de que forma os conceitos neles contidos interferiram no processo de abordagem social e política das questões da deficiência. Do modelo médico, que se centrava no indivíduo e tinha como objetivo ativar mecanismos de compensação, passando pelo modelo social em que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social (Oliver, 1990), e emergindo do reconhecimento das limitações dos modelos existentes, surge o modelo biopsicossocial que tem por base uma visão integrada do funcionamento humano no quadro das suas relações com os contextos de vida. De uma forma sintética o conceito de deficiência será abordado sob três perspetivas mais complementares do que mutuamente exclusivas, nomeadamente: alteração em função ou estrutura do corpo, equacionando a deficiência (*impairment*) como um problema do próprio indivíduo (*International Classification of Impairments, Disabilities,*

and Handicaps – ICHD; OMS, 1980); deficiência enquanto resultado da adaptação insuficiente do meio ambiente às características e necessidades do indivíduo (Fauconnier et al., 2009); deficiência enquanto resultado de uma interação complexa entre fatores físicos, psicológicos e sociais (OMS, 2001).

Para uma abordagem teórica ao conceito de autodeterminação, torna-se necessária a compreensão da motivação humana e o conhecimento da diferente valorização das necessidades psicológicas. Abordamos diferentes perspectivas que precedem a teoria da autodeterminação e que nos facilitam a compreensão dos conceitos nela contidos. Revisitando a teoria da autodeterminação de Deci e Ryan apresentamos as seis mini-teorias por eles apresentadas (cf. Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000) e que definem perspectivas que se vão complementando na compreensão deste conceito. De uma forma geral, e em consonância com a macro-perspetiva conceptual adotada, no contexto do presente trabalho, *autodeterminação* é entendida como “a capacidade de escolher e dispor de escolhas, ao invés de contingências de reforço, impulsos para a ação, ou quaisquer outras forças ou pressões, enquanto determinantes das ações de um indivíduo. Contudo, autodeterminação é mais do que uma capacidade, sendo igualmente uma necessidade. Postula-se [assim] uma propensão básica, inata para um indivíduo ser autodeterminado, que conduz os organismos ao envolvimento em comportamentos de interesse” (Deci & Ryan, 1985, p. 38).

Apresentamos depois a importância e aplicação do conceito de autodeterminação no contexto da deficiência e incapacidade, fazendo referência a um conjunto de preconceitos que colocam a autodeterminação fora do alcance das pessoas com deficiência ou incapacidade.

Num penúltimo capítulo são propostas algumas linhas de orientação no sentido da promoção e aplicação deste conceito para as pessoas com deficiência e incapacidade e os seus diferentes contextos. A apresentação destas propostas será concretizada numa forma de reflexão crítica, abrangente e conciliadora, mais do que na forma de uma compilação exaustiva e independente das diferentes orientações que são decorrentes das diversas abordagens teóricas que as sustentam. O pressuposto central do presente trabalho refere-se à importância única, distinta, que a autodeterminação assume na compreensão e promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiências e incapacidades.

I – Descrição das atividades profissionais

Sendo a área de trabalho com pessoas com deficiência a escolhida para realização do estágio curricular, surge o Centro de Desenvolvimento da Criança do Hospital Pediátrico de Coimbra como o local de estágio privilegiado. Após a conclusão do estágio curricular continuei, voluntariamente, o meu trabalho nesta estrutura hospitalar. Surgiu entretanto a oportunidade de integrar a Equipa Multiprofissional de Cantanhede, tendo de 1984 a 1990 desempenhado funções nesta equipa e no Hospital Pediátrico de Coimbra (intervenção/ avaliação psicológica em contextos pediátricos e de equipa multidisciplinar de intervenção comunitária).

O Centro de Desenvolvimento da Criança é um serviço do Hospital Pediátrico de Coimbra para onde são encaminhadas todas as crianças sinalizadas com problemas de desenvolvimento, funcionando neste serviço várias consultas: neurologia, desenvolvimento, espinha bífida e insucesso escolar. Os cinco anos de trabalho nesta estrutura hospitalar, permitiram um alargado conhecimento sobre todos os tipos de deficiência, suas causas e formas de intervenção.

Inicialmente o trabalho realizado incidia na avaliação psicológica como elemento de diagnóstico ou como base na elaboração de programas de intervenção para promoção do desenvolvimento da criança ou da sua aprendizagem escolar. Na avaliação psicológica utilizávamos a WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*, (Wechsler, 1949); Figura complexa de Rey (Rey, 1942); Figura Humana (Goodenough, 1926); Cubos de Kohs (Kohs, 1923). Este serviço recebia estagiários da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra cabendo também ao psicólogo do serviço apoiar a sua supervisão. O papel do psicólogo começava a ser reconhecido, assistindo-se progressivamente à sua valorização como elemento fundamental nas equipas médicas e pedagógicas, participando de forma ativa no trabalho multidisciplinar das diferentes equipas. Do trabalho realizado foi saindo reforçada, nas equipas, a importância da intervenção psicológica neste contexto, quer em termos de definição diagnóstica através da avaliação psicológica, quer a nível de aconselhamento e intervenção psicoterapêutica nas crianças, na família e na escola.

O trabalho nesta estrutura foi desempenhado durante alguns anos a meio tempo, tendo surgido entretanto no Centro de Saúde de Cantanhede a possibilidade de integrar uma Equipa Multiprofissional, de intervenção em contexto comunitário. Esta equipa sediada no Centro de Saúde de Cantanhede integrava na sua constituição elementos do Ministério da Educação (professores e educadores do ensino especial); do Ministério da Saúde (enfermeiros de saúde pública, médicos; delegado de saúde e assistente social) e do Secretariado Nacional de Reabilitação de quem dependia a psicóloga. Apoiava todas as crianças com atraso de desenvolvimento; deficiência; insucesso escolar ou problemas de comportamento. Estas equipas constituíram-se em alguns pontos do país e resultaram num trabalho de primeira linha a nível familiar e comunitário. Nesta função, a intervenção da psicóloga passava pela avaliação psicológica, que se iniciava com uma entrevista semiestruturada, continuada pela avaliação de desenvolvimento, avaliação cognitiva e avaliação escolar; programava e planeava a intervenção recorrendo aos recursos da família e da comunidade; acompanhava as situações em consulta psicológica ou em meio escolar ou familiar. Estes diferentes contextos de intervenção, permitiram perceber e apreender a importância da intervenção multinível e do trabalho em rede

Em 1986 passa a trabalhar a tempo inteiro no Hospital Pediátrico continuando a apoiar as diferentes consultas do Centro de Desenvolvimento. No entanto, pelo trabalho realizado, foram surgindo solicitações de outros serviços, com diferentes tipos e níveis de intervenção. Necessidades de apoio psicológico e psicoterapêutico em situações de doença; em situações de internamento; em situações de luto; apoio psicológico às famílias; elaboração e acompanhamento de programas de estimulação sensorial; desenvolvimento psicomotor e pedagógico. Durante este período foi também possível a participação em alguns estudos, salientando de entre todos um estudo que incidiu sobre um grupo de crianças que sofreram uma malnutrição precoce e que tinha como objetivo a sua avaliação em idade escolar, para determinar o possível impacto da malnutrição precoce no seu desenvolvimento, dando relevo ao seu nível intelectual e capacidade de aprendizagem. Foi realizada a avaliação psicológica de todas as crianças utilizando a WISC e o Desenho da Figura Humana. O resultado deste

trabalho deu origem a um artigo publicado (*carta ao editor*) na revista *Lancet* (fator de impacto 2014: 45.217) (Mota, Antonio, Leitão, & Porto, 1990).

De 1990 a 2015, motivada pela possibilidade de trabalhar na (re)habilitação de pessoas com deficiência, inicia funções na Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra (APCC). A APCC é uma instituição particular de solidariedade social sem fins lucrativos que foi fundada em 1975 e cuja Missão é a promoção da inclusão de pessoas em situação de desvantagem com particular incidência nas pessoas com deficiência e incapacidades. Tem duas grandes estruturas um Centro de Reabilitação e a Quinta da Conraria, sendo desenvolvidas nesta estrutura três respostas sociais: Centro de Atividades Ocupacionais (CAO); Centro de Atendimento Acompanhamento e Animação de Pessoas com Deficiência (CAAAPD-Pré Profissional e Unidade de Reabilitação de Deficientes Profundos) e Centro de Formação (CF-QPDI-Qualificação de pessoas com Deficiência ou Incapacidades). O trabalho aqui referenciado decorre nesta estrutura. Embora a APCC tenha surgido para dar resposta a pessoas com paralisia cerebral e doenças neurológicas afins, quando o espaço Quinta da Conraria lhe foi cedido pelo Centro Distrital de Segurança Social houve o compromisso de estruturar este equipamento no sentido de responder a pessoas com diferentes tipos e graus de deficiência. A primeira resposta desenvolvida, a Pré-Profissional, dava resposta a jovens que tinham terminado o seu processo educativo e necessitavam de orientação vocacional e o desenvolvimento de competências pessoais que lhes permitisse delinear um projeto formativo. Posteriormente esta resposta passa também a promover a requalificação de pessoas que tendo concluído o seu processo formativo, não tiveram enquadramento no mercado de trabalho, necessitando de manter ou melhorar competências pessoais e profissionais. De seguida e atendendo a uma lógica evolutiva das respostas a criar, surge a formação profissional, inicialmente com dez áreas formativas e apenas direcionada para a qualificação profissional e posteriormente com um maior número de áreas formativas (quinze) e com dupla certificação. Numa coerência de resposta a pessoas com diferentes necessidades impunha-se que fosse criada uma estrutura para pessoas com maiores limitações cognitivas e de autonomia pessoal, surgindo o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), que tem como grande objetivo

garantir a qualidade de vida e promoção da inclusão das pessoas com deficiências.

Nesta instituição iniciou a sua função como psicóloga nomeadamente no Centro de Atividades Ocupacionais; Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação de Pessoas com Deficiência (Pré-Profissional e Unidade de Reabilitação de Deficientes Profundos) tendo passado posteriormente a desempenhar também funções de psicóloga no Centro de Formação. Enquanto psicóloga, tinha como função a avaliação para admissão, avaliação diagnóstica e definição e acompanhamento da intervenção em contexto institucional, familiar e na comunidade. O domínio da intervenção psicológica junto de indivíduos com diferentes tipos de dificuldades incluindo a deficiência, o comportamento antissocial e a psicopatologia do desenvolvimento incluía: avaliação psicológica; aconselhamento psicológico orientado para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais; apoio psicológico e aconselhamento focados na construção de um projeto formativo; gestão de conflitos e modificação comportamental. Pelas alterações políticas e económicas que Portugal tem vindo a sofrer nas últimas décadas, têm surgido questões sociais das quais emerge uma população em situação de desvantagem que dá lugar a uma diversidade casuística anteriormente inexistente, com diferentes necessidades e diferentes contextos de intervenção. Esta realidade reflete-se essencialmente na população do Centro de Formação, onde o conhecimento e caracterização desta realidade em termos psicológicos e sociais surgem como basilares na estruturação dos planos de intervenção.

