

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**RELAÇÕES FAMILIARES: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE
REABILITAÇÃO DO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**


Teresa Kléba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

SILVANA BENTA VIEIRA

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 12 / 2 / 04

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**RELAÇÕES FAMILIARES: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE
REABILITAÇÃO DO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social.

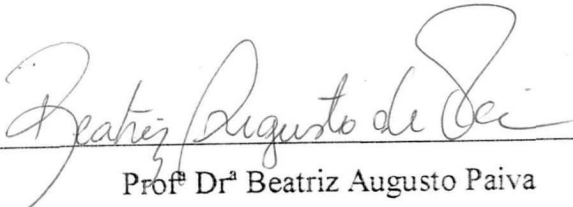
Orientadora: Prof. Doutora Beatriz Augusto Paiva.

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004

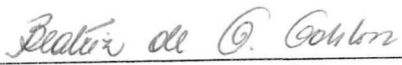
**RELAÇÕES FAMILIARES: O PAPEL DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE
REABILITAÇÃO DO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS**

SILVANA BENTA VIEIRA

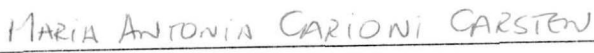
BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Beatriz Augusto Paiva
Orientadora



Assistente Social Beatriz de Oliveira Odilon
1ª Examinadora



Assistente Social Maria Antonia Carioni Carsten
2ª Examinadora

FLORIANÓPOLIS, 12 DE FEVEREIRO DE 2004

“O que será, que será?
Que vive nas idéias desses amantes.
Que cantam os poetas mais delirantes.
Que juram os profetas embriagados.
Que está na romaria dos mutilados.
Que está na fantasia dos infelizes.
Que está no dia-a-dia das meretrizes.
Nos planos dos bandidos, dos desvalidos.
Em todos os sentidos, será que será [...]”

Chico Buarque

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, em todos os momentos de nossa vida, está presente, guiando-nos com a luz divina, fazendo que a caminhada seja trilhada com fé e confiança e demonstrando a intensidade de sua presença em tudo o que fazemos.

À minha família, por sempre acreditarem em mim, em especial às minhas irmãs, Carmem Lúcia, Izilda e Mari Lúcia, que sempre me incentivaram a prosseguir, compartilhando das minhas dificuldades e torcendo pelas minhas conquistas, com carinho e afeto.

À minha orientadora Prof^ª Dr^ª Beatriz Augusto Paiva, pela convivência prazerosa na construção deste trabalho, pelo incentivo e por compartilhar seus conhecimentos com valiosas contribuições, sempre disposta a me orientar com dedicação e seriedade.

À Beatriz de Oliveira Odilon e Maria Antônia Carioni Carsten, por sua dedicação, carinho e compreensão, e por aceitarem compor a banca para avaliar este estudo, e, ainda, por suas valiosas contribuições e incentivo.

Às minhas amigas Denise R. Quintino e Fernanda Werner da Silva, por estarem ao meu lado sempre que precisei.

Aos usuários da Associação Catarinense para Integração do Cego - ACIC, que permitiram partilhar de suas vidas, e, com seus valiosos depoimentos, contribuíram significativamente para a realização deste trabalho. Que me enriqueceram com suas vivências e experiências e me ensinaram a valorizar a esperança, a respeitar ainda mais as diferenças e enxergar além das deficiências.

RESUMO

O presente trabalho consiste em uma análise das relações familiares dos usuários da Associação Catarinense para a Integração do Cego – ACIC.

Todo processo foi vivenciado junto aos usuários, onde se deu a formação de um grupo.

Nos encontros, foram feitas entrevistas que nos trouxeram dados significativos, os quais estarão expostos no presente trabalho.

