

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE
PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

**AUTONOMIA PESSOAL E SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
VISUAL APÓS A REABILITAÇÃO**

TÂNIA MEDEIROS ACIEM

SÃO PAULO

2011

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

**AUTONOMIA PESSOAL E SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
VISUAL APÓS A REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada para Banca Examinadora, como exigência para obtenção do título de mestre na linha de pesquisa: políticas e formas de atendimento em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie de São Paulo sob orientação do Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta.

TÂNIA MEDEIROS ACIEM

SÃO PAULO

2011

A181a Aciem, Tânia Medeiros
Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência
visual após a reabilitação – Tânia Medeiros Aciem. São
Paulo, 2011
95 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento) -
Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011.
Referências bibliográficas: f. 84-90.

1. Deficiência visual. 2. Autonomia pessoal. 3. Reabilitação.
4. . Autonomia social. 5. Instituição especializada. I. Título.

CDD 617.712

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

AUTONOMIA PESSOAL E SOCIAL DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

APÓS A REABILITAÇÃO

Banca Examinadora

Dissertação para obtenção do título de mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta (Orientador)

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profa. Dra. Elcie F Salzano Masini

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profa. Dra. Maria Lucia Toledo Moraes Amiralian

Universidade de São Paulo

A maravilhosa existência humana.

Aos meus pais (in memoriam) que nos deixaram sabedoria e saudade.

Aos meus irmãos Katia e Marcos por me ensinarem a racionalidade na atuação com o mundo.

Aos meus filhos Leandro e Bruna pela compreensão e paciência neste momento de minha vida.

As diferentes pessoas com deficiência visual com as quais tive a honra de conviver e muito aprender...

AGRADECIMENTOS

Ao Prof^o. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta, orientador e professor titular da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), por toda paciência, orientação, competência e seriedade dedicados a este trabalho. Muito obrigada!

À Prof^a. Dra. Elcie F Salzano Masini, professora da Universidade Presbiteriana Mackenzie (UPM), por sua gentil participação e sugestões no Exame de Qualificação.

À Prof^a. Dra. Maria Lúcia Toledo Moraes Amiralian, por seus ensinamentos, sugestões e a gentil participação no Exame de Qualificação.

A todos os professores do Programa de Distúrbios em Desenvolvidos pelas diferentes contribuições para a realização desta pesquisa.

À Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais (URDV), que oportunizou a realização desta pesquisa de campo, em especial à coordenadora Maria Angélica Rocha pela receptividade e acolhimento.

Aos sujeitos com deficiência visual, participantes desta pesquisa, e seus familiares pelo tempo e atenção dispensados.

As diferentes pessoas que passaram por minha vida, com as quais convivi e aprendi...

"A educação é o ponto em que decidimos
se amamos o mundo o bastante para
assumirmos a responsabilidade por ele"

Hannah Arendt

SUMÁRIO

RESUMO	9
ABSTRACT	10
1 – INTRODUÇÃO	11
1.1. JUSTIFICATIVA	11
1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.3. OBJETIVOS	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1. A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	14
2.2. REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	22
2.3. AUTONOMIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	29
3. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	42
3.1. TIPO DE PESQUISA	42
3.2. SUJEITOS DA PESQUISA	44
3.3. LOCAL DE REALIZAÇÃO	45
3.4. PROCEDIMENTOS	49
4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
4.1. AUTONOMIA PESSOAL	53
4.2. AUTONOMIA SOCIAL	58
4.3. REABILITAÇÃO	65
4.4. RELAÇÕES SOCIAIS	71
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
6. REFERÊNCIAS	84
7. QUESTIONÁRIO E ENTREVISTAS	90
7.1. QUESTIONÁRIO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL	91

7.1.1. ENTREVISTA PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL	92
7.2. ENTREVISTA COM O FAMILIAR	93
7.3. CARTAS DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	94
7.4. CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95

Resumo

Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após a reabilitação

Este estudo visou identificar a autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual (cegueira) após passarem por serviços de reabilitação, com mais de quatro horas semanais, num período mínimo de dois anos, entre os anos de 2002 a 2009. Foram sujeitos deste estudo pessoas com deficiência visual (cegueira), que passaram pela reabilitação, e os respectivos familiares que acompanharam o processo. Foi uma pesquisa com enfoque qualitativo, através da organização de questionários e entrevistas para a coleta dos dados. O estudo envolveu seis pessoas com deficiência visual, além dos seis familiares, correspondendo um para cada pessoa com deficiência visual. Os resultados da pesquisa indicam que a reabilitação proporcionou alternativas para mudanças determinantes às pessoas com deficiência visual em seu contexto social. A conquista, ou a reconquista da autonomia pessoal e social dessa população foi alcançada, propiciando, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave:

deficiência visual, autonomia social, autonomia pessoal, reabilitação, instituição especializada

Abstract

Personal and social autonomy of visually impaired people who were assisted by rehabilitation services

This study aims to identify the contribution of specialized institutions as the personal and social autonomy of visually impaired people (blindness) after going through rehabilitation services, more than four hours a week, a minimum of two years, between the years 2002 to 2009. Study subjects are visually impaired people (blindness), who went through rehab, and their family members who accompanied the process. It is a research project with qualitative approach, by organizing interviews and questionnaires to collect data on social autonomy and personal independence of people with visual impairments. The study involved the six people with visual impairments, and six family members, one member to each person with visual impairment. The survey results indicate that rehabilitation alternatives provided for determining changes to people with visual impairments in their social context. The conquest or reconquest of personal and social autonomy of this population was reached, providing thus a better quality of life.

Keywords:

visual impairment, social autonomy, personal autonomy, rehabilitation, specialized institution

1. INTRODUÇÃO

1.1. JUSTIFICATIVA

Atuo há dezessete anos, na Rede Estadual de Ensino de São Paulo, em Sala de Recursos para pessoas com deficiência visual. Trabalhei, também, durante oito anos em Instituições Especializadas para pessoas com deficiência visual, desempenhando funções nas áreas de comunicação e educação.

Os trabalhos desenvolvidos nas áreas de comunicação e de educação para pessoas com deficiência visual envolvem: a prática do sistema braille para leitura e escrita; a utilização do soroban para cálculos matemáticos; a prática da assinatura do nome em tinta por meio de uma guia tátil; práticas de orientação e mobilidade, com e sem uso da bengala, em ambientes internos e externos, atividades psicopedagógicas e sociais envolvendo áreas afins.

Ministrei capacitação para profissionais nas áreas da saúde e da educação quanto à aplicabilidade dos recursos utilizados por pessoas com deficiência visual: o ensino do sistema braille que oferece a leitura e a escrita tátil; as técnicas de orientação e mobilidade para o trajeto “de ir e vir”, com autonomia e segurança; e a utilização do soroban para a elaboração das operações matemáticas fundamentais. Participo, atualmente, como docente na graduação do curso de Pedagogia em uma disciplina com práticas inclusivas destinada à educação de pessoas com deficiência visual.

No transcorrer desses anos, com um trabalho destinado às pessoas com deficiência visual, foi notório que a autonomia pessoal e social dessas pessoas são essenciais para uma boa atuação em sociedade. O treinamento direcionado à independência no trajeto “de ir e vir” para a pessoa com deficiência visual, na sua reabilitação favorece a execução de atividades autônomas.

A Orientação e Mobilidade é um programa essencial para a apropriação da independência da pessoa com deficiência visual, pois a orienta para utilização de uma mobilidade independente em ambientes internos e externos. Esta mobilidade, que conduz a pessoa com deficiência visual à participação social e ao exercício da cidadania, direitos estes, garantidos desde a Constituição Federal de 1988.

O conhecimento adquirido com as pessoas com deficiência visual, nas diferentes intervenções e vivências, trouxe-me a questão quanto à influência da reabilitação na aquisição

da autonomia pessoal e social das mesmas. Algumas vertentes colocam a instituição especializada como algo obsoleto e ultrapassado, porém uma dúvida permanece: a instituição especializada para pessoas com deficiência conduz a pessoa com deficiência visual para a aquisição de autonomia?

O serviço em instituições especializadas para a reabilitação de pessoas com deficiência visual, não envolve apenas a capacitação dessas pessoas para lidar com seu ambiente, com uma orientação precisa para uma mobilidade eficaz. Envolve, também, intervenções que facilitem a sua integração, sua atuação e o seu desempenho em sociedade.

A reabilitação como o nome nos mostra “re” (nova) “habilitar” (tornar hábil) incute uma nova habilidade com relevância pessoal e social no exercício da cidadania, facilitando e promovendo a inclusão social da pessoa com deficiência visual.

A conquista da autonomia pela pessoa com deficiência visual envolve, também, superação dos impactos e dos prejuízos decorrentes da limitação visual, seja perda total ou perda parcial da visão, bem como, dos estigmas socialmente concebidos à deficiência visual.

Outro fator a ser considerado para aquisição da autonomia da pessoa com deficiência visual é o convívio social, durante a reabilitação, dentro da instituição especializada, que oportuniza algumas similaridades aos históricos de vidas das diferentes pessoas atendidas, no caso, a deficiência visual. A pessoa com deficiência visual passa pela experiência da convivência e do reconhecimento de outras pessoas com baixa visão, ou cegas, que favorecem a reconstrução de sua identidade pessoal e social no processo de reabilitação.

Minhas inquietações sobre o tema de estudo surgiram com minha experiência com a reabilitação e, bem como reflexões após a entrada no curso de pós-graduação em “Distúrbios do Desenvolvimento”, que incidiram sobre a inclusão social da pessoa com deficiência. A ausência de estudos na área da autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual, bem como, a preocupação com a qualidade de vida dessas pessoas, reforçou a importância desta pesquisa científica, cujo intuito é o de contribuir para uma vida autônoma e plena dessa população.

1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DA PESQUISA

A problemática levantada quanto ao objeto desta pesquisa procurou identificar e analisar a autonomia pessoal e na autonomia social das pessoas com deficiência visual que passaram por serviços de reabilitação. Saber se a instituição especializada interfere na autonomia dessas pessoas.

Buscou-se o aprofundamento dos conhecimentos sobre quais áreas da vida das pessoas com deficiência visual são modificadas após passarem por reabilitação, tais como as relacionadas à sua autonomia pessoal e social que envolvem o lazer, a cultura, a vida pessoal, escolar e o trabalho. E quais os pontos que facilitam, ou dificultam a inclusão social e pessoal dessas pessoas para atingirem uma vida plena, com qualidade satisfatória, essencial a qualquer sujeito no exercício de sua cidadania.

1.3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Identificar e analisar criticamente a autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual (cegueira) após a reabilitação em uma instituição especializada.

Objetivos Específicos:

Verificar as condições de autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual (cegueira) atribuídas à reabilitação.

Identificar junto aos familiares que acompanharam o processo de reabilitação das pessoas com deficiência visual (cegueira), possíveis ganhos em autonomia atribuídos aos serviços à reabilitação.

2- REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Para a compreensão da deficiência é necessário considerar as relações socioculturais estabelecidas, que condicionam o estado da pessoa com deficiência.

Para compreender o que é deficiência, não basta olhar para aquele que é considerado deficiente, buscando no seu organismo ou no seu comportamento, atributos ou propriedades que possam ser identificados como sendo a própria deficiência ou algo correlato dela. Precisa olhar para o contexto no qual com seu sistema de crenças e valores e com a dinâmica própria de negociação, alguém é identificado e tratado como deficiente e por este é condicionado. (OMOTE, 1994 p.133)

A falta de integração entre os profissionais de saúde e educação tem prejudicado “o desenvolvimento e a adaptação da pessoa com deficiências, tanto daquelas que nascem com lesão em algum órgão ou função, como daquelas que adquirem a deficiência por outras razões” (AMIRALIAN, 2002, p.201)

A Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens ou Handicaps (CIDID) utiliza terminologias semelhantes à Classificação Internacional de Doenças (CID) e a complementa “incluindo em cada categoria a avaliação da presença ou ausência de deficiência. Para as incapacidades procura-se prever a graduação das falhas de execução das atividades, indicando-se o grau de incapacidade e o prognóstico” (MAZZOTTA, 2002, p.19)

Aprovada pela Organização Mundial de Saúde a CIDID está estruturada em três dimensões:

DEFICIÊNCIA: No domínio da saúde, deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.

INCAPACIDADE: No domínio da saúde, incapacidade corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidades para exercer uma atividade de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano.

DESVANTAGEM (HANDICAP): No domínio da desvantagem (handicap) representa um impedimento sofrido por um dado indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que lhe limita ou lhe impede o desempenho de uma atividade considerada

normal para esse indivíduo, tendo em atenção a idade, o sexo e os fatores sócio-culturais. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989, p.35-37)

As três dimensões delineadas pela CIDID consideram a qualidade de vida das pessoas com deficiência, acentuando que nem toda deficiência causa incapacidade e desvantagem para execução de atividades. As condições estabelecidas pela sociedade causam, muitas vezes, desvantagens às pessoas com deficiência; acentuando sua incapacidade para executar algumas atividades.

No caso das pessoas com deficiência visual, com perda visual total ou parcial da visão, poderão ocorrer desvantagens como a restrição da mobilidade, da orientação e da autonomia pessoal e social. O processo de reabilitação para essas pessoas poderá diminuir a desvantagem sócio-cultural.

A CIDID foi reescrita durante vários anos e sua revisão resultou na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. Ela define a deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.” (CIF, 2003, p.32). O termo anormalidade refere-se estritamente à variação significativa das normas estatísticas estabelecidas.

Na CIF (2003) encontram-se recomendações bastante úteis para o estabelecimento de políticas sociais públicas num modelo biopsicossocial com a integração dos modelos conceituais médico e social em vários setores sociais, como a reabilitação, entre outros. Ela define componentes de saúde e alguns do bem-estar que também se relacionam com a saúde, numa linguagem unificada e padronizada.

Os domínios contidos na CIF podem, portanto, ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. Estes domínios são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade em duas listas básicas: Funções e Estruturas do Corpo, Atividades e Participação. Como classificação, a CIF agrupa sistematicamente diferentes domínios de uma pessoa com uma determinada condição de saúde (e.g. o que uma pessoa com uma doença ou perturbação faz ou pode fazer). (CIF, 2003, p.5)

Importante lembrar que a pessoa com deficiência visual no ambiente escolar, ora poderá apresentar a mesma necessidade educacional de seus pares, ora poderá apresentar alguma necessidade especial pela ausência total ou parcial da visão, pois “no contexto da educação

escolar, a pessoa com deficiência visual apresentará necessidades educacionais comuns e especiais em razão da funcionalidade e incapacidades aí presentes” (MAZZOTTA, 2010, p.423).

A funcionalidade e incapacidade são assim definidas:

A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação; de maneira similar, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação de atividades ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes construtos. Neste sentido, a classificação permite ao utilizador registrar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. (CIF, 2003, p.5)

A funcionalidade visual poderá inexistir, ou ser restrita nas pessoas com deficiência visual. Algumas atividades que envolvam o emprego da visão para participação social dependem do uso de tecnologias assistivas e ajudas técnicas, como o uso de um lápis com grafite mais contrastante, ou recursos tecnológicos que propiciam a leitura e escrita a essas pessoas.

Em atividades vinculadas à leitura, a utilização do sistema braille ou sintetizadores de voz para leitura de pessoas cegas; e textos ampliados em tinta, ou com programas ampliadores de fontes na tela do computador para as pessoas com baixa visão, são eficientes. Nas atividades acadêmicas que não envolvem essencialmente a visão, a pessoa com deficiência visual poderá ter uma participação social sem auxílios adaptativos.

A incapacidade reduz a participação da pessoa. No caso deste estudo, a deficiência visual, total ou parcial, impedirá a pessoa com deficiência visual de executar atividades que envolvem o uso da visão, como por exemplo, dirigir um carro. A inclusão da pessoa com deficiência vai além da busca de valorização e o aperfeiçoamento do homem. “A educação de um indivíduo procede de situações capazes de transformá-lo ou de lhe permitir transformar-se” (MAZZOTA, 1982, p.34)

Carvalho (2005) apresenta alternativas para a autonomia e a participação de pessoas com deficiência, que envolvem um bom funcionamento pessoal, social e escolar. A inclusão da pessoa com deficiência não envolve uma única área da vida, abarca, de maneira globalizante, áreas como a inclusão social, física, na escola, no mundo do trabalho, entre outras.

Exclusão não é o avesso da inclusão, pois esta pode se manifestar como inclusão marginal. Na medida em que a sociedade capitalista desenraiza, exclui para incluir de outro modo, estende o conceito de exclusão, que não é o oposto de inclusão, embasado nos pressupostos da prof^a. Dra. Lygia Assumpção Amaral e nas reflexões de José de Souza, usando suas próprias regras, segundo sua própria lógica. (CARVALHO, 2005, p.2)

A deficiência visual pode ser considerada como:

uma perda severa de visão que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico nem com óculos convencionais. Também pode ser descrita qualquer grau de enfraquecimento visual que cause incapacidade funcional e diminua o desempenho visual. No entanto, a capacidade funcional não está apenas relacionada aos fatores visuais, mas também às reações da pessoa à perda visual e aos fatores ambientais que interferem no desempenho. (CARVALHO et al, 1994, p.13)

A deficiência visual pode também ser definida como “um impedimento total ou a diminuição da capacidade visual, decorrente de imperfeição no órgão ou no sistema visual, sendo considerados deficientes visuais os cegos e os portadores de visão subnormal” (NASCIMENTO et al, 1993 p.13), ou ainda como “a redução ou perda da capacidade de ver com o melhor olho e após a melhor correção ótica.” (PCN, 1999 p.26). Podemos analisar a manifestação da deficiência visual por meio da categoria clínica da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da categoria educacional para fins educacionais do desempenho visual do aluno, para sua formação e atuação na vida futura.

As definições médicas de cegueira e de baixa visão são utilizadas para fins legais e administrativos, e as definições funcionais variam de acordo com as finalidades que pretendem servir. As reações à perda visual e os fatores ambientais interferem no desempenho visual de cada indivíduo.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), (1999, p.26-27), do Ministério da Educação (MEC), consideram a cegueira sob o enfoque clínico como a “perda da visão, em ambos os olhos...” e no enfoque educacional como a “perda total ou resíduo visual mínimo da visão, que leva o indivíduo a necessitar do método braille como meio de leitura e escrita, além de outros recursos didáticos e equipamentos especiais para a sua educação”.

Os PCNs (1999, p.27) do MEC definem a visão reduzida no enfoque clínico, “acuidade visual 6/20 e 6/60, no melhor olho, após correção máxima”; e no enfoque educacional, “trata-

se de resíduo visual que permite ao educando ler impressos a tinta, desde que se empreguem recursos didáticos e equipamentos especiais”.

Ainda no mesmo documento do MEC está definido que a deficiência visual:

É a redução ou perda da capacidade de ver com o melhor olho e após a correção ótica. Manifesta-se como:

cegueira: perda da visão, em ambos os olhos, de menos de 0,1 no melhor olho após, um campo visual não excedente a 20 graus, no maior meridiano do melhor olho, mesmo com uso de lentes de correção. Sob o enfoque educacional a cegueira representa a perda total ou o resíduo mínimo da visão que leva o indivíduo a necessitar do método braille como meio de leitura e escrita, além de outros recursos didáticos e equipamentos especiais para educação.

visão reduzida: acuidade visual dentre 6/20 e 6/60, no melhor olho, após correção máxima. Sob o enfoque educacional trata-se de resíduo visual que permite ao educando ler impressos a tinta, desde a tinta, desde que se empreguem recursos didáticos e equipamentos especiais. (PCN, 1999, p.26-27)

O Decreto 5.296, de 2 de dezembro de 2004, em seu capítulo II “Do Atendimento Prioritário” em seu parágrafo 1º classifica a deficiência visual, que ocasiona uma incapacidade para o desempenho de uma atividade, quando a somatória no campo visual for igual ou menor de 60º, ou qualquer uma das condições abaixo descritas.

I- pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003 a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias... c) deficiência visual: cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, significa acuidade entre 0,3 e 0,05 no melhor olho... (BRASIL, 2004)

De acordo com Nakanami (2009), a Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde (CID) classifica as condições de saúde como doenças, distúrbios, lesões, diagnósticos e etiologias.

”O Conselho Internacional de Oftalmologia (ICO) em 2002 adotou critérios da CID-10 e CIF e propôs uma classificação em categorias de Deficiência Visual, revistas no ano de 2003 pela Organização Mundial da Saúde e Conselho Internacional de Oftalmologia (ICO)”... “Cegueira: deve ser usado somente para

perda total da visão e/ou quando o indivíduo necessita de auxílios especiais para substituir as suas habilidades visuais. Baixa Visão: deve ser usada para graus maiores da perda visual, onde o indivíduo pode ser ajudado por auxílios ópticos.” (NAKANAMI, 2009 p. 21)

Nos Estados Unidos, em 1953, com a publicação de um livro de auxílios ópticos, o termo ‘baixa visão’ foi utilizado, pela primeira vez, por Geraldo Fonda, que realizou uma crítica ao ensino do braille para pessoas que podiam ler em tinta, já que o braille é um sistema de leitura e escrita tátil utilizado por pessoas cegas. Vários estudos posteriores surgiram referenciando as pessoas com deficiência visual, que não são cegas, e possuem baixa visão.

Ainda nos Estados Unidos, Natalie Barraga, estudiosa das pessoas com baixa visão criou, em 1970, a Escala de Eficiência Visual (EEV) com objetivo da utilização máxima do resíduo visual. A pessoa com baixa visão passou a utilizar de modo mais eficaz a visão residual, e não a inutilizar, como outrora muitas pessoas com essa condição o fizeram, e foram consideradas cegas possuindo acuidade visual.

Eis aí, o ponto de partida para mudar o antigo conceito sobre a necessidade de se economizar a visão residual utilizando o sistema braille e materiais táteis para não causar a deterioração da visão remanescente. Os materiais táteis podem ser uma parte complementar para aquisição de conceitos visuais para a pessoa com ‘baixa visão’, diferindo da utilização destes para as pessoas com cegueira. O uso da visão residual para as pessoas com ‘baixa visão’ deverá ser constantemente estimulado, por meio de recursos ópticos, recursos não ópticos e recursos tecnológicos.

Os termos ‘visão subnormal’, ‘visão reduzida’ e ‘baixa visão’ são utilizados até os dias de hoje, em referência as pessoas com deficiência visual que não são cegas. Em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) substituiu oficialmente o termo ‘visão subnormal’ para ‘baixa visão’; e o Ministério da Educação (MEC) utiliza o termo ‘visão reduzida’ desde 1999– (Veiztman, 2000).

Existem recursos ópticos para pessoas com baixa visão para perto e para longe. Os recursos ópticos para perto são lupas de apoio ou manuais, as lupas de apoio são eficazes para leitura prolongada e, as lupas manuais são práticas para leituras breves com graduação de

fontes variáveis, temos também as lupas fixas, horizontais e iluminadas, e os óculos de magnificação da imagem.