Durante este período, exerceu também cargos de chefia intermédia na coordenação da Pré Profissional e posteriormente na Avaliação para Admissão onde tinha a responsabilidade da supervisão, coordenação, planeamento e desenvolvimento de serviços, bem como a supervisão das equipas. Foi importante o papel desempenhado nesta função no sentido em que um conhecimento mais aprofundado da organização, do seu funcionamento e dos seus potenciais e necessidades permitiu questionar um conjunto de preocupações estratégicas que conduziram à inovação e elaboração de projetos promotores da criação de novas respostas e serviços, nomeadamente a aposta na formação interna; a implementação de uma equipa multidisciplinar, de intervenção no mercado de trabalho e facilitadora

da colocação e integração profissional da pessoa com deficiência; introdução da certificação de qualidade na organização. Entretanto, no exercício da função como psicóloga, começou também a supervisionar estágios curriculares da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (de 1992 a 2003) e posteriormente estágios profissionais de psicólogos na instituição.

O trabalho de psicóloga numa instituição com a estrutura, dimensões e diversidade de situações existentes na Quinta da Conraria, é um desafio diário às competências profissionais e formação teórica necessárias à resolução das situações com que nos deparamos. Pela diversidade de respostas sociais e áreas de intervenção, vão surgindo ao longo dos anos, outros desafios em diferentes áreas de desempenho profissional, tendo exercido funções de formadora em cursos de Educação e Formação de Adultos, tendo para isso frequentado formação pedagógica de formadores com posterior certificação (CAP- Certificado de Aptidão Profissional e posteriormente CCP- Certificado de Competências Pedagógicas).

Uma outra função a destacar, foi o trabalho de intervenção psicológica com alunos com insucesso escolar. Estes alunos, cujas escolas tinham um protocolo de colaboração com a APCC, frequentavam atividades na Quinta da Conraria e o trabalho realizado consistia na orientação vocacional articulada com percursos escolares com conteúdos específicos promotores do sucesso escolar até à conclusão da escolaridade obrigatória. Este trabalho foi posteriormente alargado a outras escolas e agrupamentos.

Desde os anos 90 que a APCC desenvolve projetos europeus, que permitiram o conhecimento de outras realidades e contextos institucionais, bem como a formação técnica em diversas áreas. Nestes projetos existe sempre a troca de *know-how* e o conhecimento de outras realidades e formas de intervenção. De entre todos os projetos destaco dois que considero terem tido grande impacto pela temática abordada. O primeiro "Flexible Staff Development Project" consistia na aprendizagem de conteúdos para formação de auxiliares de apoio a pessoas com deficiência e empregabilidade das pessoas com deficiência. Este projeto transnacional tinha como parceiros em Portugal várias estruturas de ensino e outras relevantes na área da deficiência na região centro e como parceira transnacional uma universidade inglesa. Esta universidade, promoveu e

desenvolveu a formação que incluía os seguintes conteúdos: diferenças de aprendizagem; planeamento e implementação de currículos; monitorização e avaliação de currículos. O conteúdo desta formação tinha como objetivo que os formandos adquirissem competências para formar auxiliares de apoio a pessoas com deficiência. Esta formação passava por uma primeira parte mais teórica de conhecimento da deficiência passando depois para uma fase mais prática, focada nas metodologias de aprendizagem experiencial, em que através de *role-playing* experienciávamos situações que nos colocavam no papel de pessoas com vários tipos de deficiência. Cada formando, experienciava a forma de “sentir” cada uma das deficiências: as necessidades em cada uma das situações vivenciadas, a qualidade do apoio prestado e acima de tudo os sentimentos e emoções de quem vive a dependência de terceiros. Deste projeto fizeram também parte vários módulos de formação na área da empregabilidade das pessoas com deficiência. Para além da formação e acesso a um conjunto de novos conhecimentos, permitiu também o conhecimento de novas realidades e novas experiências. Nesta primeira oportunidade de participação em projetos transnacionais foi possível constatar que apesar de em Portugal a intervenção realizada destacar o respeito pelas questões da deficiência colocando sensibilidade e conhecimentos técnicos nos processos de ensino e de reabilitação, evidenciamos um menor investimento no domínio das competências pessoais e sociais que se traduz mais tarde na maior ou menor capacidade para se autodeterminar e conseqüentemente em diferentes níveis de inclusão social.

O outro projeto transnacional que destaco, “Qualidade na prestação de serviços” traduziu-se numa primeira abordagem aos sistemas de gestão da qualidade foi também um ponto de partida para a reflexão sobre a qualidade dos serviços, avaliando formalmente o nível de satisfação dos clientes com os serviços prestados. Este projeto abriu novas perspetivas de intervenção na gestão e organização das estruturas de apoio a pessoas com necessidades especiais, tornando possível o conhecimento da realidade de outros países europeus permitindo discutir as formas de intervenção utilizadas e inovação nos serviços, investindo na melhoria contínua, apostando na qualidade prestação de serviços e na qualidade de vida dos utentes e das pessoas com deficiência.

Muitos outros projectos foram surgindo, na medida em que a dinâmica institucional se apoia na inovação e criação de novos serviços como garante da sustentabilidade. Esta perspectiva de desenvolvimento institucional coloca constantes desafios aos seus profissionais, mas cria também uma dinâmica de aprendizagem muito positiva.

A partir de 2002 assume funções de direção técnica de todas as respostas sociais da Quinta da Conraria. Esta função, veio lançar novo desafio profissional implicando a aquisição de novos conhecimentos em vários domínios, nomeadamente a nível de organização e gestão de recursos humanos, comunicação e gestão de equipas tendo por isso frequentado formação para dirigentes de instituições privadas de solidariedade social nestas áreas.

A grande preocupação com a garantia da qualidade dos serviços prestados e com a melhoria contínua, levou-nos a adotar e implementar na nossa organização dois sistemas de gestão da qualidade: a norma ISO 9001-2008 e a certificação Equass (*European Quality Assessment in Social Services* - Nível 1- *Assurance* [certificação] e Nível 2 – *Excellence* [Excelência]) (<http://www.equass.be>). A preparação para estes processos implicou formação em diferentes áreas, no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. Foram realizados *workshops* no âmbito da Capacitação e Qualidade nos Serviços Sociais relativos às Deficiências e Incapacidades em Portugal, que decorreram de março a outubro de 2009, e numa segunda fase de maio de 2011 a setembro de 2012. Esta formação permitiu a aquisição de conhecimentos para aplicação de procedimentos de gestão de qualidade nas organizações sociais considerando acima de tudo as especificidades da intervenção multinível no domínio da deficiência.

Esta nova fase implicou uma valorização crescente da opinião dos utentes no desenvolvimento dos serviços, dando-lhe voz no planeamento e desenvolvimento dos serviços prestados. Embora os serviços sempre tenham sido criados na perspetiva da resposta às necessidades do cliente, este conhecimento veio permitir um lugar diferente à opinião de cada um deles, à autorrepresentação e conseqüentemente à sua autodeterminação. Após a implementação dos procedimentos da gestão de qualidade impõe-se que seja auditada a aplicação dos processos e procedimentos, sendo para isso necessária a formação de ativos internos nesta área. Nesse sentido,

frequentou formação em Auditorias ao Sistema de Gestão de Qualidade, tendo obtido qualificação para auditar serviços neste âmbito.

Todo o formação académica e percurso profissional têm sido realizados na área da deficiência e das questões com ela relacionadas. Pela trajectória realizada, evidencia um conhecimento, profundo, sedimentado ao longo dos anos, que levou a um conjunto de reflexões que ditaram o conteúdo desta tese. Investe-se na educação formal da leitura da escrita e da matemática, mas não se trabalham competências que vão permitir estar em sociedade como igual, podendo ter um papel ativo no desenho do seu projecto de vida e das decisões implícitas independentemente das suas necessidades especiais. Apesar de todo o trabalho realizado e da evolução do conceito de inclusão, gostaria de propor uma abordagem diferente. Apesar de todo o percurso realizado e da evolução do conceito de inclusão, gostaria de compreender e propor uma abordagem diferente, atribuindo à autodeterminação o papel determinante que tem neste processo.

II – Enquadramento conceptual: uma reflexão crítica

Para compreender e abordar de forma adequada as questões ligadas à deficiência, é fundamental perceber o percurso realizado em termos epistemológicos e sociais no que concerne à perceção da deficiência/incapacidade e do conceito de reabilitação.

Desde a década de 60, tem existido uma progressiva consciencialização de que o problema da deficiência/incapacidade não é suscetível de continuar a ser considerado numa perspetiva estritamente individual (Barnes & Mercer, 2003). Estatísticas recentes sugerem a existência de 50 milhões de pessoas com deficiências e incapacidades na Europa e 500 milhões em todo o mundo, sendo esperado que estes números aumentem significativamente nas próximas décadas, quer nos países considerados desenvolvidos, quer nas nações subdesenvolvidas (*International Disability Foundation - IDF*, 1998). Os progressos ao nível da medicina, o envelhecimento das populações e a intensificação do ritmo da mudança social e tecnológica constituem-se como factores determinantes destes resultados (Coleridge, 1993; Ingstad, 2001). Uma preocupação crescente focaliza-se no aumento dos custos com os programas de reabilitação, reconhecidos como cientificamente apropriados e com respostas socialmente ajustadas para os problemas encontrados pelas pessoas com deficiências e incapacidades (Albrecht, 1992; Sandvin, 2002).

1. Modelos de conceptualização da deficiência/incapacidade

A evolução conceptual dos modelos organizadores das intervenções, no contexto da reabilitação e da inclusão social, tem sido refletida na forma como se equacionam e problematizam as questões ligadas à deficiência.

1.1. Modelo Médico

Numa abordagem científica e técnica às deficiências e incapacidades na prática clínica, constata-se que a deficiência era considerada como um problema das próprias pessoas, diretamente causado por doença, acidente ou outra condição de saúde, passível de melhorar através de intervenções exclusivamente centradas no indivíduo, sendo fulcral o papel da reabilitação. Neste sentido, a perspetiva de intervenção centrava-se no reconhecimento

das dificuldades e necessidades especiais e na criação de serviços especiais e especializados. Estes serviços tinham por base a criação de uma rede de cuidados, específica para as pessoas com deficiências favorecendo a institucionalização. Outra característica deste estágio inicial de conceptualização da deficiência baseava-se na focalização de todos os processos e controlo das intervenções nos técnicos e profissionais do setor. Esta abordagem seria susceptível de gerar criticismo, porque em termos sociais poderia reforçar a estigmatização e o preconceito, por passar uma mensagem de impossibilidade de integração das diferenças, decorrentes das deficiências, nas estruturas e serviços regulares disponíveis na comunidade. Do ponto de vista dos objetivos das políticas, estas centravam-se no indivíduo, sendo que o seu principal objetivo era ativar mecanismos de compensação capazes de atenuar as dificuldades resultantes das incapacidades. As políticas sociais tradicionais são baseadas, numa orientação médica, na interpretação da natureza das deficiências, pelo que no conjunto de características enunciadas têm sido identificados elementos integrantes do modelo médico de abordagem à deficiência.

