

A saúde mental na inserção social da pessoa com cegueira adquirida

MARIA JOÃO SILVEIRA (*)
ARMÉNIO SEQUEIRA (*)

1. INTRODUÇÃO

Constitui hoje ampla preocupação de sectores políticos, sociais e científicos o acesso e prática da cidadania plena de todas as pessoas, *a fortiori* das pessoas com deficiência. Distintas perspectivas orientam a centralidade dos objectivos, os factores de influência e análise dos processos e a consequente postura de apresentação e interpretação dos fenómenos bem como das prováveis causas.

Algumas invariantes, contudo, sobressaem de diferentes abordagens: a multidimensionalidade e abrangência, a progressão e cúmulo de desvantagens e a maior vulnerabilidade de grupos específicos como o das pessoas com deficiência. Alguns investigadores da área das ciências humanas e sociais vêm, neste contexto, procurando, com os seus estudos e trabalhos de investigação, melhor conhecer para melhor explicar, compreender e intervir nos processos/situações que produzem e estruturam os handicaps daí resultantes.

No quadro social e científico da Reabilitação e Inserção Social, à volta do qual tem tomado forma e se tem organizado o processo de realiza-

ção, disseminação e utilidade social dos citados estudos e trabalhos de investigação, um os principais eixos de desenvolvimento de pesquisa é o relativo ao estudo dos factores de maior influência da autonomia e bem-estar das pessoas com deficiência.

Uma revisão de literatura sobre a temática mostra a relevância duma análise diferenciada dos contextos e das deficiências nos resultados obtidos em diferentes estudos e trabalhos de investigação. Os estudos e investigações sobre a saúde mental nestas populações revela-se muito importante face à dificuldades em identificar alguns problemas comportamentais e por serem, por outro lado, muitas vezes ignorados.

Vários estudos efectuados neste âmbito apontam para um maior temor que a cegueira introduz quando comparada com outras deficiências. Tais diferenças parecem dever-se a, entre outros, dois factores fundamentais:

O primeiro é a crença inconsciente de que ver é uma forma de influenciar outrem e o meio, pelo que a cegueira não seria a perda sensorial dum sentido, mas a perda de um importante instrumento para a realizar o que se deseja. O olhar representaria o poder de transmitir energia de diferentes qualidades, de induzir o bem e o mal. Fala-se então de «frieza do olhar» do «olhar que seduz» do «mau olhado» que depaupera e torna o outro incapaz e vulnerável; o segundo é a ideia

(*) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

de que ver e compreender são uma e a mesma coisa. Enunciamos «pontos de vista» quando nos referimos a uma estrutura conceptual de referência, em «visões do mundo» quando pretendemos significar diferenças culturais, em «evidente», «sem sombra de dúvidas» para (re)afirmar o conhecimento verdadeiro que equivaleria à «visão perfeita do fenómeno».

Tais crenças parecem estar presentes e influenciar, embora diferentemente em extensão e profundidade, sentires e comportamentos.

Tendo em conta que a grande maioria das população é normo-visual toda a cultura e quadro social pressupõe que todas as pessoas vêem. A ausência de visão é considerada uma diferença marcante, algo não desejável. O conhecimento do funcionamento psicológico das pessoas cegas em termos de saúde mental melhorará, entendemos, a possibilidade de intervenção social e técnica e poderá fornecer elementos para melhor compreender o papel que a visão cumpre no desempenho dos processos de autonomia social e pessoal, e de inserção social.

É objectivo deste trabalho estudar o modo como um grupo de pessoas com cegueira adquirida organiza as suas funções psicológicas para realizar a autonomia/inserção social. Pretende-se ainda contribuir para uma reflexão sobre os mecanismos de exclusão a que as pessoas cegas estão particularmente expostas.

A saúde de um indivíduo em situação de fragilidade social, as possibilidades de desenvolvimento físico e mental, a sua autonomia e segurança, as suas condições de existência constituem-se em função do meio em que se insere e dos grupos a que pertence. Creemos que se poderá falar de aspectos particulares dum grupo sempre que e quando este partilha, de forma distinta, um conjunto de elementos considerados relevantes, nomeadamente quando se podem desenvolver mecanismos operativos necessários à realização de acções específicas de inserção social, cultural e profissional. O objecto de estudo desloca-se então das características do indivíduo para o funcionamento das processos sociais e psicológicos gerais. Passa-se de um estudo centrado nas propriedades de um indivíduo ou grupo, considerado como uma entidade independente e idiossincrática, para o estudo de processos comuns que ocorrem em condições concretas e particulares.

As diferenças inter-individuais causadas por alterações das características pessoais representam um terreno privilegiado para o esclarecimento que essas características cumprem no funcionamento psicológico geral dos indivíduos, como também para elucidar os recursos de que o aparelho psíquico dispõe e a forma como os utiliza para fazer face às solicitações do ambiente físico e social.

A forma com estas condições afectam o comportamento real dos indivíduos e a sua relação com o meio, e a construção de recursos psicológicos exige um cuidado esforço metodológico de investigação. A comparação do comportamento das pessoas com cegueira adquirida com os normo-visuais permite-nos o conhecimento dos efeitos diferenciais que a visão tem sobre o comportamento. Uma proposta concreta de trabalho – Saúde Mental na Inserção social na Cegueira Adquirida – é gerada neste quadro.

Dion (1972), Kleck (1968), e Van Hasselt (1983) identificam dificuldades na adaptação social dos indivíduos com cegueira, nomeadamente: rejeição generalizada, dificuldades de interacção limitações funcionais, inferindo consequências emocionais. A cegueira afectaria negativamente o carácter, a valência social e/ou o estatuto emocional do indivíduo deficiente. Eaglestein (1975) e Van Hasselt (1983), verificam que uma grande percentagem de indivíduos com cegueira estão socialmente isolados.

Ammerman, Van Hasselt e Hersen (1986), encontraram dados que apontam para a existência de limitações cognitivas, perfis de personalidade mal adaptadas, probabilidades de comportamento e psicopatologia, nesta população. Bauman (1964), Jan, Freeman e Scott (1977), Van Hasselt, Kazdin e Hersen (1986), observam elevados níveis de ansiedade e depressão em indivíduos com cegueira, relativamente aos normo-visuais.

Imamura (1965) e Wilson (1967) constataam que estudantes cegos são mais submissos, menos auto-confiantes e menos auto-suficientes que os estudantes normo-visuais.

Hartings (1947) e Barker (1953), comparando índices de Saúde Mental entre estudantes com deficiência visual e normo-visuais, verificam que os indivíduos com deficiência visual apresentam maiores distúrbios na escala de auto-adaptação e uma maior labilidade em termos de saúde mental.

Carrol (1961), encontra resultados semelhantes, considerando a personalidade da pessoa cega qualitativamente diferente da dos normo-visuais, contrariando Foulke (1972), que não verifica a existência de quaisquer diferenças.

Klein (1962), aponta a importância de relacionar um déficit sensorial específico com o isolamento geral do meio, que implicaria uma redução de oportunidades para avaliar os factos e sinais do meio com sérias consequências na integração. Esta situação ocorreria como consequência da cegueira, tendo em conta que a cegueira cria uma situação em que a desadaptação tem grande probabilidade de ocorrência.

Cutsforth (1966), vem apoiar esta perspectiva, considerando não existir um postulado diferente intitulado «Psicologia da Cegueira». Contudo, este autor considera dois tipos de reacção à cegueira, ambos no sentido de estabelecer a importância do ego no grupo social, e para organizar ou recuperar sentimentos de segurança e auto-aceitação. Um é a compensação, segundo o qual o indivíduo tenta provar a si próprio e aos outros, que a inadequação não existe. Outro, a retracção, em que o indivíduo aceita os sentimentos de inadequação como avaliação válida do seu ego e estabelece uma falsa segurança, adoptando uma conduta agressiva. Estes quadros poderão não ter como causa a cegueira em si, são resultantes da interacção do indivíduo cego com o seu meio social, incluindo atitudes, expectativas dos outros e as suas próprias reacções a essas atitudes e expectativas.

Para estes autores, a dinâmica que afecta a personalidade do indivíduo cego também afecta a do normo-visual, surgindo, no entanto, diferenças ao nível do meio físico e social que podem produzir quadros característicos de personalidades diferentes.

McGuire e Meyers (1971), vêm evidenciar esta perspectiva ao referirem a não existência de uma topologia da personalidade específica em indivíduos com deficiência visual.

2. MÉTODO

No objectivo do presente estudo optou-se pelo método comparativo, que segundo Grawitz (1990) tende a sistematizar uma tendência natu-

ral: o movimento espontâneo que nos leva a comparar o que observamos.

2.1. *Participantes*

Os participantes são caracterizados através da análise dos processos individuais e posteriormente em situação de entrevista. Pretende-se, por este meio, constituir um grupo de participantes com cegueira adquirida.

Foram seleccionados 60 indivíduos dos dois sexos com cegueira, nas instituições C.R.N.S.A., A.C.A.P.O e A.P.E.D.V.

Nas constituição dos grupos com cegueira e dado o nosso objectivo, elegemos as seguintes variáveis:

2.1.1. Data de Aparecimento da Cegueira

O grupo de pessoas com cegueira é constituído por sujeitos que cegaram após os 5 anos de idade. A idade limite escolhida deve-se às controvérsias existentes no que respeita à idade, data de aparecimento da cegueira e retenção da imagem visual (Shaegil, 1953; Lowerfeld, 1955).