Os recursos ópticos para longe são os “sistemas telescópios (telelupas), que podem ser monoculares (em um olho) ou binoculares (nos dois olhos)”. Esses recursos facilitam a eficiência da visão residual, numa adaptação à distância, para uma visão eficaz. (KARAJOSÉ; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2000, p.26)

O I Congresso de ‘Visão Subnormal’, da Sociedade Brasileira de ‘Visão Subnormal’ (SBVSN), que ocorreu em junho de 2005, refletiu a ampla utilização da ‘visão subnormal’ contando com vários estudos, dentre eles o de Masini (2005), que enfatiza como a pessoa com ‘visão subnormal’ vivencia sua experiência de vida visual, a sua percepção, como sente, compreende, organiza e age com as informações do mundo.

Como bem apontado por Laramara¹ (2000 apud MARUYAMA 2008) é oportuno apontar os recursos tecnológicos utilizados por pessoas com deficiência visual e a sua importância. Maruyama (2008) cita o Sistema DOSVOX, um programa nacional, totalmente gratuito e acessível à pessoa cega.

Conhecidos programas de computadores, chamados de ‘leitores de tela’ como o JAWS, Nitrous Voice Flux, de NVDA, Virtual Vision, Orca (leitor de telas para Linux), Voice Over (que é nativo do Mac OS) entre outros, possuem grande utilidade no auxílio à navegação e fortes aliados dos deficientes visuais. Outro aplicativo, bastantes útil para os deficientes com baixa visão, é o Magic e o Orca (para Linux). Ele amplia a tela em grandes escalas e permite a navegação de forma mais confortável. LARAMARA (2000 APUD MARUAYAMA 2008, p.19)

Os recursos não ópticos não utilizam lentes, para melhorar o desempenho visual, tais como: livros didáticos com caracteres ampliados, iluminação adequada, apoio adequado para leitura e escrita, cadernos com pautas ampliadas, tiposcópio, guia de leitura, lápis 6B ou 3B, entre outros. Tanto os recursos ópticos como os recursos não ópticos melhoram o desempenho visual da pessoa com ‘baixa visão’, contribuindo para a aquisição da independência e autonomia das pessoas com deficiência visual em atividades familiares, sociais, educacionais e profissionais.

As pessoas com deficiência possuem seus direitos assegurados para uma participação

¹ Associação Brasileira de Assistência ao Deficiente Visual.

social adequada, onde são definidas as responsabilidades do Poder Público quanto ao acesso e permanência aos estabelecimentos de ensino, entre outros, a fim de oportunizar a inclusão social dessas pessoas.

A aprendizagem deverá provocar aberturas para o mundo exterior dialeticamente, por meio de saltos e transformações conscientes em interação social que minimizem a privação visual sofrida. Porém, tratando-se de pessoas com deficiência visual, que influência social essa privação poderá ter na aquisição de sua independência?

Winnicott, (1987) apresenta que o luto sofrido, de privação de algo, pode levar a uma perda irreparável que poderá se manifestar como uma falha ambiental que leve a pessoa a exigir um ambiente mais confiável.

O trauma, para Winnicott (1970 apud Fulgencio 2004), é aquilo contra o que um indivíduo não possui defesa organizada, envolve o processo da dependência absoluta à dependência relativa, essencial no processo de amadurecimento do ser humano. O comportamento antissocial, em alguns casos, é decorrente da falha ambiental de um trauma que engloba a perda da confiança e da esperança.

Como bem coloca Amiralian (2009 b):

A teoria do amadurecimento proposta por Winnicott parece-nos ser a que melhor atende a essas necessidades por considerar que o ser humano é um ser de relação e que só constrói sua identidade psicossomática a partir do ambiente em que vivencia suas experiências. (AMIRALIAN, 2009 b, s/p)

O desafio a ser enfrentado por pessoas que sofreram traumas, rupturas na sua linha da vida poderá ocorrer com a passagem do tempo por meio de intervenções que levem o ambiente voltar a ser confiável para essas pessoas. O processo de reabilitação da pessoa com deficiência visual é importante, pois a perda do sentido da visão, total ou parcial, congênita ou adquirida, pode envolver também toda capacidade criativa e a desesperança baseada na incapacidade de sair em busca do objeto desejado, ou alternativas eficazes para a qualidade de vida almejada.

Como destaca Vygotsky (1995 apud Lima 2008), a cegueira não implica somente o defeito do órgão que proporciona a visão, mas sim, a reorganização do organismo e da personalidade, num processo de compensação. A compensação para a pessoa com deficiência visual ocorre por meio da mediação da condição social e psicológica, numa construção

simbólica em interação num processo de humanização inclusiva.

Segundo Amiralian (2009 b), de acordo com os conceitos winnicottianos, os profissionais especializados que prestam serviços às pessoas com deficiência visual deverão reconhecer a constituição e organização da personalidade da pessoa com deficiência visual, a organização de objetivos e metas a serem alcançados e as formas de intervenção pertinentes

2.2. A REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Importantes fatos históricos têm denunciado a distinção e a discriminação de pessoas e grupos sociais marcando a defesa dos direitos humanos fundamentais. Vale lembrar que:

A Revolução Francesa (1789 a 1815) trouxe a filosofia de Liberdade, Igualdade Fraternidade entre os homens, quando é esboçado o primeiro desenho dos Direitos do Homem, que foi mantido até o final do século XIX, quando se concluiu que, devido às desigualdades sociais, falta de acesso aos bens de serviço e a outros fatores de igual importância esse objetivo jamais seria alcançado. (NOWILL.D.G; DE MASI, I 2008, p. 58)

Em coerência com tais pressupostos, a Resolução 37 de 1952 da Organização das Nações Unidas (ONU) institui regras pertinentes ao exercício da cidadania da pessoa portadora de deficiência, cujo objetivo visa “promover medidas eficazes com vistas à prevenção da deficiência, à reabilitação e à realização dos objetivos de ‘igualdade’ e de ‘plena participação’ das pessoas com deficiência na vida social e no desenvolvimento” (BRASIL, 1997).

O século XX é marcado pela filosofia positivista de August Comte, que desencadeou o movimento do Bem-Estar social, responsabilizando o Estado às condições de vida digna ao povo. A integração da pessoa com deficiência, nesta época, congregava com um sistema de adequação social de responsabilidade individual à estrutura social vigente.

A Lei 7853, de 24 de outubro de 1989, regulamentada em 1999 pelo Decreto 3298, de 20 de dezembro dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, no capítulo VII- “Da Equiparação de Oportunidades”. O art. 15 atribui aos órgãos e as entidades da Administração Pública Federal a prestação, direta ou indireta, de

serviços de “reabilitação integral, entendida como o desenvolvimento das potencialidades da pessoa portadora de deficiência, destinada a facilitar sua atividade laboral, educativa e social”.

Após a segunda Guerra Mundial, o enfoque clínico, dado na classificação das deficiências, trouxe mudanças para a reabilitação das pessoas com deficiência, numa filosofia demarcada pela integração. Os anos 90 são marcados pela inclusão social, ressaltando a importância da Declaração de Salamanca em 1994 e a Convenção de Guatemala de 1998 que minimizam o preconceito e a discriminação.

Para Mazzotta, (1993), a reabilitação é definida como:

processo de tratamento de pessoas portadoras de deficiências que, mediante o desenvolvimento de programação terapêutica específica de natureza médico psicossocial, visa a melhoria de suas condições físicas, psíquicas e sociais. (MAZZOTTA, 1993, p.22)

Os serviços de reabilitação atendem às pessoas com deficiências de caráter permanente ou transitório, abrangendo as situações informais não programadas e as programadas formais, como a educação escolar e o trabalho. De acordo com Dias (1981 apud Mazzotta, 1993, p.16), a educação é proporcionada de maneira intencional e sistematizada, com ênfase no “desenvolvimento intelectual, sem contudo descuidar de outros aspectos, tais como o físico, o emocional, o moral, o social”, Aspectos abordados na educação como: o físico, o emocional e o social são essenciais ao processo de reabilitação de pessoas com deficiência.

Os familiares desempenham um importante papel no processo de reabilitação de pessoas com deficiência, são o alicerce tão bem descrito por Winnicot (1988), que se inicia desde o nascimento, identificado pela maneira do “segurar” o bebê, onde a mãe transmite-lhe sentimentos e emoções, ou seja, sua afirmação como pessoa, que é a base de sua saúde mental. Na reabilitação os familiares contribuem na constituição da subjetividade, da independência e da autonomia da pessoa com deficiência, num processo onde a confiança, a participação e o conhecimento são essenciais.

As reações adversas dos familiares em relação à deficiência deverão considerar segundo Amiralian (1997), a possível incidência de distorções de formação do ego pelo déficit sensorial. Muitos familiares possuem sentimentos de culpa pela deficiência, que geralmente, são compensados por superproteção.

Os familiares são os “braços da mãe” para a pessoa com deficiência, que contribuem

significativamente para a reabilitação em concomitância à construção, ou reconstrução da vida dessas pessoas. Fato esse que é marcado na história da reabilitação da pessoa com deficiência.

Até a década de 1970 dominava na maior parte das instituições o modelo médico de atendimento centrado nos déficits, em programas de habilitação e reabilitação nas áreas da saúde e assistência social. A partir da década de 80, iniciam-se mudanças que exigem uma revisão, em todo o mundo, desses programas. A visão sobre o processo de aprendizagem e desenvolvimento passa a um enfoque sociocultural, histórico e ecológico, com a preocupação dirigida à história e cultura familiar. (SIAULYS; ORMELEZI; BRIANT, 2011 p.94)

A reabilitação para a pessoa com deficiência visual é um processo que favorece a constituição da autonomia e não envolve somente técnicas específicas para uma locomoção independente. Envolve as relações sociais, utilização de recursos e técnicas específicas destinadas às pessoas com deficiência visual, bem como, o fortalecimento da constituição individual estabelecida nesse processo.

Existem diversos conceitos sobre reabilitação, entre eles o da União Latinoamericana de Cegos (ULAC, 2000), uma organização internacional sem fins lucrativos, que reúne dezessete países, e define a reabilitação integral da pessoa com deficiência visual como facilitadora no desempenho de atividades e o desenvolvimento nas áreas: de serviço social, psicologia, fisioterapia, atividades da vida diária, orientação e mobilidade e trabalho.

A reabilitação de pessoas com deficiência sensorial deverá considerar que:

só o envolvimento e a interação de diferentes áreas estudos permite uma aproximação mais apropriada para compreender o que propicia o desenvolvimento, a aprendizagem, a integração pessoal e social e a autonomia de um ser humano. A perplexidade é ainda maior quando a proposta é a de conhecer, caracterizar e oferecer condições educacionais a uma pessoa, cujas especificidades perceptuais não são acessíveis àquele que se propõe a orientá-lo. (MASINI, 2002, p. 14)

Vale destacar o tipo de atendimento, geralmente, oferecido nos serviços de reabilitação de pessoas com deficiência visual:

fica centrado na restauração de funções, na correção de desvios, na transformação das pessoas, com vistas a torná-los o mais possível semelhante aos que enxergam. Nestas situações, pode-se observar que suas condições peculiares de desenvolvimento são pouco levadas em conta, havendo um desvio de foco, pois essas

deveriam ser a base para a oferta de qualquer serviço ou atendimento que se propõem a reabilitá-las. (AMIRALIAN, 2002, p. 202)

A reabilitação da pessoa com deficiência visual deverá oferecer possibilidades de desenvolvimento das potencialidades do indivíduo a que presta o serviço e, não somente, oportunizar uma adaptação pessoal à deficiência visual sob a ótica daqueles enxergam.

De Martini, (2009) avalia a reabilitação de uma maneira relevante para este estudo, exemplificando situações que envolvem pessoas com deficiência visual. Apresenta um trabalho interdisciplinar focado para que a pessoa com deficiência tenha uma melhor qualidade de vida, considerando os aspectos terapêuticos, sociais e educacionais. Tal como, as implicações dos diversos níveis da acuidade visual, desde a pessoa que consegue ler manchetes de jornais, andar sozinha pelas ruas sem bengala, ou cão guia, e que durante a noite não consegue ver quase nada. Avalia como e quando a deficiência visual ocorreu na vida da pessoa, se ao nascer e se não sofreu alteração ao longo da vida, se foi progressiva, súbita por um acidente ou, ainda, se total desde o nascimento com a perda total da visão.

De acordo, com Mazzotta (2010, p.424), a educação de pessoas com deficiência no Brasil “desenvolveu uma combinação dos modelos norte-americano, enfatizando a integração, e europeu com prevalência de ações de segregação, com ajustes relativos à realidade brasileira”, visando melhores condições sociais e escolares a essa população.

Sendo a reabilitação um trabalho singular, requer uma atenção interdisciplinar, pois as contingências para a reabilitação vinculam-se com a demanda individual da pessoa com deficiência. A autonomia é almejada neste processo, bem como a reestruturação de diversas áreas da vida pessoal e social. Portanto, a reabilitação deverá considerar um sujeito em um processo que transcende a uma exclusiva capacitação profissional.

Este trabalho considerou o modelo de Reabilitação Integral apresentado no Manual Técnico de Serviços de Rehabilitación Integral, ULAC (2000) que identifica a reabilitação como um trabalho interdisciplinar que inclui aspectos terapêuticos, sociais, de comunicação, profissionais, relacionados às atividades da vida diária e à orientação e mobilidade.

Alguns fatores influenciam a qualidade de vida da pessoa com deficiência visual, dentre eles: o domínio do ambiente, a orientação, a mobilidade, a independência e a autonomia para a realização pessoal.

A orientação e mobilidade são objeto de um programa destinado às pessoas com deficiência visual, que implica em uma locomoção segura e independente no trajeto de “ir e vir”. Poderá ocorrer pelo auxílio de um guia vidente, por técnicas de autoproteção utilizadas pela pessoa com deficiência visual, como a utilização da bengala, cão guia, linhas guias, entre outras. A independência com segurança da pessoa com deficiência visual é a finalidade de um programa de orientação e mobilidade.

Lowenfeld (1964), em um estudo desenvolvido sobre a independência da pessoa com deficiência visual, acentuou que a liberdade é algo intrínseco ao indivíduo e poderá ser desenvolvida com o tempo; que o valor da locomoção independente pode ser igualado à própria vida, pois a liberdade de movimentação faz mais pelo autorrespeito, que o emprego ou posição de destaque social.

Ainda para Lowenfeld, (1964) a mobilidade é considerada a capacidade ou estado do ser orgânico se mover, reagindo a estímulos internos ou externos, que podem abranger qualquer área do organismo, quer em equilíbrio estático ou dinâmico. Já, a orientação é a habilidade do indivíduo para reconhecer o ambiente que o cerca e o relacionamento espacial e temporal do ambiente em relação a ele próprio. A locomoção, por sua vez, é o movimento de um organismo de um lugar a outro, por meio do seu próprio mecanismo orgânico.

Vale lembrar alguns fatos históricos que colaboraram para a criação de um programa de Orientação e Mobilidade para pessoas com deficiência visual. As pessoas cegas utilizavam para se movimentar, primeiramente, o guia humano, precedidas do bastão de madeira e do cão; tudo era feito de maneira precária, com iniciativas pessoais. (LENTE, 1975)

O advento da Primeira Guerra Mundial ocasionou um grande número de veteranos cegos e, por isso, o Governo Alemão iniciou um treinamento de cães guias para a condução segura de pessoas cegas. Considera-se, a partir daí, o primeiro passo no avanço para a segurança e a independência da pessoa cega. Esse programa de treinamento de cães foi levado a outras localidades como, por exemplo, a Suíça; e de lá, para os Estados Unidos, em 1929.

Posteriormente, durante a Segunda Guerra Mundial, em um hospital na Pensylvania, o médico Richard Hoover preocupou-se com os veteranos cegos na guerra, criando uma técnica para locomoção independente, que conjugava a utilização sincronizada do passo e movimentação da bengala. Essa técnica foi aperfeiçoada no Hospital de Veteranos de Illinóis com sucesso na reabilitação, pois oferece independência à pessoa com deficiência visual, e

persiste até os dias de hoje.

Na década de 1950, no Brasil, as pessoas com deficiência visual já possuíam apoio pedagógico “com professores especializados ou habilitados em Educação Especial atuando em duas modalidades de ensino: Classe Braille, que mais tarde recebeu a denominação de Sala de Recursos, e Ensino Itinerante” (Nowill; De Masi, 2008, p.59).

Tanto a Classe Braille como o Ensino Itinerante visavam à integração do aluno na classe comum, com recursos adaptativos, como o uso do sistema braille. A meta inclusiva com recursos adaptativos existia, porém, a prática de locomoção segura e independente era muito precária na época, pela inexistência de serviços especializados em orientação e mobilidade para pessoas com deficiência visual.

Foi nos Estados Unidos, em meados de 1950, que ocorreu a primeira conferência sobre Orientação e Mobilidade, realizada pelo Office Vocational Rehabilitation, em Nova Iorque, com o patrocínio da American Foundation for the Blind. (LENTE, 1975)

Esta conferência preocupou-se em estabelecer as características básicas do instrutor de orientação e mobilidade para pessoas cegas, a duração mínima do curso, o conteúdo curricular e a condição de cegueira dos sujeitos para participar do treinamento. Os primeiros cursos de Orientação e Mobilidade foram realizados na Universidade de Boston e, depois, na Universidade de Michigan.

Inicialmente os cursos de Orientação e Mobilidade eram ministrados somente para pessoas cegas e adultas. Posteriormente, foi identificada a necessidade e a preocupação com crianças cegas, bem como, com as pessoas com ‘baixa visão’, motivadas pela “Peripatologia (estudo da movimentação do ambiente), abrangendo, assim, todas as necessidades de orientação e mobilidade do cego e do deficiente da visão.” (LENTE, 1975 p.21)

O ensino de Orientação e Mobilidade, no Brasil, teve início em 1955, pois, na época, não existia o serviço especializado para uma locomoção segura e independente das pessoas com deficiência visual. A professora Dorina Nowill, preocupada com a reabilitação da pessoa cega, solicitou a Mr. Ernest Harold Getlit, especialista em educação e reabilitação de cegos da “Royal School of Industries for the Blind”, na Inglaterra, que, através da ONU (Organização das Nações Unidas) e da OTI (Organização Internacional do Trabalho), enviasse, pelo período de um ano, um profissional especialista em orientação e mobilidade.

Foi encaminhado o Mr. Joseph Albert Asenjo, em 1957, com o objetivo de planejar um centro de reabilitação, uma oficina de trabalho para cegos e, posteriormente, o

treinamento específico de instrutores de mobilidade para cegos, que ocorreu no Brasil em 1958, num acordo entre a Fundação para o Livro do Cego no Brasil, atual Fundação Dorina Nowill, e o Instituto de Reabilitação da Escola de Medicina da Universidade de São Paulo. (LENTE, 1975)

Em 1992, Bueno publicou o “Manual de Noções Técnicas para o Desenvolvimento de Habilidades Básicas para Orientação e Mobilidade do Cego”. No manual, a seção das habilidades básicas do caderno envolve as técnicas utilizadas pelo cego em relação ao guia vidente e as técnicas utilizadas somente pelo cego, essenciais e adaptáveis para a independência da pessoa com deficiência visual.

Nessa seção de habilidades, nos dois tipos de técnicas, as pessoas com deficiência visual não utilizam a bengala ou o cão guia para sua locomoção. Nas técnicas utilizadas pelo cego em relação ao guia vidente, as pessoas cegas são treinadas para orientação e mobilidade, auxiliadas por pessoas videntes; e as técnicas utilizadas somente pelo cego conduzem a pessoa cega a uma orientação e mobilidade em ambientes internos e externos de maneira segura e autônoma.

No referido manual, são expostas as técnicas utilizadas pelo cego em relação ao guia vidente, essenciais para uma locomoção e para uma conduta adequada da pessoa com deficiência visual em sociedade. Engloba, também, a técnica básica de passagem estreita; de portas fechadas; descer e subir escadas; aproximar-se e sentar-se em uma cadeira; sentar-se à mesa; entrar, sair e sentar-se em um auditório; polidez social e a quebra de “Hines”, que oferece desenvoltura à pessoa cega para receber o auxílio adequado do guia e livrar-se da ajuda indesejada do mesmo. São descritas, ainda, as técnicas utilizadas somente pelo cego, como as técnicas de proteção superior e inferior; técnica de seguir linhas-guias; técnica de tomada de direção; técnica de localização de objetos caídos ou jogados no chão e a técnica de familiarização com ambientes internos.

As técnicas utilizadas pela pessoa cega fornecem autonomia em situações sociais, de maneira polida e segura. As técnicas utilizadas com o guia vidente, oferecem segurança e defesa de possíveis acidentes, e discernimento para recusar um auxílio indesejado.

Segundo Felipe (2004/2010), a trajetória de Orientação e Mobilidade no Brasil, como descrito anteriormente, teve início no final da década de 1950, nos Estados Unidos. Quase todos os estudos voltaram-se às pessoas cegas, e poucos, às pessoas com baixa visão.

Porém, a orientação, a mobilidade e a acessibilidade são essenciais à inclusão de todas

as pessoas com deficiência visual, as pessoas cegas e as pessoas com baixa visão. A pessoa com deficiência visual deverá aprender a utilizar a percepção dos seus movimentos, sua cinestesia, o olfato, o tato, a audição e a visão residual.

O programa de Orientação e Mobilidade, de acordo com o ‘Projeto Ir e Vir’ Brasil (2002) envolve um processo que permite à pessoa cega ou à pessoa de baixa visão adquirir independência e naturalidade na locomoção, bem como, maior confiança em si e domínio pessoal.

A mobilidade, segundo o ‘Projeto Ir e Vir’, é considerada a maior de todas as perdas na cegueira, pois é definida como a habilidade da pessoa deslocar-se intencionalmente da posição em que se encontra para a posição desejada, reagindo a estímulos internos e externos. Já a “orientação decorre de um processo do uso da cognição, das percepções e dos sentidos remanescentes, principalmente, o tato, audição e olfato...” (BRASIL, 2002, p.6).

Orientação envolve, também, a constituição de mapa mental, que é utilizado como referência global na movimentação, assim como , o uso da memória muscular e do sentido temporal para localização de sua posição no espaço. “Para que a locomoção se efetive, é necessário orientação mental do ambiente; de nada adiantará cão guia, bengala, dispositivos eletrônicos, e outros recursos, se a pessoa não dispõe dessa orientação...” (GARCIA, 1998, p.17)

O Programa de Orientação e Mobilidade, oferecido à pessoa com deficiência visual, é um programa individualizado que considera os aspectos psicológicos e sociais, o equilíbrio físico, os anseios, as habilidades e acuidade visual de cada um. O programa é focado em favorecer a independência no trajeto de ir e vir, com segurança e autonomia, para uma participação atuante e efetiva na sociedade. Cabendo ao profissional da reabilitação analisar as condições oferecidas à pessoa com deficiência visual que auxiliem a constituição ou reconstituição da autonomia pessoal e social.

2.3. AUTONOMIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A palavra autonomia tem origem grega, *autos* (próprio) e *nomos* (regra, autoridade ou lei). Segundo Ribeiro (2006), foi utilizada, originariamente, para expressar o autogoverno das

idades-estado independentes. Autonomia, para a pessoa com deficiência visual, poderá ser interpretada como a “própria regra” ou “própria autoridade” para conduzir sua vida pessoal e social.