1.2. Do Modelo Médico para o Modelo Social

Os documentos internacionais provenientes da OMS e os próprios documentos de política europeia começaram, progressivamente, a colocar em evidência a deficiência e a discriminação das pessoas com deficiência, não como uma condição inerente à pessoa, mas como um resultado da interação entre a pessoa e o ambiente, incluindo as suas estruturas físicas (e.g., o design dos edifícios e os sistemas de transporte), as relações sociais e as construções sociais e crenças. Deste modo, a deficiência torna-se um problema relevante para as políticas sociais, em consequência da adoção de um modelo que privilegia a adequação dos contextos às pessoas, fazendo com que o seu focus se descentre única e exclusivamente da componente individual, para passar a contemplar a relação da pessoa com o seu ambiente e contextos de vida, bem como os obstáculos e barreiras sociais que emergem desta interação. Neste sentido, a participação de todos os cidadãos nos mais diversificados contextos da vida social passa a constituir uma questão de direito e de igualdade de oportunidades (CRPG & ISCTE, 2007).

Do ponto de vista das políticas sociais, podem observar-se dois

aspectos distintos no discurso e nas propostas de inclusão. O primeiro trabalha a inclusão voltada para a ampliação da cidadania, enfatizando o discurso do direito de interagir e o direito à participação social, através das redes sociais, na construção do projeto coletivo. O segundo focaliza o combate à exclusão como elemento voltado para a inserção dos públicos desfavorecidos no contexto do mercado de trabalho. Neste caso, o foco da inclusão tem o seu epicentro na profissionalização e na capacitação para o trabalho e emprego. Paralelamente aos dois focos explicitados, subjaz a necessidade de eliminação das barreiras ambientais (físicas, psicológicas e sociológicas), como condição necessária à participação plena das pessoas com deficiências e incapacidades na sociedade, numa lógica de igualdade de oportunidades.

Este desenvolvimento conceptual, pela forma como equaciona a deficiência, faz com que, pela primeira vez, seja reconhecida a possibilidade das diferentes necessidades das pessoas com deficiências e incapacidades constituírem objeto de resposta nos serviços e estruturas regulares da sociedade. Este facto assenta na reconfiguração dos modelos de inclusão e de capacitação coletiva de todos os atores sociais que, direta ou indiretamente, contribuem para a exclusão/inclusão das pessoas com deficiências e incapacidades. A rutura com o modelo médico na conceptualização da deficiência, implicou que as políticas começassem a ser dirigidas à remoção das barreiras e à plena participação das pessoas com deficiências e incapacidades. Esta abordagem promoveu o desenvolvimento de regulamentos, em diversas áreas, no sentido de prevenir a construção de situações e contextos incapacitantes e reduzir as barreiras existentes.

Do ponto de vista do sociocultural, começa a emergir o reconhecimento das diferenças e a relevância de adotar políticas que promovam a integração da diversidade. Neste âmbito, as políticas começam progressivamente a pretender influenciar mudanças nos padrões de atitudes e de comportamentos sobre a forma como os cidadãos compreendem e percecionam as pessoas com deficiências e incapacidades, focalizando-se na alteração dos elementos inibidores da participação para fatores facilitadores. De igual forma, apesar de ainda não existirem diretrizes coerentes e consensuais para a definição da categoria de pessoas com deficiências/sem deficiências, as políticas simbólicas, começam a sentir a necessidade de

enquadrar esta delimitação e definição, de forma a garantir o seu sucesso e eficácia na transformação das representações simbólicas dos cidadãos.

O conjunto de características enunciadas, bem como os seus elementos constituintes, têm vindo a ser designadas pelos investigadores de modelo social, por oposição às características do modelo centrado no défice individual conhecido como modelo médico.

1.3. Modelo Social

O modelo social da deficiência surge na década de 60, no Reino Unido, como uma reação às abordagens biomédicas. A premissa básica do modelo social é de que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens das pessoas com deficiências para a incapacidade da sociedade em prever e ajustar-se à diversidade (Oliver, 1990) O ponto de partida teórico do modelo social é de que a deficiência é uma experiência resultante da interação entre as características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive, isto é, da combinação de limitações impostas pelo corpo com algum tipo de perda ou redução de funcionalidade (lesão) a uma organização social pouco sensível à diversidade corporal.

Originalmente a UPIAS (*The Union of the Physically Impaired Against Segregation*) propôs uma definição que explicitava o efeito da exclusão na criação da deficiência: “Lesão: ausência parcial ou total de um membro, órgão ou existência de um mecanismo corporal defeituoso; Deficiência: desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social” (UPIAS, 1976). A ênfase inicial nas limitações físicas foi imediatamente revista e com isso abriu-se um grande debate sobre as limitações do vocabulário usado para descrever a deficiência. A intenção era destacar que não havia, necessariamente, uma relação direta entre lesão e deficiência, transferindo o debate da discussão sobre saúde para o terreno da organização social e política. Lesão seria uma característica corporal sendo possível uma pessoa ter lesões e não experimentar a deficiência, dependendo de quanto a sociedade esteja ajustada para incorporar a diversidade. Como exemplifica

Morris (1997), não poder caminhar é a expressão da lesão; a deficiência consiste na inacessibilidade imposta às pessoas que usam cadeira de rodas. Se para o modelo médico a lesão levava à deficiência, para o modelo social os sistemas sociais levavam pessoas com lesões à experiência da incapacidade. Em síntese, o modelo médico identifica a pessoa com deficiência como uma pessoa com algum tipo de inadequação para a sociedade; o modelo social, por sua vez, inverte o argumento e identifica a deficiência na inadequação da sociedade para incluir todas as pessoas, gerindo de forma inclusiva a sua diversidade. Ambos os modelos são parcialmente válidos. A deficiência é um fenómeno complexo, apresentando-se como um problema a nível do corpo mas também como um problema social, será sempre o resultado de uma interação entre as características individuais e as características do contexto em que está inserido o indivíduo.

Este percurso conduziu à mudança. Em 1980, a OMS começou por definir três conceitos: (a) *deficiência*, (quando existe perda ou alteração de uma estrutura ou função anatómica, psicológica ou fisiológica); (b) *incapacidade* (ocasionada pela deficiência impedindo a pessoa de executar uma atividade); e (c) *desvantagem* (resultado da deficiência e incapacidade que ocasionaria limitação que impediriam o desempenho de um determinado papel nos contextos do indivíduo e da sociedade).

Entretanto, em 2001, através da Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF) (OMS, 2001) é feita a revisão da definição destes conceitos. Introduce as premissas do modelo biopsicossocial e fala da necessidade de perceber as interações do indivíduo com o ambiente, traduzidas através da funcionalidade e incapacidade humanas. A partir daqui não fará muito sentido a utilização do modelo médico ou modelo social, passando a perspetivar-se a saúde no sentido biológico, individual e social. O melhor modelo de conceptualização da deficiência é um modelo que sintetiza o que é verdadeiro nos modelos médico e social, sem cometer o erro de reduzir a noção complexa integral de deficiência a apenas alguns dos seus aspetos. Este modelo de conceptualização deve ser chamado biopsicossocial, conotação menos negativa e mais adequada às novas conceções (Buntinx & Schalock, 2010). Nesta linha, qualquer pessoa pode apresentar uma deficiência, podendo ser temporária ou permanente, entendendo-se assim

que a funcionalidade e incapacidade de uma pessoa são processos dinâmicos dependendo mais das tarefas desempenhadas e do contexto onde se desenrolam, do que das funções e estruturas do corpo e da condição de saúde

1.4. Modelo biopsicossocial

O modelo biopsicossocial emerge através do reconhecimento das limitações dos modelos biomédicos em fornecerem uma visão integrada do funcionamento humano no quadro das suas relações com os contextos de vida. A abordagem biopsicossocial tem tentado focalizar o seu objetivo de estudo na compreensão do funcionamento humano, à luz das interações entre as dimensões biológica, psicológica e social. Engel (1977) postulou que cada sistema (biológico, psicológico e social) pode afetar e ser afetado por qualquer um dos outros sistemas, o que pressupõe uma abordagem sistémica e interdisciplinar na interpretação do funcionamento humano. A abordagem biopsicossocial encontra-se expressa nos últimos de trabalhos da OMS para redefinir a incapacidade, nomeadamente, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Esta redefinição constituiu uma tentativa concertada para integrar o modelo médico e a interpretação do modelo social, como resultado da sua rejeição por parte das pessoas com deficiências e incapacidades, organizações e parceiros dentro e fora da comunidade científica (Oliver, 1990).

No quadro da reabilitação, a abordagem biopsicossocial é sinónima da mudança dos serviços centrados em instituições especializadas para os serviços e apoios centrados na comunidade. Deste modo, a ênfase é colocada na integração de pessoas com deficiências e incapacidades na sua comunidade e de forma mais alargada na sociedade. Os Standards da Equalização das Pessoas com Incapacidades (1993), da Organização das Nações Unidas (ONU) explicitam que todos os Estados devem providenciar serviços de reabilitação. Mas esta orientação recomenda que se vá além do “cuidado médico inicial” para incluir “uma ampla gama de medidas e atividades, desde a reabilitação básica e generalista para atividades orientadas por objetivos (ONU, 1993).

Quadro 1. Análise comparativa do modelo médico com o modelo biopsicossocial (adaptado a partir de: CRPG & ISCTE, 2007)

Modelo Médico	Modelo Biopsicossocial
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo fechado e linear. ▪ A saúde humana é perspectivada privilegiadamente na sua componente biológica. ▪ A saúde tem impacto na pessoa. ▪ O estado de saúde é passível de ser objeto de diagnóstico e de tratamento. ▪ Médicos e profissionais de saúde. ▪ Sistema autónomo centrado em instituições hospitalares. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo aberto e interacional. ▪ A saúde resulta da interação complexa entre múltiplos fatores: orgânicos, psicológicos e sociais. ▪ A saúde tem impacto na pessoa, família, significativos, comunidade e estado. ▪ A qualidade de funcionamento humano requer uma abordagem continuada e holística: da prevenção à reabilitação. ▪ Profissionais especializados e todos os atores relevantes para a qualidade do funcionamento humano envolvidos no sistema de relações do indivíduo. ▪ Sistema aberto e interdependente com a comunidade.

2. Conceito e Teoria da Autodeterminação

Desde os anos 50 existe uma valorização crescente de um conjunto de necessidades psicológicas inatas na compreensão da motivação humana. Na abordagem ao conceito de autodeterminação torna-se necessária a compreensão destas necessidades bem como os processos e estruturas com elas relacionadas. O estudo da motivação aborda a exploração das fontes de energia e direção do comportamento. A energia, nas teorias da motivação, é fundamental tendo em consideração a existência de necessidades inatas e de necessidades adquiridas. A direção, na motivação, diz respeito aos processos e estruturas do organismo que dão significado aos estímulos internos e

externos, dirigindo a ação no sentido da satisfação das necessidades. As teorias que se focam somente na direção, excluindo a causa do comportamento, dão-nos respostas não motivacionais, não podendo ser consideradas no domínio das teorias motivacionais. Estas abordagens alternativas, foram aplicadas a muitos dos problemas abordados pela psicologia da motivação. A psicologia operante explorou a direção e a persistência do comportamento, mas recusou com firmeza o postulado acerca das necessidades do organismo. A teoria operante foi designada teoria do reforço porque considera que a direção do comportamento é causada por reforços passados. Embora a tradição operante possa ser traçada diretamente do trabalho de Thorndike (1913), Skinner (1938) foi o principal representante durante décadas. Uma extensão da abordagem não motivacional da psicologia é representada pela teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977), considerando o comportamento em função das expectativas relativamente a reforços futuros.