2.1.2. Causa da Cegueira

Este factor pode ter implicações no funcionamento mental, especialmente, se na etiologia da cegueira, se verificam lesões ao nível do sistema nervoso central. Com o objectivo de controlar esta variável não foram incluídas no grupo de participantes pessoas com cegueira com patologias do S.N.C..

2.1.3. Sexo e idade

Optamos, de acordo com Gécas (1982), por definir um intervalo de idades entre os 20 e os 55 anos.

2.1.4. Habilitações

Os intervalos escolhidos pretenderam garantir comparabilidade nos grupos em estudo. Foi definido um intervalo entre a ausência de habilitações e os 17 anos de formação académica.

Foi ainda seleccionado, um grupo de controlo, constituído por 80 indivíduos normo-visuais, apresentando homogeneidade nas características

demográficas relativamente ao grupo experimental.

O grupo total de participantes é de 140 indivíduos, 60 com cegueira e 80 indivíduos normo-visuais.

2.2. Procedimento

Procedeu-se ao pré-teste do GHQ (General Health Questionnaire), na versão de 28 itens, em 10 sujeitos com cegueira e 10 sujeitos normo-visuais, concluindo-se pela compreensibilidade e pertinência da utilização do questionário, ainda que moroso na resposta.

Os participantes com cegueira foram contactados no Centro de Reabilitação Nossa Senhora dos Anjos, na Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal e na Associação Promotora de Emprego para Deficiência Visuais.

Procedeu-se a uma entrevista inicial, onde era referido, de forma sucinta a importância do estudo a realizar, de modo a informar os sujeitos sobre o tema abordado e diminuindo a possibilidade de enviesar os resultados.

Posteriormente foi aplicado o GHQ na versão de 28 itens em situação de entrevista individual. Garantia-se o anonimato, das respostas obtidas.

O grupo de controlo foi seleccionado posteriormente. Do mesmo modo, foi-lhe apresentado o projecto e trabalhada a sua colaboração, em situação de entrevista individual.

Explorou-se a associação dos resultados das diferentes variáveis, bem como entre estas e os resultados do GHQ. Pontualmente, estudou-se a interdependência entre outras variáveis consideradas pertinentes.

Utilizaram-se as provas estatísticas paramétricas de T de Student e Qui-Quadrado, utilizadas pelo autor do questionário. Assim, aplicou-se o teste do qui-quadrado para o nível de significância nas diferenças encontradas. Para a comparação de médias foi utilizado o teste t-student.

Após a utilização de um questionário semi-directivo, que incluía questões para caracterização demográfica dos participantes foi aplicado a cada indivíduo o General Health Questionnaire (Golberg, 1972, 1976, 1978, 1981), na sua versão de 28 itens.

Este instrumento tem demonstrado possuir uma validade e fiabilidade significativas em estudos de rastreio na área da Saúde Mental (Eastwood,

1971; Cooper, 1973; Rawnsly, 1975; Tarnopolsky, 1979).

3. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Pretende-se numa primeira fase, realizar uma análise estatística descritiva, apresentando as características demográficas da população. Seguidamente, utilizar uma estatística paramétrica para calcular as proporções de variabilidade dos resultados, relativas às variáveis, em estudo.

3.1. Caracterização demográfica da população estudada

A população total deste estudo, é constituída por 140 indivíduos, 60 com cegueira e 80 normo-visuais.

3.1.1. Distribuição da População em Função da Variável Sexo

Relativamente aos indivíduos normo-visuais, 70% são do sexo feminino e 30% de sexo masculino. A população de indivíduos com cegueira é constituída por 60 sujeitos, 48% do sexo feminino e 52% do sexo masculino.

3.1.2. Distribuição da População em Função do Nível Etário

A maior percentagem dos indivíduos com cegueira, situa-se na faixa etária entre os 31 e os 35 anos (Gráfico 1).

A percentagem mais elevada de indivíduos normo-visuais situa-se entre os 31 e os 35 anos, à semelhança dos indivíduos com cegueira (Gráfico 2).

3.1.3. Distribuição da População em Função das Habilitações

Os indivíduos com cegueira e com habilitações entre o 10.º e o 12.º ano, constituem o maior grupo da população estudada (Gráfico 3).

Os indivíduos normo-visuais, tal como os indivíduos com cegueira, com habilitações entre o 10.º e o 12.º ano, constituem o maior grupo da população estudada (Gráfico 4).

GRÁFICO 1
Distribuição em pergentagens por idade, dos indivíduos com cegueira

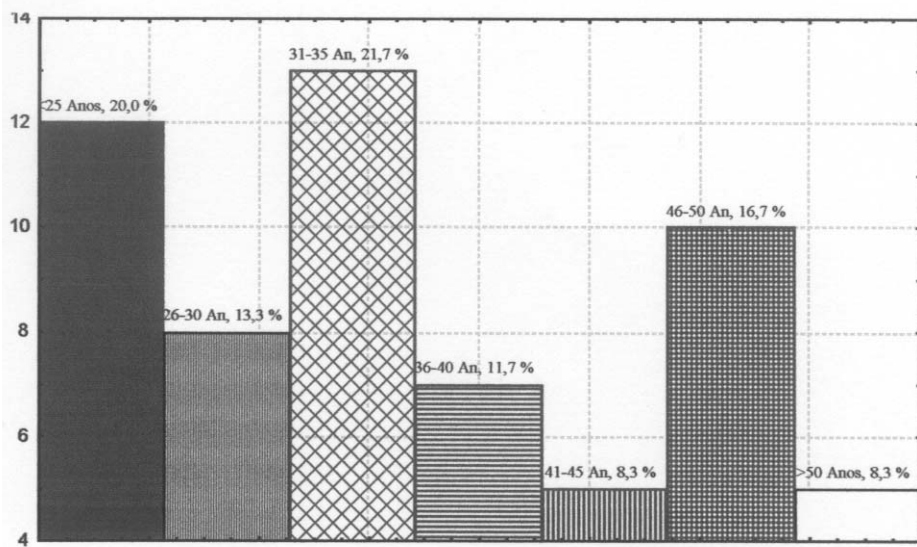


GRÁFICO 2
Distribuição em pergentagens por idade em indivíduos normo-visuais

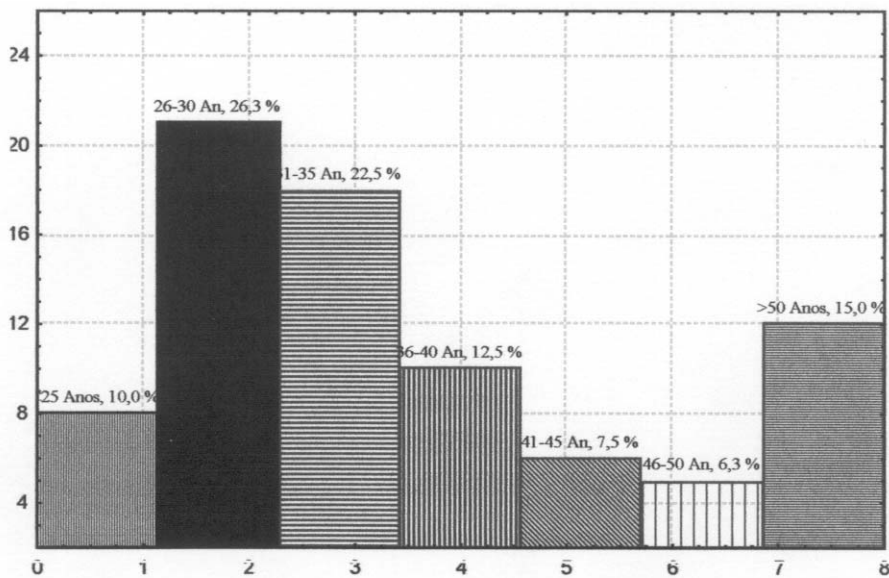


GRÁFICO 3
 Distribuição de percentagens dos indivíduos com cegueira por habilitações