Este trabalho também apresenta a questão da deficiência visual no marco das necessidades especiais, o Serviço Social na ACIC, sua finalidade, caracterização institucional e considerações sobre o estágio curricular obrigatório.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1. A QUESTÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL NO MARCO DAS NECESSIDADES ESPECIAIS.....	10
1.1. Um Esforço de Conceituação sobre Deficiência.....	10
1.2. Políticas Públicas e o Portador de Necessidades Especiais.....	16
1.3. A Deficiência Visual na sua Especificidade.....	20
2. O SERVIÇO SOCIAL NA ASSOCIAÇÃO CATARINENSE PARA INTEGRAÇÃO DO CEGO – ACIC.....	30
2.1. Uma Rápida Caracterização Institucional da ACIC.....	30
2.2. Considerações Sobre o Trabalho do Serviço Social da ACIC.....	36
2.3. A Experiência do Estágio Curricular: Registros Significativos.....	39
3. A FORMAÇÃO DO GRUPO	43
3.1. Relato da Formação	43
3.2. Perfil dos Entrevistados	44
3.3. Análise das Relações Familiares e Entrevistas dos Usuários da ACIC	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	62

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, nos diversos níveis sócio-econômicos, encontramos um número de indivíduos portadores de alguma deficiência, e esse número cresce diariamente no mundo.

As causas e as conseqüências da deficiência são diversas, e, especialmente, as conseqüências do viver com algum tipo de deficiência, que são influenciadas pelas condições gerais da vida e pelas políticas sociais e econômicas que são adotadas pelo Estado, com vistas ao bem-estar de seus cidadãos.

Através da vivência no estágio curricular obrigatório, compartilhando com portadores de necessidades especiais na ACIC (Associação Catarinense para a Integração do Cego), constatou-se o quanto uma deficiência gera uma situação de crise na vida familiar. Dela, decorrem alterações psicológicas e sociais, sentimentos de negação, culpa, vergonha, medo da rejeição social e sentimentos de pena, que acabam levando a família ao isolamento social.

A partir desta vivência, percebeu-se, então, a importância da reabilitação do portador de necessidades especiais, no qual a participação da família é fundamental, favorecendo, assim, o desenvolvimento do indivíduo, reconhecendo suas potencialidades, inserindo-o no mundo que o rodeia, nas relações sociais na escola, no lazer, no esporte...

O tema que será abordado é uma análise das relações familiares dos usuários da ACIC, tendo em vista a importância da família no processo de reabilitação do portador de necessidades especiais.

É de suma importância analisar as relações familiares que os usuários da ACIC estão envolvidos. Quanto maior for a aceitação da família e o estímulo que dispensa ao familiar, mais rápido vai ser o processo de reabilitação do usuário.

A Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC) é uma entidade sem fins lucrativos que dá apoio aos deficientes visuais. Destina-se a prestar o serviço de reabilitação e profissionalização. A entidade sobrevive graças ao apoio de convênios e tem, no seu quadro de funcionários e docentes, pessoas altamente qualificadas.

Para atingir nosso objetivo, que é o de saber a importância que a família tem no processo de reabilitação, foram utilizados alguns procedimentos metodológicos.

Para realizar o presente trabalho, foi necessário realizar entrevistas, oficinas e estudo de caso.

As entrevistas foram realizadas com o objetivo de coletar dados que nos interessavam na investigação, como por exemplo: a causa da cegueira, a situação sócio-econômica, o histórico familiar, a compreensão do grau de entendimento dos direitos, as situações conflituosas vividas no seio familiar, entre outros. Os dados obtidos nessas entrevistas foram fundamentais para que se fizesse uma análise caso a caso.

Com a formação de um grupo de usuários e a realização de oficinas, obteve-se uma maior aproximação dos usuários, e percebemos o quanto a deficiência era um obstáculo entre o portador de necessidades especiais e sua família.

A análise será efetuada da seguinte forma: primeiramente, definiremos o que é deficiência, levantaremos dados que nos responda a indagação a cerca da deficiência e as primeiras leis que beneficiaram o portador de necessidades especiais. Em seguida, deteremo-nos nas políticas públicas e no portador de necessidades especiais. Logo após, falaremos sobre o universo da deficiência visual, e considerações sobre a ACIC e o estágio curricular obrigatório. No último capítulo, falaremos sobre as relações familiares e análise das entrevistas.

O primeiro capítulo, que abordará o tema da questão da deficiência visual no marco das necessidades especiais, será primordial para o desenvolvimento dos próximos. É neste capítulo que vamos nos deter em levantar as definições sobre deficiência e das leis que ampararam o portador de necessidades especiais anteriores a constituição de 1988. Ainda, no primeiro capítulo, vamos citar a constituição de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Logo após, conceituaremos deficiência visual. Faremos um breve histórico, as causas, as perdas que o indivíduo adquire com a deficiência visual e a importância da reabilitação.