As teorias da motivação são construídas tendo por base conceitos acerca da natureza do ser humano e de fatores que originam a ação. Estas teorias podem ser vistas como um *continuum* descritivo desde um funcionamento mecânico, em que o organismo humano é passivo, para um funcionamento organísmico, em que o organismo humano tem vontade própria e inicia comportamentos. De acordo com esta perspectiva o organismo tem necessidades intrínsecas, que lhe fornecem energia para agir sobre o ambiente e altera os seus impulsos ou emoções.

Para as teorias dos impulsos (*drive theory*) todos os comportamentos são motivados direta ou indiretamente por impulsos. Nas teorias psicanalíticas, as teorias da motivação, iniciaram com a teoria dos impulsos de Freud, que considerava a existência de dois grandes impulsos, sexo e agressão (Freud, 1914). Durante vários anos, teóricos e investigadores trabalharam no desenvolvimento de sistemas explicativos do comportamento baseado na teoria dos impulsos. No entanto, com a continuidade dos trabalhos realizados concluiu-se que esta teoria não é suficientemente adequada para lidar com as complexidades observadas no comportamento humano.

White (1959) argumenta um conceito motivacional diferente, que complementa a teoria dos impulsos e se torna a base de uma teoria

motivacional. Para explicar vários processos psicológicos, refere a orientação para a motivação eficaz, argumentando que o indivíduo é naturalmente motivado para ser eficaz na relação com o meio, sendo portanto o sentimento de eficácia que advém das interações positivas que sustenta o comportamento independentemente dos impulsos básicos de ação.

Concomitantemente com o reconhecimento da necessidade para o conceito de motivação intrínseca, os psicólogos abordaram a utilidade de conceitos como vontade própria, autonomia e escolha. Apesar de muito cedo na história da psicologia formal se enfatizar a importância de conceitos como *querer* (James, 1890), nas décadas subsequentes, estes conceitos foram ignorados, passando pelas teorias psicanalíticas que colocavam a ênfase nos impulsos inconscientes e na sua relação com os objetos ou pelas teorias behavioristas em que a ênfase é colocada na associação estímulo- -resposta, desenvolvida através de processos de reforço. Em ambos os domínios teóricos referidos, a motivação do comportamento é abordada de uma forma mecanicista sendo dado papel secundário às escolhas e intenções (psicanalistas) ou mesmo nenhum papel (behavioristas) na determinação do comportamento.

Precedendo a teoria da autodeterminação, podem ser definidas duas abordagens principais à motivação humana: uma abordagem não motivacional e uma outra que considera o organismo como ativo. A primeira, com base na teoria operante, recusa o postulado acerca das necessidades do organismo e considera o comportamento como resultado de reforços anteriores (Skinner, 1938; Thorndike, 1913). Uma extensão da abordagem não motivacional da psicologia operante é muitas vezes referida como behaviorismo cognitivo representado pela teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977). Esta abordagem considera o comportamento como resultado das expectativas e dos reforços futuros. Tal como na teoria operante os reforços são funcionalmente definidos mais em termos da mudança de comportamento que produzem do que das necessidades que satisfazem. Uma segunda abordagem, em que se assume que o indivíduo atua nos seus meios interno e externo para ser eficaz e satisfazer todas as suas necessidades. Neste processo, o comportamento é influenciado por estruturas internas que são continuamente elaboradas e redefinidas. A energia para a atividade e desenvolvimento das estruturas internas é a

designada motivação intrínseca. Deci (1980) comenta que embora o indivíduo tenha uma tendência inata para o desenvolvimento de uma estrutura interna e unificada do *self* é também vulnerável sendo passivo ou desenvolvendo estruturas fracionadas. Estas vulnerabilidades, condicionam o organismo e tornam rígido o funcionamento psicológico.

A teoria da autodeterminação parte de uma abordagem organísmica, assente na dialética entre o organismo humano ativo e o contexto social reconhecendo que o indivíduo integra os fatores ambientais na sua estrutura interna. Deci e Ryan (1985) distinguiram então fontes intrínsecas e extrínsecas de motivação e o seu papel no desenvolvimento cognitivo e social e nas diferenças individuais. Na Teoria da Autodeterminação (Deci & Ryan, 1985) partimos da distinção entre diferentes tipos de motivação baseada nas diferentes razões ou objetivos que nos conduzem à ação. A mais básica distinção é entre motivação intrínseca, que é inata, emergindo espontaneamente de tendências internas e pode motivar o comportamento mesmo na ausência de recompensas externas ou controlo do meio, e a motivação extrínseca, em que o comportamento depende de resultados externos.

O foco principal da teoria da autodeterminação é colocado nas diferenças entre auto motivação e regulação externa procurando uma abordagem diferenciada do conceito de motivação. Percebendo as forças que movem uma pessoa para agir, esta teoria foi capaz de identificar diferentes tipos de motivação, tendo cada um consequências específicas na aprendizagem, performance, experiência pessoal e bem-estar.

A autodeterminação é uma questão de escolha e por esse motivo necessita de uma teoria baseada em conceitos como vontade, intencionalidade ou determinação (James, 1890); é uma qualidade do funcionamento humano que a perceção de causalidade interna, é a capacidade para decidirmos de forma determinante as nossas ações no entanto, mais do que capacidade, é uma necessidade do ser humano.

Apresentaremos seis “sub-teorias” da Teoria da Autodeterminação, abordando cada uma delas aspetos mais específicos da motivação, atribuindo um ênfase particular à *Cognitive Evaluation Theory* e à *Organismic Integration Theory*, pela valorização distinta dos seus contributos para os conceitos nucleares de “motivação intrínseca” e “internalização na SDT.

2.1. Cognitive Evaluation Theory - CET (Deci & Ryan, 1985)

Esta teoria, que é considerada uma sub teoria da Self Determination Theory (SDT), surge para especificar quais os fatores do contexto social que produzem variabilidade na motivação intrínseca. A CET começa por questionar o que acontece à motivação intrínseca de um indivíduo quando este está intrinsecamente envolvido numa tarefa e começa a receber uma recompensa externa para o fazer, argumentando que acontecimentos e estruturas interpessoais que conduzem a sentimentos de competência durante a ação podem aumentar a motivação intrínseca para esta ação porque foi atingida a satisfação da necessidade básica de competência. DeCharms (1968), no entanto, acrescenta que para haver este aumento de motivação intrínseca o sentimento de competência tem que ser acompanhado do sentido de autonomia, havendo a perceção de um locus de causalidade interno. O desenvolvimento humano pode ser caracterizado, em termos de movimento, no sentido de uma maior autonomia e este movimento depende, em parte, da contínua aquisição de uma variedade de competências (Angyal, 1941). A maior parte das investigações realizadas sobre os efeitos dos acontecimentos ambientais sobre a motivação intrínseca não se focou na competência, mas antes na relação autonomia versus controlo, mais do que na competência. Os indivíduos não podem experienciar somente competência, têm que experienciar o seu comportamento como autodeterminado para que a sua motivação intrínseca aumente ou se mantenha. A motivação intrínseca foi também concetualizada considerando que necessidades generalizadas e afetos são na sua natureza essencialmente psicológicas. O indivíduo tem necessidade de se relacionar com o meio de uma forma livre e efetiva. O comportamento é atingido quando produz efeitos no meio, quando é eficaz (Woodworth, 1918, 1958). A energia necessária à motivação corresponde à eficácia e as estruturas através das quais opera são designadas como competências (White, 1959), sendo a competência adquirida como resultado das relações do indivíduo com o meio, nas suas experiências de aprendizagem e de adaptação. O seu desenvolvimento é em parte maturacional e é da necessidade de competência que vem a energia para a aprendizagem. Esta necessidade leva o indivíduo a procurar e conquistar desafios (Deci, 1975). Por outro lado, as emoções estão também integralmente relacionadas com a motivação intrínseca, desempenhando um

papel diretivo importante no comportamento intrinsecamente motivado. Naturalmente as pessoas aproximam-se de atividades que lhes interessam e as emoções de contentamento ou excitação acompanham experiências de competência e autonomia, representando recompensas para comportamentos intrinsecamente motivados, não se podendo designar como reforços porque não reduzem o encadeamento nem estão operacionalmente separadas da atividade em si (Hull, 1943).

A CET descreve os efeitos dos acontecimentos que iniciam ou regulam o comportamento na motivação ou processos motivacionais relevantes. Esta teoria foi previamente apresentada em três proposições, embora uma quarta a alargue a acontecimentos intrapessoais.

A primeira proposição está relacionada com a necessidade intrínseca de cada indivíduo para a autodeterminação e está centrada na perceção do locus de causalidade. Acontecimentos externos relevantes para a iniciação ou regulação do comportamento afetam a motivação intrínseca, na medida em que influenciam a perceção do locus de causalidade para este comportamento. Acontecimentos que promovam a perceção de um locus de causalidade externo, diminuem a motivação intrínseca. O locus de causalidade é teorizado como um constructo cognitivo que representa o grau em que cada indivíduo é autodeterminado em relação ao seu comportamento. Comportamentos passados controlam o comportamento e os mais recentes suportam a autonomia.

A segunda proposição refere a necessidade intrínseca do indivíduo de se sentir competente e capaz de promover mudanças positivas. Acontecimentos externos afetam a motivação intrínseca do indivíduo na medida em que influenciam a perceção individual de competência num contexto de autodeterminação. Acontecimentos que promovam a perceção de maior competência, aumentarão a motivação intrínseca.

A terceira proposição refere que acontecimentos relevantes para a iniciação e regulação de comportamentos têm três aspetos que podem ser diferencialmente relevantes para diferentes pessoas ou para a mesma pessoa em diferentes momentos. A dimensão informativa facilita a perceção do locus de causalidade interno e competência o que aumenta a motivação intrínseca. O aspeto controlador facilita a perceção do locus de causalidade externo, o que diminui a motivação intrínseca e promove a concordância e o

desafio externos. Os aspetos não motivacionais diminuem a motivação intrínseca e promovem a ausência de motivação. O relativo significado de cada um destes três aspetos determina para a pessoa o significado do acontecimento.

Na quarta preposição, de acordo com a CET o impacto de um acontecimento no processo motivacional é determinado, não pelas características objetivas do acontecimento, mas pelo seu significado em termos psicológicos para o indivíduo. O locus de causalidade e de competência percebidos são descritores da experiência, refletem a organização individual da realidade.