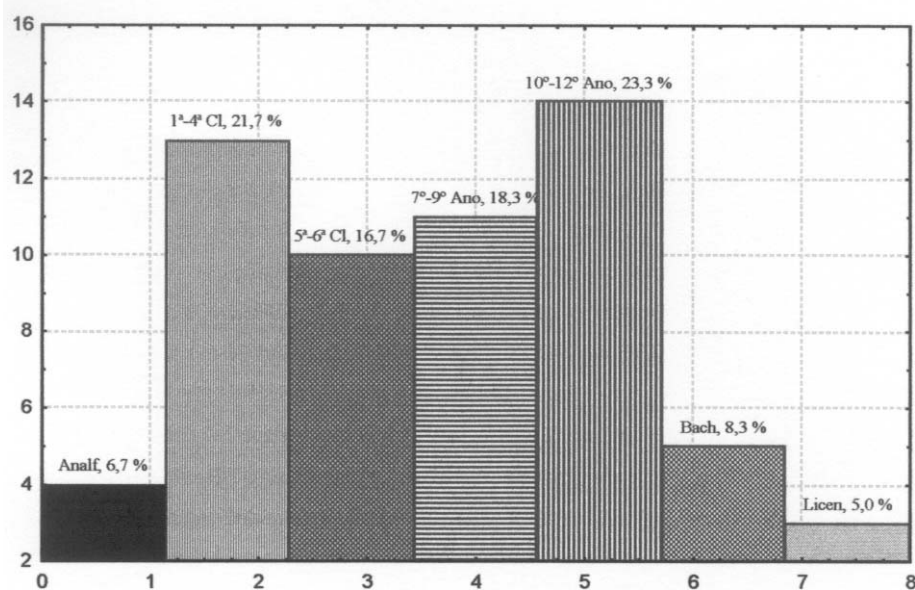


GRÁFICO 4
 Distribuição dos indivíduos normo-visuais por habilitações

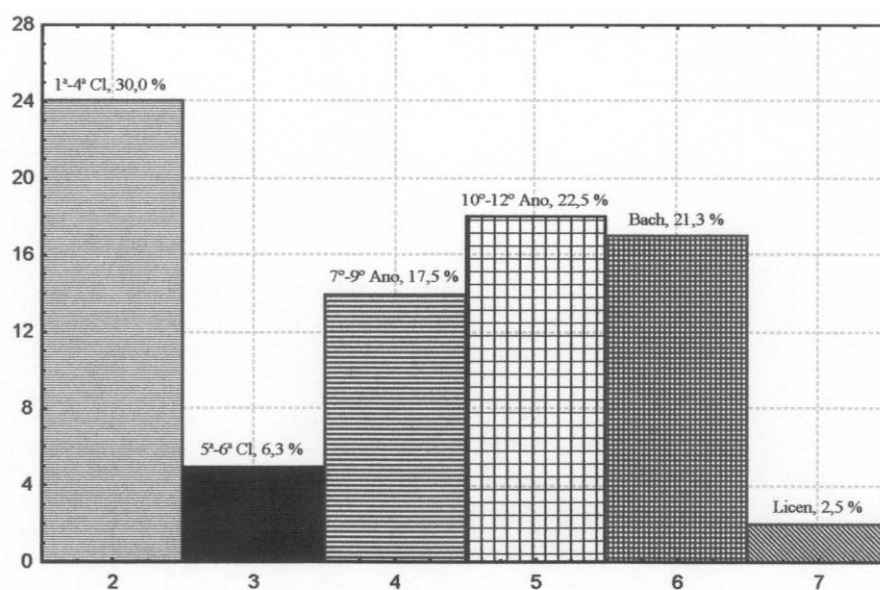


GRÁFICO 5
Distribuição dos indivíduos com cegueira por estado civil

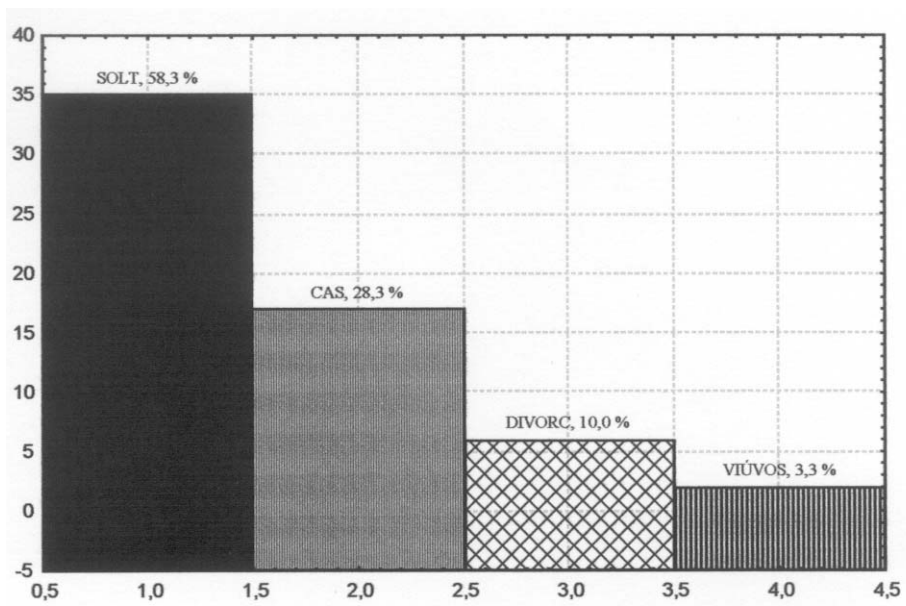


GRÁFICO 6
Distribuição dos indivíduos normo-visuais por estado civil

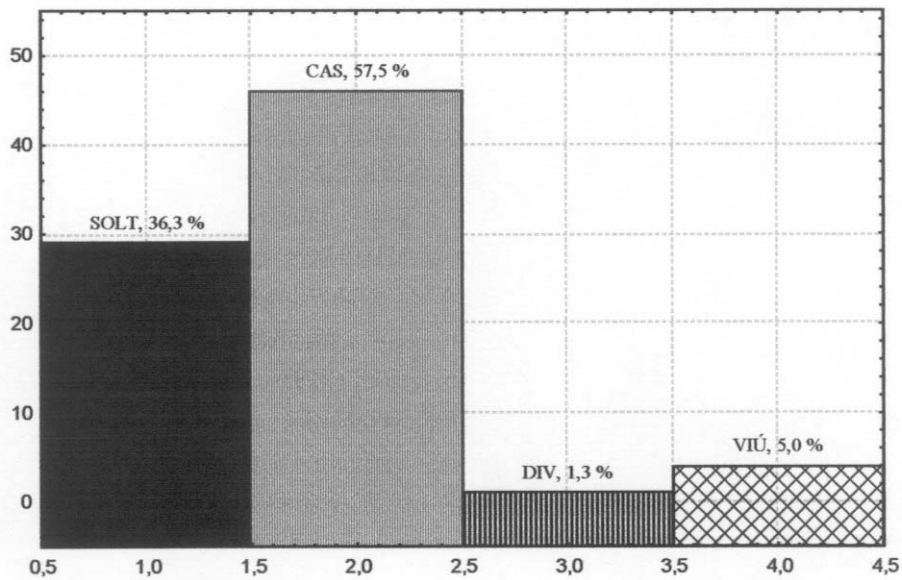
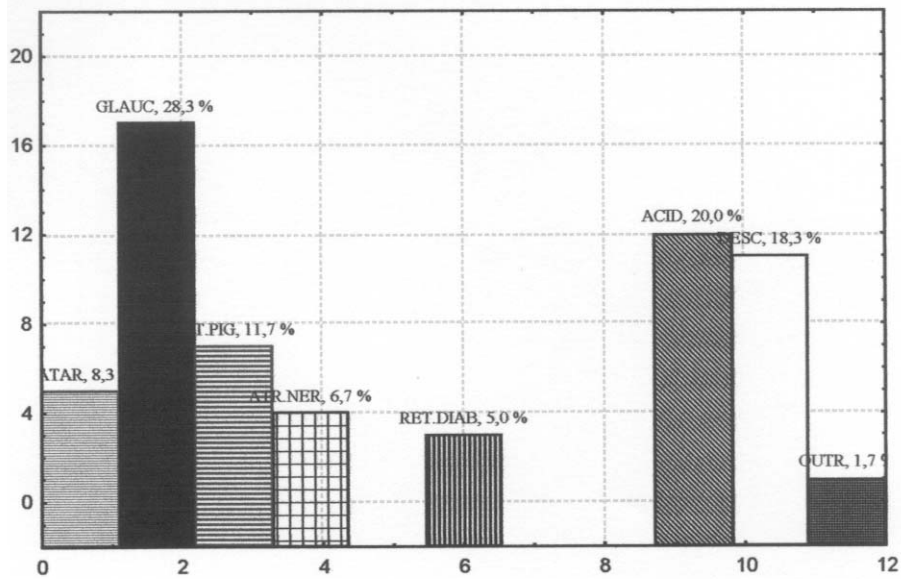


GRÁFICO 7

Distribuição de percentagens dos indivíduos com cegueira em função da etiologia



3.1.4. Distribuição da População em Função do Estado Civil

Em relação ao estado civil dos indivíduos com cegueira que constituem a população estudada, estes surgem na sua maioria, solteiros (Gráfico 5).

Os indivíduos normo-visuais, são na sua maioria casados. Seguem-se os solteiros, representando 36% da população estudada (Gráfico 6).

3.1.5. Distribuição da População em Função da Etiologia da Cegueira

Na etiologia da cegueira, verificamos uma maior percentagem de glaucoma (28%), nos indivíduos com cegueira que constituem a população em estudo (Gráfico 7).

3.2. Distribuição da População em Função de Outras Variáveis em Estudo

3.2.1. Naturalidade

Os indivíduos com cegueira e normo-visuais

da população em estudo, são, na sua maioria, naturais de Lisboa. Os restantes, apresentam uma distribuição heterogénea pelos vários distritos. Surge, ainda, a presença de 11 indivíduos no grupo de pessoas com cegueira e 5 no grupo dos normo-visuais, originários dos PALOP's.

3.2.2. Residência

Relativamente à residência dos indivíduos com cegueira e normo-visuais que constituem a população em estudo, é maioritariamente do distrito de Lisboa surgindo uma distribuição heterogénea pelos vários distritos, nos restantes indivíduos.