No segundo capítulo, faremos considerações sobre a ACIC: sua finalidade, os convênios, o processo de ingresso do usuário (triagem, encaminhamentos e avaliações), e considerações sobre o trabalho do Serviço Social, ou seja, as atividades do Assistente Social e seus objetivos junto às famílias dos usuários. Neste capítulo, também abordaremos o trabalho desenvolvido no estágio curricular. De como se deram as intervenções e a formação de um grupo de usuários, que teve como objetivo a integração dos indivíduos envolvidos no processo, norteados o tema "relações familiares, conflitos e problemas de comunicação", usando, como metodologia, técnicas de aquecimento, sensibilização e relaxamento, levando os componentes do grupo à percepção e reconhecimento do outro.

No terceiro e último capítulo, será feita a análise das entrevistas realizadas junto aos usuários da ACIC, que participaram do grupo que foi formado.

Nesta etapa do trabalho, explicaremos o grupo familiar, a estrutura familiar e a dinâmica familiar dos sujeitos envolvidos no processo. As questões levantadas serão analisadas à luz da teoria sistêmica. Essa teoria foi concebida por Ludwig Von Bertalanffy na década de 40. A mesma tinha como objetivo favorecer um modelo de trabalho que conceituasse fenômenos que não encontravam explicação através da ciência clássica. Foi de extrema necessidade que fizéssemos considerações sobre o impacto da família frente a chegada do membro portador de necessidades especiais e o processo de reabilitação. É importante pesquisar sobre o assunto, pois uma deficiência, seja ela congênita ou adquirida, trás alteração na dinâmica familiar, tendo conseqüências no processo de reabilitação do portador de necessidades especiais.

Verificamos, por fim, nas entrevistas, as angústias e os conflitos das famílias, sentimentos de pena, discriminação, reabilitação tardia e até a não aceitação da deficiência.

1. A QUESTÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL NO MARCO DAS NECESSIDADES ESPECIAIS.

1.1 Um esforço de conceituação sobre deficiência:

Antes de tudo, é preciso definir de imediato o que é deficiência, sabendo-se que não é fácil, nem simples, definirmos e falarmos sobre "deficientes, visto que o termo já vem carregado de resquícios de uma sociedade excludente e marginalizadora. As palavras são expressões verbais criadas a partir de uma imagem, que a nossa mente constrói." (RIBAS, 1983, p. 7).

Por isso, teremos o cuidado de usar a expressão “portador de necessidades especiais” ao invés de “deficiente”. Via de regra se atribui o termo ao indivíduo que possui alguma anormalidade. A palavra em questão tem significado muito forte opondo-se a palavra eficiente.

Ser “deficiente”, antes de tudo, é não ser “capaz, não ser eficaz” (RIBAS, 1983, p. 12). Por sua vez, o que é normal ou anormal? Será que os mecanismos de linguagem, por vezes, não se constituem como uma forma de violência simbólica?

O termo "pessoas deficientes" surgiu a partir de ações da Organização das Nações Unidas, em uma assembléia geral no dia 9 de dezembro de 1975, onde foi proclamado o artigo I:

O termo “pessoas deficientes” refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma ‘deficiência’ congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais. (RIBAS, 1983, p. 10).

Por outro lado, a Organização Mundial de Saúde publicou, em 1980, uma classificação dos casos de: 1) Impedimento, 2) Deficiência e 3) Incapacidade.

1) O impedimento corresponde a uma alteração (dano ou lesão) psicológica, fisiológica ou anatômica na estrutura do corpo ou órgão.

2) A deficiência está ligada à restrição de tarefas devido a seqüelas.

3) A incapacidade diz respeito aos obstáculos encontrados pelos portadores de necessidades especiais em sua interação com a sociedade.

Na verdade, todos nós temos algum tipo de deficiência, e o mais freqüente é tê-las em grande número. Alguns têm deficiência em habilidades numéricas, orientação espacial, expressão musical e rítmica. Outras, deficiências orgânicas, como hipertensão e diabetes, sem mencionar no grande número de pessoas que usam óculos.