Segundo Kant (2004), a pessoa autônoma é a capaz de criar regras básicas, legislar para todos os seres racionais, com um princípio de legislação universal prática e objetiva que sua própria razão proporciona. Já para Zatti (2007), a autonomia não pode ser confundida com autosuficiência, pois a autonomia além determinar a própria lei, possui o poder ou a capacidade para realizá-la.

De acordo com Peixoto e Carvalho (2010), a autonomia proporciona uma capacidade concreta dos indivíduos efetuarem escolhas e realizarem ações, apoiados em sua autoreflexão. Acentua, ainda, a autonomia em termos de senso comum envolve a combinação de três elementos:

a faculdade de escolher por si mesmo – e de emitir suas próprias normas -, a capacidade de agir sem a intervenção de um terceiro e o fato – para um indivíduo ou uma coletividade – de dispor de recursos necessários para a reflexão e a ação. Nesses termos, a autonomia seria a capacidade de um sujeito tomar decisões a partir de princípios que ele mesmo propõe. (PEIXOTO; CARVALHO, 2010, p.277)

A autonomia da pessoa com deficiência visual pode ser avaliada em atividades da vida diária, no lazer, na vida emocional, na independência no trajeto de ir e vir, na vida profissional, entre outros.

A palavra independência referenciada relaciona-se a independência pessoal e social que envolve uma locomoção segura, bem como, considera a incapacidade visual dessas pessoas, quanto aos auxílios e as adaptações pertinentes para uma acessibilidade eficaz em ambientes internos e externos.

Para o desenvolvimento da autonomia é necessário que o indivíduo com deficiência reconheça de maneira particular, sua identidade pessoal que é rotineira, estruturada e padronizada e de maneira coletiva, sua identidade social que são os perfis e papéis desempenhados. Segundo Goffman (1988), o estigma de um confirma a normalidade de outrem, que é um atributo profundamente depreciativo, ou seja, uma relação entre o estereótipo e o atributo.

Os documentos legais garantem a inclusão das pessoas com deficiência nas diversas áreas sociais. Essa inclusão teve início com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), órgão da ONU (Organização das Nações Unidas), “criada com o Tratado de Versalhes, assinado em 1919, com o final da Primeira Guerra Mundial. É constituída por representantes dos governos, empregados e empregadores” (Clemente, 2008, p.28). Entre outros objetivos, visa melhorar as condições de trabalho e produz orientações para o trabalho das pessoas com deficiência, asseguradas com as recomendações legais dos anos de 1925 e 1955.

...1925 - Recomendação nº 22 - dispõe sobre a indenização por acidentes de trabalho. Foi a primeira Recomendação da OIT a conter disposições relacionadas à reabilitação profissional dos trabalhadores com deficiência.

...1955 - Recomendação nº 99 - dispõe sobre a adaptação e a reabilitação profissional dos incapacitados. É uma recomendação autônoma que propõe a participação das pessoas com deficiência na orientação profissional, formação e colocação, quando for pertinente. (CLEMENTE, 2008, p.29)

A OIT adotou e o Brasil ratificou a Convenção nº 111, de 1958, na qual condena qualquer política ou medida que prive o cidadão do legítimo direito a um emprego, ou lhe negue igualdade de oportunidades em manter um emprego.

O ser humano constitui, “a partir de sua relação de produção social com o trabalho, a formulação de uma série de idéias de realização e conquistas advindas de sua atuação profissional” (Pereira, 2006, p.60). Em 1991, ocorreu um movimento para inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.

A Portaria nº 3.214/78 institui a obrigatoriedade da adequação das condições dos ambientes de trabalho, na conformidade do previsto na Norma Regulamentadora para pessoas portadoras de deficiências ou beneficiárias reabilitadas.

A ONU proclamou, em 1981, o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, num programa de ação mundial. Jaime; Do Carmo, (2005), acentuam que, em 1983, a Convenção nº 159, sobre a reabilitação e emprego para pessoas incapacitadas, registra significativo progresso na compreensão das necessidades para a reabilitação, considerando a “participação plena” e a “igualdade” em emprego; bem como, a integração na comunidade. A Recomendação nº 168 acompanha a Convenção nº 159 e prevê a participação comunitária e a formulação de políticas específicas para pessoas com deficiência, a reabilitação profissional

em áreas rurais e contribuições de empregadores e trabalhadores. A Lei 7.102/83 adota essa Convenção nº 159 sobre reabilitação e emprego.

Com a criação da Secretaria de Educação Especial e a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE - ambas em 1986, há uma “Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”, que apresenta “quatro Programas de Ação: Conscientização, Prevenção de deficiências, Atendimento às pessoas portadoras de deficiências e Inserção das pessoas portadoras de deficiência no mercado de trabalho.”, (Mazzotta, 1996, p.107.), visam, desta maneira, assegurar o pleno exercício dos direitos básicos e a efetiva integração social das pessoas com deficiência.

Assim, como “a capacidade de encontrar trabalho e conservá-lo é um dos mais importantes aspectos do ajustamento social” (Mazzotta, 1996, p.24), as pessoas com deficiência são empregadas, geralmente, em três tipos de contextos: emprego aberto em condições diferentes das condições oferecidas a qualquer pessoa; emprego aberto, com auxílio em contexto comum, porém com algumas adaptações à pessoa com deficiência e o emprego em oficinas protegidas, em condições especiais, para o desenvolvimento do trabalho da pessoa com deficiência.

É essencial a mudança das atitudes na comunidade, não só nos empregadores, de modo a garantir uma ampliação das oportunidades para as diferentes pessoas com deficiência.

A Lei nº 7853 de 24/10/89, que “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência na sua integração social e sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE - institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências.” (BRASIL, 2005, p.11).

A Constituição Federal de 1988 proíbe qualquer discriminação ao trabalhador com deficiência no “Artigo 7º - São direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros, que visem à melhoria de sua condição social; XXXI – Proibição de qualquer discriminação no tocante a salários e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência.” (BRASIL, 1988)

A Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, publicada no Diário Oficial da União – DOU -, em 25/07/1991 e republicada em 14/08/1998, dispõe o regulamento sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, determinado pelo artigo 12 da Lei 9.528/97.

Artigo 93 – A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher 2% (dois por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas na seguinte proporção:

I – até 200 empregados..... 2%

II – de 201 a 500 empregados..... 3%

III – de 501 a 1000 empregados..... 4%

IV – de 1001 em diante..... 5%

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, art. 59, define que os sistemas de ensino assegurem aos educandos com necessidades especiais:

IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive, condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como, para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora.

O Decreto nº 3298, de 20/12/1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 20 de outubro de 1989, e a Instrução Normativa nº 20, de 26 de janeiro de 2001, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência e sobre procedimentos a serem adotados pela Fiscalização do Trabalho de pessoas portadoras de deficiência. A seção IV do Acesso ao Trabalho, desse decreto, no seu artigo nº 34, prescreve que “É finalidade primordial da política de emprego, a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho ou sua incorporação ao sistema produtivo, mediante regime especial de trabalho protegido” (Brasil, 2005, p.45). Nos casos de deficiência grave ou severa, poderá ser efetivado, mediante contratação de cooperativas sociais de que trata a Lei nº 9.867/89.

O artigo nº 39 da seção IV, do Acesso ao Trabalho, assegura, nos editais de concursos públicos, o número de vagas existentes à pessoa portadora de deficiência e a “exigência da apresentação, pelo candidato portador de deficiência, no ato da inscrição, de Laudo médico, atestando a espécie e o grau ou nível de deficiência, com expressa referência ao código

correspondente da Classificação Internacional de Doenças – CID, bem como, a provável causa da deficiência.” (Brasil, 2005, p.20); e o artigo nº 37, garante o acesso da pessoa com deficiência nos concursos públicos, com reserva de no mínimo 5% das vagas. O artigo 3º do Capítulo I Das Disposições Gerais considera os efeitos da deficiência, a deficiência permanente e a incapacidade, ampliando as alternativas e a inserção econômica da pessoa portadora de deficiência, como também, respeitando as peculiaridades em todas as iniciativas governamentais.

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – CONADE, criado no âmbito do Ministério da Justiça como órgão superior de deliberação colegiada, acompanha e avalia a execução de ações para a inclusão da pessoa com deficiência. Definido como:

órgão superior de deliberação colegiada, criado para acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política nacional para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana, dirigidas a esse grupo social. (BRASIL, 2006)

O Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, estabelece normas gerais e critérios básicos para acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência, e as que possuem limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade; regulamenta as Leis 10.048, do dia 8 de novembro de 2000, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, no Capítulo II, “Das Condições Gerais da Acessibilidade”, no artigo 8º, que diz respeito à acessibilidade da pessoa com deficiência.

acessibilidade: condição para utilização com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Cabe ressaltar, ainda, no referido artigo 8º, as ajudas técnicas, ou seja:

os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida.

Já o Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, quanto ao trabalho e emprego das

peessoas com deficiência, evolui quanto ao direito ao trabalho de sua escolha ou aceitação no trabalho laboral em ambiente inclusivo e acessível à pessoa com deficiência. Proíbe a discriminação, assegura adaptações razoáveis no local de trabalho, promove empregos públicos e privados e reconhece o direito da pessoa com deficiência ao trabalho, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

Nos PCNs (1999) são previstas às adaptações curriculares necessárias, com as estratégias para a educação dos alunos com necessidades educacionais especiais. A garantia do acesso e da permanência dos alunos com deficiência é favorecida pelo uso de ajudas técnicas e tecnologia assistiva, ou seja, “toda e qualquer ferramenta, recurso ou processo utilizado com a finalidade de proporcionar uma maior independência e autonomia à pessoa com deficiência” (GALVÃO FILHO; DAMASCENO, 2006, p.26).

As pessoas com deficiência visual poderão fazer uso de sua autonomia pessoal e social, em situações que envolvem a cultura, o esporte e o lazer, além de outras. A Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, em seu artigo 1º, estabelece normas gerais que asseguram às pessoas com deficiência, o pleno exercício dos direitos individuais e sociais, que promovem o bem-estar dessas pessoas em sua integração social. As ações governamentais, previstas na Constituição, colocam a cargo do Poder Público e da sociedade a garantia da igualdade de oportunidade à pessoa com deficiência.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 estabelece no artigo 215, que o “estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais”. (Brasil, 1988) Apresenta o lazer como um dos direitos sociais, no Título II, Capítulo II, Artigo 6º: “São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição”. (BRASIL, 1988)

Em 30 de setembro de 1993, no estado de São Paulo, a Lei nº 11.424 apresenta, no Art. 2º, a disposição sobre o acesso de pessoas com deficiência aos locais de lazer:

Deverão atender às normas de adequação ao uso por pessoa portadora de deficiência, as edificações novas ou existentes, destinadas aos seguintes usos:

I. Cinemas teatros e casas de espetáculos, com qualquer capacidade de lotação.

II. Locais de Reunião com capacidade para mais de 100 (cem) pessoas, destinados a abrigar eventos geradores de público, incluindo dentre outros, os seguintes tipos:

- a. Auditórios ou salas de concerto;
- b. Templos religiosos;
- c. Salões de festas ou danças;
- d. Ginásios ou estádios;
- e. Recintos para exposições ou leilões;
- f. Museus;
- g. Restaurantes, lanchonetes e congêneres;
- h. Clubes esportivos e recreativos.

O Decreto 6949, de 25 de agosto de 2009, apresenta no capítulo IV a implantação da acessibilidade arquitetônica e urbanística, com a introdução do termo “desenho universal”, que:

significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O “desenho universal” não excluirá, quando necessário, as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência.

As pessoas com deficiência, em igualdade com as demais pessoas, possuem o direito de acesso ao lazer, às práticas desportivas e à vida cultural, como está previsto no artigo 30 do Decreto 6.949, de 2009, tais como:

1. Usufruir do acesso a materiais culturais em formatos acessíveis;
2. Usufruir do acesso a programas de televisão, filmes, teatros e outras atividades culturais em formatos acessíveis;
3. Usufruir do acesso a locais de eventos ou serviços culturais, tais como, teatros, museus, cinemas, bibliotecas e serviços turísticos; bem como, tanto quanto possível, usufruir do acesso a monumentos e locais de importância cultural nacional...

Para a pessoa com deficiência visual usufruir do acesso a alguns programas de televisão, filmes, teatros, bem como, de outras atividades culturais, é indicada a audiodescrição em cenas mudas, ou nas quais a visão for considerada relevante para obtenção da informação. A audiodescrição, para as pessoas com deficiência visual no Brasil está em processo e sua implementação oferecerá uma acessibilidade mais adequada a essa população por meio de narrativas visuais.

A audiodescrição faz parte da tecnologia assistiva, que traduz as imagens em palavras. O signo visual é transposto para o signo verbal, preenchendo, para a pessoa com deficiência visual, a lacuna existente entre o som e a imagem, em sincronia com as outras informações sonoras, a fim de proporcionar um melhor entendimento da cena. Essa pode ser pré-gravada, ou ao vivo, e a pessoa com deficiência visual deverá utilizá-la por meio de fones de ouvido para obter a informação descritiva em áudio.

A audiodescrição é essencial para a pessoa com deficiência visual exercer seu direito de acesso à informação. Muitas vezes, as informações são visuais, o que deixa a pessoa com deficiência visual em desvantagem em relação às demais. Essa tecnologia assistiva deverá ser conhecida, não somente por pessoas com deficiência visual, como também, por profissionais da reabilitação como um recurso inclusivo relevante ao acesso de informações.

A audiodescrição propicia o direito à informação a essas pessoas, direito este, ressaltado e garantido a todas as pessoas desde a Constituição Federal de 1988. Por meio de uma acessibilidade que transpõem o signo visual em verbal, minimiza a privação do acesso de pessoas com deficiência visual em cenas mudas, exclusivamente visual, garantido desta forma, a igualdade de oportunidades. Essa condição propicia uma liberdade que é relevante para o ser humano, e é destacada por (Mazzotta, 2006, p.31), como extremamente significativa, pois “as dificuldades e limitações das condições de acesso aos bens e serviços sociais e culturais, configuram uma das mais perversas situações de privação da liberdade e de equidade nas relações sociais fundamentais à condição de ser humano.”

Em 26 de novembro de 2009, o Diário Oficial da União publicou a Portaria 985, do Ministério das Comunicações, submetendo a comentários a minuta de uma futura portaria de alteração da Norma Complementar nº 01/2006, que altera a definição de audiodescrição, reduzindo de 2 horas diárias para 2 horas semanais a obrigatoriedade das emissoras de televisão veicularem programas com o recurso da audiodescrição; e, ainda, altera o cronograma de implementação do recurso que anteriormente previa a obrigatoriedade de 100% da programação com audiodescrição para 24 horas semanais após 10 anos. A audiodescrição beneficiará, além das pessoas com deficiência visual, as com deficiência intelectual.

O Ministro de Estado das Comunicações, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, parágrafo único, incisos II e IV, da Constituição, resolve: art. 1º O subitem 3.3 e o item 7 da Norma Complementar nº

01/2006 - Recursos de acessibilidade, para pessoas com deficiência, na programação veiculada nos serviços de radiodifusão de sons e imagens e de retransmissão de televisão, aprovada pela Portaria nº 310, de 27 de junho de 2006, passam a vigorar com as seguintes alterações: 3.3. Audiodescrição: é a narração, em língua portuguesa, integrada ao som original da obra audiovisual, contendo descrições de sons e elementos visuais e quaisquer informações adicionais que sejam relevantes para possibilitar a melhor compreensão desta por pessoas com deficiência visual e intelectual... (BRASIL, 2009)

A segurança e autonomia são previstas em Lei para as pessoas com deficiência. A reabilitação, portanto, reafirma as ações de políticas públicas para a conquista da independência e da autonomia dessas pessoas. A mobilidade é uma das maiores limitações das pessoas com deficiência visual para a conquista de sua independência, que poderá ser minimizada por meio de técnicas e recursos específicos num programa de orientação e mobilidade.

No caso da deficiência visual adquirida, a reabilitação proporciona condições para que essas pessoas elaborem planos de vida, vivenciem e experimentem o uso de técnicas específicas necessárias ao desempenho autônomo de papéis sociais.

Para as pessoas com deficiência visual, a reabilitação não é uma recuperação física de um órgão ou função, mas, sim, constitui-se como um conjunto de intervenções feitas por diferentes profissionais às pessoas com dificuldades visuais, com o objetivo de reconstrução de novas habilidades e de uma nova identidade. (AMIRALIAN, 2009 a p.31)

A pessoa com deficiência visual, em alguns casos, desempenha o papel estigmatizado do cego, com maiores limitações psicológicas do que físicas, e obscurecendo todos os outros papéis sociais dentro das relações sociais. As relações sociais, desenvolvidas em instituições especializadas, podem propiciar mudanças de comportamentos no sentido de autonomia e independência numa nova realidade da pessoa com deficiência visual.

A independência pessoal é o prejuízo mais significativo da pessoa com deficiência visual. Duas forças atuam nessa questão: “o desejo da independência com sua liberdade e o desejo de dependência com sua proteção. A verdadeira independência resulta do equilíbrio destas duas forças”. (LENTE, 1962, p.42)

De acordo com Amiralian (1997, p.57), alguns estudos apontam como as maiores dificuldades para a pessoa cega são as “dificuldades decorrentes da ausência ou limitação da

percepção visual, outros consideram as condições sociais como causa das maiores dificuldades enfrentadas pelos cegos”. Considerando os dois aspectos é notado que quanto mais cedo a deficiência visual ocorrer, maior influência essa terá no desenvolvimento da personalidade.

A pessoa com deficiência necessita da segurança, com independência e autonomia, que a encoraje à independência pessoal e a liberdade prevista na Constituição Federal de 1988, com o direito pleno ao exercício da cidadania. As pessoas com deficiência visual necessitam atingir sua independência em relação ao mundo. Neste processo, as instituições especializadas podem contribuir significativamente em favor da autonomia das pessoas com deficiência visual.

As pessoas que são acometidas de cegueira na vida adulta deparam-se com outros problemas: realização profissional, subsistência econômica e manutenção do papel social e familiar desempenhado antes da cegueira. Essas condições também estão estritamente relacionadas com as condições pessoais do sujeito, com as relações familiares, e com o conceito de cegueira anteriormente possuído. (AMIRALIAN, 1997, p.69)

Os diferentes históricos pessoais, dentro das instituições especializadas em reabilitação para pessoas com deficiência visual, possuem em comum a deficiência visual, congênita ou adquirida, que poderá facilitar a constituição da identidade individual para a aquisição da autonomia dessas pessoas. Em se tratando da deficiência visual adquirida, notamos que:

uma pessoa cega ou com baixa visão não estará pronta para assumir uma vida social adequada até que tenha superado alguns traumas psicológicos em consequência de sua cegueira. O perigo reside no fato de que, em muitos casos, costumam evitar situações sociais, prolongando o isolamento, o que logo afetará a pessoa, produzindo um círculo social vicioso no qual se dá o isolamento como consequência da insegurança, e o que ocorre é que quanto maior o isolamento, maior a insegurança, e vice-versa. (BUENO, 2003, p.120.)

A reabilitação deve contribuir para a minimização desse isolamento ocasionado pela deficiência visual, aumentar a segurança em relação ao mundo e às pessoas, por meio de atividades autônomas e independentes, tais como a Orientação e Mobilidade, que oferece uma locomoção segura e eficiente. Os diferentes vínculos sociais, no processo reabilitador,

modificam e transformam significativamente a socialização das diferentes pessoas com deficiência visual.

No acompanhamento de um estudo de crianças com deficiência visual, Bruno (2000), observou a autonomia e a independência, através das quais a criança interage com o meio, em atividades da vida diária. Os principais aspectos ressaltados foram a orientação, a mobilidade e a participação em brincadeiras e jogos, como também, de que forma a criança constrói o seu conhecimento numa concepção construtivista-sócio-interacionista.

O papel da visão é considerado importante para a elaboração de conceitos que são absorvidos no mundo, em 80% dos casos, pela visão. No caso de pessoas com deficiência visual, vale ressaltar a ação mediada descrita por Vygotsky (1994), que incide sobre competências de maneira autônoma por outros canais sensoriais (táteis, auditivos e propriocepção), bem com a funcionalidade e a participação social dessas pessoas.

Glat; Fernandes (2005, s/p), consideram dois campos para a plena integração social e educacional da pessoa com deficiência: “o primeiro, voltado para a Psicologia da Aprendizagem, através do estudo e aplicação para Educação Especial do construtivismo de Jean Piaget e Emilia Ferrero, e do sócio-interacionismo de Vygotsky”; e o segundo, a vertente dos aspectos psicossociais, embasada nas condições de interação como a marginalização, a socialização e o estigma, que promovem a segregação das pessoas com deficiência.

Segundo Goffman (1988), os processos de estigmatização estão ligados à concepção de normalidade do mundo social em seus desvios e normas, onde somos conduzidos a aferir que o aceitável é o comum e não a compreensão da diferença, essencial à pessoa com deficiência.

Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original. (GOFFMAN, 1988, p.15)

Vários estudos realizados, dentre eles o de Bruno (2000), sobre as diversas fases do desenvolvimento, desde a infância até a idade adulta, acentuam as necessidades de autonomia e de independência das pessoas com deficiência visual. E a reabilitação oferece a essas pessoas um suporte social e emocional para a inserção social no processo, disponibilizando melhores condições de interação com o meio.

A reabilitação é um processo que, tanto nos casos da deficiência adquirida, como nos casos da deficiência visual congênita, visa conduzir a pessoa com deficiência visual a situações autônomas e independentes, além de proporcionar uma melhor qualidade de vida com uma participação social adequada e condizente ao exercício da cidadania.

3. DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

3.1. TIPO DE PESQUISA

A pesquisa foi direcionada às pessoas com deficiência visual, que não possuam outra deficiência, que frequentaram uma determinada instituição especializada, durante dois anos no mínimo, por mais de quatro horas semanais, no período de 2002 a 2009; e aos familiares que acompanharam o processo de reabilitação dessas pessoas.

Importou nesse estudo envolver não somente os sujeitos que foram reabilitados para análise da sua autonomia pessoal e social; como também, foram importantes os familiares, que, naturalmente, integram o processo. Foram selecionados aleatoriamente 6 (seis) participantes com idades entre 18 (dezoito) e 60 (sessenta) anos dentre os egressos da reabilitação nos últimos 5 anos, que totalizam 25% do total de egressos da instituição especializada escolhida. Para cada pessoa com deficiência visual foi envolvido um familiar.

Cabe destacar a relevância da pesquisa trazer a palavra das próprias pessoas com deficiência visual (cegueira) que passaram por reabilitação em uma determinada instituição especializada.

O tipo de pesquisa foi qualitativa, onde o pesquisador valorizou as situações que se manifestam em contato direto com o objeto do estudo. Foram focalizadas as relações, pessoais e sociais, de pessoas com deficiência visual na aquisição de uma autonomia com segurança e independência.

“A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento” (Lüdke; Marli. 1986, p.11), valoriza a influência do contexto com dados descritivos das situações da realidade e etnográficos; tolera ambigüidades, com observação direcionada nas perspectivas dos sujeitos.

A coleta dos dados foi realizada em dependências da instituição especializada escolhida em razão da facilidade de acesso das pessoas participantes. Somente quatro entrevistas, duas de pessoas com deficiência visual e duas dos familiares, realizaram-se em ambientes externos à instituição. Foram utilizadas entrevistas e questionários como instrumentos.