3.2.3. Profissão

Relativamente à profissão a maioria dos sujeitos situa-se ao nível do grupo 5, relativo à área de serviços e segurança, nas duas populações em estudo (Gráficos 8 e 9).

O maior grupo de indivíduos com cegueira, encontra-se a trabalhar na área de serviços e segurança, seguindo-se um grupo em formação profissional.

GRÁFICO 8

Distribuição de percentagens dos indivíduos com cegueira relativamente à profissão

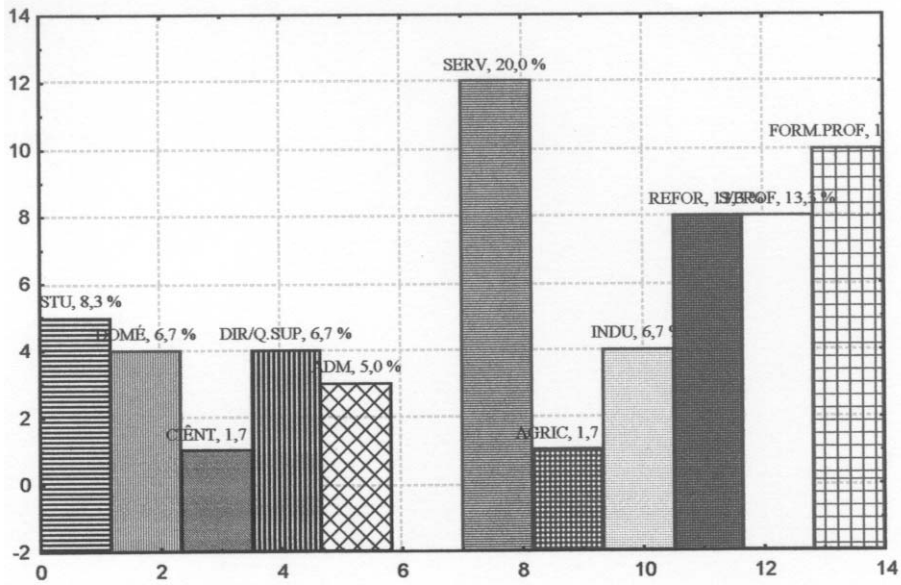


GRÁFICO 9

Distribuição das profissões por percentagens nos indivíduos normo-visuais

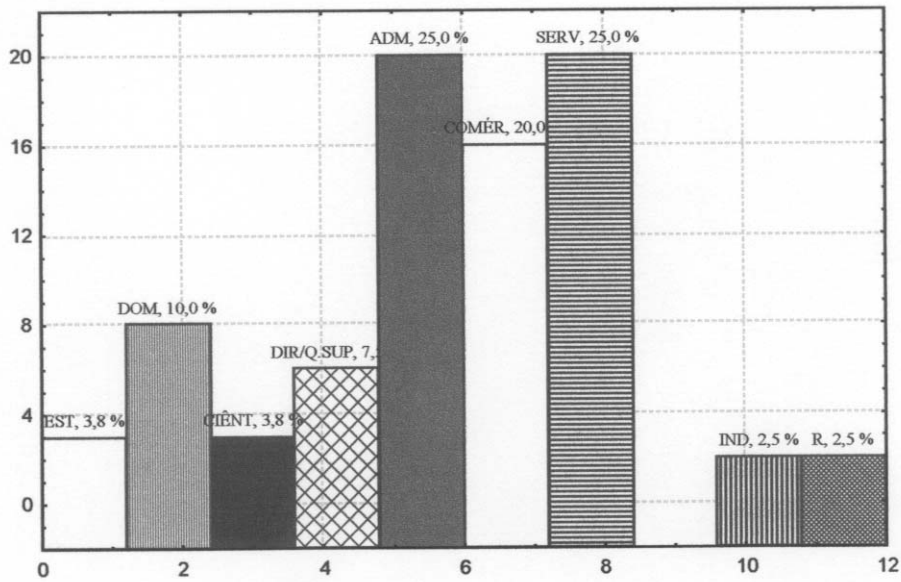
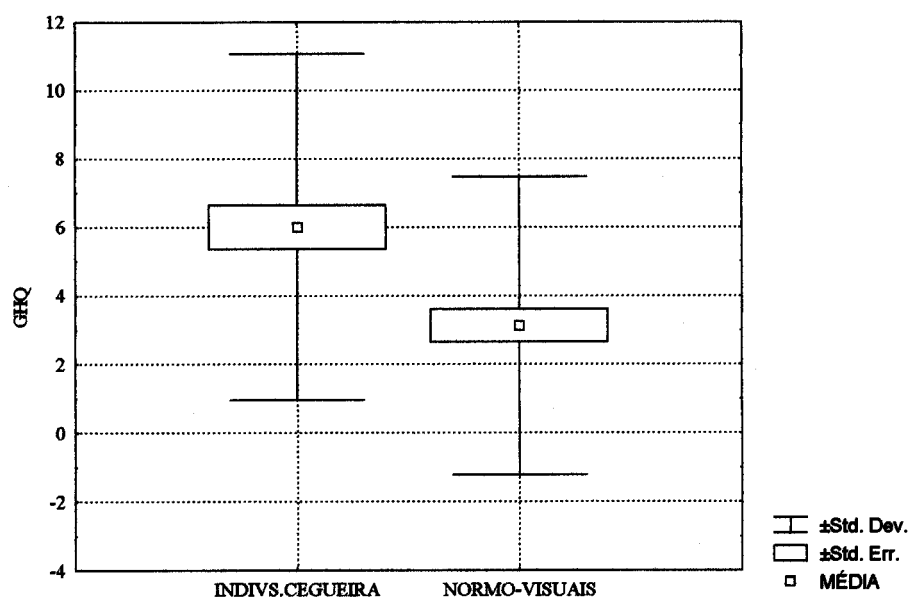


GRÁFICO 10
Diferenças de médias entre indivíduos com cegueira e normo-visuais relativamente aos valores do GHQ



Para os indivíduos normo-visuais, à semelhança da população com cegueira, o maior grupo corresponde aos profissionais na área de serviços surgindo a mesma percentagem de pessoal administrativo (Gráfico 9).

3.4. Análise Estatística dos Resultados

Relativamente ao primeiro objectivo deste estudo, verificar a existência de diferenças significativas, nos valores de Saúde Mental obtidos através do GHQ, entre indivíduos com cegueira e normo-visuais, encontramos resultados que confirmam a nossa hipótese experimental. Através da utilização do teste paramétrico t de student, encontramos $p=0,00042$ a um nível de significância de $\alpha=0,001$, verificamos a existência de diferenças significativas nos valores do GHQ, apresentados por indivíduos com cegueira e normo-visuais.

Os indivíduos com cegueira apresentam um valor médio no GHQ de 6,00, e os indivíduos normo-visuais, de 3,12. Deste modo, os indivíduos com cegueira apresentam valores significa-

tivamente mais elevados de que os indivíduos normo-visuais, o que aponta para um compromisso psicológico neste tipo de população em relação aos indivíduos normo-visuais (Gráfico 10).

Comparando a prevalência de situações com compromisso psicológico, avaliados pelo GHQ e utilizando o referencial dado pelo autor da escala, Goldberg (1982), em indivíduos com cegueira e normo-visuais, verifica-se a existência de 32 casos positivos, 53% de indivíduos com cegueira, com compromisso psicológico e uma prevalência de 22 casos nos normo-visuais, o que corresponde a 27,5% desta população (Quadro 1, Gráfico 11).

Efectuando uma comparação entre os dois grupos, através do X^2 , verifica-se um valor de $p = 0,00189$, o que indica a existência de diferenças significativas em que o grupo de indivíduos com cegueira apresenta maior número de casos com compromisso psicológico.

Quando se analisam apenas os casos GHQ +, isto é, os indivíduos que acusam algum compromisso psicológico, relativamente às sub-escalas

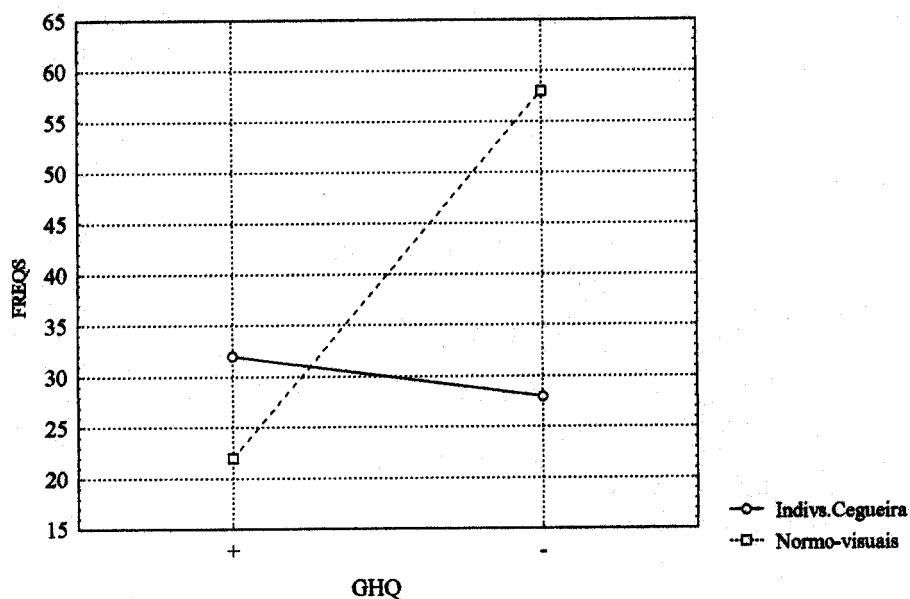
QUADRO 1

Casos com e sem compromisso psicológico nos indivíduos com cegueira e normo-visuais

GRUPOS	GHQ +	GHQ -	TOTAL
Indivs. Cegueira	32	28	60
Normo-visuais	22	58	80
Total	54	86	140

GRÁFICO 11

Prevalência de casos com compromisso psicológico, em indivíduos com cegueira e normo-visuais



em estudo nos dois grupos, constituídos por indivíduos com cegueira e normo-visuais, verifica-se a existência de diferenças significativas com $p < 0,05$ no que respeita aos aspectos somáticos, mais elevados nos indivíduos normo-visuais, no funcionamento social e depressão com mais casos com compromisso psicológico nos indivíduos com cegueira. Não surgem diferenças, nos casos positivos dos dois grupos, relativamente à sub-escala ansiedade (Quadro 2). Ambos surgem com os valores mais elevados.