Motivação extrínseca é um constructo que surge sempre que uma atividade é realizada tendo em vista a obtenção de um resultado, em contraste com a motivação intrínseca em que uma atividade é realizada tendo em vista o prazer da sua realização.

Embora a motivação intrínseca seja claramente um importante tipo de motivação, a maior parte das atividades de cada indivíduo não são de forma restrita intrinsecamente motivadas. Para compreendermos a motivação para atividades que não são inerentemente interessantes, torna-se necessária uma revisão mais detalhada sobre a natureza e a dinâmica da motivação extrínseca.

2.2. Organismic Integration Theory - OIT (Deci & Ryan, 1985)

A OIT foi introduzida para explicar as diferentes formas de motivação extrínseca e os fatores contextuais que promovem ou dificultam a internalização e integração da regulação destes comportamentos (Deci & Ryan, 1985). Embora existam muitos estudos em que a motivação é abordada como um conceito unitário, a OIT descreve em termos teóricos, experimentais e funcionais diferentes tipos de motivação, apresentando-os como um contínuo. Num dos extremos desse contínuo os comportamentos não são autodeterminados e não existe motivação para a ação passando pela motivação extrínseca, com quatro diferentes tipos que nos permitem chegar à motivação intrínseca. Um primeiro tipo de motivação extrínseca temos a menos autónoma, a regulação externa, em que os comportamentos são realizados como resposta a uma solicitação externa ou pela contingência de uma recompensa, sendo o locus de causalidade percebido como externo. Um

segundo tipo de motivação extrínseca é a designada regulação introjetada, em que a regulação não é completamente aceite como própria. É uma forma relativamente controlada de regulação, em que os comportamentos são realizados para evitar culpa ou ansiedade ou para elevar o self. Numa clássica forma de introjeção, o indivíduo é motivado no sentido de demonstrar habilidade ou evitar o insucesso, promovendo sentimentos de mérito e a sua autoestima. Um terceiro tipo de motivação extrínseca, mais autónoma e autodeterminada é a regulação através da identificação em que o indivíduo se identifica com o comportamento e aceita a regulação como sua. Finalmente, um quarto tipo de motivação extrínseca, a regulação integrada, em que a integração ocorre quando as regulações são completamente assimiladas ao *self*, o que significa terem sido avaliadas e consideradas congruentes com os valores e necessidades do indivíduo. As ações caracterizadas por motivação integrada partilham algumas características com a motivação intrínseca, embora sejam ainda consideradas extrínsecas porque são realizadas mais para atingir resultados do que satisfação. À medida que a pessoa internaliza regulações e as assimila ao *self*, experienciam maior autonomia na ação. Embora este processo possa ocorrer por fases ao longo do tempo não tem que ser considerado um *continuum* na medida em que a pessoa tem que progredir através de cada fase de internalização. Este processo é importante em termos desenvolvimentais, os valores sociais e regulações são continuamente internalizados ao longo da vida. No entanto, não poderemos considerar que esteja subjacente aos tipos de motivação extrínseca, por si só, um contínuo desenvolvimental. Não pode progredir através de cada estágio de internalização com respeito por uma regulação particular, na verdade cada indivíduo pode inicialmente adotar uma regulação de comportamento em qualquer ponto deste *continuum* dependendo das experiências próprias e dos fatores situacionais (Ryan, 1995). Por não serem inerentemente interessantes, os comportamentos extrínsecos têm que ser inicialmente induzidos por fatores externos, passando por diferentes estádios e considerando-se como facilitadores da internalização e integração da motivação extrínseca o sentido de pertença na relação com os outros, a perceção de competência e a experiência de autonomia.

A conceptualização da autodeterminação implica a delineação de um

continuum conceptual, que pode ser operacionalizado nos respetivos processos cognitivos (Fig.1).

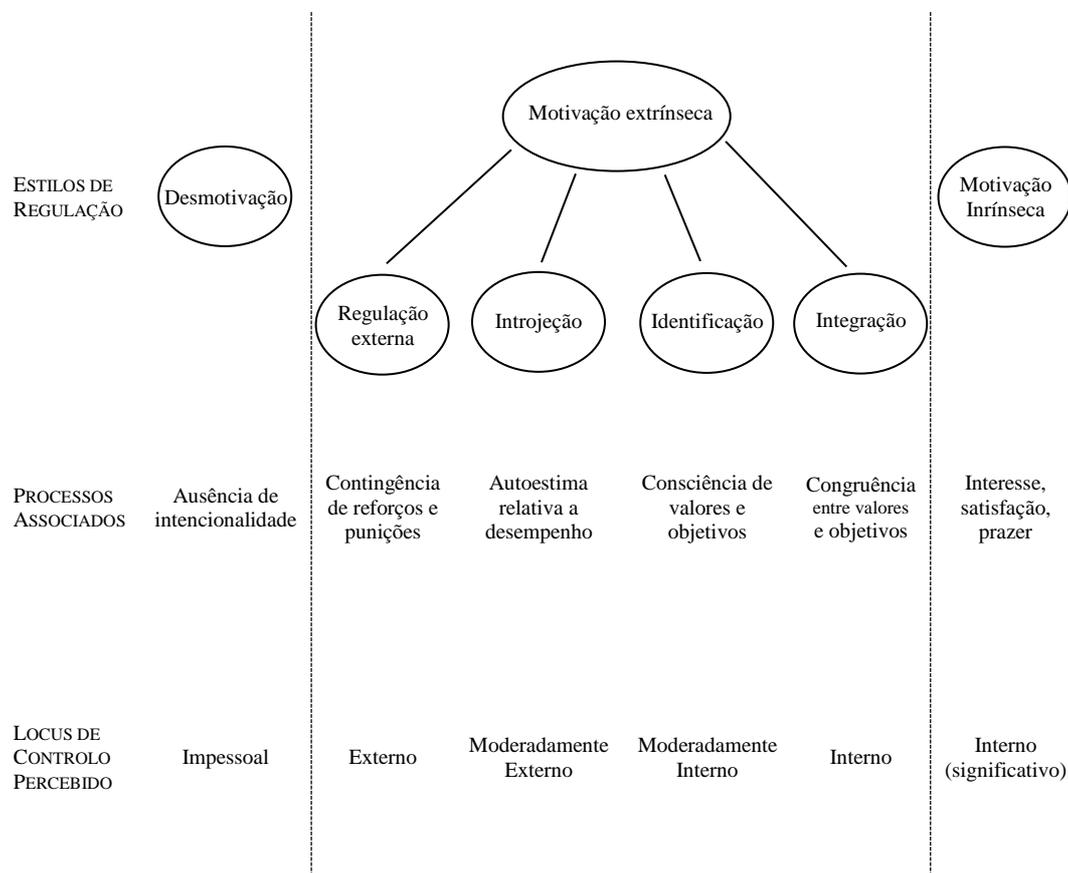


Figura 1. Taxonomia da motivação humana (Adaptado a partir de: Ryan & Deci, 200, p. 61).

De acordo com esta abordagem, a motivação de um indivíduo pode ser definida por um *continuum* de autodeterminação em que são diferenciados seis tipos de motivação, os quais variam qualitativamente, segundo a internalização de regulações externas no comportamento. De acordo com esta abordagem, a classificação vai desde a desmotivação passando pela motivação extrínseca e terminando numa forma de motivação intrínseca mais autónoma e autodeterminada. Estudos iniciais tendiam a fortalecer a ideia de que motivação intrínseca e extrínseca são antagónicas, com comportamentos intrínsecos a serem autodeterminados e comportamentos extrínsecos não autodeterminados, sendo frequentemente

assumido que a combinação entre ambos traria consequências negativas para a motivação intrínseca e autodeterminação. Vários estudos que se seguiram demonstraram que sob certas circunstâncias a motivação extrínseca pode aumentar a motivação intrínseca (Ryan, 1982; Ryan, Mims, & Koestener, 1983). Tornou-se claro nestes estudos que recompensas externas não são necessariamente negativas para a motivação intrínseca, podendo na verdade melhorá-la ou complementá-la. Isto sugere que um indivíduo pode ser autodeterminado mesmo quando lhe são propostos motivadores extrínsecos. De acordo com discussões posteriores sobre a teoria da autodeterminação (Deci & Ryan, 1985; Ryan, Connell, & Deci, 1985), sugeriram que apesar dos comportamentos intrinsecamente motivados serem por definição autodeterminados, os comportamentos extrinsecamente motivados podem variar no seu grau de autodeterminação.

2.3. Outras Sub-Teorias Associadas à Teoria da Autodeterminação **Teoria das Orientações de Causalidade**

(Causality Orientations Theory – COT)

Esta terceira sub-teoria estabelece diferentes orientações dos indivíduos com tendência para a estabilidade e que são associados a diferentes níveis de autodeterminação. Importa salientar que segundo a COT, todos os indivíduos possuem as características referentes aos diferentes tipos de orientações, mas existe uma forma de se orientar nas tarefas e regular os comportamentos mais saliente e constante que as restantes. Os autores referenciam três tipos de orientações causais: autónoma, controlada e impessoal. Cada uma delas será assumida pelo indivíduo consoante o nível de autodeterminação em que se encontre. Indivíduos com uma orientação mais autónoma regulam os seus comportamentos com base nos seus interesses e valores pessoais, sendo normalmente intrinsecamente motivados e possuindo grande capacidade de integrar adequadamente a motivação extrínseca. Por outro lado, indivíduos com uma orientação controlada dependem de recompensas e aprovação, estando relacionados com estilos de regulação externalizados e introjetados. Finalmente, os indivíduos com uma orientação impessoal regulam os seus comportamentos sem qualquer intencionalidade, estando relacionados com estilos de regulação de desmotivação (Deci & Ryan, 2002).

Teoria das Necessidades Psicológicas Básicas

(Basic Psychological Needs Theory – BPNT)

Esta sub-teoria, refere a importância da satisfação de determinadas necessidades na saúde e bem-estar do indivíduo, entendendo-se por necessidade uma força motivacional directamente relacionada com o bem-estar do indivíduo. As necessidades básicas (autonomia, competência e relacionamento) quando satisfeitas promovem o bem-estar do indivíduo, argumentando que estas três necessidades são essenciais e a frustração de alguma delas trará consequências negativas.

Teoria do Conteúdo dos Objetivos

(Goal Contents Theory - GCT)

Esta sub-teoria, considera que também os objetivos pessoais estão relacionados com as necessidades básicas. Segundo Kasser e Ryan (1993, 1996), existem dois tipos de objetivos: objetivos intrínsecos, directamente relacionados com a satisfação das necessidades básicas (eg. contribuir para a comunidade) e objetivos extrínsecos que estão mais direccionados para a obtenção de sinais externos de valorização (eg. ser famoso). Os mesmos autores, referem que os objetivos intrínsecos estão significativamente relacionados com sentimentos de vitalidade e os objetivos extrínsecos com ansiedade, depressão e sintomas físicos. Quando é inviável a satisfação das necessidades básicas, os objetivos extrínsecos podem ser seus substitutos funcionando como altamente motivadores (Deci & Ryan, 2002), no entanto, promovem uma satisfação superficial, sem contudo proporcionarem um sentimento geral de bem-estar conseguido com a satisfação das necessidades básicas de autonomia, competência e relacionamento.