A ONU estima em 10% o número de pessoas portadoras de necessidades especiais, para todos os países desenvolvidos e também em desenvolvimento, o que leva à condição que, no Brasil cerca de 15.000.000 a 16.000.000 de pessoas portam algum tipo de necessidade especial. (BASSO, 2000, p. 05).

De acordo com o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os resultados da tabulação avançada do Censo Demográfico 2000 indicavam que aproximadamente 24,5 milhões de pessoas, ou 14% da população total apresentavam algum tipo de incapacidade. Segundo o Censo, são 16.573.937. (IBGE, 2000, p. 17)

Existem três tipos de necessidades especiais: a mental, a física e a sensorial, dividindo esta última em duas: visual e auditiva.

1) Incapacitados fisicamente: todos aqueles que possuem algum tipo de paralisia, limitações do aparelho locomotor, os amputados, os possuidores de malformações, etc;

2) Incapacitados mentalmente: os que possuem retardamento mental em diversos níveis, determinados por testes psicológicos;

3) Incapacitados visualmente: aqueles cujas perdas visuais parciais ou totais, após melhor correção ótica ou cirúrgica, limite o seu desempenho normal;

4) Incapacitados auditivamente: os que possuem perda total ou parcial da audição.

Dentro desta classificação, também estão:

- Incapacitados múltiplos: os possuidores de várias necessidades especiais;

- Hansenianos: os que adquirem incapacidade através da hanseníase. No Brasil, 30% dos hansenianos ficam deficientes:

- Incapacitados organicamente: os que, por problemas orgânicos, têm algum tipo de limitação e sofrem algum tipo de discriminação. Nesse grupo, estão os diabéticos, os renais crônicos, os epiléticos, etc.

A deficiência tem duas origens: congênita – nascida com o indivíduo, e adquirida – após o nascimento.

A) Congênita – as crianças nascem com alguma incapacidade ocasionada por vários motivos, dentre os quais:

1- Doenças contraídas pela mãe no período de gravidez;

2- Problemas genéticos e de malformações do feto;

3- Problemas durante o parto;

4- Causa desconhecida.

B) Adquirida

1- Por doenças que podem deixar seqüelas, tais como sarampo, poliomielite, glaucoma, acidente vascular, meningite, etc;

2- Traumatismos diversos, tais como acidente de automóvel, de trabalho ou com arma de fogo, quedas, etc;

3- Subnutrição.

Existem profissionais que trabalham com portadores de necessidades especiais, nas seguintes variantes de classificação:

a) Deficientes da visão: pouca visão - cegos;

b) Deficientes da audiocomunicação: pouca audição – surdos;

c) Deficientes mentais: dependentes – treináveis – educáveis;

d) Deficientes físicos: disfuncionados – epiléticos – paralíticos – cerebrais – medulares.

Há muita controvérsia no meio médico para definir ou delimitar o significado de deficiência.

O emprego deste conceito para designar ou nomear os indivíduos portadores de alguma 'anomalia corporal' quer por implicação genéticas, físicas ou neurológicas, parece não dar conta da diferença existente entre os indivíduos estigmatizados de 'deficientes físicos'. (CARMO, 1994, p. 15).

O conceito de deficiência está inculcado na relação homem/discurso, que se apresenta contaminada de subjetividade. Deixemos claro que as pessoas denominadas deficientes são discriminadas e marginalizadas dentro do modo da produção capitalista.

Uma vez discutida a questão da compreensão do significado da deficiência, entraremos a seguir no universo histórico compreendido entre os anos de 1981 e 1987. É importante salientar duas preposições:

a) Nos países desenvolvidos, as pessoas portadoras de necessidades especiais têm todo o amparo do governo, entre benefícios e programas de reabilitação. Nos países

subdesenvolvidos, as clínicas especializadas em reabilitação são raras, em uma proporção de 1 para cada 500.000 portadores de necessidades especiais, sendo que a maioria se concentra nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), São Paulo – Associação à Criança Defeituosa (AACD), e Brasília – Centro de Reabilitação Sarah Kubitschek.

b) O ano de 1981 foi um marco histórico, por ter sido este o ano dedicado pela Organização das Nações Unidas (ONU) às pessoas portadoras de necessidades especiais. Entre os anos de 1981 e 1987, houve um investimento grande no tocante às políticas de atenção ao portador de necessidades especiais.