3.4.1. Valores obtidos no GHQ e Nível Etário

Verificou-se a existência de diferenças significativas, relativamente aos valores do GHQ em indivíduos com cegueira nos diferentes níveis etários. Efectuando uma análise de variância surge $p = 0,01$ significativo com $\alpha = 0,05$.

Verifica-se um pico, relativamente aos valores que implicam um compromisso psicológico, no nível etário que se situa entre os 46 e os 50 anos (Quadro 3).

QUADRO 2

Médias das sub-escalas dos indivíduos que acusam compromisso psicológico (GHQ +)

GRUPOS	SOMA	ANSI	SOCI	DEPR
Indivs. Cegueira	2,00	3,03	2,65	2,12
Normo-visuais	3,13	3,90	1,54	0,68
Total	2,46	3,38	2,20	1,53

QUADRO 3

Médias dos valores obtidos no GHQ nos indivíduos com cegueira em função do nível etário

IDADE	GHQ
G_1: < 25	5,41
G_2: 26-30	3,00
G_3: 31-35	6,92
G_4: 36-40	6,14
G_5: 41-45	1,00
G_6: 46-50	10,00
G_7: >50	6,60
Total	6,00

QUADRO 4

Médias obtidas nos valores do GHQ de indivíduos normo-visuais em função do nível etário

IDADE	GHQ
G_1: < 25	2,00
G_2: 26-30	3,28
G_3: 31-35	0,72
G_4: 36-40	3,40
G_5: 41-45	5,66
G_6: 46-50	2,80
G_7: >50	5,83
Total	3,12

Do mesmo modo, surgem diferenças significativas nos valores de GHQ, em função do nível etário nos indivíduos normo-visuais, apesar de não serem tão significativas quanto no grupo de indivíduos com cegueira ($p = 0,03$ significativo com $\alpha=0,05$).

Nos indivíduos normo-visuais, os valores do GHQ mais elevados surgem em indivíduos com mais de 50 anos e com idades compreendidas entre os 41 e os 45 anos, diferindo assim dos resultados obtidos nos indivíduos com cegueira. Os valores do GHQ mais baixos surgem entre os 31 e os 35 anos (Quadro 4).

3.4.2. Valores do GHQ e Estado Civil

Encontramos diferenças significativas nos valores do GHQ com $p=0,02$ a um nível de significância de $\alpha=0,05$, relativamente ao estado civil dos indivíduos com cegueira.

Podemos verificar uma prevalência elevada de compromissos psicológicos nos indivíduos viúvos. Os indivíduos com cegueira, solteiros ou divorciados, apresentam os valores do GHQ mais baixos, surgindo os casados com valores intermédios (Quadro 5).

Em relação aos indivíduos normo-visuais,

QUADRO 5
Médias obtidas nos valores do GHQ em indivíduos com cegueira em função do estado civil

ESTADO CIVIL	GHQ
Solteiros	5,20
Casados	7,23
Divorciados	4,16
Viúvos	15,00
Total	6,00

QUADRO 6
Médias obtidas nos valores do GHQ em indivíduos normo-visuais em função do estado civil

ESTADO CIVIL	GHQ
Solteiros	5,20
Casados	7,23
Divorciados	4,16
Viúvos	15,00
Total	6,00

não se verificaram diferenças significativas, em função do estado civil, apesar de tal, como na população de indivíduos com cegueira, serem os indivíduos viúvos a apresentarem os valores do GHQ mais elevados (Quadro 6).

3.4.3. Valores no GHQ e Habilitações

Verifica-se a existência de diferenças significativas, relativamente aos valores do GHQ, em indivíduos cegos com diferentes graus académicos, surgindo $p=0,03$ a um nível de significância de $\alpha=0,05$.

QUADRO 7
Médias dos valores do GHQ em indivíduos cegos segundo as habilitações

HABILITAÇÕES	GHQ
G_1: analfabetos	11,00
G_2: 1. ^a -4. ^a classe	6,38
G_3: 5. ^a -6. ^a classe	6,20
G_4: 7. ^o -9. ^o ano	7,45
G_5: 10. ^o -12. ^o ano	5,78
G_6: Bacharelato	0,40
G_7: Licenciatura	2,00

QUADRO 8
Médias dos valores do GHQ em indivíduos normo-visuais segundo as habilitações

HABILITAÇÕES	GHQ
G_1: analfabetos	4,58
G_2: 1. ^a -4. ^a classe	2,60
G_3: 5. ^a -6. ^a classe	3,42
G_4: 7. ^o -9. ^o ano	2,77
G_5: 10. ^o -12. ^o ano	1,47
G_6: Bacharelato	2,00
G_7: Licenciatura	3,12

Os valores do GHQ mais elevados surgem nos indivíduos analfabetos, e os mais baixos, nos indivíduos com maiores habilitações (Quadro 7).

Em relação ao grupo de indivíduos normo-visuais, não há diferenças significativas nos valores do GHQ em função das habilitações. No entanto, os resultados variam de forma inversa às habilitações, à semelhança do grupo de indivíduos com cegueira (Quadro 8).

3.4.4. Valores no GHQ e Zona Geográfica de Residência

Podemos verificar a existência de diferenças significativas com $p=0,001$ a um nível de significância de $\alpha=0,01$ nos valores do GHQ, nos indivíduos com cegueira, em função da zona de residência.

Verifica-se um pico de morbilidade psiquiátrica no distrito de Santarém, e uma baixa de prevalência, no distrito do Porto e da Guarda (Quadro 9).

Verifica-se, do mesmo modo, com $p=0,008$ a um nível de significância de $\alpha=0,01$ a existência de diferenças significativas nos valores do GHQ em função da zona de residência, nos indivíduos normo-visuais.

Neste grupo em estudo, encontramos um pico de morbilidade psiquiátrica na zona de Leiria, verificando-se a existência de valores nulos no GHQ nas zonas da Guarda e Portalegre (Quadro 10).

QUADRO 9
Médias dos valores do GHQ em indivíduos com cegueira em função da zona de residência

RESIDÊNCIA	GHQ
G_1: Braga	4,00
G_2: Castelo Branco	4,00
G_3: Coimbra	2,00
G_4: Guarda	1,00
G_5: Leiria	9,75
G_6: Lisboa	8,43
G_7: Porto	1,75
G_8: Setúbal	2,00
G_9: Santarém	12,00
G_10: Viseu	4,50
G_11: Palop's	2,00
Total	6,08

QUADRO 10
Médias dos valores do GHQ em indivíduos normo-visuais em função da zona de residência

RESIDÊNCIA	GHQ
G_1: Guarda	0,00
G_2: Leiria	19,00
G_3: Lisboa	3,00
G_4: Portalegre	0,00
G_5: Porto	1,00
G_6: Setúbal	3,50
Total	3,12

3.4.5. Valores no GHQ e Profissão

Através de uma análise de variância e obtendo um $p=0,03$ a um nível de significância de $\alpha=0,05$ revela-nos a existência de diferenças significativas nos valores do GHQ em indivíduos com cegueira, em função da sua situação profissional.

Deste modo, os valores do GHQ mais elevados situam-se nos indivíduos cegos reformados e em seguida, nos sem profissão. Surgem igualmente, com um valor elevado, os indivíduos que apresentam como profissão «doméstica». O grupo profissional com melhores índices de saúde mental, corresponde aos directores e quadros superiores, e em seguida nos estudantes (Quadro 11).

Em relação aos indivíduos normo-visuais não se verificam diferenças significativas nos valores do GHQ em função da profissão, surgindo os melhores índices de saúde mental nos estudantes, e à semelhança do grupo com cegueira os valores mais elevados do GHQ, no grupo dos reformados (Quadro 12).

Não se encontram diferenças significativas nos valores do GHQ, em função das queixas físicas apresentadas pelos indivíduos com cegueira ($p = 0,17$), nem em função da etiologia da cegueira ($p = 0,73$).