Para as pessoas com deficiência visual foi aplicado um questionário (Anexo 7.1), e realizada uma entrevista (Anexo 7.1.1). Com consentimento dos participantes, as informações e depoimentos foram gravados e posteriormente transcritos. Com os familiares que acompanharam o processo de reabilitação, foi feita uma entrevista com o mesmo conteúdo da entrevista direcionada às pessoas com deficiência visual (Anexo 7.2), seguindo o mesmo procedimento de gravação e transcrição.

A entrevista segundo Ludke (1996, p. 33) “é uma das principais técnicas de trabalho em quase todos os tipos de pesquisa utilizados nas ciências sociais”, pois existe uma influência recíproca entre o entrevistador e o entrevistado. E a captação das informações ocorre de maneira imediata, permitindo correções, esclarecimentos e adaptações.

O tipo de entrevista foi a semiestruturada, que permitiu adaptações e se desenrolou a partir de um esquema básico, no caso, a autonomia pessoal e social das pessoas com deficiência visual. Esse tipo de entrevista, na pesquisa qualitativa permite a observação das tendências e dos padrões relevantes para a análise.

As gravações e transcrições das entrevistas foram utilizadas para a análise e interpretação dos conteúdos. O questionário, que também foi gravado, conteve questões objetivas e diretas, como meio de facilitar a categorização dos dados.

A metodologia utilizada considerou a autonomia social e pessoal de pessoas com deficiência visual, a fim de identificar quais áreas da vida dessas pessoas foram beneficiadas após passarem por serviços de reabilitação com categorias descritivas.

A pesquisa qualitativa utiliza uma metodologia de análise, que incluiu neste estudo, a categorização, a descrição e a interpretação dos dados. Minayo (2010, p.105) define a análise de conteúdo, nesse tipo de pesquisa, como “uma adaptação da técnica original, que vai além dos conteúdos manifestos, apontando um referencial interpretativo. Isso a faz se aproximar mais do método”. Aponta também o Método de Interpretação de Sentidos, que implica na tentativa de avançar na interpretação da pesquisa, considerando a dimensão subjetiva do estudo e os posicionamentos de grupos.

A análise visou os níveis de mensuração intervalar, ordinal e nominal, sob os seguintes aspectos: se a instituição especializada colaborou para a autonomia das pessoas com deficiência visual; se as áreas da vida das pessoas com deficiência visual foram beneficiadas após o estabelecimento das relações sociais dentro da instituição especializada; se ocorreram ganhos quanto à autonomia conquistada depois de passarem por serviços de reabilitação

oferecidos pela instituição especializada.

O critério de exclusão dos participantes do estudo considerou pessoas com deficiência visual que possuíam outra deficiência, além da visual; pessoas com deficiência visual que ainda passam por serviços de reabilitação na instituição especializada, ou que não passaram por programa de reabilitação; familiares que não acompanharam o processo de reabilitação da pessoa com deficiência visual.

Quanto aos aspectos éticos, as identidades dos sujeitos participantes foram preservadas. Os resultados alcançados na pesquisa serão divulgados e devolvidos tanto à Instituição Especializada, quanto aos sujeitos participantes do processo.

Em razão de essa pesquisa envolver pessoas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie – UPM para apreciação, tendo recebido sua aprovação. Fez parte do mesmo os Termos de Consentimento Livre Esclarecido e as Cartas de Informação à Instituição (Anexo 7.3.) e ao Sujeito da Pesquisa (Anexo 7.4.) devidamente lidas e assinadas por todos os participantes.

3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Participaram da pesquisa 6 (seis) pessoas com deficiência visual (cegueira) egressos de uma instituição especializada e seus respectivos familiares.

Como observado no Quadro 1, conforme informações a seguir, cada pessoa com deficiência visual recebeu um número de 1 a 6, e, são referenciadas com a letra S.

Quanto aos 6 (seis) familiares, também sujeitos desta pesquisa, foi identificado que os mesmos possuem o número correspondente de seu familiar com deficiência visual, e, são referenciados com a letra F.

Quadro 1. Caracterização dos Sujeitos

S	Idade	Sexo	Deficiência Visual / Origem	Baixa Visão	Cegueira	Percepção Visual	Reabilitação Início/Fim
S1	37	M	Adquirida/ Diabetes		Desde os 30 anos	luz, vultos, claro e escuro	2004/2006
S2	40	M	Congênita/ Catarata, Glaucoma e Atrofia Retiniana	Desde o nascimento	Desde os 7 anos	Nula	2002/2008
S3	39	F	Congênita/Glaucoma Congênito e Úlcera de Córnea	Desde o nascimento	Desde os 30 anos	Nula	2003/2009
S4	49	M	Adquirida/ Diabetes	40 anos	Desde os 43 anos	Algumas cores e formas	2005/2008
S5	30	F	Congênita/Glaucoma Congênito e Descolamento de Retina	Desde o nascimento	Desde os 19 anos	Vultos e cores	2003/2007
S6	42	M	Adquirida/ Descolamento de Retina, Catarata e Glaucoma	Desde os 33 anos	Desde os 36 anos	Clarida- de e vultos	2003/2006

Legenda: S – Pessoas com deficiência visual

Fonte: A autora

Dentre os familiares que acompanharam o processo de reabilitação das pessoas com deficiência visual, foi observado que: 3 (três) são mães (sujeitos F1, F3 e F5), 1 (um) irmão (sujeito F2), 1 (uma) esposa (sujeito F6) e outro, o irmão de religião (sujeito F4). Totalizando, desta maneira, os 12 sujeitos desta pesquisa.

3.3 LOCAL DA REALIZAÇÃO

Para a realização da pesquisa de campo, com entrevistas e questionário, foi escolhida uma instituição especializada em reabilitação de pessoas com deficiência visual com o intuito de verificar o processamento de uma única proposta de reabilitação nas áreas que abrangem autonomia pessoal e social. Tal instituição é a Unidade para Reabilitação de Deficientes

Visuais – URDV, onde trabalhei durante sete anos na área de comunicação, no período de 2002 a 2009 e observei mudanças significativas após a reabilitação nas diferentes pessoas atendidas, que sugerem um estudo quanto ao processo de autonomia pessoal e social dessas pessoas. Grande parte dos egressos da reabilitação frequentam a instituição em atividades diversas.

A URDV atende, atualmente, uma população de 65 pessoas com deficiência visual (pessoas cegas e pessoas com baixa visão) com idade mínima de 12 anos; oferece atendimento na área de comunicação (alfabetização em braille, treinamento da visão subnormal e uso do soroban); nas áreas de orientação e mobilidade, de terapia ocupacional, de educação física, de coordenação e área de informática.

É constituída por uma equipe interdisciplinar envolvendo a coordenadora, professoras de braille e de soroban, assistente de classe na área de comunicação, professor de educação física, professora especializada em orientação e mobilidade, terapeuta ocupacional e uma equipe de voluntários graduandos em diversas áreas. Funciona no período da tarde das 13 às 17 horas, de segundas-feiras às sextas-feiras.

Os objetivos das áreas de trabalho segundo o documento de cunho administrativo (ACF, 2001), são descritas como: a área de comunicação que proporciona a alfabetização em braille, a utilização do soroban para alunos cegos, recursos especializados e adaptáveis aos alunos com visão subnormal; a área de orientação e mobilidade oferece independência e segurança no trajeto de ir e vir, envolvendo o treinamento de técnicas específicas, destinadas às pessoas com deficiência visual; a área de terapia ocupacional propicia situações de independência às pessoas com deficiência visual, por meio de atividades da vida diária (AVD) e atividades de vida prática (AVP); a área de educação física visa, por meio de condicionamento físico, melhorar a locomoção e a habilidade motora; a área de coordenação realiza a triagem e encaminhamentos das pessoas com deficiência visual e coordena as demais áreas da instituição; e a área de informática é direcionada à utilização do teclado do computador, iniciação do Sistema DOSVOX, com uso da internet.

A equipe interdisciplinar da URDV atua com o intuito de oportunizar às diferentes pessoas com deficiência visual atendidas, uma participação pessoal e social inclusiva, com ações sociais que visam proporcionar segurança, independência e autonomia. Estes são requisitos essenciais para o exercício da cidadania e para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas.

Após consulta feita ao site da Instituição e aos documentos históricos encontrados na unidade (ACF, 2003), para que se conheça sobre este serviço especializado, foi identificado em sua história que sua fundação ocorreu em 20/12/1932 com o nome de “Federação de Cegos Laboriosos”. Na época, ofereciam-se moradia e vestuário, bem como, atividades específicas à deficiência visual. Em 05/08/1936 passou a ser administrada pela Associação Cívica Feminina – ACF, que possui registros de Utilidade Pública Federal – Decreto n. 73.481 de 16/01/1974, publicado no Diário Oficial de 17/01/1974; Utilidade Pública Estadual – Decreto n. 2.424 de 22/12/1963; Utilidade Pública Municipal – Decreto n. 9.971 de 19/05/1972 e CEBAS - Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social expedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social/CNAS/MPAS – n. 74881/63 de 20/11/1963. Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA 322/1994, Conselho Municipal de Assistência Social – COMAS 701/2003, Secretaria de Assistência Social 33, Secretaria Municipal de Assistência Social 13.1107, Registro de Cartório de Pessoa Jurídica 534, Cadastro Geral de Contribuintes Mobiliários (CCM) 1.010.047-4, Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) 62.708.912/0001-70 e Registro INSS 2.190.701044/28, o documento consultado dos dados fornecidos sobre os registros e o CEBAS possui data de dezembro de 2003.

A Associação Cívica Feminina - ACF, fundada em 20 de dezembro de 1932, originária da Revolução Constitucionalista, teve este nome por sua constituição inicial, com equipes de trabalho diárias aos feridos da Revolução, constituídas por senhoras da sociedade paulistana, em um hospital provisório instalado no Colégio Mackenzie. Após a Revolução, as senhoras fundaram uma entidade com um trabalho assistencial destinado às pessoas viúvas, enlutadas ou órfãs.

Em 1933, foi criada a Escola Santa Tereza, destinada à alfabetização de domésticas e, em seguida, a de operários; iniciou cursos profissionalizantes de corte e costura, em 1937; em 1942 recebeu o nome de curso industrial, curso industrial básico em 1959, Ginásio Industrial Feminino em 1971, precedidos da Escola de 1º Grau Olga Ferraz Pereira Pinto e, atualmente, Colégio Olga Ferraz, com 300 alunos, funcionando nos períodos da manhã e da tarde, que mantém até os dias de hoje aulas de bordado e pintura.

Em 05 de agosto de 1936 (FLCB, 1969), a Federação de Cegos Laboriosos passou a ser dirigida pela Associação Cívica Feminina e, em 1953, a Federação de Cegos Laboriosos, atual URDV, recebeu a visita ilustre da Sra. Helen Keller, que esteve em São Paulo, no período de 11 a 16 de maio. Sua visita ao Brasil foi um convite oficial do governo e da

Fundação para o Livro do Cego no Brasil.

A Sra. Helen Keller era surda e cega, viveu de 1880 a 1968 e foi um grande exemplo para o mundo, mostrando que a reabilitação, a inclusão social e a qualidade de vida para pessoas com deficiência são possíveis. Em sua breve estada em São Paulo visitou a

Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Instituto Santa Terezinha para Crianças Surdas, Instituto de Cegos 'Padre Chico', 'Federação de Cegos Laboriosos', Instituto Caetano de Campos', Instituto Butantã, Horto Florestal, Prédio do Banco do Estado, Orquidário do Estado, fez uma viagem a Santos e visitou uma fazenda de café. (FLCB, 1969, s/p.)

Atualmente a Associação Cívica Feminina - ACF é composta pelo Colégio Olga Ferraz, Espaço Jovem "Núcleo Piratininga", Creche M.M.D.C e a U.R.D.V. – Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais.

A Creche MMDC foi inaugurada em 1º de julho de 1975 e preocupa-se com o desenvolvimento integral da criança e atende, atualmente, cerca de 150 crianças. O Espaço Jovem "Núcleo Piratininga", fundado em 1982 com o Projeto OSEM – Orientação Sócio-Educativa do Menor, conveniado com a Prefeitura do Estado de São Paulo, atende menores carentes fora do período escolar, visando o desenvolvimento físico-sensorial, intelectual e social, no momento com 120 crianças. A URDV realiza um trabalho integrado de inclusão social da pessoa com deficiência, que se inicia com os três departamentos que compõem a ACF, o Colégio Olga Ferraz, o Espaço Gente Jovem "Núcleo Piratininga" e a Creche MMDC.

De acordo com ACF (2001), a partir de 22/04/1991, a Federação de Cegos Laboriosos teve sua denominação alterada para Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais (URDV), nome que permanece até os dias de hoje. Em 1991 a proposta de trabalho passou a ser a reabilitação e reintegração do indivíduo à sociedade, o resgate de sua autoestima, a estimulação de suas habilidades e capacidades, com vistas à autonomia, apropriando-se, assim, a pessoa com deficiência visual de sua cidadania.

A URDV no ano de 2006 alterou a faixa etária atendida, passando a não estabelecer idade mínima para o início da reabilitação às pessoas com deficiência visual inclusas no Projeto de Inclusão Escolar em parceria com o Colégio Olga Ferraz, Núcleo Sócio Recreativo Piratininga e a Creche MMDC. Esse projeto da ACF atende crianças com deficiência visual

desde a iniciação escolar.

Em 2008, a URDV passou a oferecer atividades educativas no período da manhã, das 8 às 11 horas de segundas às sextas-feiras; suplência a alunos com deficiência visual do Ensino Fundamental I.

3.4. PROCEDIMENTOS

Passada a fase da qualificação de mestrado e análise posterior do material bibliográfico, realizou-se a pesquisa intitulada “Autonomia Pessoal e Social de Pessoas com Deficiência Visual Após Reabilitação”, seguindo o objetivo, já citado anteriormente, com a proposta de identificar e analisar criticamente a autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual, após a reabilitação em uma mesma instituição especializada. Foram verificadas as condições de autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual, atribuídas à reabilitação, como também, identificadas junto aos familiares, que acompanharam processo de reabilitação das pessoas com deficiência visual, se ocorreram ganhos em autonomia atribuídos após a reabilitação.

Foram aplicados na instituição 4 questionários e 8 entrevistas. Os questionários e as entrevistas dos outros 4 sujeitos foram realizados fora da instituição: sendo 3 (três) deles na residência dos entrevistados, 2 familiares e 1 pessoa com deficiência visual que atualmente trabalha no horário de funcionamento da instituição. O questionário e a entrevista da última pessoa com deficiência visual foram aplicados no ambiente de trabalho da mesma, um escritório de uma loja, totalizando assim os 12 (doze) sujeitos desta pesquisa.

Como já dito, as pessoas com deficiência visual foram escolhidas aleatoriamente. Um questionário e duas entrevistas (uma pessoa com deficiência visual e seu familiar) não foram considerados nesta análise, nem mesmo na contagem dos sujeitos participantes da pesquisa, pois no transcorrer do questionário a pessoa com deficiência visual relatou possuir deficiência auditiva, que a prejudica na autonomia pessoal e social em atividades cotidianas. Desta maneira, não pode ser incluído por não atender aos critérios definidos para realização do estudo, já que os critérios de exclusão da pesquisa implicavam na existência de outra deficiência, além da visual.

A realização dos questionários e das entrevistas envolveu gravações efetuadas em 2 (dois) gravadores, cujas referências são: um aparelho Panasonic mini cassette recorder RQ-L11- auto stop system - e o Power Pack – digital voice recorder DVR-1600, concedidos pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.

As entrevistas e os questionários foram agendados, previamente, em horários possíveis para os sujeitos, tendo sido realizadas individualmente definindo uma ou duas num mesmo dia. Primeiramente foi entrevistada a pessoa com deficiência visual e, em seguida, o familiar que acompanhou o processo de reabilitação.

Das 6 (seis) pessoas com deficiência visual, 3 (três) possuem deficiência visual adquirida e 3 (três), deficiência visual congênita; 4 (quatro) sujeitos são do sexo masculino e 2 (dois) sujeitos são do sexo feminino.

Dos familiares entrevistados, sujeitos também desta pesquisa, apenas 1 é pessoa com deficiência visual (sujeito 5). As gravações das entrevistas e dos questionários foram autorizados pela coordenadora da instituição, previamente, como também por todos os sujeitos envolvidos.

Vale a pena ressaltar que tanto os familiares como as pessoas com deficiência visual, foram solícitos e participativos na execução desta pesquisa de campo. Alguns familiares compareceram para a entrevista em sua folga do trabalho e acrescentaram que, se necessário fosse, pediriam dispensa para participar da pesquisa. Ficou evidenciada a importância atribuída à pesquisa pelos próprios participantes.

4. APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, utilizou-se um questionário para as pessoas com deficiência visual (Anexo 7.1), com sete questões para informações preliminares como: nome, idade, sexo, deficiência visual congênita ou adquirida, cegueira ou baixa visão, se realiza trajeto em ambientes internos e externos sozinho, se utiliza bengala e se possui facilidade em atividades pessoais e sociais.

Todas as pessoas com deficiência visual, deste estudo, passaram por reabilitação num período mínimo de 2 (dois) anos, por mais de 4 (quatro) horas semanais, no período de 2002 a 2009, estando caracterizados, anteriormente, no Quadro 1.

Por ocasião da aplicação do questionário (Anexo 7.1), todos os sujeitos expressaram detalhes sobre a patologia ocular e sobre sua memória visual. O uso da bengala foi destacado por todos os sujeitos em ambientes externos. Em ambientes internos conhecidos afirmaram não utilizar a bengala. Todos confirmaram não possuir dificuldades em atividades sociais e pessoais.

A memória visual foi identificada em todas as pessoas com deficiência visual desta pesquisa, como importante. Em S2, cego desde os 7 anos, e que foi o sujeito deste estudo que teve a perda visual mais precocemente, expressou o reconhecimento das cores primárias e sua utilidade para a realização de atividades autônomas e independentes.

A partir das informações do questionário (Anexo 7.1), foi possível identificar características das pessoas com deficiência visual participantes, conforme apresentadas no Quadro 1.

A entrevista realizada com as pessoas com deficiência visual (Anexo 7.1.1) continha 4 questões abertas e a entrevista dos familiares que acompanharam o processo de reabilitação (Anexo 7.2) continha questões similares as das pessoas com deficiência visual sob a ótica dos familiares.

Embora não tendo como foco a análise psicológica, cabe registrar que F1 chorou durante a entrevista, dando indicação de eventual dificuldade no relacionamento com S1. Foi expresso por F5 que S5, possivelmente, apresenta certo cerceamento em sua relação conjugal, o que, eventualmente, pode interferir em sua autonomia.

As transcrições foram realizadas detalhadamente, com fidelidade aos relatos para a devida interpretação e análise. Fez-se uma revisão dos relatos dos sujeitos que pudessem comprometer a veracidade dos fatos, envolvendo pontuação e gramática.

Várias leituras realizaram-se com o intuito de observar e identificar categorias para a possível análise e discussão dos resultados. Conforme lembra Minayo (2010), as categorias deverão garantir classes homogêneas com os mesmos princípios e analisados pelos mesmos critérios adaptando, desta maneira, o conteúdo ao objetivo que se quer chegar. Assim, após a coleta dos dados, optou-se por distribuir as informações em 4 (quatro) categorias, que estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Categorias correspondentes

Categoria	Questão
Categoria 1 - Autonomia Pessoal	1ª e 2ª questão
Categoria 2 - Autonomia Social	1ª e 2ª questão
Categoria 3 – Reabilitação	3ª questão
Categoria 4 - Relações Sociais	2ª e 4ª questão

Fonte: A autora

4.1. Autonomia Pessoal

A primeira categoria é referente à autonomia pessoal e no Quadro 3 são destacadas as principais mudanças decorrentes dos serviços de reabilitação nesse tipo de autonomia, conforme depoimentos dos entrevistados.

Notou-se que a independência para locomoção é de extrema relevância para a autonomia da pessoa com deficiência visual, de acordo com a expressão dos sujeitos no Quadro 3 para S1, S3, F3, S4, F4 e S5. A possibilidade de locomoção independente e sua significação são destacadas na literatura em Lowenfeld (1964) e condiz com os resultados apresentados nesta pesquisa, ele considera que o valor da locomoção pode ser igualado à própria vida e, que a liberdade de movimentação é extremamente significativa para o autorrespeito.

O direito de ir e vir é garantido a todos os indivíduos, desde a Constituição Federal de 1988. A mobilidade independente advinda dos serviços de reabilitação propicia, em muitas situações, atividades autônomas e independentes.

Quadro 3. Categoria 1 – Autonomia Pessoal

S1	“Eu aprendi a me colocar pro meio, no começo foi terrível... você vai se adaptando ao processo, você vai sentindo que aquilo está te trazendo mais autonomia no dia a dia, na forma de comunicação, na forma de deslocamento”
F1	“Chegam as mercadorias dele, um mundo de caixas, dez, doze caixas de mercadorias e ele é que tem que abrir...” “eu é que vou conferir; você pega os preços, pega a tabela lá no balcão e faz os preços”.
S2	“Eu desenvolvi certas habilidades que eu não tinha. Eu não tinha, assim, uma direção própria, sempre era através das pessoas. Tudo era através das pessoas. Hoje até é ainda, mas de uma forma mais restrita... muitas coisas eu faço sozinho...”
F2	“Quando entrou aqui ² era tímido, agora não, é um cara extrovertido, brinca, dá risada, fala quando quer... ele sabe conversar, ele sabe perguntar... ele só não enxerga, mas acho que enxerga mais que muita gente que tem a visão, que tem tudo...”
S3	“Às vezes, estava em algum lugar e decidia ir para algum shopping, alguma coisa, eu podia ir também... Minha vida profissional sofreu modificações, porque aí eu conheci outro lado de ter uma importância na vida, de poder ser útil...”
F3	“Ela mesma toma conta dela. Ela faz todas as coisas que são possíveis. Ela não se preocupa de sair, voltar, nada. Ela vai trabalhar, volta.”
S4	“Minha vida mudou consideravelmente, porque quando a gente perde a visão, é um processo difícil... Então eu penso, se eu não tivesse feito isso ³ , eu não saberia nada, hoje eu dependeria de alguém para me levar para a igreja...”
F4	“Eu sinto que ele mudou muito, sabe por quê? Voltando lá atrás, quando ele perdeu a visão logo, logo e eu falava vamos lá. Ele não sabia o que era braille, que precisa de uma bengalinha pra andar. Ele tinha vergonha, porque era novo para ele.”
S5	“Minha autonomia, como posso dizer, ah mudou... agora eu saio sozinha e antigamente eu não saía.”
F5	“Ela começou a se desenvolver bem, resolver as coisas que ela tinha pra resolver. Por exemplo, coisas dela, pessoal, no caso. O que tinha dificuldade, ela começou a resolver também, como por exemplo, ir procurar serviço.”
S6	“Uma autonomia que eu achava que não ia ter mais. Era uma coisa de achar que nunca mais eu ia pegar um pincel na mão.”
F6	“Ele se sente mais satisfeito, até do que ele era antes, porque antes era o estabelecimento que ele pintava. Agora ele tem mais contato com as pessoas.”