Os problemas encontrados pelos portadores de necessidades especiais decorrem dos problemas encontrados pelos mesmos na sociedade, que está intimamente ligado ao modo de produção capitalista vigente e dominante.

Até que ponto a sociedade, ao se deparar com uma pessoa em cadeira de rodas ou mesmo que não enxerga, preocupa-se com as suas “possibilidades sociais”? O que mudou para o indivíduo em sua vida diária, após ter perdido um membro de seu corpo, repentinamente?

São indagações como estas que nos levam a pensar sobre os portadores de necessidades especiais e suas possibilidades de contribuição para uma sociedade mais justa e igualitária, que, apesar de suas limitações, não podem ser enquadrados como um ser inválido e deixado à mercê da própria sorte. Foi através das instituições e organizações incentivadas pelo Estado brasileiro, deu-se a inclusão da pessoa portadora de necessidades especiais no mercado de trabalho, ainda com algumas ressalvas. Porém, o Estado foi pressionado pela ONU para que, em caráter de urgência, fizesse uma comissão, com o propósito de instaurar no país um documento, que legitimasse uma legislação que viesse a dar respaldo às reivindicações dos portadores de necessidades especiais, elaborando em 1981, pela Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes, o “Relatório de Atividades”.

O seu item 4.5, “Capacitação Profissional e Acesso ao Trabalho”, é colocado da seguinte forma:

A capacitação e acesso ao trabalho constituem direitos essenciais da pessoa humana. Em nosso país, particularmente, nem sempre as ofertas correspondem à demanda e/ou a própria capacitação profissional dos deficientes... Em muitos estados está sendo desenvolvido um trabalho integrado com entidades de capacitação profissional (SENAC, SENAI, LBA e outros) visando encaminhar deficientes aos cursos promovidos por essas entidades, bem como ação integrada com empresas para o treinamento de deficientes no local de trabalho. (CARMO, 1994, p. 63)

Já havia, no referido documento, menção à capacitação profissional, oportunizando, naquela época, levantamento cadastral de instituições que abriam vagas e dariam incentivos à pessoa portadora de necessidades especiais, para que pudessem adentrar no mercado de trabalho.

Neste mesmo documento, previa-se a concessão de bolsa de trabalho, apoio à construção de oficinas protegidas e centros profissionalizantes, e elaboração de minuta de decreto estadual sobre a admissão de portadores de necessidades especiais no serviço público.

Em outro documento, denominado “Plano de Ação Conjunta para Integração da Pessoa Deficiente”, publicado em 1986, o problema da formação profissional e aceitação pelo mercado de trabalho, ainda preocupa as autoridades:

A expansão dos serviços de formação profissional e incentivo para a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho competitivo... Incentivo e formulação de legislação para assegurar a formação e o trabalho das pessoas portadoras de deficiências sem possibilidade de participar no mercado competitivo. Formulação de legislação específica para redução de jornada de trabalho para os responsáveis, cuja presença e participação sejam indispensáveis no processo de atendimento das pessoas portadoras de deficiência. (CARMO, 1994, p. 64).

Nesta linha de preocupação, ainda destacamos o documento produzido pela "CORDE", denominado “Primeiro Plano de Ação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”, datado de agosto de 1987. Seus elaboradores dedicaram um tópico ao problema em discussão, denominado “Programa de Inserção da Pessoa Portadora de Deficiência no Mercado de Trabalho”, o qual diz o seguinte:

A opção governamental vai, portanto, na direção de uma política e efetiva da criação de emprego que objetive articular demanda e oferta, valorizar o trabalho, garantir direitos e obrigações trabalhistas, incorporar mão-de-obra ociosa e novos contingentes de trabalhadores ao mercado... as pessoas portadoras de deficiência compõem uma parcela significativa dos segregados e marginalizados que buscam sua participação nos benefícios do desenvolvimento. (CARMO, 1994, p. 65)

Este último documento faz menção ao problema da integração do portador de necessidades especiais às condições de vida da população brasileira. O discurso do Estado era de encaminhar propostas evasivas. Mesmo fazendo considerações mais críticas e melhor elaboradas a respeito da sociedade em que vivemos, não conseguiram encaminhar propostas coerentes.