QUADRO 11
Médias dos valores do GHQ em indivíduos com cegueira segundo a profissão

PROFISSÃO	GHQ
G_1: Estud.	1,20
G_2: Domést.	7,25
G_3: Prof. Cientif.	3,00
G_4: Direct. Tabelas	0,25
G_5: Comérc. Vended.	6,66
G_6: Serviç. Segurança	5,66
G_7: Agricult.	3,00
G_8: Indust. Extractiv.	4,75
G_9: Reformado	10,25
G_10: S/Profiss.	8,37
G_11: Form. Profiss.	6,20

QUADRO 12
Médias dos valores do GHQ em indivíduos normo-visuais segundo a profissão

PROFISSÃO	GHQ
G_1: Estud.	0,66
G_2: Domést.	1,75
G_3: Prof. Cientif.	1,33
G_4: Direct. Tabelas	2,16
G_5: Comérc. Vended.	1,90
G_6: Serviç. Segurança	5,25
G_7: Agricult.	3,55
G_8: Indust. Extractiv.	4,00
G_9: Reformado	8,00
Total	3,12

Não se verificaram diferenças significativas nos valores do GHQ, em indivíduos com cegueira que se identificavam como sendo «não saudáveis» ($p = 0,16$). No entanto, dos 60 indivíduos com cegueira, 53 consideram-se saudáveis, dos quais 26, apresentam um GHQ +, e 27 um GHQ -.

Dos 7 indivíduos que não se consideram saudáveis, 6 surgem com o GHQ + e apenas 1 apresenta o GHQ - (Quadro 13).

Não se encontram diferenças significativas nos indivíduos com cegueira, que terminaram, estão em reabilitação ou nunca a efectuaram, relativamente aos valores do GHQ ($p = 0,08$).

No entanto, verificam-se valores de compromisso psicológico mais elevados nos indivíduos que não efectuaram qualquer reabilitação.

Por sua vez, os indivíduos que terminaram a reabilitação há algum tempo, apresentam valores de morbidade psiquiátrica ligeiramente superiores, aos dos indivíduos que se encontram em reabilitação, no momento da avaliação efectuada através do GHQ (Quadro 14, Gráfico 12).

Foi encontrada uma correlação positiva entre a idade em que o indivíduo cegou e os valores apresentados no GHQ. Assim, quanto maior o nível etário em que o indivíduo cegou, mais elevados surgem os valores do GHQ.

Verificou-se a existência de uma correlação negativa entre a duração da situação de cegueira e os valores do GHQ. Quanto menor o tempo de cegueira, mais elevados surgem os valores do GHQ.

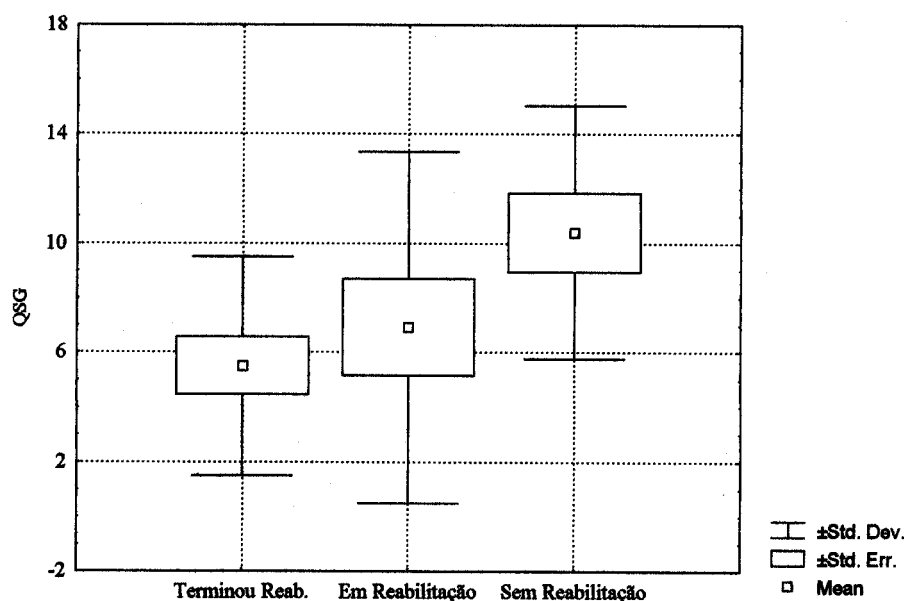
Não se verificou qualquer correlação entre o

QUADRO 13
Distribuição dos valores dos GHQ + e GHQ - dos indivíduos cegos em função de se sentirem ou não saudáveis

GHQ	SAUDÁVEL	NÃO SAUDÁVEL	TOTAL
+	26	6	32
%	43,3%	10,0%	53,3%
-	27	1	28
%	45,0%	1,67%	46,6%
Total	53	7	60
Total %	88,3%	11,67%	100,0%

GRÁFICO 12

Diferenças de médias entre indivíduos com cegueira que terminaram o seu processo de reabilitação, que se encontram em reabilitação actualmente, e os que nunca a efectuaram



QUADRO 14

Médias dos valores do GHQ em indivíduos com cegueira que terminaram, estão a afectar ou nunca realizaram qualquer Reabilitação

REABILITAÇÃO	GHQ
Terminou Reabilitação	5,50
Em Reabilitação	6,92
Sem Reabilitação	10,40
Total	7,32

número do agregado familiar, e os valores apresentados no GHQ, nos indivíduos com cegueira.

Também não se verificou a existência de correlação entre a existência de queixas físicas no próprio ou nos seus familiares e os valores apresentados no GHQ, em indivíduos com cegueira. Do mesmo modo, não foram encontradas correlações entre estas variáveis nos indivíduos normo-visuais.

4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A análise de resultados permite-nos verificar a existência de diferenças significativas nos valores de Saúde Mental entre os indivíduos com cegueira e os normo-visuais.

Estes resultados vão no sentido dos encontrados por Klein (1962), que aponta como explicação o facto do défice sensorial reduzir as oportunidades de avaliação dos factos e sinais do meio, com sérias consequências na integração. Para este autor, esta situação ocorre como consequência da cegueira, tendo em conta que esta cria uma situação em que a desadaptação tem grande probabilidade de ocorrência.

Outros autores como Cutsforth (1966) e McGuire e Meyers (1971), referem o facto de não existir uma topologia de personalidade específica de pessoas com cegueira. Apesar de, tal como Klein, encontrarem diferenças significativas relativamente à Saúde Mental em indivíduos com e sem cegueira, referem que estes quadros não têm a ver com a cegueira em si, mas são resultantes da interacção do indivíduo cego com o seu meio social, incluindo atitudes, expectativas

dos outros e as suas próprias reacções a essas atitudes e expectativas.

A cegueira parece ser vista, tal como nos estudos de Ignácio de S. (1974), como um trauma profundo que afecta o Ego, com repercussões nas relações básicas pessoais e sociais.

Se os processos básicos de desenvolvimento são iguais entre normo-visuais e cegos, os recursos de que dispõem para se adaptarem ao ambiente são diferentes, tanto na sua dimensão física, como social. Os processos de aculturação não estão então, preparados para fazer frente aos défices existentes, influenciando quadros característicos de personalidades diferentes.

Verificou-se a existência de uma correlação entre o nível etário em que ocorreu a cegueira e os valores do GHQ. Quanto maior o nível etário em que ocorreu a cegueira e menor o tempo de cegueira, mais elevados os valores do GHQ, o que indica maior compromisso psicológico. Estes resultados apontam para a importância da distinção entre cegueira congénita e cegueira adquirida em que a cegueira recente, surge como um acontecimento emocionalmente devastador. Berger, Olley e Oswald (1962), Freud (1965), referem a importância do facto da cegueira ser congénita ou adquirida na forma como o indivíduo sente a sua própria deficiência, logo a data de aparecimento e tempo de cegueira surgem como variáveis que intervêm de forma não negligenciada sobre o comportamento e adaptação destes indivíduos.

Cohen (1966), considera que os indivíduos que cegam tardiamente, ao sentirem que não tornariam a ver, criariam sentimentos de tristeza e desespero que provocariam ansiedade e depressão crónicas.

Estas perspectivas são complementadas por Dodds (1991), que refere que a perda da visão, implica perder o controlo sobre o meio envolvente físico, social e económico, provocando incerteza e receio perante o futuro.

A prevalência de situações com compromisso psicológico encontradas nos sub-grupos que constituem a nossa população, vão no mesmo sentido das perspectivas aqui referenciadas. Os índices de casos com compromisso psicológico surgem mais elevados nos indivíduos com cegueira. 53% da população surge com GHQ positivo, para 27,5% no grupo de controlo, constituído por normo-visuais.

As diferenças em relação à saúde mental surgem altamente significativas. No mesmo sentido as perspectivas de autores como Lowelfeld (1944), Bauman (1954), Freedman (1965), Biggellow (1983), Hull (1990) e Dodds e colaboradores (1991), referem a importância da natureza e momento em que ocorreu a deficiência no tipo de ajustamento a nível social e emocional.

Pela análise comparativa dos resultados, em função das sub-escalas que constituem o GHQ, verificam-se diferenças altamente significativas, nos grupos em estudo, na área da depressão, seguida do disfuncionamento social e ansiedade, em que os indivíduos com cegueira surgem com valores mais elevados, denotando compromisso psicológico nestas áreas.