Legenda: S – Pessoas com deficiência visual F – Familiar da pessoa com deficiência visual

Fonte: A autora

Vale destacar a relevância dessa locomoção que envolve o trajeto de ir e vir, expressadas por vários sujeitos, da seguinte maneira: em S1 “Eu ando pra tudo quanto é lado

² URDV.

³ Reabilitação.

sozinho.” S2 “Mas acho que a principal mudança foi a mobilidade mesmo porque aquela coisa, hoje em dia se eu quero ir pra algum lugar.. eu posso ir...” F2 “Antes ele não andava sozinho, tinha que ir alguém com ele” S4 “Na minha vida pessoal, o principal foi eu me locomover ...” E F5 “Olha, ela tinha muita insegurança pra sair sozinha. Ela não saía sozinha pra lugar nenhum. Nem mesmo, assim, na quitanda pertinho de casa.”

Todos os sujeitos entrevistados consideram a locomoção independente essencial para a autonomia pessoal, e F6 destaca a locomoção importante para a autonomia social. F1 acentua que S1 sempre foi independente em suas atividades e que permanece com autonomia após a deficiência visual com algumas modificações, tais como: “Hoje ele vai, pega táxi, de ônibus poucas vezes. Outro dia ele veio de ônibus/ metrô/ ônibus, passou o maior sufoco, mandou o motorista parar aqui perto, na esquina de casa e ele foi parar no outro ponto. Ainda bem que ele conhece até as guias.” S6 vai além da locomoção independente para a autonomia pessoal, condiciona a sua independência adquirida após a reabilitação a capacidade de atuar autonomamente no mundo, dizendo: “Eu consegui ter uma independência muito boa, assim, eu consegui fazer de tudo.”

A terminologia de tecnologia assistiva é destacada por Galvão Filho; Damasceno (2006), bem como, as ajudas técnicas (BRASIL, 2004) que podem ser no caso das pessoas com deficiência visual, o uso do sistema braille, bengala, programas com sintetizadores de voz, entre outros, que facilitam o acesso ao conhecimento e a interação social das pessoas com deficiência.

Em S1, S2 e S5 são expressas a necessidade do uso do sistema braille, ou programas com sintetizadores de voz para garantia de oportunidades de acesso a leitura e a escrita, em igualdade às demais pessoas. S1 “Sou um cidadão comum eu só enxergo diferente de você. O que tá escrevendo aí eu vou escrever aqui⁴, eu vou escrever ali no computador.” S2 “Eu gosto muito da leitura. Às vezes, eu, pra passar um tempo eu gosto de ouvir música ou então eu pego um livro e fico passando os dedos pra ler alguma coisa, alguma informação importante pra mim. Minha vida deu uma guinada boa depois que eu conheci tudo isso.” S5 “Ah, o braille, a independência de poder andar sozinha.”

A participação social com recursos adequados e acessíveis à pessoa com deficiência visual é realçada em F5 “Ela tinha dificuldade, eu não sei se era vergonha de ir ou se era as

⁴ A palavra aqui se refere à escrita realizada na reglete.

dificuldades, mesmo, pra se locomover. E, depois que ela fez a reabilitação, eu notei uma mudança bem melhor nela. Mudou.” E S4 faz menção ao uso do telefone celular “Quando perdi a visão tive muita dificuldade. Uma coisa simples se torna difícil, como por exemplo, a utilização de telefone. Parece uma coisa tão simples?”

O ser humano, de acordo com Pereira (2006), constitui, em sua relação com o trabalho, uma série de realizações e conquistas de extrema relevância à autonomia pessoal destas pessoas, que podem ser identificadas no Quadro 3 em F1, S3, F3, F5, S6 e F6. Assim, também como, em S1: “Eu sei o que gosto de fazer, que é o que eu já fazia, só que eu não poderia mais ser um atleta profissional como eu era antes, mas eu poderia ser o mesmo empreendedor que antes. Mas pra isso eu ia ter que me colocar...” O reconhecimento do conceito de incapacidade destacado pela CIF (2003) referente à restrição de atividade, como apontado por S1, o atletismo profissional, foi relevante para a reconstrução de sua atividade profissional.

A possibilidade de relacionamento com o trabalho melhorou a autonomia de S2: “Eu não fiquei também na empresa. Mas, por outro lado, foi uma etapa muito importante pra mim... Percebi que se eu voltar pra essa área, eu voltarei, de certa forma, com uma capacidade maior pra desenvolver o trabalho.” Também reforçada por F2: “... ele se soltou.. Hoje em dia, ele sai, ele trabalha, tá trabalhando...”

A satisfação pessoal por ser útil no trabalho é acentuada por S3: “Então, quando eu fui trabalhar, foi muito importante eu saber que eu tinha uma utilidade, que eu posso melhorar as pessoas, porque eu trabalho com o bem estar das pessoas.” Como também F6 referencia a satisfação de S6: “Ele tem satisfação de fazer o trabalho, aquela parte que ele imaginou que nunca mais ele faria. Então, houve essa mudança e essa melhora.”

A relação da autonomia pessoal com a realização profissional não foi destacada por S4 e F4. S4 diz que não teve alteração na sua vida profissional, pois quando se tornou uma pessoa com deficiência visual, já havia trabalhado vinte e seis anos, e que hoje merecia o devido descanso com a aposentadoria.

Apesar de F1 destacar autonomia na atividade profissional de seu familiar, acentua que S1 sempre foi independente e que esta autonomia permanece ressaltando as limitações impostas pela perda visual, tais como: ”Sozinho ele faz tudo, tudo, tudo. Ele faz sua barba, ele se veste, ele sai, agora ele perdeu um pouco, não sei explicar, como dizer.. há algum tempo

não consegue identificar a cor da roupa... antes ele pegava tudo direitinho.” “Ele sempre diz, pra que os olhos? Eu enxergo com a cabeça, não com os olhos, eu penso.” “Ele continua igual. É uma pessoa muito inteligente, conversa muito bem, explica tudo muito bem, entendeu?”

A Lei 9.528/97 garante à pessoa com deficiência o acesso ao trabalho com sistema de proporção pelo número vagas e o número de funcionários da empresa. Porém, a permanência de qualidade, com funções que incitem a satisfação plena, ainda terá que ser conquistada, como notamos em S5: “O meu trabalho me desagradou, porque eu mexia muito pouco com o computador e eu queria aprender a mexer mais. Era muito pouco, eu trabalhava só quatro horas e tinha pouco serviço...” e F5: “Profissionalmente, ela teve uma recaída por causa da depressão.”

A autonomia conquistada após a reabilitação para S2 e F2, de acordo com o Quadro 3, é definida como a pessoa ser capaz de possuir sua própria autoridade, segundo sua própria regra, e é evidenciado também em S6: “Então, eu acho que era uma coisa minha, pessoal, uma coisa pessoal minha que estava trancada e, de repente, desabrochou de novo. Então, eu acho que, por esse lado, aí foi 100%, foi uma coisa gratificante pra mim, muito boa...” S6 faz referência, no trecho acima, à possibilidade de voltar a atuar profissionalmente com a arte, após a deficiência visual.

Pessoas livres do estigma são consideradas, segundo Goffman (1978, p.143), “pessoas que alteraram a sua personalidade, uma alteração em direção ao aceitável”. O estigma foi descrito por S2: “Consegui quebrar esse estigma de tudo, de um deficiente visual “coitado”, quando na verdade ele não é. Ele é uma pessoa que só precisa ser trabalhada, lapidada e colocada no meio social pra desenvolver a melhor forma de conviver com todo mundo, e poder trabalhar e ser uma pessoa, pagar seus impostos, ser como qualquer um é, qualquer cidadão. Poder votar, essas coisas...”

Identificamos, de acordo com Goffman (1988), que o conceito da pessoa estigmatizada está ligado à concepção de normalidade do mundo social em seus desvios e normas. Somos conduzidos a aferir que o aceitável é o comum e não a compreensão da diferença. Os processos de estigmatização implicam na função social geral recrutar o apoio da sociedade, e não são apoiados por ela. Parecem estar implícitos às funções adicionais que variam de acordo com o estigma.

Nos sujeitos S2 e S4 notamos que, após a reabilitação, tiveram sua primeira relação afetiva, S2 aos 30 anos e S4 aos 40 anos. S2 acentuou: “Até meus trinta anos eu nunca tive um relacionamento afetivo mais definitivo, nunca tive uma namorada. Só fui ter namorada depois que eu tive minha vida independente, minha vida particular mais independente.” E S4 comenta: “Aí, conheci minha esposa... Através do casamento, como a gente diz, foi uma preparação de Deus, colocado no meu caminho... Eu tinha dificuldade, por causa da minha timidez. Ah, ah, eu nunca tive ninguém, minha primeira companheira, minha primeira companheira.” S2 possui deficiência visual congênita e é cego desde os 7 anos e S4 não tinha deficiência visual até os 40 anos.

Vale ainda ressaltar que S6 começou a namorar com sua atual esposa, após se tornar uma pessoa com deficiência visual, apesar de terem tido uma relação afetiva sem êxito no passado, quando ele não possuía deficiência visual. S6: “Você vê, a gente foi começar a namorar depois que eu fiquei deficiente visual. Namorar sério e chegamos ao casamento aí, e estamos aí, com cinco anos de casamento.”

Os sujeitos S2 e S4 apontam a importância da utilização da percepção para a autonomia da pessoa com deficiência visual, que também é destacada na literatura, por Amiralian (1997), como a condição imposta pela cegueira, que requer uma estruturação e organização na relação com o mundo para a pessoa cega. S2: “Hoje em dia, eu consigo localizar uma determinada coisa, porque depois que eu comecei a desenvolver os outros sentidos que foram trabalhados após eu conhecer mobilidade, essas coisas aí, como é que é, percepção tátil... comecei a desenvolver isso e comecei também a desenvolver habilidades pra assim localizar certas coisas, como prestar atenção em barulhos, porque, apesar de eu não enxergar, eu não prestava muito, quer dizer, prestava, mas não era aquela coisa, eu não encarava como uma coisa que fosse me auxiliar...” E para S4: “Na perda da visão você fica meio perdido. Aí, quando nos casamos eu observei o jeito dela⁵ limpar a casa, o jeito dela fazer comida. Então você vê, não vê e sim pela voz, ela conhece a minha voz, ela conhece minha voz... Você vai se habituando ao barulho. Parece que observo mais pelos outros sentidos. Aí, por exemplo, ela varre a casa e eu passo pano.”

Em S6 é notório o valor dado ao sofrimento ocasionado por sua perda visual e a doença de sua esposa. Ele afirma que os sofrimentos colaboraram para ele se tornar uma pessoa melhor, e que muito contribuíram para sua autonomia e seu crescimento como pessoa.

⁵ S4 refere-se a sua esposa que é uma pessoa com deficiência visual.

S6: “Eu me casei, me tornei mais humano... e a doença da minha esposa me ajudou a crescer...”

A autonomia pessoal é destacada também em situações onde a participação e o desempenho de atividades são essenciais para a satisfação como ser humano, tais como, a liberdade de escolha em S3: “Você ter a liberdade de poder escolher perfume... uma roupa... ir à farmácia.” E participar do meio em atividades cotidianas incitam a realização pessoal. F3: “Antes ela não fazia nada... ficava em casa.. Se deixar, hoje ela faz tudo. Quer fazer até comida, ela faz comida... cuida das crianças”

De acordo com a CIDID (1989) a desvantagem para o desempenho de uma função considera os fatores sócio-culturais e podem ser minimizados. A qualidade de vida para essas pessoas é de extrema relevância onde a incapacidade decorrente da deficiência, no caso deste estudo, a deficiência visual, é um fator limitante para algumas atividades consideradas normais para as demais pessoas.

No caso de S2, a reabilitação oportunizou modificações em sua conduta que lhe induziu a maiores reflexões e atitudes de respeito ao próximo quando diz: “Não gostava de refletir sobre as coisas. Eu falava ‘eu penso assim e acabou...’ Agora, eu consigo respeitar a opinião da outra pessoa e consigo discutir até chegar a um consenso.”

Dos 12 (doze) sujeitos 11 (onze) consideram mudanças na autonomia pessoal, decorrentes da reabilitação, e todos os sujeitos com deficiência visual se consideram autônomos. Um sujeito, F1 identifica a autonomia pessoal em seu familiar, porém não a associa aos serviços de reabilitação, considera que esta autonomia pessoal sempre existiu e que se manifesta de outra maneira, atualmente, devido à ausência da visão.

4.2. Autonomia Social

A segunda categoria é referente à autonomia social, onde a participação social e a relação com o outro são relevantes, como demonstradas no Quadro 4 em S2, F2, F3, F4 e F5. Encontramos na literatura, em Vygotsky (1995 apud Lima 2008), que a cegueira, além de implicar o defeito do órgão da visão, requer a reorganização do organismo e da personalidade, num processo de compensação. A compensação, neste caso, decorre da mediação da condição social e psicológica, que envolve uma construção simbólica em interação, num processo de humanização inclusiva.

Quadro 4. Categoria 2 – Autonomia Social

S1	“Uma autonomia bem razoável pra se colocar na frente, no caso lá dos administradores, e não deixar que a tua deficiência fique em evidência. Quem tem que estar em evidência é o empreendedor, nunca a deficiência porque... se você não sabe se colocar no meio social, quem aparece primeiro é o cego. É o cego, então, que precisa tomar cuidado.”
F1	“Ele tem um vendedor que começou a fazer negócio com ele... Quando não, ele faz coisas pelo telefone, mas ele sabe comprar, ele compra muito bem. Nós nunca compramos nada. Foi sempre ele que comprou sozinho.”
S2	“Hoje eu consigo conversar com as pessoas, olhando pra elas, mesmo sem enxergar, coisa que eu não fazia. Sei lá, eu conversava com as pessoas, olhando pro chão, olhando pro lado.”
F2	“Antes, ele não namorava, só depois que ele veio pra cá ⁶ ... Ele mudou socialmente, tá bem mais, como se diz, ele já trabalha, ele tem, como se diz, a própria opinião.”
S3	“Lá no serviço, eles não deixam a gente andar sozinha. Precisa do líder pra poder ir de um lado para outro, tipo, no banheiro, essas coisas. É uma coisa que eu tô brigando muito pra que mude, eu não gosto disso. Eu detesto andar pendurada em alguém o tempo todo... Como eu fui transferida pra o outro lugar, lá, eu tenho até um pouco mais de autonomia de poder andar só.”
F3	“Na vida social, ela sai bastante, ela passeia. Ela não tem dúvida de sair. Antes, pra ir pra algum lugar, a gente tinha que tá com ela. Agora ela vai, volta, ela tem os amigos dela... Ela mudou, porque agora ela trabalha e tudo”
S4	“Com a perda da visão fui conhecer lugares que, até então, não conhecia... comecei a andar mais, lugares que só conhecia de passagem, passei a ter conhecimento.”
F4	“Nós aprendemos juntos, eu aprendo com ele e ele comigo... Ele participa de muitas visitas de centro de deficientes...”
S5	“O trabalho modificou bastante... Fui trabalhar uma coisa que eu não esperava que fosse acontecer. Eu já trabalhei em duas empresas.”
F5	“Antes era mais quieta, depois que ela entrou aqui na URDV ela se desenvolveu bastante... Daí ela tem uma boa amizade com as meninas ⁷ ... Acho que você chegou a conhecer aquela história do Benjamin ⁸ .”
S6	“A professora abriu um espaço lá na Reatech ⁹ e aí comecei a desenvolver a pintura de novo, uma coisa que eu já tinha deixado de lado.”
F6	“Modificou primeiro o profissional. Profissional dele, que ele era um Grafiteiro profissional. Ele grafitava comercialmente nas paredes, nos estabelecimentos. Então, já teve modificação, porque sem a visão ele não conseguia fazer isso.”

Legenda: S – Pessoas com deficiência visual F – Familiar da pessoa com deficiência visual

Fonte: A autora

Além dos trechos dos depoimentos transcritos no Quadro 4, outros também significativos para os objetivos do estudo são apresentados e comentados adiante.

⁶ URDV.

⁷ Amigas da reabilitação.

⁸ Benjamin refere-se a uma viagem realizada com um grupo de amigos ao Instituto Benjamin Constant, no Rio de Janeiro.

⁹ Feira Internacional de Reabilitação.

As alterações de conduta na vida social são apontadas por S2: “Tinha vida social, tinha, mas era diferente, era uma coisa bem mais fechada, porque ou eu ia com alguém ou então eu não ia... não tinha aquela participação... eu era obrigado a ficar sentado e eles ficavam conversando...” F2 comenta “Ele mudou socialmente, está bem mais, como se diz, ele já trabalha, ele tem, como se diz, a própria opinião... Ficou mais independente... ele conversa com as pessoas...” S3 diz que: “Ah, o social mudou, porque, assim, eu comecei a sair mais. Antes, eu só saía com meus irmãos; aí depois, eles casaram, tudo...” S5 relata: “Eu mudei um pouco, eu era mais trancada dentro de casa. Na escola, surgia aquela questão de preconceito por ser deficiente visual.”

Uma boa comunicação para a conquista da autonomia social é destacada por S1: “Se você tem uma boa comunicação, você vai andar pra todos os lugares, ou seja, você vai ter autonomia mais assim, você vai ter facilidade pra desenvolver suas atividades, sejam pessoais, sociais.” E em S6, a descoberta da continuidade da vida pessoal e social: “Sem a visão, sem visão, eu voltar a ser o que eu era antes. Aí, eu falei: puxa!”

Em S3, no Quadro 4, aborda-se a relação com o trabalho, como em S1: “Trabalhar com o que gosta é bom. Agora, imagina você acordar de manhã, ter que pegar ônibus, trem, metrô, avião, barco, andar uma hora de bengala pra ganhar um salário mínimo e ainda o cara vai falar ‘oh, chama o deficiente lá do setor tal, que ele tem que levar um papelzinho lá pro cidadão da portaria’.” Fica explícita a importância da autonomia social no ambiente de trabalho com funções dignas e condizentes a qualquer ser humano, em condições iguais às oferecidas às demais pessoas.

Destaca-se também, a mobilidade independente no ambiente de trabalho por S3 no Quadro 4, mobilidade esta da pessoa com deficiência visual, que alguns empregadores desconhecem e, em alguns casos, tutelam ou subestimam a eficiência da pessoa com deficiência no desempenho de suas atividades. É relevante o conceito de funcionalidade destacado pela CIF (2003), que engloba, entre outras, as funções do corpo em atividades e participação, essenciais para a satisfação e para a qualidade de vida.

Desde 1958, o Brasil ratificou a Convenção nº 111 adotada pela Organização Internacional do Trabalho - OIT, que condena qualquer política ou medida que prive o cidadão do legítimo direito a um emprego, ou lhe negue igualdade de oportunidades em

mantê-lo. E a atividade profissional, segundo Mazzotta (1996), é um dos principais aspectos do ajustamento social do ser humano.

A autonomia na realização das atividades profissionais é destacada no Quadro 4 por S1, F1, S3, S5, S6 e F6, como também comentados por S1: “Área social mexeu muito, não comigo, tá? Tanto com meu entorno, no contexto família, amigos, estranhos até agora no mercado de trabalho, fornecedores, colaboradores... a área social pra mim é a área que mais pega...” Para S6: “Meu trabalho era pintura. Eu tinha parado; eu só sei ganhar dinheiro com a pintura. Então eu tive que voltar a trabalhar, voltei a trabalhar e, aí, eu comecei a ganhar dinheiro. Então, espera aí, então minha vida não acabou.” E F6 comenta: “Então, nessa parte profissional, a parte da arte, ele voltou a executar... Teve uma mudança, mas ele executa, ele faz as telas dele. É gostoso ver... Profissionalmente ele sai com uma exposição, então, ele conhece muita gente e ele faz os trabalhos dele... o jeito que ele fala, mudou.”

S1 e S6 já atuavam profissionalmente antes da deficiência visual adquirida e voltaram a atuar profissionalmente, após a reabilitação. S1 destaca, na área social, o trabalho e a família como os principais pontos que sofreram modificações em sua vida; e S6 associa a autonomia de realizar uma atividade profissional ao sentido para sua vida.

Nos casos de S2, S3 e S5, os mesmos tiveram sua primeira atuação profissional após a reabilitação. S2 lembra que “Antes, eu não tinha nenhuma profissão, não conhecia nenhuma forma de ganhar dinheiro com meus próprios esforços... Fui Office boy, vamos dizer assim, eu fazia determinados serviços internos e externos, mais externos, eu saía pra fazer algum serviço, comprar alguma coisa, depositar alguma quantia em dinheiro, cheques... Depois, ah, depois, eu saí daqui¹⁰, eu fui pra uma empresa, com o trabalho de Analista de Atendimento Júnior e, lá, eu tive que desenvolver uma técnica de atendimento pra recepcionar clientes, só que por telefone e, aí, eu não tive muito êxito nessa parte; mas assim, serviu como uma forma de desenvolver o meu lado comunicativo...”, S3 informa: “Eu trabalho com massoterapia. No começo, eu trabalhava com a Natura e a Avon, sempre cuidando do lado pessoal.” Como também em S5: “Não, nunca tinha trabalhado. Era só escola e nada mais. Eu nem sonhava em usar bengala. Eu não sabia que existia treinamento, braille.”

¹⁰ Instituição em que realizou a reabilitação e trabalhou (URDV).

F3 ressalta não somente a autonomia de S3 estar atuando profissionalmente, como também a possibilidade de sair em busca de outra atividade profissional de seu agrado. “Ela vai atrás... se ela não está gostando do serviço, tá procurando outro.” Esta autonomia da pessoa com deficiência buscar a atividade profissional de seu agrado é garantida no Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que evoluiu quanto ao direito da pessoa com deficiência a atuar num trabalho de sua escolha, reconhecendo a igualdade de oportunidades, tais como as demais pessoas. Identificou-se nesta pesquisa, a importância da realização pessoal em diferentes áreas de atuação, que reforçam o direito ao pleno exercício da cidadania.

Como se observa no Quadro 4, as atividades de lazer e cultura também foram citadas por S4 e F4, como também em F2: “Antigamente, ele não tinha muita diversão, mas agora ele já se diverte mais, ele sai pra todo lugar que ele quer, aonde ele quer ir, ele vai, agora ele tem.. a mulher dele... então, eles saem, eles se divertem, vão pra onde querem, vão pra Santos.” E S3: “Eu não viajava sem a minha família. Você poder viajar, de você conhecer pessoas de todo lugar...” F3 acrescenta que: “Ela só passeia, ela viaja, vai à praia.” A oportunidade de viajarem sem os familiares foi conquistada após a reabilitação por S2 e S3.

A implementação do desenho universal, pelo Decreto 6949 de 2009, favorece o acesso ao lazer, práticas desportivas e a vida cultural, como foi notado em S3: “Lazer sofreu modificações, porque eu conheci muitos outros lugares que eu não conhecia. Assim, bibliotecas, coisas culturais, o Centro Cultural, que eu não conhecia, alguns parques que eu fui com amigos. Eu já tinha ido antes, mas não sozinha. Festas, alguns lugares como a Assembléia Legislativa...” Como também em S6: “Eu já andei de bicicleta, eu já andei a cavalo, já voltei a nadar de novo, escalei o Pico do Jaraguá, eu e minha esposa. Tinham pessoas caindo lá, pessoas que enxergam caindo lá na trilha e, eu e minha esposa lá, não tomei um tombo.”