Teoria das Motivação baseada nas Relações

(Relationships Motivation Theory – RTM)

A relação, que tem a ver com o desenvolvimento ou manutenção de relacionamentos próximos, tais como as relações românticas ou a de um melhor amigo, bem como a necessidade de pertença ao grupo, é uma das necessidades básicas do indivíduo. O relacionamento providencia a satisfação da necessidade de relação e é essencial para o ajustamento e bem-

estar do indivíduo. Contudo, as investigações mostram-nos que nos relacionamentos de qualidade, além da satisfação da necessidade de relação, se reforça a satisfação da necessidade de autonomia e de competência.

Para ser auto determinado cada indivíduo tem que ter competências para lidar com vários elementos do seu meio. A necessidade intrínseca de competência e autodeterminação, motiva um processo contínuo de procura e esforço na conquista de desafios. Uma maneira de conceptualizar a mudança é na diferença entre as estruturas internas e o mundo exterior. Procurar um desafio, é procurar uma diferença. E a sua procura surge no sentido de as reduzir incorporando os elementos discrepantes nas estruturas existentes. Motivação intrínseca e integração internalizada são facilitadas por contextos sociais que promovem a autonomia, a experiência de competência e o relacionamento interpessoal. Para compreendermos o comportamento humano e o desenvolvimento, devemos considerar o sistema pessoa-contexto e a sua complexidade (Ford, 1994). De acordo com esta perspetiva, é fundamental uma abordagem integrativa, pois é evidente que existe um efeito sinérgico quando as componentes motivacionais são coletivamente ativadas como um sistema organizado e internamente reforçado. Em contraste, temos um resultado surpreendentemente pequeno quando são ativados somente componentes individuais. Numa abordagem de crescimento integrativa, com propósito social, a motivação deverá ser considerada como um modelo organizado de quatro processos psicológicos: objetivos pessoais, crenças de competência e crenças no contexto e emoções consideradas num modelo dinâmico e de mútuo reforço (*Motivational Systems Theory - MST*). A formulação da MST sugere que o funcionamento ideal pode ser cultivado através de várias vias, incluindo ganhos em conhecimento e competências, melhorias significativas em oportunidades, recursos e mudanças duradouras. No conjunto, estes processos compõem um modelo de funcionamento mais integrativo, que facilita o compromisso com contextos relevantes e o progresso contínuo em direção aos objetivos pessoais. Quando estes objetivos pessoais, incluindo objetivos sociais de relacionamento, integrativos, como uma prioridade persistente, a finalidade social resultante facilita um maior ganho no modelo de funcionamento ótimo, aumentando não só o bem-estar do indivíduo, mas também a prosperidade dos sistemas sociais dos quais cada indivíduo é parte

integrante. A chave para manter e fortalecer um modelo de sucesso, capacitada pela adoção de uma abordagem ativa de orientação para objetivos, será cultivando hábitos de avaliação de pensar e sentir que facilitam o compromisso (Ford & Smith, 2007).

3. Importância e aplicações do conceito de autodeterminação no contexto da deficiência/incapacidade

A aplicação do conceito de autodeterminação a pessoas com deficiência é muitas vezes posta em causa pela forma como esta é definida, conceptualizada e operacionalizada. É comum considerarem que um indivíduo com deficiência não tem competências para tomar decisões e necessita de proteção ou guarda legal. Esta convicção pressupõe a incompatibilidade entre deficiência e autodeterminação.

O termo autodeterminação foi usado pela primeira vez na literatura sobre deficiência por Nirje (1972), em que abordava princípios de normalização. Neste artigo, o autor começava por referir que a principal faceta do princípio da normalização, é a criação de condições através das quais a pessoa com deficiência possa experienciar o mesmo respeito a que qualquer ser humano tem direito. Assim, escolhas, desejos e aspirações de uma pessoa com deficiência têm que ser tomadas em consideração em todas as ações que lhe digam respeito. Afirmer a individualidade na família, na escola, no trabalho ou com os amigos é difícil para muitas pessoas e particularmente difícil para alguém que tem uma deficiência ou é percebido como desvalorizado. Contudo, essa pessoa com incapacidade tem que viver como uma individualidade distinta definida para si próprio e para os outros através das circunstâncias e condições da sua existência. Para podermos perceber as causas que levam muitas pessoas com deficiência a não agirem de forma autodeterminada temos que considerar o meio em que vivem, as suas interações e expectativas e não somente a sua incapacidade.

Nirje (1972) sugeriu a utilização do termo autodeterminação como um constructo da personalidade identificando fazer escolhas, saber reivindicar, auto conhecimento, tomar decisões, auto eficácia, auto regulação, autonomia e independência como as principais características. A autodeterminação é um processo que se desenvolve ao longo da vida. Embora muitas áreas referidas como relacionadas com autodeterminação digam mais respeito à

idade adulta os primeiros anos podem oferecer experiências que conduzam à compreensão de causalidade, auto conhecimento e autoconceito, que podem tornar mais felizes os anos críticos da adolescência, período em que se desenvolvem muitas competências relacionadas com autodeterminação. Neste sentido, autodeterminação não é vista como uma característica adquirida por alguns, mas normalmente distribuída, variando os diferentes níveis em função de diferentes contextos ou diferentes momentos, sendo necessário para a sua análise considerarmos o potencial e habilidade de cada indivíduo e as condições impostas por fatores ambientais. Esta característica não está dependente de determinados níveis de inteligência, mas existem pré-requisitos sujeitos a determinadas contingências, sendo estas uma questão de oportunidade. Assim, oportunidades inadequadas, podem dificultar ou impedir o seu desenvolvimento e nas pessoas com deficiência a falta de oportunidades pode mesmo significar que não venham a ser autodeterminados. A aplicação do conceito de autodeterminação a pessoas com deficiência é muitas vezes posta em causa pela forma como esta é definida, conceptualizada e operacionalizada. O conceito foi evoluindo passando por diversos quadros conceptuais, alguns dos quais convém referir para termos uma perspetiva da evolução e da forma como é introduzido nas questões da deficiência.

No início das investigações, a autodeterminação era conceptualizada como uma necessidade interna, uma propensão inata e natural para compreender os nossos interesses e exercitar as nossas capacidades, procurando e conquistando desafios significativos (Deci & Ryan, 1985). Entretanto é considerada como uma função do domínio da motivação, (caracterizada por competência percebida, auto estima, manutenção de um locus de controlo interno, internalização de objetivos e recompensas) e expectativas de auto eficácia (Powers et al., 1996). Wehmeyer (1998) propõe que autodeterminação se refira à maneira de ser do indivíduo, que uma pessoa possa ser descrita como autodeterminada com base nas características funcionais do seu comportamento.

Independentemente da orientação de cada investigador é importante ter presentes as diferentes conceptualizações, particularmente quando pensamos no domínio da deficiência em que compreendemos que temos menos a fazer com a histórica compreensão do determinismo ou livre

vontade e muito mais com a compreensão e explicação do que é interno ou externo, autónomo ou heterónimo, determinantes do comportamento e integrar esta compreensão para a mudança efetiva. Se cruzarmos todas estas conceções de autodeterminação com o quadro conceptual da deficiência, parece-nos difícil perceber quais os motivos para que na atualidade as políticas existentes e a intervenção realizada ainda não considerem de forma mais destacada a importância desta temática nos diversos contextos.

Porque continuamos a ter dúvidas sobre a capacidade das pessoas com deficiência para a autodeterminação? Esta dúvida poderá ser suscitada por um conjunto de falsas interpretações deste conceito.

- *Auto determinação não tem que ser a realização independente de um comportamento*: uma pessoa com deficiência física pode ter um assistente que realize as atividades sob o seu controlo; do mesmo modo que uma pessoa com deficiência mental pode, de uma forma independente, não ser capaz de tomar decisões complexas, no entanto, pode manter o controlo e ser autodeterminado se mantiver o apoio adequado;

- *Autodeterminação é controlo absoluto*: Quando se refere autodeterminação como controlo sobre a própria vida não significa domínio absoluto e autoridade, mas sim influência direta e orientação;

- *Um comportamento autodeterminado é sempre um comportamento de sucesso*: Existe a tendência de se considerar um comportamento autodeterminado como um comportamento de sucesso, o que seria incompatível com a ideia de que pessoas com deficiência não estão associadas ao sucesso, segundo os padrões socialmente definidos. No entanto, a ênfase deve ser colocada na ação, que pode ser realizada com suporte adequado para promover alteração na própria vida;

- *Autodeterminação é autoconfiança e autossuficiência*: Os termos autoconfiança e autossuficiência não estão associados a pessoas com deficiência, as quais podem precisar de numerosos e complexos sistemas de apoio para funcionarem da forma mais independente possível. No entanto, na nossa sociedade todos recorremos a serviços de terceiros, logo não poderemos considerar autodeterminação como simples reflexo da proporção de atividades que realiza por si próprio de forma independente sem considerarmos o planeamento e decisão sobre as atividades a realizar;

- *Autodeterminação é só competência ou só oportunidade*: É uma

falsa dicotomia conceptualizar como exclusivamente capacidade ou oportunidade considerando que autodeterminação depende de ambas, em conjunto com experiência e adequados suportes;

- *Autodeterminação como algo que se faz*: Existe uma tendência emergente de falar em autodeterminação como um programa ou uma inovação que os serviços podem fazer. Currículos, programas e serviços podem e devem ser definidos e implementados para capacitar as pessoas para a autodeterminação contudo, estes por si só não são autodeterminação;

- *Autodeterminação é um resultado específico*: Existe a tendência para associarmos autodeterminação a resultados específicos a nível de comportamento. Não podemos definir autodeterminação baseada numa série de determinados comportamentos porque virtualmente qualquer comportamento pode ser uma ação para controlar a própria vida podendo qualquer um deles refletir autodeterminação;

- *Autodeterminação é só escolha*: Apesar de importante o papel da componente “escolha” não é determinante na definição de autodeterminação. Fazer escolhas é apenas um dos aspetos da autodeterminação que tem que ser considerado no seu contexto. Pessoas diferentes desejam níveis de controlo diferente e têm diferentes valores acerca do que controlam e considerarmos a escolha de igual forma em diferentes contextos pode mesmo configurar negligência de serviço ou violação de direitos (Wehmeyer, 1998).

Ao longo dos anos a psicologia da educação e a literatura sobre reabilitação atribuíam um papel secundário ou quase nulo à autodeterminação como fator promotor de sucesso na escola e na vida adulta para pessoas com deficiência. Mesmo quando este tema surgiu, a discussão centrou-se na sua aplicabilidade no domínio da deficiência grave e nos seus direitos e capacidades para fazerem escolhas e expressarem preferências. Apesar de este ser um elemento crítico autodeterminação envolve muito mais que a simples escolha ou expressão de preferências. Autodeterminação é um direito do indivíduo com deficiência de assumir o controlo e fazer escolhas que tenham impacto na sua vida (Nirje, 1972).