Ao efectuarmos a análise dos GHQ positivos, os indivíduos com cegueira aparecem depressivos e desadaptados do ponto de vista social. Os resultados do GHQ positivos dos indivíduos normo-visuais surgem com base em valores elevados na sub-escala somática.

Os resultados dos indivíduos com cegueira são semelhantes aos encontrados por Seligman (1975), considerando este autor que os indivíduos com cegueira adquirida passam grande parte do tempo centrados sobre a sua perda, vivendo num mundo idealizado do passado.

Abramson e colaboradores (1978), sugerem que os indivíduos com cegueira adquirida atribuem o sucesso à sorte ou a circunstâncias favoráveis e o insucesso a factores estáveis internos, tais como, poucas capacidades o que explicaria a frequência dos estados depressivos.

Para autores como Figueiredo e Frank (1982), a percepção do sujeito sobre a sua própria incompetência, produz sentimentos de desmoralização, levando-o à depressão. Por outro lado, a perda de visão envolve uma denominação de «cego» que comporta conotações negativas. O indivíduo tende, então, a formar expectativas negativas sobre ele próprio, em função de estereótipos criados pela comunidade.

Nos resultados por nós encontrados, a sub-escala ansiedade surge com valores elevados, sendo o grupo de indivíduos com cegueira os menos ansiosos e que igualmente, apresentam menos queixas somáticas, o que poderá reforçar a ideia de passividade defendida por Onwake e Solnit (1961), Burlingham (1965), Willis (1966), Nage-

ra e Colone (1966), e School (1971), entre outros.

Quando se analisaram outras variáveis, que pudessem influenciar, de forma significativa, os resultados obtidos, verificámos a existência de relação entre os valores do GHQ na população com cegueira e nível etário, estado civil, nível académico, residência e profissão. Não se verificaram diferenças significativas entre os valores do GHQ e queixas físicas, etiologia da cegueira, o facto de se sentir saudável, agregado familiar e ter ou não efectuado reabilitação. Seguidamente, discutiremos os resultados das análises efectuadas que nos pareceram mais relevantes em função dos objectivos propostos.

4.1. *Nível Etário*

Os resultados do GHQ em indivíduos com cegueira, alteram-se de forma significativa em função do nível etário dos indivíduos, surgindo um pico de morbilidade psiquiátrica entre os 46 e os 50 anos. Do mesmo modo, verificam-se alterações nos valores do GHQ nos indivíduos normo-visuais em função da idade, o que parece remeter para uma problemática não específica da cegueira.

4.2. *Estado Civil*

Verifica-se uma prevalência elevada de compromisso psicológico nos indivíduos em estado de viuvez, que corresponde aos indivíduos com maior nível etário, e em seguida nos casados, o que poderá ter a ver com o facto destes indivíduos estarem na sua maioria casados com cônjuges cegos, instalando-se por vezes a hostilidade e a frustração o que ameaça, em si, a forma como se lida com a situação (Freedman, 1965).

Nos indivíduos normo-visuais, o estado civil não introduz alterações significativas nos valores do GHQ, o que poderá traduzir a importância do suporte familiar na população com cegueira e, nomeadamente, na qualidade da interacção conseguida.

Bauman e Yoder (1970), nos seus trabalhos, referem a importância do suporte psicológico e social oferecido pelo grupo de pertença, como tão ou mais relevante na saúde mental desta população, que a data de aparecimento da cegueira. A reacção da família é normalmente a super-pro-

tecção/rejeição e as questões relacionadas com a cegueira raramente são abordadas, por medo ou suposto respeito pelo membro familiar cego. Deste modo, os sentimentos de medo instalam-se de forma duradoira.

4.3. *Nível académico*

Pudemos encontrar, no grupo de indivíduos com cegueira, diferenças nos valores do GHQ em função das habilitações. Os indivíduos com menores habilitações surgem com maior compromisso psicológico. Os valores mais elevados no GHQ coincidem com o grupo de indivíduos sem quaisquer habilitações, e sem qualquer actividade profissional. Não se verificaram diferenças em função das habilitações nos indivíduos normo-visuais.

Os indivíduos com cegueira sentem que a sua deficiência é incapacitante, tendo em conta que 1/3 da população equipara deficiência a doença e muitas vezes os próprios interessados não se libertam deste modelo de défice, fazendo dela uma parte de percepção que têm de si próprios, contribuindo para o consolidar, no sentido de uma profecia que se cumpre por si mesma.

4.4. *Residência*

Observam-se diferenças significativas nos valores do GHQ em função da zona de residência nos indivíduos com cegueira e normo-visuais. Os melhores níveis de saúde mental verificaram-se no distrito da Guarda em ambos os grupos. Surgindo o pico de compromissos psicológicos nos indivíduos com cegueira em Santarém e nos normo-visuais em Leiria.

4.5. *Profissão*

Os valores que apontam para um compromisso psicológico surgem em maioria nos indivíduos reformados e nos sem profissão. Alguns trabalhos referem que estes indivíduos consideram que a vida já não merece ser vivida e refugiam-se num mundo de passividade e pena por eles próprios de onde dificilmente podem emergir (Dodds, 1991).

Não se verificaram quaisquer diferenças signi-

ficativas nos valores de saúde mental na população com cegueira em função das variáveis:

4.6. *Queixas Físicas*

Não se verificaram diferenças nos resultados do GHQ pelo facto dos indivíduos apresentarem ou não outras queixas físicas associadas, quer no próprio quer nos familiares próximos. Também não surgiram diferenças significativas nos resultados pelo facto de existirem mais elementos deficientes na família.

4.7. *Etiologia*

Não surgiram diferenças significativas nos resultados em função da etiologia da cegueira. O facto da cegueira surgir de forma progressiva ou traumática também não influenciou a saúde mental dos indivíduos que constituem a nossa população; resultados estes que diferem dos resultados obtidos por Freedman (1965), em que as circunstâncias em que ocorreu o traumatismo, se de forma prolongada ou repentina, são importantes nas reacções perante a situação de cegueira.

4.8. *Sentir-se Saudável*

O facto dos indivíduos se sentirem ou não saudáveis, não alterou de forma significativa os valores de saúde mental obtidos através do GHQ. Os indivíduos que não se sentem saudáveis, apresentam, de facto, um GHQ positivo. No entanto, 43% dos indivíduos com cegueira referem sentir-se saudáveis apesar dos resultados do GHQ indicarem a existência de compromisso psicológico.

4.9. *Agregado Familiar*

Não se verificou qualquer correlação entre o número de pessoas do agregado familiar e a saúde mental dos indivíduos com cegueira que constituem a nossa população, o que reforça a importância da qualidade das relações estabelecidas no grupo familiar, independentemente do número de pessoas que o constituem.

4.10. *Reabilitação*

Não se encontraram diferenças significativas nos valores de saúde mental dos indivíduos com cegueira em função do facto de terem efectuado ou não reabilitação. Comparando indivíduos que não efectuaram qualquer reabilitação com os que se encontram actualmente num centro de reabilitação e aqueles que já efectuaram o seu processo reabilitativo, verificamos que os casos com compromisso psicológico vão diminuindo progressivamente. No entanto, as diferenças não são significativas, do ponto de vista estatístico. Podemos, contudo, considerar relevante esta tendência para melhoria dos valores de saúde mental em função da realização de um processo de reabilitação. Seligman (1975) aponta a importância de uma intervenção precoce, relativamente a outros autores que consideram que uma intervenção adequada deverá decorrer algum tempo depois da situação de cegueira ter ocorrido. Em ambas as perspectivas é realçada a importância da restauração da perda funcional no sentido de prevenir atitudes de super-protecção/super-dependência. Dodds (1989) refere a importância de avaliar/diagnosticar a saúde mental dos indivíduos com cegueira no sentido de identificar os indivíduos depressivos e/ou ansiosos, considerando que estes não estão aptos a beneficiar, na íntegra, de uma reabilitação funcional.

5. CONCLUSÕES

De acordo com os nossos dados, os factores determinantes da saúde mental nos indivíduos com cegueira, poderão não ter a ver com a cegueira em si, enquanto privação sensorial, mas com factores que se prendem, eventualmente, com a perda súbita de controlo sobre o meio envolvente físico, social e económico, provocando incerteza e receio perante o futuro.

Estados emocionais ansiosos e depressivos seriam então comuns em indivíduos que experimentam uma perda da visão. Uma combinação entre a ansiedade e depressão poderá, no entanto, levar a uma actividade mental activa, e a uma certa letargia física. Deste modo, poderão surgir dificuldades devido ao facto da mente estar preocupada com questões sem resposta, esperanças e medos não expressos.

A cegueira parece pois implicar uma maior vulnerabilidade à ansiedade, adaptação social e depressão, que quando se prolongam, parecem levar a estados de dependência e tendência ao isolamento social.

A sua necessidade de ordem e ajustamento ao meio social pode contrariar, muitas vezes, o ajustamento à própria deficiência, levando a situações conflituosas em que o indivíduo renuncia a agir como cego, nomeadamente, quando verifica que o seu comportamento terá reprovação social, deixando-se então proteger e chegando a inibir as suas necessidades.

Os resultados por nós encontrados, quando confrontados com os pressupostos teóricos levam-nos a interrogar se uma prevalência elevada de casos com compromisso psicológico, em indivíduos com cegueira, não implicará repensar o tipo de intervenção a efectuar.