Em F3, S5 e F6 ficam acentuadas as condições de acessibilidade para a autonomia da pessoa com deficiência, essencial para a igualdade de oportunidades, identificadas nas relações que envolvem o lazer e cultura. F3 considera: “Na parte do lazer mudou bastante, ela vai visitar a Água Branca, aquele parque. Vai num monte de lugares com os amigos.” Como para S5: “O lazer sofreu modificações porque eu comecei a sair mais, mais sozinha. Por exemplo, os piqueniques que a gente faz. Ir ao shopping.” E F6: “Lazer. Mudou bastante a parte de lazer... Agora é um parque, que a gente senta, escuta o barulho dos pássaros ou vai fazer um piquenique. Um cinema até, que ele fica ouvindo.”

Ressalta-se nesta pesquisa a importância da utilização de audiodescrição que, de acordo com Brasil (2009), é uma tecnologia assistiva que traduz o signo visual em signo verbal, o que beneficia tanto pessoas com deficiência visual, como as com deficiência intelectual. O benefício da audiodescrição foi citado por S3: “Eu fui ao cinema com audiodescrição, esses dias... é muito bom” e para S4: “Eu conheci a audiodescrição no filme. Eu achei bem interessante. Nós assistimos ‘O Bem Amado’, no Banco do Brasil.” S6 segundo F6, apesar de gostar de cinema, ainda não teve oportunidade de assistir a um filme com audiodescrição. Provavelmente, a participação de S6 seria maior com a audiodescrição implementada em cinemas, entre outros, e talvez, F6 diria que S6 realmente assiste aos filmes e não fica apenas ouvindo.

De acordo com Amiralian (2009 a), a reabilitação não é a recuperação física de um órgão, e sim a reconstrução de uma nova identidade com novas habilidades desenvolvidas. Essas habilidades são citadas como facilitadoras da autonomia social, por: S1: “Meu objetivo foi entrar¹¹, porque eu precisava ler e eu precisava ler, porque senão eu ia ser um analfabeto; então, eu tive que me realfabetizar, além de me reabilitar. Foi uma re-tudo na minha vida, até o nome da noiva... começa com Re, entendeu?” A utilização de tecnologias assistivas e as ajudas técnicas, segundo S1 proporcionam condições para a pessoa com deficiência visual ter acesso a leitura e a escrita e que condiz com o conceito de Reabilitação Integral.

O documento elaborado pela Unión Latinoamericana de Ciegos ULAC (2000) – intitulado Manual ‘Técnico de Serviços de Rehabilitación Integral’ identifica a reabilitação como um trabalho interdisciplinar que inclui, entre outros, aspectos terapêuticos, sociais, de comunicação, relacionados às atividades da vida diária.

A Reabilitação Integral incluiu, também, a reconstrução da identidade, que é destacada por S5 nas dinâmicas¹² realizadas dentro da instituição especializada, S5: “Sofreu porque eu tive que aprender o braille... fazíamos dinâmicas. Geralmente, em escola a gente não tem muito. As dinâmicas ajudaram bastante.” Como, também no desempenho da cidadania ao assinar o nome em tinta, por F3: “Ela assina o nome dela”; e a habilidade de escrever com maior desenvoltura de S4 expressa por F4: “Ele estuda o braille e está sempre

¹¹ O verbo entrar refere-se à reabilitação.

¹² Dinâmicas eram atividades realizadas dentro da Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais (URDV) que incitavam a leitura e a escrita, bem como, reflexões e colocações sobre temas diversos.

na máquina treinando.” Tal como por S4: “Então, que nem , por exemplo, quando eu comecei estudar aqui na URDV, minha escrita estava muito ruim, depois ela melhorou. Não sou nenhum letrado, mas melhorei.”

A Lei 9394 de 1996, Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), assegura aos educandos com necessidades especiais, o acesso à educação e ao trabalho entre outras. No entanto, S2 nunca havia frequentado nenhum tipo de escola: “Eu não estudava, não. Nunca tive oportunidade, até porque, meus pais sempre tinham aquela visão arcaica de que se eu ficasse em casa, se eu tivesse o que comer, se eu tivesse o que vestir, pra mim estava bom. Isso, na visão deles... só depois comecei estudar...” No caso de S2, o processo de reabilitação ofereceu a autonomia para descoberta de potencialidades latentes e não manifestas, em decorrência da deficiência visual.

Foi identificado em F2 que a reabilitação minimizou a incidência de estereotipias em seu familiar e contribuiu para a constituição de uma autonomia social, que resultou na efetiva participação de S2 no mundo. “Mudou, porque antigamente ele era mais tímido, mais quieto, mais parado, ele ficava muito parado, sentava e ficava muito se balançando, sabe, ficava no mundo dele.” Amiralian (1997), destaca que as estereotipias, geralmente, prejudicam as relações sociais da pessoa cega e a superproteção, muitas vezes, é uma atitude compensatória dos familiares em relação à pessoa com deficiência.

A utilização da baixa visão de S6 é destacada por F6 como uma maneira compensatória da restrita participação de S6 em sala de aula. “Ele sempre enxergou mal, por isso que ele se agarrou aos desenhos¹³, porque foi uma forma dele desabafar em sala de aula.” A forma diferenciada de vivenciar o mundo pela pessoa com baixa visão é destacada na literatura por Masini (2005), que refletiu sobre a ampla percepção visual da pessoa com baixa visão, como ela vivencia sua experiência de vida, como sente, compreende e organiza as informações do mundo, que difere da pessoa que enxerga e da pessoa com deficiência visual, que é cega.

Já nos casos de S3 e S6, ambos frequentaram o sistema regular de ensino, S3 com baixa visão e S6 com alta miopia, porém de maneira bastante precária, segundo relatos que os impediram de êxito, desde as séries iniciais. S3: “Eu frequentei mais um tempo a escola e, depois, comecei a fazer supletivo... acabei não terminando... fiz informática, fiz inglês

¹³ Habilidade desenvolvida por S6.

básico.” S6: “Eu vou fazer um técnico agora. Eu voltei a estudar já, eu eliminei o primeiro grau tudo. Eu tinha parado.” S3 estudou inglês e informática após a reabilitação e S6 eliminou o Ensino Fundamental, também após a reabilitação.

A orientação da pessoa com deficiência visual para uma boa autonomia social envolve a constituição de um mapa mental e a elaboração de pontos de referência, que são destacadas por Garcia (1998), como uma referência global para a movimentação. Identificada por F1 na locomoção independente de seu familiar em ambientes externos, tal como na mudança de seu escritório comercial: “Ele anda bem na rua, a mudança aqui do salão ele fez sozinho, ele desmontou todas as prateleiras, encaixotou toda a mercadoria, ele mudou tudo sozinho.”

A locomoção independente é destacada também por F2: “Quando ele começou a vir sozinho e eu achei maravilhoso pra ele, ele chegou pra mim e falou que foi lá na São João, ‘eu me viro lá do outro lado da cidade aí, entendeu?’ Eu vou te falar, eu nunca vou pra esse lado da cidade, se eu for, eu me perco; e ele foi.” Tal como em F6: “Social também, porque ele pode se locomover, ele não precisa necessariamente de uma pessoa o levando . Ele consegue se locomover. E, hoje, nos temos muita ajuda, os metrô, os trens...” E S4 avalia as transformações advindas de sua independência em andar sozinha: “Acho que minha vida hoje está bem. Eu consegui a minha mobilidade, eu tenho uma mobilidade, creio que boa, creio que boa em muitos lugares, eu não preciso de ajuda em metrô.”

A autonomia social para alguns é um pré-requisito para a conquista de uma vida afetiva estável como foi destacado em F5, uma autonomia que proporciona escolhas e alternativas “Social, pra dizer assim... É, mudou. Ela chegou até a paquerar... e ser paquerada... Hoje ela está casada.” Como também em S6: “Sem trabalho eu não tinha condições de arrumar um relacionamento sério... Eu não tinha trabalho... Fiquei mais centrado, mais sério...”

Para S1 a autonomia é um processo que nunca termina para todas as pessoas. Todos os sujeitos deste estudo consideram mudanças decorrentes da reabilitação na autonomia social das pessoas com deficiência visual. A autonomia envolve a constituição da identidade social, adequação social, locomoção independente, atividades profissionais, relações sociais, educação, lazer e cultura.

4.3. Reabilitação

A reabilitação corresponde à categoria três no Quadro 5 e em S1, F2, S3, S4, S5 e F6, os serviços de reabilitação são destacados pela utilização de técnicas específicas empregadas pela pessoa cega, tais como, a utilização do sistema braille e as atividades da vida diária.

Quadro 5. Categoria 3 - Reabilitação

S1	“A reabilitação, assim, ela é um processo. Então, aquela subida da escada, então, você aprende as técnicas, depois você questiona as técnicas, depois você vê qual é a melhor maneira de você adequá-las a tua personalidade, ao teu perfil de pessoa, os seus objetivos, o seu projeto de vida...”
F1	“Reabilitação é importante quando a pessoa assume que precisa... ter simplicidade como os outros... A humildade é importante para a reabilitação.”
S2	“Minha vida não é mais a mesma desde que eu passei pelo processo de reabilitação. Eu considero o processo de reabilitação, porque, na verdade, eu acredito que eu comecei realmente a viver depois que eu conheci a minha independência.”
F2	“A reabilitação é muito importante pra eles ¹⁴ . Eles aprendem muito... Ele falava “nossa esse braille aí” e eu, calma, vamos comprar as coisinhas e você vai aprender.”
S3	“Porque eu enxergava e, depois, perder ¹⁵ , ia ser muito difícil e eu ia ter que aprender a andar tudo de novo com a bengala... hoje, eu já posso ir sozinha, com endereço, vou onde eu quero e, sabendo aonde, vou com metrô, tudo”
F3	“Após a reabilitação ela mudou bastante. Ela foi se integrando em algumas coisas de procurar um serviço, a fazer curso. Tem vários cursos. Ela era tão insegura pra fazer. Agora ela fala assim: “ah, devia ter trabalhado antes”.
S4	”Depois que eu comecei a fazer a reabilitação conheci pessoas, eu descobri como é que se utilizava um telefone... A reabilitação me deu segurança para andar sozinho...”
F4	“Olha, eu acho, eu já falei pra ele, é tudo é dom de Deus. Depois que ele começou a vir aqui, na URDV, ele faz cada pergunta que você não acredita.”
S5	“Eu comecei a andar mais sozinha, eu consegui. Mexer também com fogão, com as aulas de Terapia Ocupacional. Eu já sabia cozinhar, mas algumas posições de pôr a panela fora do lugar... O braille pra voltar pra sociedade.”
F5	“Ela começou ir aos lugares ver serviço, procurar serviço... Depois que ela fez reabilitação, ela ficou totalmente independente, ela ganhou mais amizade... a própria entidade onde fizemos ¹⁶ a reabilitação, como você sabe, ensina a gente se modificar.”
S6	“Olha, eu, na verdade, antes de ter entrado na URDV, eu me sentia um zero à esquerda... A reabilitação me fez ver a vida de outra maneira. Principalmente, na pintura e no trabalho...”
F6	“Na reabilitação, ele realmente se tornou outra pessoa. Teve modificação... Com a terapia ocupacional ele conseguiu pintar as telas dele. Ele dizia: “não vou fazer mais, eu não consigo mais trabalhar com arte” que é a coisa que ele gosta.”

Legenda: S – Pessoas com deficiência visual F – Familiar da pessoa com deficiência visual

Fonte: A autora

¹⁴ Pessoas com deficiência visual.

¹⁵ A passagem da baixa visão para a cegueira.

¹⁶ F5 refere-se a sua reabilitação e de seu familiar na instituição especializada URDV.

Além desses pontos destacados é oportuno lembrar que para S1: “Reabilitação é importante pra você aprender técnicas. Então, você aprende. É que nem na escola, você aprende a teoria e, depois, quando você vai pra questão prática... o processo do braille foi rápido... eu aprendi a comer, beber, sentar, levantar, cheirar, pegar, raspar, bater e, legal, é assim que você vai enxergar, sentidos remanescentes. Acho que foi mais ou menos sabe, acho que isso foi interessante. Então, não tinha como não dar certo.” E para F6: “A reabilitação melhorou a forma de comer, como que ele deve escolher a roupa, porque é ele que escolhe...”

O modelo de Reabilitação Integral apresentado no Manual Técnico de Serviços de Rehabilitación Integral da ULAC (2000) identifica a reabilitação como um trabalho interdisciplinar que inclui aspectos terapêuticos, sociais, de comunicação, profissionais, relacionados às atividades da vida diária e à orientação e mobilidade. Foram considerados estes pressupostos nesta pesquisa, visando a qualidade de vida para a pessoa com deficiência visual, com independência e autonomia, que vão além do simples uso de técnicas.

É destacado por S1: “Capacitar é diferente de reabilitar, é bem diferente do que eu habilitar novamente uma pessoa, eu já estava, eu fui habilitado um dia, eu fui me habilitar novamente pra depois eu me capacitar para algo. Então assim, por isso que eu falo do processo... Porque sem a reabilitação, eu não conseguiria sozinho ou eu demoraria mais tempo pra me adaptar...” S5 destaca que a reabilitação ensinou-a a refletir e atuar em situações cotidianas de sua vida, acentuando o conceito da reabilitação integral.

Os familiares desempenham um importante papel no processo de reabilitação, identificado por F2 em relação à autonomia de seu familiar durante o processo de reabilitação. Como bem ressalva Winnicot (1988), os familiares são o alicerce da saúde mental, que se inicia no nascimento, e auxilia na afirmação do indivíduo como pessoa. F2 lembra o ocorrido durante a reabilitação de S2: “você vê que ele saía com a bengalinha, ia até o portão, voltava e você via aquela vontade dele ir, mas a gente não deixava... Mas depois que nós vimos que ele começou a vir sozinho mesmo, eu até conversei com meu pai: ‘pai se não fosse aquela escola¹⁷ lá, ele não conseguiria se soltar, porque ele ia ficar preso’.” Os familiares podem contribuir positivamente com a constância e o acompanhamento necessários durante o processo de reabilitação, que são apontados por F3: “É muita mudança. Então, ela mudou muito. Eu acho que é importante pra qualquer pessoa, que seja deficiente, fazer alguma

¹⁷ URDV.

coisa... Eu sentava na cadeira da escola¹⁸ e ficava esperando... Ficava fazendo sapatinhos de lã.”

Várias técnicas são fornecidas no processo de reabilitação à pessoa cega, dentre elas, aquelas que fornecem autonomia em situações sociais, tais como: o uso da bengala longa, a assinatura do nome em tinta, a utilização do sistema braille e o uso de programas com sintetizadores de voz. Podemos destacar, segundo Bueno (1992), as técnicas utilizadas pelo cego, em relação ao guia vidente, e as técnicas utilizadas somente pelo cego, que são parte do programa de orientação e mobilidade. Destacadas por S2, que atribui o seu conhecimento atual à reabilitação: “Conheci bengala, tudo. Por isso, que eu falo, essa associação, pra mim, foi um lugar que me traz boas, ótimas lembranças, porque aqui eu desenvolvi todo conhecimento que tenho hoje...”

Para S3: “A reabilitação envolve vários serviços de orientação e mobilidade, de terapia ocupacional, pra a gente trabalhar o tato, pra gente poder movimentar a bengala... uma boa educação física também, é super importante ter o equilíbrio... poder ler e escrever em braille, que é uma coisa super importante. E a assinatura em tinta que pra mim foi muito importante também.” S5 avalia que: “Eu conheci o braille, ando sozinha... A Orientação e Mobilidade foi muito importante”. Como também retornar a ter independência, S6 relata que: “Toda a mobilidade, o braille, terapia ocupacional, várias outras coisas, aí voltei a ter minha independência, coisa que eu não tinha. Que eu tinha perdido.”

A humildade e simplicidade para participar de um programa de reabilitação é um requisito essencial para F1 diferindo dos outros sujeitos desta pesquisa, conforme o Quadro 5. As transformações decorrentes da reabilitação em diferentes áreas, são delimitadas no Quadro 5 por S2, F3, F4, F5 e F6. Retornar a vida e começar a viver após a reabilitação, foram citações de S2 e S6. F3 identifica que a reabilitação oportunizou uma mudança que integrou seu familiar à sociedade, F5 acentua que a reabilitação ensina as pessoas a se modificarem e F4 acrescenta que a reabilitação proporcionou uma modificação relevante, com incidência de questionamentos, decorrentes de reflexões em seu familiar.

Conforme pontua Mazzotta (1993), a reabilitação visa a melhoria das condições físicas, psíquicas e sociais, o que é destacado por S1: “com relação à reabilitação, eu digo que, assim, se eu não tivesse entrado na URDV primeiro, talvez, hoje, eu fosse até uma pessoa que

¹⁸ URDV.

poderia ter até alguns aspectos diferentes em termos do dia a dia... em todos os sentidos, de forma integral, é uma escola, psico, sócio, econômico, biopsicossocial.” E a reabilitação para S2: “Modifica, melhora. Melhora muita coisa. Melhora a autoestima, melhora o desenvolvimento intelectual. É uma coisa muito boa, posso dizer que é uma coisa muito boa... Trouxe benefícios em todos os aspectos, até no intelectual, porque abriu mais a minha cabeça, eu consigo avaliar certas coisas, que acontecem de uma forma mais equilibrada.”

Vários sujeitos destacam transformação em suas vidas advinda de relações afetivas, constituídas após a reabilitação. Tais como para F4: “Agora, ele casou.. Ele é muito esforçado... O casamento mudou a vida dele.” F2 lembra: “Antes ele não namorava; só depois que ele veio pra cá¹⁹.” Já para S4: “Apareceu oportunidade de conversar com ela. Daí começamos namorar até chegar ao casamento. A gente já está com três anos e cinco meses de casamento.” S5 recorda: “Conheci meu marido fazendo um estágio numa empresa. A gente ficou um ano só conversando por telefone, nunca tinha rolado nada, só amizade.” S6 comenta: “Minha esposa, a amizade que a gente tem, aquele respeito que a gente tem um do outro, entendeu? Acho que era uma coisa que eu não tinha e tenho hoje.” E F6 conclui: “Ele é outra pessoa. Depois que casou, mudou mais ainda... Cresceu, amadureceu.”

Dos 6 (seis) sujeitos com deficiência visual desta pesquisa, identificou-se que após a reabilitação, 5 (cinco) constituíram uma relação afetiva estável, dos quais 3 (três) estão casados atualmente e 1 (um) reside com a companheira.

Masini (2002) acentua o vasto papel desempenhado dentro da reabilitação, que envolve aprendizagem, autonomia, integração pessoal e social dos diferentes indivíduos e condiz com vários sujeitos deste estudo. A reabilitação para S3: “É muito, muito importante. Primeiro, porque a pessoa não vai ficar em casa sem ter o que fazer, ela vai sair, ela vai ter vida social. Ela pode conhecer pessoas, ela pode conhecer lugares e até mesmo trabalhar.” Em S4: “Então eu penso, se eu não tivesse feito isso, eu não saberia nada. Hoje eu dependeria de alguém para me levar para a igreja. Então, a reabilitação me deu todas essas possibilidades. Você vê... eu conheci minha esposa... Eu costumo brincar que quando eu enxergava, arrumava namorada; quando eu perdi a visão, arrumei uma esposa.” F5 acentua que: “A reabilitação ensina a gente ser mais aberto, ensina como a gente se comunicar com as pessoas, como a gente ter uma comunicação aberta com a pessoa.” E para F6: “São muito importantes. Exatamente por isso, que a pessoa passa por uma transformação. Ela tem que reaprender...”

¹⁹ URDV.

A integração social é destacada no Quadro 5 por S3, S4, F5 e F6 como decorrente da reabilitação, que envolveu transformação com autonomia na vida pessoal e social dessas pessoas. E a convivência na reabilitação propicia condições para o reconhecimento da deficiência visual segundo S1: “Ele enxerga um pouquinho, aquele não enxerga nada, eu enxergo mais que o outro; ele sabe fazer o que eu não sei, ele me ensina, eu sei fazer o que ele não sabe; então, eu acho que é integração.”

S6 diferencia o papel da reabilitação para o cego congênito da pessoa com baixa visão, ou com cegueira adquirida: “Eu acho assim, uma pessoa que nunca enxergou, nunca enxergou, se ela ficar lá na casa dela parada, ela vai ficar uma pessoa inútil lá, parada lá sem fazer nada; e ela procurando uma reabilitação, ela vai ser uma pessoa independente, ela vai começar... aqui²⁰ mesmo teve um curso de, pra mexer com comida, essas coisas...” Em Amiralian (1997), foram estudadas as formas de compreensão da pessoa cega congênita, suas relações e seu vínculo mãe-bebê, que podem ocorrer em outras bases, como também a aquisição de conceitos devido a ausência da visão.

Já no caso de S2, a reabilitação possui a mesma importância para todas as pessoas com deficiência visual, sejam cegas ou com baixa visão: “O deficiente visual, em geral, assim, e mesmo enxergando de forma parcial ou não, ou sendo uma pessoa totalmente cega, ela consegue ter sua vida particular e social totalmente modificada. Não tem como; é o processo de evolução muito positivo na vida de qualquer deficiente; eu acredito, porque comigo tem sido assim; eu acredito que qualquer outro deficiente visual, que esteja nessa situação, o processo é o mesmo.” Este trecho destacado por S2 condiz com o trabalho interdisciplinar proposto para reabilitação, por Martini (2009), que prioriza a qualidade de vida da pessoa com deficiência visual com diversos níveis de acuidade visual, com perdas súbitas ou progressivas de visão, ou ainda as pessoas cegas desde o nascimento.

Em Amiralian (2002) e Masini (2002), respectivamente, são destacados que o principal foco dos serviços de reabilitação deverá visar o sujeito com deficiência visual, e não a recuperação do órgão ou condições oferecidas sob a ótica daquele que enxerga. Em S1 é notada a diferente forma de percepção do mundo da pessoa cega e a importância da reabilitação para o desempenho em sociedade: “O primeiro dia que eu cheguei na instituição, eu só ouvia vozes. Então ali, você já fala: ‘opa, eu vou ter que passar por um processo e ouvindo vozes’, isso é um sinal que eu já enxergo diferente... Eu não me considero um cego,

²⁰ URDV

eu estou cego sim, mas eu não sou cego, eu sei enxergar... Eu sei olhar pra baixo, pra cima, pra frente, pra trás. Eu sei ver quem tá embaixo, quem tá em cima. É uma questão de respeito e a instituição, ela ensina isso.”

Winnicot (1987) apresenta que o luto sofrido de privação de algo pode levar a uma perda, que poderá se manifestar com a perda da confiança e esperança com comportamentos sociais inibidos. Nos casos de S2 e S5, segundo F2 e F5, respectivamente, a reabilitação tornou o ambiente mais confiável para sua atuação no mundo, destacados em F2: “Depois que ele conheceu aqui, que ele começou a vir pra cá, fazer tudo, nossa! Ele se, como eu vou dizer, ele se desenvolveu, porque ele agora vive, ele tem a vida dele, ele conversa.” E em F5: “A reabilitação serviu, assim, ela se desenvolveu bastante, se soltou bastante, porque ela era mais quieta, quase não conversava.”