Para indivíduos com deficiência esta interpretação é tão importante quanto o direito à igualdade, para aqueles que experienciaram a discriminação associada à deficiência, autodeterminação significa

empowerment, o direito a assumir o controlo da própria vida. No entanto, não é adequado conceptualizar autodeterminação estritamente como um direito embora o processo de autodeterminação tenha como requisito o acesso aos direitos básicos. Para um indivíduo ser autodeterminado, a sua ação tem que refletir *autonomia*, *autorregulação*, *empowerment* e *autorrealização*. Sendo segundo Wehmeyer (1992), definida como a atuação do indivíduo como o primeiro agente causal da própria vida, faz escolhas e toma decisões olhando para a sua qualidade de vida livre da influências ou interferências externas. Um indivíduo é autodeterminado se o seu comportamento reflete quatro características essenciais: *autonomia*, conceito que envolve separação emocional dos pais e o desenvolvimento de um sentido de controlo da própria vida, o estabelecimento de um sistema de valores pessoais e a habilidade para executar comportamentos necessários no mundo dos adultos, (Lewis e Taymans, 1992); *autorregulação* como um sistema complexo de resposta que capacita o indivíduo para avaliar o seu meio e o seu repertório de respostas para decidir como planear, desenvolver e avaliar os resultados da ação e rever os planos se necessário, (Whitman, 1990); *empowerment psicológico* definido como perceções e crenças de si próprio e do seu meio que emergem da sua perceção de eficácia e de controlo, (Zimmerman, 1990); e *autorrealização* que reflete um conhecimento cuidadoso das forças e limitações do indivíduo e a intenção de usar este conhecimento em situações seguintes. Indivíduos autodeterminados têm que ser agentes causais das suas vidas, sendo através da sua ação que é exercido poder ou são atingidos fins na sua própria vida de uma forma previsível e consistente (Wehmeyer, 1992). São as perceções pessoais e as crenças acerca de si próprio e do meio em que está inserido que afetam o grau em que a pessoa é capaz de se considerar o primeiro agente causal na sua vida. O reconhecimento da importância da autodeterminação como fundamental para o indivíduo atingir respeito e dignidade e se perceber a si próprio como digno e com valor, é a principal razão para as pessoas com deficiência terem que ser consistentes na procura do controlo das suas vidas.

A deficiência, mental ou física, pode por diferentes razões dificultar a aprendizagem. O desenvolvimento da aprendizagem, da memória e linguagem e da capacidade de generalização têm impacto na autodeterminação, mas não impedem o desenvolvimento dos seus elementos

componentes. Pessoas com deficiências cognitivas experienciam limitações no número e complexidade das competências que são importantes para se tornarem totalmente autodeterminados, no entanto, intervenções comportamentais e tecnologias adaptativas podem remover ou diminuir algumas das barreiras colocadas pela incapacidade intelectual. Dando adequado suporte, oportunidades em que possa experienciar controlo, ver satisfeitas as suas necessidades, ter asseguradas todas as questões de acessibilidade e alojamento, se possível aprender a fazer coisas novas, adquirindo competências relacionadas com autodeterminação, é possível que uma pessoa com significativo défice possa tornar-se autodeterminada. Isto não sugere que a maior parte dos indivíduos com deficiência sejam capazes de tomar completo controlo das suas vidas, estas pessoas irão sempre necessitar de um considerável suporte nas decisões médicas, financeiras, interações sociais, atividades de vida diária e muitos outros domínios. Para um indivíduo ter um papel de agente de mudança na própria vida, não implica controlo absoluto das decisões, mas absoluta participação no seu processo de desenvolvimento. Quando atribuímos o mesmo valor ao papel da autodeterminação na vida de um indivíduo, quer tenha ou não deficiência, teremos entrado no verdadeiro caminho da igualdade de oportunidades e da inclusão social das pessoas com deficiência. O caminho para ultrapassar as barreiras existentes inicia-se na família, que para muitas pessoas com deficiência é o catalisador da mudança e o primeiro impulso na procura de adaptações. Embora um dos elementos da família possa desempenhar o papel de cuidador formal, algumas destas relações tornam-se por vezes controladoras, dominadas pelo familiar e criando dependência. O mesmo pode também acontecer na relação professor/aluno. As pessoas com deficiência necessitam acima de tudo de oportunidades para se tornarem autodeterminadas e conseqüentemente de compreensão e motivação para ultrapassarem as barreiras e assumirem maior controlo. A necessidade da família de proteção e segurança, ganham à necessidade de risco e de exploração para o desenvolvimento de independência e de autonomia. Se famílias, amigos e profissionais que interagem com o indivíduo, considerarem os seus desejos, necessidades, capacidades e escolhas, estarão capacitar as pessoas com deficiência para serem autodeterminadas.

4. Promoção da Autodeterminação – Orientações futuras

Partindo dos estudos iniciais sobre a autodeterminação, compreendendo a sua importância, evolução e aplicação no domínio da deficiência e incapacidade poderemos propor algumas linhas de desenvolvimento neste domínio.

Uma das chaves para desenvolver e manter uma forte modelo motivacional, é ter uma crença fundamental de que o futuro pode ser melhor que o presente (Snyder, 2000). Esta crença requer que acreditemos na existência de caminhos que nos podem levar a um futuro melhor e que temos capacidades e apoio necessários para percorrer com sucesso esses caminhos. A motivação requer que acreditemos em nós próprios, bem como acreditarmos nas pessoas e recursos de que dependemos. Sendo um dado adquirido que pessoas com deficiência podem ser autodeterminadas, é importante avaliarmos o seu padrão motivacional e considerarmos esse resultado como um dado fundamental na promoção da qualidade de vida desse indivíduo. A importância da autodeterminação na qualidade de vida das pessoas com deficiência necessita ainda de realizar um percurso que lhe permita estar num patamar comum a todos os indivíduos sejam ou não pessoas com deficiência. Tal perspectiva remete para a associação do conceito de autodeterminação, ao de *esperança*, aqui entendida como “um estado motivacional positivo que é interativamente baseado num sentido de (a) agência [*agency*] e (b) trajetórias [*pathways*] (planeamento para o alcance dos objetivos) bem-sucedidas” (Snyder, Irving, & Anderson, 1991).

No que respeita ao contexto familiar, é sugerida uma maior consideração da normatividade nos processos educativos (e.g., encorajamento, manutenção de expectativas adequadas, esquemas de reforço parental), aceitando as limitações e encontrando soluções para a sua superação, e não assumindo uma atitude superprotetora de evitamento de riscos e, conseqüentemente, de vivências promotoras do desenvolvimento de *competência*. As crianças e os adolescentes tornam-se autodeterminados através de oportunidades e experiências que levam ao sucesso ou ao fracasso; através de oportunidades para explorar, assumirem riscos e aprenderem com as suas conseqüências. Aprendem participando em decisões, fazendo escolhas e experienciando controlo em casa, na escola ou outros contextos. A autodeterminação surge quando o indivíduo se percebe a

si próprio como capaz de realizar ações cujos resultados interferem na sua vida.

O nascimento de uma criança representa uma mudança significativa na família, dependendo o impacto da mudança das características de cada constelação e funcionamento familiares. Quando se trata de uma criança com deficiência são ainda maiores as alterações, no entanto continua a variar em função da natureza de cada família e do próprio quadro funcional. A maior dificuldade de uma família com uma criança com deficiência é manter, tanto quanto possível, o normal funcionamento familiar. No processo de aceitação da deficiência, os elementos da família adotam atitudes que em grande parte das situações constituem barreiras à promoção da autodeterminação. Ward (1988) define duas dessas barreiras: a superproteção e a crença de que uma criança deficiente tem tantos problemas que não deve ser sobrecarregada com expectativas de autodeterminação. As famílias devem começar por aceitar a criança com deficiência com igual “valorização”, estruturando o contexto de forma a proporcionar-lhe iguais oportunidades e possibilidades de escolha. Sendo a família o contexto privilegiado para o crescimento, desenvolvimento e bem-estar do indivíduo, temos que promover uma prestação de serviços que envolvam, fortaleçam e apoiem as famílias. Esta prática deve incluir: trabalhar com a família no sentido de garantir o bem-estar de todos os elementos; fortalecer a capacidade da família para que funcione efetivamente, focando-se nas soluções; capacitar as famílias para o envolvimento nos processos de tomada de decisão (*partnership*); desenvolver um relacionamento entre os pais e os prestadores de serviços caracterizado pela confiança mútua, respeito, honestidade e comunicação aberta; providenciar serviços individualizados, flexíveis e relevantes para cada família; e promover relações sociais de apoio baseadas na comunidade, colaborativas, abrangentes e culturalmente relevantes (Osher, Osher, & Blau, 1998; www.ffcmh.org).

O processo educacional/formativo/institucional deve capacitar os indivíduos e as suas famílias no sentido de se tornarem parte ativa na conceção e desenvolvimento do seu plano individual, tomando consciência da importância desse plano na definição do seu projeto de vida e no seu futuro. Contudo, transferir controlo e responsabilidade para os alunos/formandos/utentes requer aprendizagem e estruturas de apoio,

implicando um trabalho conjunto de todos os intervenientes. Este trabalho, deverá privilegiar uma intervenção interdisciplinar que avalia não só a funcionalidade do indivíduo, mas também a sua qualidade de vida nos diferentes domínios (físico, psicológico e social), bem como o seu padrão motivacional e as suas redes de apoio social. É fundamental o investimento na formação das equipas e na sua capacitação nestes domínios. De acordo com a definição operacional e multidimensional de “empowerment” proposta por Chamberlin (1997), no processo formativo das equipas deveremos promover: o poder de tomada de decisão; o acesso a informação e recursos; possibilidade de escolha; a assertividade; o sentimento de esperança (um indivíduo pode fazer a diferença); o pensamento crítico; saber conhecer e expressar a raiva/revolta; o sentimento de pertença ao grupo; a compreensão de que as pessoas têm direitos; a capacidade de introdução de mudança na vida pessoal e na comunidade; o reconhecimento da importância das competências de aprendizagem; a perceção de competência/capacidade para agir; “sair do armário”; crescimento e mudança infundáveis e autoiniciados; a autoimagem positiva e ultrapassar o estigma. Neste sentido, será porventura expectável que o *empowerment* das equipas de profissionais que trabalham (in)diretamente com as pessoas com deficiência/incapacidade, possa favorecer o processo de empowerment destas pessoas e famílias.

O meio familiar e o meio escolar/institucional têm papéis distintos mas ambos importantes na promoção da autodeterminação, sendo fundamental e determinante a colaboração escola/instituição/família na promoção de experiências e aprendizagens. Programas educacionais promotores da autodeterminação não podem consistir num esforço unilateral de mudança de currículo, criado por uma equipa interdisciplinar; o currículo deve contemplar alterações e adaptações com ênfase nas necessidades, escolhas e preferências do indivíduo na família e na comunidade. O reconhecimento da importância das competências relacionadas com autodeterminação por parte da família, dos professores e equipa técnico-pedagógica é o primeiro passo para a promoção da autodeterminação.