Tendo em conta a preocupação com os seus próprios problemas internos, a pessoa com cegueira fica pouco atenta aos inputs externos, com pouca capacidade relativamente às aprendizagens a efectuar, e pouca resistência às actividades que não surjam associadas às suas necessidades mais imediatas. Parece então resultar que a reabilitação psicológica integrada num contexto global de reabilitação, vai confrontando os progressos psicológicos de relação com a cegueira com a capacidade de desempenho funcional nos diferentes contextos de inserção, podendo daí resultar um todo equilibrado de adaptação individual à cegueira e ao meio social e profissional.

Uma outra característica que nos parece interessante é a maior susceptibilidade aos diferentes factores socio-psicológicos na pessoa cega, tais como, nível académico, estado civil e profissão, apontando, a nosso ver, a necessidade de uma intervenção psicológica em todo o processo de inserção social, visando a assumpção plena de uma interioridade auto-confirmada e duma exterioridade desempenhada como sentidamente reconhecida.

Se o objectivo das políticas e práticas relativas às pessoas com deficiência passa pela promoção da qualidade de vida nesta população, factores relevantes como a autonomia, respeito, envolvimento social, mobilidade, privacidade, tranquilidade e inserção, deverão ser incluídos.

Se no objecto deste trabalho é descrita a pas-

sagem do estudo das características específicas do indivíduo para o funcionamento dos processos psicológicos gerais, centrando a atenção nos processos comuns que ocorrem sob condições concretas e particulares, numa população de indivíduos em situação de fragilidade, desejos individuais, como o potencial, a escolha do estilo de vida e contexto envolvente, parecem ser determinantes ao longo de todo este processo.

No decorrer do trabalho realizado, surge-nos como fundamental, na avaliação da saúde mental, a identificação dos factores sociais e clínicos. Consideramos relevante, a história pessoal e social para determinar o impacto da deficiência na capacidade de um indivíduo se integrar num mundo visual. De todas as vivências desprende-se uma afectação, um colorido social afectivo, que matiza qualquer acto, em cada momento, ao longo da vida.

Se por um lado a reabilitação visa providenciar um suporte prático, social e emocional para ultrapassar receios que acompanham e que envolvem estes indivíduos, por outro, permitirão confrontá-lo com problemáticas/solicitações nem sempre facilmente consertáveis.

Parece-nos possível observar que grande parte das questões que se colocam passam pelos sentimentos e valores individuais do grupo e da colectividade.

Providenciando uma clarificação conceptual do problema, ao desenvolver um modelo testável de adaptação à perda, poderemos aproximar-nos da criação de uma reabilitação mais eficaz que se poderá iniciar aquando da situação de perda, e que acompanhará todo o processo de reabilitação até à plena (re)inserção social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altoumian, J. (2000). *La survivance*. Paris: Dunod.
- Baker, L. (1973). Blindness & social behaviour: A need for research. *The New Outlook for the Blind*, 67, 7.
- Barasch, M. (2001). *The history of a mental image in western thought*. New York: Routledge.
- Barton, L. (1996). *Disability & society*. London: Longmans.
- Blunkett, D. (1993). Equality in practice. *British Journal of Visual Impairment*, 11, 3-4.

- Brown, E., & Cohen, J. (1966). The effects of blindness on children's development. *The New Outlook for the Blind*, 60, 5.
- Cowen, E., Underberg, R., Verrilho, R., & Benham, F. (1961). *Adjustment to visual disability in adolescence*. New York: American Foundation for the Blind.
- Daunt, P. (1991). *Meeting disability*. London: Cassel.
- Dodds, A. (1993). *Rehabilitation blind and visual impaired people. A psychological approach*. London: Chapman and Hall.
- Dodds, A. (1993). The Nottingham Adjustment Scale: A validation study. *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 177-184.
- Doods, A. (1991). The psychology of rehabilitation. *The British Journal of Visual Impairment*, 9, 38-40.
- Eastwood, M. (1975). Screening for psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 1, 37.
- Ferrol, G. (1994). *Integration of exclusion*. Lille: Presse Universitaire de Lille.
- Freedman, S. (1964). Psychological growth. *The New Outlook for the Blind*, 60.
- Freedman, S. (1965). Reactions to blindness. *The New Outlook for the Blind*, 29, 10.
- Goldberg, D. (1981). Estimating the prevalence of psychiatric disorder from the results of a screening test. In J. Wing, P. Bebbington, & L. Robins (Eds.), *What is a case?* London: Grant McIntyre.
- Goldschmidt, J. (1992). Rehabilitation R&D progress reports. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 29, 1-58.
- Hans, S. (1990). Conférence européenne sur la rééducation des handicaps visuels. *Revue des Aveugles Européens*, 19, 8-12.
- Harrington, R., & McDermott, D. (1993). A model for the interpretation of personality assessments of individuals with visual impairments. *Journal of Rehabilitation*, 59, 24-29.
- Heller, M. A. (2000). *Touch, representation and blindness (Debates in psychology)*. Oxford: Oxford University Press.
- Hersen, M., & Hasselt, V. (1990). *Psychological aspects of developmental and physical disabilities*. London: Sage Publications.
- Hill, A., Aspinall, P., & Greenwood, R. (1992). Information used in rehabilitation decisions: some research results. *British Journal of Visual Impairment*, 10, 83-87.
- Hollins, M. (1989). *Understanding blindness*. New York: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Hull, J. M. (2002). *In the beginning there was darkness: a blind person's conversation with the Bible*. Harrisburg: Trinity Press International.
- Huppert, F. A., Gore, M., & Elliott, B. J. (1988). The value of an improved scoring system (CGHQ) for the General Health Questionnaire in a representative community sample. *Psychological Medicine*, 18, 227-232.
- Ingstad, B., & Whyte, S. R. (1995). *Disability and culture*. Berkeley: University of California Press.
- Martin, E., & Gandy, G. (1990). *Rehabilitation and disability: Psychological case studies*. Springfield: Charles Thomas Publisher.
- Michalko, R. (1998). *The mystery of the eye and the shadow of blindness*. Toronto: University of Toronto.
- Mitchell, D. T., & Snyder, S. L. (2000). *The body and physical difference*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Mittler, P. (1978). *The psychological assessment of mental and physical handicaps*. London: Tavistock Publications.
- Monbeck, M. (1973). *The meaning of blindness, attitudes toward blindness and blind people*. Bloomington: Indiana University Press.
- Mouaux, P. (2000). *Mieux comprendre l'exclusion sociale*. Paris: L'Harmattan.
- Ochaíta, E., & Rosa, A. (1993). *Psicología de la ceguera*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.
- Ormel, J., Koeter, M., & Vanden Brick, W. (1989). Measuring change with the General Health Questionnaire (GHQ). The problem of retest effect. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 24, 227-232.
- Pascal, J. (1985). Comment sortir de la solitude. *Review of the European Blind*, 3.
- Ravaud, J., & Ville, I. (1986). De la représentation sociale à l'identité des personnes handicapées physiques. *International Journal of Rehabilitation Research*, 9, 343-354.
- Roberts, A. (1998). *Coping with blindness: Personal tales of blindness rehabilitation*. Carbondale: Southern Illinois University Press.
- Robertson, S., & Brown, R. (1992). *Rehabilitation counselling*. London: Chapman & Hall.
- Schneiders, A. (1965). Blindness: A psychologist's view of handicap. *The New Outlook for the Blind*, 59.
- Steinfeld, E., & Danford, G. S. (1999). *Enabling environments*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Vaughan, E. (1998). *Social and cultural perspectives on blindness: Barriers to community integration*. Springfield: Charles C. Thomas Publications.

RESUMO

As problemáticas dos processos de inserção das pessoas com deficiência constituem hoje tema de discursos políticos e sociais, mas também assunto de profundo interesse de estudiosos e investigadores das áreas das ciências humanas e sociais.

Diferentes trabalhos mostram a importância de investigações onde a diferenciação dos contextos e das deficiências sejam preocupação de relevo. A cegueira,

neste quadro, apresenta especificidades que importa melhor conhecer para intervir.

Realçam-se, neste estudo, os factores de controlo pessoal sobre as envolventes físicas, sociais e económicas.

Por outro lado, a cegueira parece induzir mais vulnerabilidade à ansiedade, dificuldades adaptação social e depressão que, quando se prolongam, parecem provocar consideráveis níveis de dependência e isolamento.

Face a tal quadro numa maior atenção ao confronto dos quadros psicológicos e funcionais no processo de reabilitação parece impor-se.

Palavras-chave: Cegueira, processos de inserção, processo de reabilitação, quadros psicológicos, quadros funcionais.

ABSTRACT

In nowadays the social inclusion process of people

with disability is a recurrent topic in political and social speeches. Scholars and Investigators from the field of human and social sciences have also shown a profound interest in this subject.

Several studies have showed us the importance of considering the particularities of different environments and different disabilities. For better working with blind people its is of the outmost interest to know the special features of blindness such as personal control over physical, social and economical environments.

On the other hand, blindness seems to increase vulnerability to anxiety, sicial adaptation problems and depression. When these difficulties prevail they seem to enhance the degree of dependence and isolation.

There for, during the rehabilitation process, an increased attention to the psychological and functional domains is due.

Key words: Blindness, insertion process, rehabilitation process, psychological domain, functional domain.