A reabilitação para a pessoa com deficiência visual é considerada por todos os sujeitos, como bastante importante para a autonomia e entendida como um processo individual motivado pelos serviços oferecidos conforme depoimentos de por S1, S2, F2, S3, F5 e S5, destacados no Quadro 5. F1 destaca que a abertura para usufruir dos serviços é algo também individual e que deverá ser conquistado por todas as pessoas com deficiência visual que passam pelo processo de reabilitação. S2 acrescenta que os benefícios da reabilitação alteraram sua vida, antes mesmo do lado profissional, que é um caminho que ele ainda está constituindo dentre tantos outros já alcançados, durante e após o processo de reabilitação.

A utilização das técnicas oferecidas nos serviços de reabilitação proporciona autonomia com segurança às pessoas com deficiência visual, com recursos pertinentes para a inclusão social. Tais recursos minimizam possíveis acidentes e oferecem independência com segurança, para que essas pessoas possam solicitar ou dispensar auxílio, quando for necessário.

A importância de reconhecer a eficiência dos outros sentidos e a busca da realização como ser humano foi apontado por S2. A conquista e a reconquista da independência para andar sozinho foram abordadas por todas as pessoas com deficiência visual que participaram desta pesquisa, como um benefício proporcionado pela reabilitação.

4.4. Relações Sociais

A quarta categoria refere-se às relações sociais apresentada no Quadro 6.

Quadro 6. Categoria 4 – Relações Sociais

S1	“No processo da reabilitação, eu digo, até pra você não achar que você é o único dos moicanos, sabe, eu acho importante... às vezes, olha, meu computadorzinho quebra... quem vai mexer nessa maquininha? Eu preciso conhecer pessoas que usam a mesma tecnologia que eu, que tenham conhecimento...”
F1	“Tinha uns amigos bons, que eram do skate, que o acompanhavam no campeonato, iam viajar...”
S2	“Hoje eu tenho uma vida social ativa. Se chega um final de semana, geralmente, quando não surgem piqueniques com os colegas daqui ²¹ , eu consigo, eu tenho outros contatos, então, às vezes, eu saio. Inclusive, eu já fui convidado até pra jogar bola.”
F2	“Eu acho que ele conversando com as pessoas, as pessoas falavam pra ele “eu moro em tal lugar, eu venho sozinho”, eu acho que isso aí foi, sabe, foi falando, forçando ele a falar “se ele vem, por que eu não venho, eu acho que eu tenho condições de vir.”
S3	“Uma amiga me disse “você vai e chega lá ²² e pede um segurança para te acompanhar até a loja e, aí, depois da loja você escolhe o que você quer...” Minha relação com os amigos foi modificada, porque eles viram uma pessoa diferente. Aí me incentivaram tudo, nossa! Tive muito incentivo, muito, quando comecei a andar sozinha.”
F3	“Mas agora ela vai com amiga dela do serviço. Ela mudou bastante... Vai num monte de lugares com os amigos.”
S4	“Ela estava limpando a estante em cima do banco, aí, ele ²³ falou: ‘você é tão baixinha, que tem que subir no banco pra limpar a estante’; aí, sabendo que ele não enxerga nada, eu disse ‘como você sabe que ela está no banco?’ Ele disse: ‘pela altura da voz dela’... aí aconteceu outro dia... na rua de casa, tinha um cara trabalhando numa escada. Aí, eu ouvi a voz do cara, ouvi a altura da voz, cheguei à conclusão que ele estava na escada e, aí, eu pude desviar...”
F4	“Meus filhos gostam muito dele, ele é esforçado, ele liga lá em casa e nós sempre o ajudamos no que ele precisa. Ele é muito apoiado pelos pais e pelas irmãs.”
S5	“Conheci outros recursos, outras pessoas... Ajudou, porque eu via alguns andando sozinhos, aprendendo braille, saindo pra trabalhar... Então eu achei importante.”
F5	“Então, ela teve boas amizades. Até hoje a gente preserva as amizades, as meninas ²⁴ são muito legais... com a gente. Nós nos entendemos muito e vale a pena guardar.”
S6	“O S2 tem uma mobilidade, eu admirava muito o S2 com aquele Soroban, lá. Nossa, a habilidade que ele tem é muito grande. Eu não conseguia chegar. Eu dizia: ‘S2, acho que eu nunca vou chegar perto da sua habilidade’.”
F6	“Eu acho importante, sim, porque eles ²⁵ passam situações, cada um de uma forma. Então um fala: ‘olha, eu tive dificuldade nisso; olha, que legal isso’; positiva ou negativamente, de cada um. Então eles escutam... e isso é bom pra eles.”

Legenda: S – Pessoas com deficiência visual F – Familiar da pessoa com deficiência visual

Fonte: A autora

²¹ URDV.

²² Shopping.

²³ Pessoa com deficiência visual.

²⁴ Colegas que se tornaram amigas durante a reabilitação.

²⁵ Pessoas com deficiência visual.

Em S2, F2, S3, F3 e S5 no Quadro 6 as condições sociais oportunizadas às pessoas com deficiência visual, anteriores à reabilitação, não resultaram em relações sociais que instigavam a autonomia pessoal e social. Amiralian (1997) destaca que as condições sociais constituem uma das maiores dificuldades encontradas pela pessoa cega, como também, a época da incidência da deficiência e se foi uma perda súbita ou progressiva. Quanto mais precoce a perda visual, maior será o valor atribuído desta, no desenvolvimento da personalidade. Os sujeitos S2, S3 e S5 são pessoas com deficiência visual congênita e de acordo com o exposto no Quadro 6, foram os sujeitos que tiveram maior dificuldade em estabelecer relações sociais, que oportunizassem a autonomia antes da reabilitação.

Em S2, S3 e S4, respectivamente, são verificadas situações em que a relação social com outras pessoas com deficiência visual é vista como importante e facilitadora para a conquista da autonomia. S2 relata: “Eu só conhecia pessoas que enxergavam, tive algumas amizades; apesar da minha deficiência, consegui fazer algumas amizades com pessoas que enxergavam, mas assim eu não tinha aquele contato como é hoje, de telefonar...” S3 acrescenta: “Com uma amiga que também é deficiente, em Osasco, nós compramos numa loja. Tinham muitas coisas, vestidos, roupas que eu comprei e quando cheguei em casa, “ficou lindo! que bonito! quem escolheu?” Fui eu. Então, isso me deu um grande prazer.” E S4 conclui: “É. Contato com outras pessoas com deficiência serve de experiência para o seu dia-a-dia.”

Amiralian (2009 b) ressalta que, de acordo com a teoria de amadurecimento de Winnicot o ser humano é um ser de relações que constitui sua identidade por meio de suas relações com o ambiente. A importância do fortalecimento das relações pela experiência vivida é apontada por F2: “Um fortalece o outro, porque eu acho que cada um tem uma vida. Então, eles²⁶ se juntam e um conta a vida ao outro; então, eles vão analisando e vão vendo que eles podem... que eles conseguem e eles vão... acho muito importante. Com meu irmão foi assim, pra ele conseguir.”

A autonomia de acordo com Peixoto e Carvalho (2010) proporciona uma capacidade concreta dos indivíduos efetuarem escolhas e realizarem ações, apoiados em sua autoreflexão. Identificou-se que as relações sociais estabelecidas com as pessoas que possuem históricos de

²⁶ Pessoas com deficiência visual.

vida semelhantes, fortalecem os vínculos estabelecidos nas relações citadas no Quadro 6 em S1 e F6, como também, a oportunidade de ações independentes..

Em S6 as capacidades dos colegas com deficiência são exaltadas, tanto no Quadro 6, como também em “O M, saía daqui²⁷ e ia por dentro, daqui para casa dele e isso, eu já não, eu não, sem chance... eu tô lá no Jaraguá, aí preciso ir lá no Museu na Zona Sul, aí eu pego trem-metrô sequência. O ônibus que eu pego lá no metrô... saio do metrô... já pego o ônibus na frente do metrô. O ônibus passa na frente, desce na frente do Museu. Eu saio do ônibus, já entro na porta do Museu. Então não tem dificuldade. Agora, andar que nem o M saía daqui da URDV e, ia, até lá, ele mora lá perto da Avenida Angélica, lá pra aqueles lados. Então, ele saía daqui e andava ali por dentro, ali. Aí, isso aí eu já não faço.” Como também S4 lembra de habilidades de outros colegas: “Te ajuda. Que nem, por exemplo, o N, marido da P. Ele é um deficiente visual, só não enxerga. O cara tem noção de fazer de tudo.”

Oportuno lembrar aqui que para Kant (2004) e Zatti (2007), a pessoa autônoma é a capaz de criar regras básicas, leis com poder e capacidade para realizá-las. E S6 demonstra uma autonomia ao aplicar sua própria regra, segundo sua própria lei, sem negar as influências decorrentes das relações sociais estabelecidas dentro da instituição. Autonomia essa, ressaltada e reiterada: “O S1 voltou com a loja dele, entendeu? Então, a gente conversou por telefone ele falou assim: ‘Legal. Você tá no seu trabalho, voltou com a sua pintura e eu to aí com a minha lojinha e tal’. Então, as coisas estão assim e você fala: pô, a gente estava sem fazer nada e, de repente, voltamos a fazer o que fazíamos antes.”

Nos depoimentos de S6 e S1 é notória a relevância dada à retomada da atividade profissional, que é ressaltada na literatura por Mazzotta (1996, p.24): “a capacidade de encontrar trabalho e conservá-lo é um dos mais importantes aspectos de ajustamento social.” Destacada também nas relações sociais que proporcionaram ao S3 uma nova atuação profissional, com incentivo dos amigos quando diz: “Eu fui convidada pra fazer o curso de massagem, mas, ah, eu não tenho paciência.” Aí, uns amigos falaram assim: “ah, vamos ver, se você não tiver você sai.” S3 concluiu o curso, e trabalha atualmente com massagem.

Em F1, no Quadro 6, são citadas somente as relações sociais constituídas antes da deficiência visual e, após a reabilitação, S1 coloca que: “Eu perseguí por um caminho; as pessoas que estavam comigo naquele momento, nenhuma delas optou por seguir este

²⁷ URDV.

caminho. Então, os caminhos mudaram, um virou pra direita, um desceu, um subiu, um virou, aquela coisa. Um se fechou, um se abriu, um não sei o quê, não sei o quê...”

Porém, acrescenta a importância das relações sociais estabelecidas dentro da instituição especializada, para o êxito da reabilitação: “Além do profissional que tá aí te orientando, você vai tirar o aprendizado daquele, de cada uma daquelas pessoas... eu tenho cinco sentidos e só me falta um, caramba; com um desses quatro eu chego lá, ouvindo, sentindo, pegando, falando e sei lá mais quantos eu possa ter, nem sei mais, isso é o que é a escola,” S1 atribui à reabilitação a ocorrência de relações sociais valiosas para o aprendizado do uso dos sentidos remanescentes, e acrescenta que a busca da independência é facilitada pelos históricos de vida em comum, no convívio social oportunizado durante a reabilitação.

Em Goffman (1988, p.32) é identificado que pessoas que pertencem a uma mesma categoria, com um estigma particular, tendem a formar “pequenos grupos sociais cujos membros derivam todos da mesma categoria”, que podem favorecer as relações entre seus membros. Esses grupos sociais são destacados em S2 e F5, no Quadro 6; como também em S2: “Comecei a conviver com outros deficientes visuais... hoje, viu, eu tenho muitos colegas, tenho alguns amigos, tenho muitos colegas; às vezes, ligo e a gente conversa. Conheço outros deficientes visuais, além dos que eu fiz amizade aqui²⁸, eu criei essa área de contatos, graças a todo esse processo.” E em F2 comenta: “Os amigos dele são os amigos daqui²⁹.”

Para F2 e S4, a convivência com grupos de pessoas com deficiência visual faz parte do lazer e de atividades culturais, e estes, são direitos individuais e sociais de acesso a todas as pessoas com deficiência, de acordo com a Lei 11.424, de 30 setembro de 1993.

Para S4: “Eu passei a conhecer pessoas que tinham o mesmo problema³⁰ ... Que nem, por exemplo, nós vamos muito ao cinema... no Shopping; então, de vez em quando, a gente assiste a um filme e janta... Então, da maneira possível, a gente está sempre junto.” Convivência essa, reiterada como positiva após a reabilitação por F2: “É, continuaram amigos³¹. Fazem churrasquinho em casa, na casa deles e eles mantêm contato, eles me chamam pra fazer o churrasquinho na casa deles, pedem carne, que eu entrego.”

²⁸ URDV.

²⁹ URDV.

³⁰ Pessoas com deficiência visual.

³¹ Grupo de amigos constituído durante a reabilitação na URDV.

É notado em F1 e F4, no Quadro 6, que as relações sociais apontadas, implicam em relações já constituídas antes da reabilitação, com pessoas sem deficiência visual. Em F1, as relações são parte do passado de seu familiar e para F4, as relações de seu familiar permanecem. S3 apresenta que suas novas relações, constituídas após a reabilitação, não são somente com as pessoas com deficiência visual: “Você tem que ter amizade com todos os grupos de pessoas e eu conversava muito com uma recepcionista³²; e, como eu ficava o dia inteiro lá³³, e voltava tarde, passeávamos juntas.” E F6 valoriza todos os tipos de relações advindas da reabilitação: “a reabilitação, ela é muito importante, a convivência entre eles e com as outras pessoas.”

O comportamento social de S3 foi alterado após a reabilitação. Já em F1, as relações sociais anteriores à deficiência visual de seu familiar não foram retomadas. E S4 fortaleceu as relações já existentes e anteriores à sua deficiência visual.

A observação da percepção dos demais sentidos no outro com a mesma deficiência, instigam e incitam a utilização dos sentidos remanescentes à pessoa com deficiência visual, como uma nova maneira de atuação no mundo, exemplificado por S4 no Quadro 6.

É notado que o valor dos sentidos remanescentes e da percepção, em geral, como aponta Masini (2002 p.14), envolve uma grande perplexidade para caracterizar e oferecer condições educacionais adequadas à pessoa com deficiência durante a reabilitação, pois as “especificidades perceptuais não são acessíveis àquele que se propõe a orientá-lo”, e em muitos casos, as condições peculiares de desenvolvimento não são consideradas.

Dos 12 (doze) sujeitos desta pesquisa, 11 (onze) apontaram as relações sociais com outras pessoas com deficiência visual de grande valia para a conquista da autonomia. Já F1, citou relações inexistentes após a deficiência de seu familiar, relações sociais com outras pessoas sem deficiência. S3 acrescenta que a autonomia conquistada após a reabilitação, oportunizou novas relações com pessoas com e sem deficiência visual; e para F6, as diferentes relações advindas da reabilitação são relevantes para a autonomia.

Com relação as condições favoráveis de autonomia nas várias situações de vida, são apresentadas Quadro 7 algumas considerações gerais dessa autonomia após a reabilitação.

³² S5 faz menção à recepcionista, na época que passou por serviços de reabilitação da instituição URDV, que enxerga.

³³ URDV

Quadro 7. Considerações gerais feitas pelos sujeitos

S1	“Hoje sou dois do que eu era, porque, hoje, além de mexer numa calculadora que não fala, eu mexo numa que fala, num computador que não fala, eu mexo num que fala, num celular que não fala, num que fala. Então, assim, eu sou tudo vezes dois hoje. Entendeu? Eu sei andar, legal já sei andar com bengala, então sou alguma coisa a mais do que eu era antes. Eu não sou menos do que eu era antes, entendeu? “
F1	”Ele sempre tem uma companhia junto, para ir ao banco tem que ir junto, quando não, vou eu ao banco. Às vezes, ele vai até o centro da cidade, no Viaduto Maria Paula, mas ele vai de táxi e volta de táxi. Ele vai de táxi e volta, mas ele vai certinho, ele pega o motorista certo, que tá acostumado a levar ele.”
S2	“Protecionismo só me prejudicou, se eu já tivesse tido uma ajuda na parte de aprender alguma coisa, desenvolver minhas habilidades e conhecer a vida externa, além daquilo que eles me apresentaram, eu acredito que hoje eu teria... uma condição muito melhor, até mesmo da que eu tenho hoje, que já é boa, mas poderia estar bem melhor, se eu tivesse conhecido isso tudo há mais tempo, se tivesse ido à escola.”
F2	“Eu já posso falar até por ele, que quando ele entrou na URDV ele não conseguia dar um passo sozinho praticamente, sabe, e quando ele veio prá cá que começou a andar, a se soltar, você vai vendo a mudança da pessoa, a confiança que ele pegou, pois ele tinha medo de sair de casa.
S3	“Quando a gente fica muito tempo em casa, a gente começa a ficar enjoada, entediado, nervoso. Eu era muito, ainda sou, mas eu era muito nervosa, muito irritadinha por qualquer coisa e, aí, quando você começa a sair, você começa a ter uma autoridade. É diferente.”
F3	“Após a reabilitação, ela mudou bastante. Ela foi se integrando em algumas coisas de procurar um serviço, fazer um curso. Tem vários cursos. Ela era tão insegura pra fazer.”
S4	“Até hoje, pra mim, é um tabu esperar alguém me ajudar a atravessar a rua. Não gosto. Geralmente procuro atravessar sozinho... Eu percebo o movimento das pessoas... quando o farol está aberto ou fechado...”
F4	“Então ele chega mais cedo na igreja, então vai estudando, estudando. Ele gravou no computadorzinho dele, no gravadorzinho dele, ele canta na igreja.”
S5	“Só na URDV comecei a ter contato com outras pessoas com deficiência, antes era só com minha mãe.”
F5	“Ela arrumou novas amigas. Daí, ela já fez novas amigas na URDV, conheceu outra turminha, também foi ao Clube de Itaquera... um tempo. Isso foi antes dela casar. Acho que ela também chegou a sair com a turminha da outra entidade, que eu não conheço.”
S6	“Vou levar esculturas esse ano que eu ganhei uma bolsa de estudos no MUBE - Museu Brasileiro de Esculturas, lá no Jardim América, nos Jardins, lá na Avenida Europa. Eu tô fazendo esculturas agora. Eu vou sozinho no Museu, lá no Jardim América.”
F6	“Igual ao S6, a parte dele é artística, é a cultura. Então, talvez um deficiente que mexa com equipamentos, um conversando com outro, um ajuda o outro é muito interessante. Então é muito importante.”

Legenda: S – Pessoas com deficiência visual F – Familiar da pessoa com deficiência visual

Fonte: A autora

De acordo com o Quadro 7, para S5, F5 e F6, o contato com outras pessoas com deficiência visual propicia maior segurança e incita atividades autônomas. A possibilidade de voltar a andar sozinho, após a reabilitação, é destacada por F1 e S4. S6 acrescenta, além da locomoção independente, o retorno à atividade profissional. S1 agrega que o uso de tecnologias assistivas, eleva a autoestima; e, em S2, F2, S3, F3 e F4, a conquista da autoridade pessoal, da segurança e da vida social são destacadas.

F4 destaca, ainda, a continuidade das relações sociais existentes antes da deficiência visual de seu familiar e acrescentou: “Hoje ele passeia muito, fica na rua o dia inteiro.” Já a conquista da autonomia, para S3, decorre do contato com outras pessoas com deficiência visual: “Aí, eu comecei a sair com eles³⁴ e eu via como era. Eu sempre aprendia muito rápido as coisas. Eu fui vendo como que era e fui adaptando o que eu podia adaptar pra mim e, depois, eu criei certa autonomia.”

Todos os sujeitos deste estudo identificaram diferentes ganhos em autonomia para a pessoa com deficiência visual, atribuídos aos serviços de reabilitação. As diferentes histórias de vida analisadas possuem, em comum, a qualidade de vida, com independência e o direito à liberdade e a igualdade de oportunidades, garantidas a todas as pessoas desde a Constituição Federal de 1988.

³⁴ Pessoas com deficiência visual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa de campo foi realizada com o intuito de buscar respostas quanto à autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após passarem por serviços de reabilitação. Se existiram ganhos em autonomia para essas pessoas que foram atendidas em serviços de reabilitação. Tal como, se as intervenções especializadas propiciaram situações de independência e as conduziram a uma vida plena.

Realizou-se um roteiro para as entrevistas semiestruturadas para os 12 (doze) sujeitos desta pesquisa, 6 (seis) pessoas com deficiência visual e 6 (seis) familiares que acompanharam o processo de reabilitação. Elaborou-se um questionário para as 6 (seis) pessoas com deficiência visual e identificou-se que todas são cegas, 3 (três) com deficiência visual congênita e 3 (três) com deficiência visual adquirida.

A idade dessas 6 (seis) pessoas oscilou entre 30 (trinta) e 50 (cinquenta anos) e são egressos da reabilitação nos últimos cinco anos. Vale a pena ressaltar que todas as pessoas com deficiência visual participaram do programa de reabilitação oferecido pela Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais – URDV, na cidade de São Paulo.

A pesquisa desenvolveu-se inicialmente, por meio de um importante referencial teórico e em seguida a pesquisa de campo com cunho qualitativo através de aplicação de entrevistas a todos os sujeitos, como também um questionário para as 6 (seis) pessoas com deficiência visual. As entrevistas abertas e semiestruturadas oportunizaram a interpretação e a análise de situações pertinentes à modificação nas condições de autonomia dessas pessoas após a passagem pelos serviços de reabilitação.

Constatou-se que a deficiência visual, em muitos casos, compromete as situações de autonomia, e que o trabalho desenvolvido pela instituição especializada oferece situações autônomas e independentes a essas pessoas. Nos casos da deficiência congênita a reabilitação pode facilitar a descoberta ou redescoberta de potencial para situações autônomas na vida pessoal e social, e para as pessoas com deficiência adquirida pode facilitar a redescoberta de uma vida autônoma e independente, porém diferente da vida anterior à deficiência.

Segundo Omote (1994), para entendermos uma pessoa com deficiência é necessário olharmos para o contexto social em que ela se encontra, como é tratada no meio social e a maneira que é condicionada a agir como uma pessoa com deficiência. A reabilitação, nesta

pesquisa, proporcionou alternativas para uma mudança de atitude da pessoa com deficiência visual no contexto social.

Foram identificadas dificuldades em manter uma vida autônoma e independente nas pessoas com deficiência visual adquirida, pois os estigmas sociais que são atribuídos à pessoa cega, provêm da incapacidade visual que se vincula, em muitos casos, à incapacidade da pessoa conduzir sua própria vida, segundo sua própria regra. A reabilitação, nestes casos, ofereceu alternativas para que essas pessoas retomem suas vidas independentes, considerando a incapacidade visual imposta pela deficiência adquirida.

Verificou-se que na busca da autonomia pessoal e social para as pessoas com deficiência visual congênita o estigma social é ainda maior, onde a superproteção e crença na incapacidade de gerir sua própria vida, em muitos casos, atingiu proporções exageradas para a busca de uma vida autônoma e independente. A reabilitação para essas pessoas ofereceu uma oportunidade de ajuste às condições sociais para a busca da independência e autonomia, que certamente contribuiu para uma melhor qualidade de vida dessas pessoas.