Retrocedendo um pouco mais na história, percebemos que o Estado Brasileiro, através dos poderes Legislativo e Executivo, conseguiu a aprovação de algumas leis e

decretos-leis voltados para o portador de necessidades especiais. Daremos destaques aos seguintes:

a) Decreto-Lei n.º 4.818, de 08 de outubro de 1942, que estabelece a “prorrogação, prazo, vigência, crédito especial para auxílio de pessoa deficiente”;

b) Decreto n.º 044236, de 01 de agosto de 1958: “Institui a campanha nacional de educação e reabilitação dos deficitários visuais”;

c) Decreto n.º 048252/60 e Decreto n.º 072424/73, que determinam a “criação da campanha nacional de reabilitação do deficiente físico”;

d) Lei n.º 004613, de 02 de abril de 1965: “isenta dos impostos de importação e de consumo, bem como taxa dos despachos aduaneiros, os veículos especiais destinados a uso exclusivo de paraplégicos ou de pessoas portadoras de defeitos físicos, os quais fiquem impossibilitados de utilizar os modelos comuns”;

e) Decreto n.º 057654, de 20 de janeiro de 1966, Art. 109: “são isentos do serviço militar: por incapacidade física ou mental definitiva, em qualquer tempo, os que forem julgados inaptos em seleção ou inspeção de saúde e considerados irrecuperáveis para o serviço. Serão considerados irrecuperáveis para o serviço militar os portadores de lesões, doenças ou defeitos físicos, que se tornem incompatíveis para o serviço militar nas Forças Armadas e que só possam ser sanados ou removidos com o desenvolvimento da ciência”;

e) Decreto-Lei n.º 001044, de 21 de outubro de 1969: “dispõe sobre o tratamento excepcional para alunos portadores das afecções que indica tratamento especial de ensino, aluno doente, pessoa deficiente”;

Ainda, em 1969, o parágrafo 1.º do Artigo 153 da Constituição Brasileira, estabelece que:

“Todos são iguais perante a Lei, sem discriminação de sexo, raça, trabalho, credo religioso e convicções políticas”.

f) Resolução n.º 000492, de 21 de março de 1975: “dispõe sobre a concessão de carteira nacional de habilitação aos portadores de deficiência auditiva”;

g) Emenda Constitucional n.º 000012, de 10 de outubro de 1978. Altera a Constituição Federal em Art. Único: “É assegurada aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica, especialmente mediante:

I – Educação especial gratuita;

II – Assistência, Reabilitação e Reinserção na vida econômica e social do país;

III – Proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários;

IV – Possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos”;

h) Decreto n.º 084919, de 16 de julho de 1980, que “institui a Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes”.

Podemos observar que, naquela época, já se tinha considerável preocupação com os portadores de necessidades especiais, ainda que apenas no papel. Foi algo relevante para que esses direitos fossem adquiridos e inseridos na Constituição de 1988 mesmo, em meio ao regime militar.

Podemos destacar, ainda, como fator significativo do movimento de oposição neste período, “(...) a emergência de um movimento popular configurado na aliança entre as comunidades de bases ligadas à igreja, os grupos associativos seculares e o novo movimento sindical, tanto no campo quanto nas áreas urbanas (...)” (ALVES, 1992).

As políticas públicas voltadas ao portador de necessidades especiais foram, por vezes, sistematizadas através de leis e decretos, graças ao empenho de alguns setores da sociedade civil, principalmente por parte dos movimentos sociais. No próximo item, vamos aprofundar essa questão e, principalmente, no que diz respeito às políticas públicas, na década de 80, voltadas ao portador de necessidades especiais.

1.2 -Políticas Públicas e o Portador de Necessidades Especiais

As leis que regem um país são elaboradas com o objetivo de garantir direitos e deveres comuns a todos os cidadãos. No entanto, sabemos que esta afirmação retrata que, nem sempre, as leis favorecem de fato aos cidadãos, pois, em algumas situações, são distorcidas, privilegiando os mais fortes e poderosos, tanto no campo social, político ou econômico.