Promover autodeterminação nos indivíduos com ou sem deficiência pressupõe uma sociedade diferente, com igualdade de direitos, deveres e oportunidades. Muito se tem discutido sobre a conceção de uma melhor sociedade e de como lá chegar. Indubitavelmente atingiremos uma sociedade

mais justa e inclusiva quando a abordagem realizada respeitar e praticar um conjunto de valores: autodeterminação, cuidado e compaixão, colaboração e participação democrática, diversidade humana e justiça distributiva, tendo estes valores subjacentes as dimensões práticas de definição do problema, papéis do indivíduo, papéis do cuidador e o tipo e tempo de intervenção (Prilleltensky, 1997).

III - Discussão e Conclusões

A evolução do modelo conceptual da deficiência tem implicações políticas e sociais determinantes no valor atribuído às questões da deficiência/incapacidade, nomeadamente ao nível dos processos de inclusão, *empowerment* e autodeterminação. Inicialmente considerada como uma questão individual, centrando as limitações na pessoa e apenas nos seus aspetos negativos, existindo uma relação causal unidirecional entre deficiência/incapacidade/desvantagem, passámos para um modelo integrado da funcionalidade e incapacidade humana (OMS, 2001). Em termos de reabilitação, assistimos a uma preocupação do papel determinante dos técnicos no processo de reabilitação, centrado na preocupação de compensar a deficiência, para uma visão integradora em que a incapacidade não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições resultante da interação pessoa-contexto.

Este trabalho faz referência a um percurso profissional na área da deficiência e aos conhecimentos e reflexões que esse mesmo percurso proporcionou, cruzado com os diferentes modelos conceptuais de deficiência, as implicações práticas dessas diferenças e a convicção de que pessoas autodeterminadas, deficientes ou não, conquistam um lugar diferente no contexto em que estão inseridos. Deste trabalho salienta-se a importância do trabalho das equipas disciplinares, a qualificação dessas mesmas equipas e a importância da intervenção psicológica multinível.

De um percurso profissional na área da deficiência, e apesar dos imensos progressos verificados, continuamos a viver numa sociedade em que o conceito de inclusão não é assumido por todos de uma forma plena, sendo (porventura demasiadamente frequentes) atitudes geradoras de incapacidades (*disabling attitudes*). Na família, na escola, na comunidade é imperativo proporcionar à pessoa com deficiência as mesmas oportunidades, permitindo-lhe a gestão da sua vida, assumindo escolhas e tomando decisões; o meio familiar e no meio escolar/institucional, embora tendo papéis distintos, são ambos importantes na promoção da autodeterminação, sendo fundamental a colaboração entre eles. Da reflexão sobre este percurso e práticas profissionais, emergiu a convicção de que independentemente da

sua *condição*, cada indivíduo tem o direito de governar a sua vida, decidindo, fazendo escolhas ou desenvolvendo ações que interfiram na definição do seu percurso de vida. O conceito de autodeterminação foi proposto com o objetivo de compreender os componentes da motivação intrínseca e extrínseca e os fatores relacionados com a sua promoção. Nessa perspectiva, são abordadas a personalidade e a motivação humanas, concentrando-se nas tendências evolutivas, nas necessidades psicológicas inatas e nas condições contextuais favoráveis à motivação, ao funcionamento social e ao bem-estar pessoal. A teoria da autodeterminação vê o ser humano como um organismo proativo cujo funcionamento natural ou intrínseco, pode ser facilitado ou impedido pelo contexto social (Deci, Eghari, Patrick, & Leone, 1994). Os termos autodeterminação e deficiência poderão ter sido (e ser ainda) considerados como mutuamente incompatíveis; no entanto, autodeterminação é um direito do indivíduo com deficiência - o de assumir o controlo e fazer escolhas que tenham impacto na sua vida (Nirje, 1972).

Este trabalho de revisão e reflexão aponta-nos como uma das orientações futuras a aferição e validação de instrumentos de avaliação dos padrões motivacionais e autodeterminação para pessoas com deficiência e diferentes níveis e formas de incapacidade. Estes instrumentos permitir-nos-iam introduzir a avaliação do padrão motivacional na avaliação psicológica, no sentido de o compreendermos e podermos trabalhar com cada indivíduo a partir do modelo de autodeterminação. A realização de intervenções focadas na promoção dos níveis motivacionais numa perspectiva ecológica, procurarão a abrangência dos diversos sistemas do indivíduo, integrando nos planos individuais de intervenção, a análise dos determinantes pessoais e contextuais do desenvolvimento e adaptação da pessoa com deficiência/incapacidade.

Para que o papel da autodeterminação passe a ter um valor diferente e as pessoas com deficiência possam sentir-se de facto socialmente incluídas, temos que considerar uma outra orientação futura que passa pela formação dos profissionais nesta matéria. Apesar da importância que têm os currículos e os programas de intervenção na vida destas pessoas, por si só não conseguem dar-lhes a esperança que necessitam para lutarem pela sua realização pessoal e acreditarem num futuro melhor.

Bibliografia

- Albrecht, G. L. (1992). *The disability business*. Newbury Park, CA: Sage.
- Angyal, A. (1941). *Foundations for a science of personality*. New York: Commonwealth Fund.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barnes, C., & Mercer, G. (2003). *Disability*. Cambridge: The Polity Press.
- Buntinx, W. H. E., & Schalock, R. L. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7, 283–294.
- Carmona da Mota, H., Antonio, A. M, Leitão, G. & Porto, M. (1990). Late effects of early malnutrition. *Lancet*, 335, 1158 (letter).
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG), & Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) (2007). *Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades – uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: CRPG.
- Chamberlin, J. (1997). A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 43-46.
- Coleridge, P. (1993). *Disability, liberation and development*. Oxford: Oxfam Publications.
- DeCharms, R. (1968). *Personal causation: the internal affective determinants of behavior*. New York: Academic Press.
- Deci, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York: Plenum.

- Deci, E. L. (1980). *The psychology of self-determination*. Lexington, MA: Health (Lexington Books).
- Deci, E. L., Eghrari, H., Patrick, B. C., & Leone, D. R. (1994). Facilitating internalization: The self-determination theory perspective. *Journal of Personality, 62*, 119–142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.
- Deci, E. D., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. New York: University of Rochester Press.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*, 129-136.
- Fauconnier, J., Dickinson, H.O., Beckung, E., Marcelli, M., McManus, V., & Michelsen S.I. (2009). Participation in life situations of 8–12 year old children with cerebral palsy: Cross sectional European study. *British Medical Journal, 338*, 1458-1470.
- Ford, D. H. (1994). *Humans as self-constructing living systems: A developmental perspective on behavior and personality*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ford, M. E., & Smith, P. R. (2007). Thriving with social purpose: An integrative approach to the development of optimal human functioning. *Educational Psychologist, 42*, 153-171.
- Freud, S. (1914). *Psychopathology of Everyday Life*. New York: The Macmillan Company.
- Goodenough, F. L. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. Chicago: World Book Company.

- Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton–Century–Crofts.
- Ingstad, B. (2001). Disability in the developing world. In G. Albrecht, K. Seelman, & M. Bury (Eds.), *Handbook of disability studies*. (pp. 772-793). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- International Disability Foundation (IDF) (1998). *World Disability Report*. Geneve: IDF.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: H. Holt and Company.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 80-87.
- Kohs, S. C. (1923). *Intelligence measurement. A psychological and statistical study based upon the block-design tests*. New York: MacMillan.
- Lewis, K., & Taymans, J. M. (1992). An examination of autonomous functioning skills of adolescents with learning disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 15, 37-46.
- Morris, J. (1997). Gone missing? Disabled children living away from their families. *Disability and Society*, 12, 241-258.
- Nirje, B. (1972). The right to self-determination. In W. Wolfensberger (Ed.), *Normalization: The principle of normalization in human services* (pp. 176-200). Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Basingstoke: Macmillan.

- Organização das Nações Unidas (ONU) (1993). *Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities*. New York: ONU.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: A Manual of Classification Relation to the Consequences of Disease*. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization.
- Osher, T. W., Osher, D., Blau, G. Families matter. In: Gullotta T, Blau G. (2008). Family influences on childhood behavior and development evidence-based prevention and treatment approaches (pp. 39–61). New York: Routledge.
- Powers, L. E., Sowers, J., Turner, A., Nesbitt, M., Knowles, E., & Ellison, R. (1996). Take charge: A model for promoting self-determination among adolescents with challenges. In L. E. Powers, G. H. S. Singer, & J. Sowers (Eds.). *On the road to autonomy: Promoting self-competence in children and youth with disabilities* (pp. 291-322). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Prilleltensky, I. (1997) Values, assumptions, and practices: Assessing the moral implications of psychological discourse and action. *American Psychologist*, 47, 517-535.
- Rey, A. (1942). L'examen psychologique dans le cas d'encephalopathie traumatique. *Archives de Psychologie*, 28, 286-340.
- Ryan, R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 450-461.

- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality, 63*, 397–427.
- Ryan, R. M., Connell, J. P., & Deci, E. L. (1985). A motivational analysis of self-determination and self-regulation in education. In C. Ames & R. E. Ames (Eds.), *Research on motivation in education: The classroom milieu*. New York: Academic Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.
- Ryan, R. M., Mims, V., & Koestner, R. (1983). Relation of reward contingency and interpersonal context to intrinsic motivation: A review and test using Cognitive Evaluation Theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 736-750.
- Sandvin, J. (2002). Rehabilitation: A Norwegian expert asks if it's still a useful concept. *Disability World*. (Disponível em: http://www.disabilityworld.org/09-10_02/il/useful.shtml).
- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of organisms: An experimental analysis*. New York: Appleton-Century.
- Snyder, C. R. (Ed.) (2000). *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
- Snyder, C. R., Irving, L. M., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In C. R. Snyder & Donelson R. Forsyth (Eds.), *The handbook of social and clinical psychology: The health perspective* (pp. 285-307). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Thorndike, E. L. (1913). *Educational psychology: Vol. 2. The psychology of learning*. New York: Teacher's College Press.

- Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (1976). *Fundamental Principles of Disability*. London: UPIAS and The Disability Alliance.
- Ward, M. J. (1988). The many facets of self-determination. *NICHCY Transition Summary: National Information Center for Children and Youth with Disabilities*, 5, 2-3.
- Wechsler, D. (1949). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children*. New York: The Psychological Corporation.
- Wehmeyer, M. L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training of the Mentally Retarded*, 27, 302-314.
- Wehmeyer, M. L. (1998). Self-determination and individuals with significant disabilities: Examining meanings and misinterpretations. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 23, 5-16.
- White, R. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Whitman, T. L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 94, 347 - 362.
- Woodworth, R. S. (1918). *Dynamic psychology*. New York: Columbia University Press.
- Woodworth, R. S. (1958). *Dynamics of behavior*. New York: Holt.
- Zimmerman, M. A. (1990). Toward a theory of learned hopefulness: A structural model analysis of participation and empowerment. *Journal of Research in Personality*, 24, 71 - 86.