Foram expressas mudanças na autonomia, decorrentes dos serviços de reabilitação. Em muitas situações, a reabilitação oportunizou uma nova vida com plenitude e satisfação; e para outros, a reconstrução da vida, com participação social, e a retomada de atividades individuais e sociais.

A reabilitação, segundo Mazzotta (1993, p.22), envolve uma “programação terapêutica específica de natureza médico psicossocial, visa a melhoria de suas condições físicas, psíquicas e sociais.” Conforme os resultados apresentados neste estudo, a reabilitação envolveu os sujeitos de forma globalizante, com transformações decorrentes do processo, não de uma única área da vida dessas pessoas e, sim, cada pessoa em sua ampla dimensão como ser humano.

O Programa de Reabilitação Integral da ULAC (2000) considera a reabilitação um programa interdisciplinar, que incita o desenvolvimento das capacidades individuais. O desenvolvimento dessas capacidades foi destacado por todos os sujeitos desta pesquisa, como um fator determinante para a conquista ou reconquista da autonomia pessoal e social.

A conquista da autonomia é um processo individual para qualquer ser humano. Porém, o homem é um ser de relações, que segundo Amiralian (2009 b), de acordo com a teoria de

amadurecimento de Winnicott, constrói sua identidade por meio de relações com o outro. A reabilitação ofereceu, de acordo com os resultados apresentados, oportunidades de novas relações, com históricos de vida semelhantes, que auxiliaram as diferentes pessoas com deficiência visual, na construção ou reconstrução da identidade pessoal e social.

A locomoção independente foi destacada por todos os participantes desta pesquisa, como um ponto essencial para a autonomia dos sujeitos deste estudo. O uso de tecnologias assistivas foi relatado por todas as pessoas com deficiência visual e por alguns familiares, como importantes para a autonomia.

A atividade profissional foi ressaltada por 10 (dez) sujeitos desta pesquisa como uma forma significativa do ser humano ser útil, pleno e satisfeito na vida e que a mesma instiga atitudes autônomas e independentes. O valor da atuação profissional para o ser humano é salientado na literatura por Mazzotta (1996) e Pereira (2006) e condiz com o resultado apresentado.

A utilização dos sentidos remanescentes, que facilitam uma maior percepção e desenvoltura em atividades cotidianas, foi relatada pelos sujeitos participantes e vem de encontro à literatura, em Masini (2009) e Amiralian (2009 a).

Atualmente, são necessários cursos de capacitação de profissionais de saúde e educação para o desenvolvimento das habilidades das diferentes pessoas com deficiência visual, bem como, esclarecimentos sobre as diferentes deficiências e suas especificidades. Pois, muitas pessoas com deficiência visual são reduzidas à incapacidade visual, conceito que as condicionam, em muitos casos, como seres incapazes de atitudes autônomas, que envolvem o uso da cognição.

O envolvimento da família nesta ação social, necessária para a constituição e para aquisição da autonomia pessoal e social dessas pessoas, é de primordial importância na busca da independência, bem como, o acompanhamento dos familiares no processo de reabilitação. Como coloca Siaulys; Ormelezi; Briant (2011, p.94), o desenvolvimento da pessoa com deficiência, atualmente, percorre “um enfoque sociocultural, histórico e ecológico, com a preocupação dirigida a história e a cultura familiar”, que é um elemento facilitador, dentre outros, que oferece alternativas para a conquista da autonomia.

Oportuno recomendar à Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais – URDV a realização de um trabalho efetivo com os familiares quanto à eficiência das pessoas com deficiência visual. O acompanhamento dos familiares, no processo de reabilitação, certamente poderá facilitar e incitar melhores condições para a busca de uma vida autônoma dessas pessoas.

A importância das relações sociais, durante ou após reabilitação, é destacada como de grande importância na aquisição da autonomia para 11 (onze) sujeitos desta pesquisa, e apenas 1 (um) sujeito não deu relevância a esse tipo de relação, constituída nesse processo. As atividades de lazer e cultura sofreram modificações sob a ótica de 10 (dez) sujeitos participantes.

No âmbito escolar das 6 (seis) pessoas com deficiência visual: 1 (uma) iniciou seus estudos após a reabilitação e concluiu o Ensino Fundamental I; 1 (uma) concluiu o Ensino Fundamental II; 1 (uma) aprendeu inglês e informática; 1 (uma) iniciou uma graduação e todas as pessoas participaram de cursos de capacitação em diversas áreas.

O acesso ao ensino de qualidade ainda é precário para muitos, segundo relatos desses sujeitos, o que nos aproxima na literatura da inclusão marginal, citada por Carvalho (2005). Dentre os participantes da pesquisa, 5 (cinco) pessoas com deficiência visual citaram a permanência de qualidade no sistema de ensino, como uma meta a ser alcançada, pois a inclusão exige participação em igualdade às demais pessoas. E lembraram, ainda, o despreparo de muitos profissionais com esta questão.

Os documentos legais garantem à pessoa com deficiência o acesso ao trabalho em empresas, por um sistema proporcional ao número de funcionários. Porém, foi identificado por 3 (três) pessoas com deficiência visual deste estudo, que a permanência com qualidade ainda não foi atingida. Uma pessoa relatou que tinha poucas funções na empresa, outra, que não possui função alguma no ambiente de trabalho e, a outra pessoa, que a liberdade de “ir e vir” não é respeitada dentro da empresa.

São necessárias ações de políticas públicas que garantam uma permanência digna nos ambientes de trabalho, condizentes a qualquer ser humano, no exercício da cidadania. Pois, segundo Carvalho (2005, p.2), “exclusão não é o avesso de inclusão” e para a conquista da verdadeira independência, é necessária uma atitude coerente e condizente com a condição de cidadão.

É importante realçar a importância da reabilitação, encontrada nesta pesquisa, para conquista da autonomia da pessoa com deficiência visual, que fortalece as ações de políticas públicas em benefício dessa abordagem social e humana. Pois, a reabilitação faz uso dos pressupostos da CIF (2003), quanto à funcionalidade e a participação do ser humano em atividades que minimizam a desvantagem de uma atividade considerada normal a qualquer pessoa.

A pessoa com deficiência, com atitudes autônomas e independentes, contribuirá para desmistificar o estigma da incapacidade e se aproximar do padrão de normalidade descrito por Golfman (1988). A participação social é essencial para autonomia, que favorece a qualidade de vida para realização humana. Esta pesquisa que envolveu a inclusão social de pessoas com deficiência visual, preocupou-se com a aquisição da autonomia pessoal e social dessas pessoas, após passarem por serviços de reabilitação, com o intuito de oportunizar uma atuação digna e condizente dessa população no pleno exercício da cidadania.

Evidentemente trata-se de uma temática que requer outros estudos sob variadas óticas com vistas a produzir conhecimentos que respaldem os serviços e ações de reabilitação da pessoa com deficiência visual e propiciem as melhores condições de uma vida ativa e independente.

6. REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria Lúcia Toledo Moraes. *Compreendendo o Cego uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997, 321p.

_____, _____. O psicólogo e as pessoas com deficiência visual In: MASINI, Elcie F. Salzano (Org.) *Do Sentido pelos Sentidos para o Sentido*. Niterói: Intetexto; São Paulo: Vetor. 2002, p. 201-208.

_____, _____. *Deficiência Visual: perspectivas na contemporaneidade*. São Paulo: Vetor Editora, 2009 a, 270 p.

_____, _____. Diferentes possibilidades de intervenção a partir da teoria winnicottiana do amadurecimento. São Paulo: *Natureza Humana*, v. 11. Junho. 2009 b. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-24302009000100006&script=sci_arttext Acesso em 07/02/2011.

ASSOCIAÇÃO CÍVICA FEMININA. (ACF) *Relatório de Atividades*. São Paulo, 2001, 22 p.

_____. *Relatório de Atividades*. São Paulo, 2003, 18 p.

BRASIL, Congresso Nacional. *Lei nº 7.853, 24 de outubro de 1989*. Diário Oficial

BRASIL. Constituição Brasileira de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 04/10/2010.

BRASIL, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Acessibilidade, Brasília, 2005, 60p.

BRASIL. Decreto n 6.949, de 25 de Agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm

BRASIL. Ministério da Educação – MEC. Decreto n.º Decreto 5.296, do dia 2 de dezembro de 2004, que regulamenta as Leis 10.048 do dia 8 de novembro de 2000 e a 10.098 de 19 de dezembro de 2000. [Legislação de educação especial na Internet]. Brasília; 2007 [acesso em 2010 jul 26]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/decreto3298.pdf>

BRASIL. Lei nº 9394/96, de 20 de dez. de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>. Acesso em: 7 out. 2010.

BRASIL, Ministério da Justiça. *Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência*. Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, 1997.

BRASIL, PORTARIA 985/2009. Diário Oficial da União. Ministério de Comunicações. 26 de novembro de 2009.

BRASIL, Programa Nacional de Apoio à Educação de Deficientes Visuais. *Formação de Professor – Orientação e Mobilidade – Projeto: Ir e Vir*. MEC AEE UBC ABEDV, 2002, 52 p.

BRUNO, Marilda Moraes Garcia. *O Desenvolvimento Integral do Portador de Deficiência Visual da intervenção precoce a integração escolar*. Campo Grande, MS: Plus, 1993, 144 p.

BUENO, Gracimar Álvares. *Manual de Noções e Técnicas para o Desenvolvimento de habilidades Básicas para Orientação e Mobilidade do Cego*. CADERNOS DO EDM. Comunicação & debates – São Paulo: FEUSP/EDM, vol 3, n. 1, outubro 1992, p. 68-89.

BUENO, Salvador Toro; MARTIN, Manuel Bueno. *Deficiência Visual Aspectos Psicoevolutivos e Educativos*. São Paulo: Santos, 2003, 336 p.

CARVALHO, Keila Miriam Monteiro de, GASPARETTO, Maria Elisabete Rodrigues Freire, VENTURINI, Nilze Helena Barbosa, KARA-JOSÉ, Newton. *Visão subnormal: orientações ao professor do ensino regular*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1994. 48 p.

CARVALHO, Rosita Edler. *Educação Inclusiva: do que estamos falando?* Centro de educação cadernos nº 26 edição 2005.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. *Centro Colaborador de Organização Mundial de Saúde para a família de Classificações Internacionais*. Org. coordenação e tradução Cássia Maria Buchala. São Paulo, SP: EDUSP, 2003.

CLEMENTE, Carlos Aparício. *Trabalho decente para pessoa com deficiência: leis, mitos e prática de inclusão*. Osasco, Editora do Autor, 2008.

DE MARTINI, A. *Abordagem Interdisciplinar na Reabilitação Integral*. In: AMILARIAN, Maria Lucia Toledo Moraes (Org.). *Deficiência Visual: perspectivas na contemporaneidade*. São Paulo: Vetor. 2009, p. 87-98.

FELIPPE, João Álvaro de Moraes. *Caminhando Juntos – Manual das habilidades básicas de Orientação e Mobilidade*. São Paulo: Laramara, 2004, 57 p.

_____, _____; FELIPPE, Vera Lúcia Leme Rheim. *Orientação e Mobilidade*. In: SAMPAIO, Marcos Wilson (Org.) et al. *Baixa Visão e Cegueira – Os Caminhos para a Reabilitação a Educação e a inclusão*. Rio de Janeiro: Cultura Médica Guanabara Koogan. 2010, p. 449-465.

FULGÊNCIO, Leopoldo. *A noção de trauma em Freud e Winnicott*. São Paulo: Natureza Humana. v.6 2004.

FUNDAÇÃO PARA O LIVRO DO CEGO NO BRASIL - **Arquivos** ENCICLOPÉDIA GLOBO - R.S., Globo, 1969. s/d [acesso em 2010 jun 13]

GALVÃO FILHO, Teófilo Alves; DAMASCENO, Luciana Lopes. *Tecnologias Assistivas para autonomia de alunos com necessidades educacionais especiais*. Revista Inclusão- julho, MEC/SEESP, 2006, p. 26-32.

GARCIA, N ; LORA, T. D. P . *Efeitos Diretos e Indiretos da Deficiência Visual Sobre o Indivíduo*. Caderno 4 Projeto de Educação Continuada Feusp, FEUSP-SP., v. 1, p. 13-19, 1998.

GLAT, Rosana; FERNANDES, E. M. *DA Educação Segregada à Educação Inclusiva: uma Breve Reflexão sobre os Paradigmas Educacionais no Contexto da Educação Especial Brasileira*. Revista Inclusão, nº 1. MEC/SEESP, 2005. http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/livros_artigos/pdf/edu_segrega.pdf. Acesso em 22/07/2010.

GOFFMAN, Erwin. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução: Márcioa B.M.Leite. Rio de Janeiro. Editora Zahar, 1988, 158 p.

JAIME, Luciola Rodrigues; DO CARMO, José Carlos. *A Inserção da Pessoa com Deficiência no Mundo do Trabalho*. Editora dos Autores, 2005, 204p.

KANT, Immanuel. *Crítica da razão prática*. Trad. Rodolfo Schaefer. São Paulo: Martin Claret, 2004.

KARA-JOSÉ, Newton; OLIVEIRA, Regina Carvalho de Sales; SAMPAIO, Marcos Wilson. *Entendendo a baixa visão: orientação aos professores*. Brasília, DF: Ministério da Educação: Secretaria de Educação Especial (MEC), 2000, 44 p.

LENTE, São Paulo, Fundação para o livro de cego no Brasil, v. VI n. 19, p. 41-50, jan/mar 1962.

_____, _____, _____, v. VI n. 20, p. 3-12, abr/dez. 1962.

_____, _____, _____, v. XV, n. 44, p. 17-42, jan/jun. 1975.

LIMA, Priscila Augusta. *Locomoção e orientação espacial como fatores de inclusão de pessoas cegas na escola e no trabalho*. Revista Benjamin Constant, edição 41 s/n. IBC. dez. 2008.

LOWENFELD, B. O Impacto Social da Cegueira sobre o Indivíduo. *New Outlook for the Blind*, vol 58. 1964.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986, 99 p.

MARUYAMA, Aparecida Tapia. *Percepção dos professores da rede regular de ensino sobre os problemas visuais e a inclusão de alunos com baixa visão*. Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde) - Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, 2008.

MASINI, Elcie F. Salzano. *Do sentido... pelos sentidos... para o sentido...* Niterói: Intertexto; São Paulo: Vetor; 2002, 303 p.

_____, _____. GASPARETTO, Maria E.R.F. *Visão Subnormal um enfoque educacional*. São Paulo: Vetor, 2007, 114 p.

MAZZOTTA, Marcos José da Silveira. *Fundamentos de Educação Especial*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1982, 137 p.

_____, _____. *Trabalho Docente e Formação de Professores de Educação Especial*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1993, 147 p.

_____, _____. *Educação Especial no Brasil História e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 1996, 208 p.

_____, _____. *Deficiência, educação escolar e necessidades especiais: reflexões sobre inclusão socioeducacional*. Caderno de Pós-Graduação. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2002, 36 p.

_____, _____. *Acessibilidade e a Indignação por sua falta*. In: *I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*, Brasília - SNDH, 2006.

_____, _____. *Educação da Pessoa com Deficiência Visual no Brasil: Ações Político-Administrativas e Pedagógicas*. In: SAMPAIO, Marcos Wilson (Org.) et al. *Baixa Visão e Cegueira – Os Caminhos para a Reabilitação a Educação e a inclusão*. Rio de Janeiro: Cultura Médica Guanabara Koogan. 2010, p.415-426.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa Social Teoria, método e criatividade*. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes. 2010, 108 p.

NAKANAMI, Célia R. O que é Considerado Baixa Visão e Cegueira dos Pontos de Vista Oftalmológico, Educacional e Legal. In: KARA-JOSÉ, Newton; RODRIGUES, Maria de

Lourdes Veronese. *Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009, p.18-23.

NASCIMENTO, AMR; BRUNO, MMG; RINOLI, OB; CORDEIRO, VMC. *O deficiente visual na classe comum*. Secretaria da Educação – Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. São Paulo: 1993, 102 p.

NOWILL, Dorina G; DE MASI, Ivete. O cego. In: SOUZA, Angela Maria Costa de; NASCIMENTO, Marilena; DOHER, Sérgio. *Caminhos da Inclusão*. Goiânia; Kelps, 2008, 181 p.

OMOTE, Sadao. *Deficiência e não deficiência: recortes do mesmo tecido*. Revista Brasileira de Educação Especial, nº2. Piracicaba, 1994, p.127-133.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps): um manual de classificação das conseqüências das doenças*. Lisboa: Secretaria Nacional de Reabilitação, 1989

PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS. *Adaptações Curriculares – Estratégias para Educação de Alunos com necessidades educacionais especiais*. Brasília: MEC, 1999, 64 p.

PEIXOTO, Joana; CARVALHO, Rose Mary Almas de, *A Noção Moderna de Autonomia e o papel do aluno na educação a Distância*. Educativa. Goiânia, v.13, n.2 p.275-284, jul/dez. 2010.

PEREIRA, Beatriz Regina. Gestão educacional e alunos com necessidades especiais: novos desafios. In: *Inclusão e exclusão: múltiplos contornos da educação brasileira*. São Paulo, Expressão e Arte. 2006. p. 59-71.

RIBEIRO, Diaulas Costa. Autonomia: viver a própria vida e morrer a própria morte. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.22, n. 8, ago. 2006.

SÃO PAULO. Lei nº 11.424, de 30 de setembro de 1993. *Diário Oficial do Município de São Paulo*, 1º de outubro de 1993. Dispõe sobre o acesso de pessoas deficientes a cinemas, teatros e casas de espetáculos.

SIAULYS, M. O. C; ORMELEZI, E. M.; BRIANT, M. E. *A Deficiência Visual Associada à Múltipla e o Atendimento Educacional Especializado*. São Paulo LARAMARA , 2011

ULAC (UNIÓN LATINOAMERICANA DE CIEGOS). *Manual técnico de servicios de rehabilitación integral para personas ciegas e com baja vision em América Latina*. Montevideo: 2000.

URDV – Unidade para Reabilitação de Deficientes Visuais. [homepage].[acesso em 2010 Jun 21] <http://www.acf1932.org.br/urdv.php>

_____. Relatório da Programação Anual à ACF, 2006.

VEIZTMAN, S. *Fundamentos da Baixa Visão*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, São Paulo: CBO; 2000. p. 1-8: Visão subnormal.

VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente*. Tradução: José Cipolla Neto et AL. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WINNICOT, D.W. *Privação e Delinquência*. Tradução: Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1987

_____, _____. *O Bebê e suas mães*. Tradução: Jeferson Luiz Camargo. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1988

ZATTI, V. *Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. Versão online. Disponível em: <<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/autonomia/autonomia/autonomia.html>>. Acesso em: 09 nov. 2010. (Não paginado). Acesso em: 2011.

7 – QUESTIONÁRIO E ENTREVISTAS

7.1 - QUESTIONÁRIO PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

7.1.1- ENTREVISTA PARA A PESSOA COM DEFICIENCIA VISUAL

7.2. - ENTREVISTA COM O FAMILIAR

7.3. - CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

7.4. - CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA E TERMO DE
CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

7. 1. - QUESTIONÁRIO PESSOA PARA ACOM DEFICIÊNCIA VISUAL

- 1- Qual o seu nome _____
- 2- Idade _____
- 3- Sexo: () feminino () masculino
- 4- Sua deficiência visual é:
 - a. () congênita () adquirida
desde que idade _____
 - b. () cegueira () baixa visão
especifique _____
- 5- Atualmente, você realiza trajetos em ambientes internos e externos sozinho?
() sim () não
- 6- Em caso afirmativo na questão anterior. Utiliza bengala para realizar os trajetos?
() sim () não
- 7- Você possui facilidade para realizar atividades pessoais e sociais?
() sim () não

7.1.1. - ENTREVISTA COM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

- 1- Você percebeu mudanças decorrentes da reabilitação na sua autonomia pessoal e social?
Comente sobre sua autonomia.

- 2- Após passar por serviços de reabilitação as áreas de sua vida (pessoal, social, lazer, educação, cultura, profissional entre outras) foram modificadas? Explique.

- 3- Considera os serviços de reabilitação importantes para a autonomia pessoal e social da pessoa com deficiência visual? Por quê?

- 4- Que outros aspectos gostaria de comentar sobre sua independência pessoal e social?

7.2. - ENTREVISTA COM O FAMILIAR

- 1- Você identifica mudanças decorrentes da reabilitação na autonomia pessoal e social do seu familiar? Comente sobre a autonomia de seu familiar.

- 2- Após seu familiar passar por serviços de reabilitação em que áreas da vida (pessoal, social, lazer, educação, cultura, profissional entre outras) apresentou modificações? Explique.

- 3- Considera os serviços de reabilitação importantes para a autonomia pessoal e social da pessoa com deficiência visual? Por quê?

- 4-Gostaria de fazer outras considerações?

7.3. - CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO

O presente trabalho se propõe a conhecer e avaliar aspectos da autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após passarem por serviços de reabilitação na cidade de São Paulo, sob a ótica das pessoas com deficiência visual e seus familiares. Os dados para o estudo serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada e questionário seguindo um roteiro formulado previamente. Será considerada a existência de riscos mínimos na elaboração da pesquisa, a preservação do sigilo quanto à identidade e a possibilidade dos participantes retirarem-se a qualquer momento. Deverão ser entrevistadas 6 (seis) pessoas com deficiência visual que passaram por serviços de reabilitação, e um de seus familiares que acompanharam o processo de reabilitação. As informações obtidas serão interpretadas seguindo a abordagem de análise temática e os resultados integrarão a dissertação de mestrado de Tânia Medeiros Aciem, aluna do programa de mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Tânia Medeiros Aciem
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Tel: (11) 2591-1183

Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta
Universidade Presbeteriana Mackenzie
Tel: (11) 2114-8247

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o (a) senhor (a) _____, representante legal da instituição, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o representante legal pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardado por força de sigilo profissional.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Assinatura do representante legal

7.4. - CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA

O presente trabalho se propõe a conhecer e avaliar aspectos da autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após passarem por serviços de reabilitação na cidade de São Paulo, sob a ótica das pessoas com deficiência visual e seus familiares. Os dados para o estudo serão coletados por meio de entrevista semi-estruturada e questionário seguindo um roteiro formulado previamente. Será considerada a existência de riscos mínimos na elaboração da pesquisa, a preservação do sigilo quanto à identidade e a possibilidade dos participantes retirarem-se a qualquer momento. Deverão ser entrevistadas 6 (seis) pessoas com deficiência visual que passaram por serviços de reabilitação, e um de seus familiares que acompanharam o processo de reabilitação. As informações obtidas serão interpretadas seguindo a abordagem de análise temática e os resultados integrarão a dissertação de mestrado de Tânia Medeiros Aciem, aluna do programa de mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Tânia Medeiros Aciem
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Tel: (11) 2591-1183

Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Tel; (11) 2114-8247

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o (a) senhor (a) _____, sujeito da pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO À INSTITUIÇÃO, ciente dos procedimentos propostos, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito da pesquisa pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardado por força de sigilo profissional.

São Paulo, ____ de _____ de _____

Assinatura do representante legal