Em relação aos portadores de necessidades especiais, desde a antiguidade, essa condição os reporta à marginalização, sendo excluídos do convívio social e impedidos de participarem e de desenvolverem suas capacidades, na perspectiva de se constituírem cidadãos (este assunto será aprofundado nos próximos itens).

No decorrer da história, percebemos que, em termos de direitos sociais voltados ao portador de necessidades especiais, houve avanços com a promulgação da Constituição de 1988, porém sua situação de cidadania social, política e econômica pouco se alterou.

A política social deve ter, como meta, a universalização no que se refere aos deficientes, conforme reza a Constituição Federal em seus artigos: 7, 23, 24, 37, 203, 208 e

227 (anexo A). Esses artigos fazem parte do capítulo dos direitos sociais, no título dedicado aos “Direitos e Garantias Fundamentais”, deixando explícito que o Estado deve defender os direitos da pessoa portadora de necessidades especiais, desde a assistência social até a sua integração na sociedade.

A Constituição Federal de 1988 apresenta avanços no que se refere ao sistema de proteção social, pois ela estabelece a universalidade ao direito de benefícios a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema; a equidade ao acesso aos bens e serviços; a integridade no atendimento ao indivíduo e a descentralização dos serviços para os municípios; e prevê a participação da comunidade, de acordo com a realidade local. (MOREIRA, 1999, p. 35).

É necessário que a política social rompa com a barreira do protecionismo do Estado.

Achar que os direitos sociais, estando no papel, bastam para garantir o direito do cidadão, é um erro irreparável, cabendo, aqui, percebermos o quanto a desigualdade social está nos arredores da sociedade brasileira.

A política social significa o esforço planejado de reduzir as desigualdades sociais quando entendida como proposta do Estado. Olhando do ponto de vista dos interesses, a conquista da autopromoção.

Embora esta delimitação expressa o reconhecimento de que a viabilidade de uma sociedade depende da capacidade de reduzir suas desigualdades sociais a níveis considerados tolerantes pela maioria (...) o fenômeno fundamental da política social é o impacto redistributivo e autopromotor. (DEMO, 1998, p. 27).

A evolução do pensamento político sobre a questão da pessoa portadora de necessidades especiais começou por movimentos internacionais, já descritos anteriormente. Na proclamação da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), constata-se, em seu artigo 3.º, que: "As pessoas deficientes têm o direito inerente de respeito por sua dignidade humana. As pessoas deficientes, qualquer que seja a origem, natureza ou gravidade de suas deficiências, têm os mesmos direitos que seus concidadãos da mesma idade, o que implica, antes de tudo, o direito de desfrutar uma vida decente, tão normal e plena possível".

E em seu artigo 08, afirma que: “As pessoas deficientes têm o direito de ter suas necessidades especiais levadas em consideração em todos os estágios de planejamento econômico e social”.

A CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração das Pessoas Portadoras de Deficiências, dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de necessidades especiais, institui a titular jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências.

Na referida Coordenadoria, consta, como valores básicos de sua aplicação e interpretação, a igualdade da pessoa humana, a justiça social e o bem-estar, proibindo preconceito e discriminação, deixando clara a obrigação do Poder Público e da sociedade na efetivação do respeito a esses direitos.

Retornando à discussão sobre a Constituição Brasileira e seus artigos, mais precisamente no artigo 203, podemos constatar que ela estabelece que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social” e que um dos seus objetivos (assistência social), é promover a “habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”. Para tanto, estabelece um salário mínimo de benefício mensal. Este salário mínimo de benefício ficou a cargo da lei, tornando-se, finalmente, tão mínimo, que se confunde com migalha, para não dizer esmola.

Em seu artigo 208, estabelece a obrigatoriedade do atendimento educacional especializado aos portadores de necessidades especiais na rede regular de ensino. O convívio social é importante para eles, pois a sua socialização com outros indivíduos lhe trazem benefícios. Porém, não podemos esquecer que a escola que a pessoa está matriculada deve estar com uma equipe pedagógica preparada e a sua arquitetura não seja uma barreira para sua circulação. "Como se verifica, o constituinte, ao estabelecer a sua preferência pelo ensino especializado na rede regular de ensino, dá prova de sua ignorância da completa falência do ensino público nas escolas do país" (Legislação comentada para pessoas portadoras de deficiência e sociedade civil organizada, 2001, p. 8).

No capítulo que trata da família, da criança, do adolescente e do idoso, a Constituição traçou metas a serem cumpridas em relação à assistência integral à saúde, mediante a criação de programas de prevenção e atendimento especializados, programas de treinamento para o trabalho e para a convivência em sociedade.

O preceito constitucional estabeleceu que poderá ser admitida a participação de entidades não-governamentais de assistência à saúde da criança e do adolescente, inclusive dos portadores de necessidades especiais, instituições filantrópicas como as APAE's Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais e a ACIC - Associação Catarinense para

Integração do Cego. São centros de excelência de assistência à saúde e reabilitação da pessoa portadora de necessidades especiais.

Há de ressaltar que, por vezes, o Estado não garante o que está na Constituição, deixando para as entidades não governamentais aquilo que era o seu dever: prestar serviço especializado de saúde e reabilitação a quem precisar. Não portando serviço especializado, a escassez de instituições que deveriam prestar esse tipo de apoio chega a ser irrisório. No estado de Santa Catarina, entre outras instituições públicas, encontramos a Associação Santa Catarina de Reabilitação, que oferece atendimento de habilitação ou reabilitação para pessoa portadora de necessidades especiais.

Na continuidade dos comentários sobre as leis que favorecem os portadores de necessidades especiais, temos o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – estabelecido pela Lei 8.069, em 13 de julho de 1990, onde traz a concepção de direito numa perspectiva universal, na qual todas as crianças e adolescentes, independente de raça, religião e situação social, têm igualdade de direitos, garantindo o desenvolvimento integral (físico, mental e social) dessas pessoas. Tem, por tarefa, o controle das ações em todos os níveis, para que o público infanto-juvenil seja tratado com absoluta prioridade na direção de sua proteção integral.

O ECA é o conjunto de direitos e deveres direcionados para toda a criança e/ou adolescente, e estabelece algumas garantias específicas à pessoa portadora de necessidades especiais.

No seu capítulo I, artigo 11, discorre sobre a garantia à criança e ao adolescente do acesso às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, através do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os incisos I e II tratam da questão do portador de necessidades especiais, quando afirma que: “a criança e o adolescente portador de deficiência receberão atendimento especial e incumbe ao poder público fornecer gratuitamente [...] próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação”.

No capítulo IV, artigo 54, inciso III, estabelece que é dever do Estado assegurar “atendimento educacional especializado ao portador de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”.

Com relação à prevenção, o artigo 10, inciso III, dispõe sobre a obrigatoriedade de realização de “exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades ao metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientações aos pais”.

Cerca de “70% das deficiências no Brasil poderiam ser evitadas com programas de prevenção e assistência durante a gravidez e nos primeiros anos de vida da criança” (CARVALHO, 1997, p. 14).

Os direitos fundamentais ligados à vida, saúde, educação, trabalho, respeito, etc., não devem ser considerados como concessão, mas imperativo de um Estado Democrático que percebe seus integrantes com as peculiaridades que lhes são próprias.

Escrevemos anteriormente sobre a CORDE. É de extrema necessidade ressaltar que a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência contaria com o assessoramento de um Conselho Consultivo e, por isso, definiu sua competência. “Esse Conselho não possuía muito poder, mas tinha composição paritária de representantes da sociedade civil e dos ministérios da área social” (Legislação Comentada para pessoas portadoras de deficiência e sociedade civil organizada, 2001, p. 49).

O conselho foi posteriormente transformado no CONADE (Conselho Nacional de Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência). O CONADE é um órgão guardião dos direitos e da cidadania do portador de necessidades especiais.

Convém frisar que, para que as leis sejam postas em prática e respeitadas, é preciso conhecê-las e criar mecanismos reais para que sejam cumpridas.

Destacamos, mais uma vez, a questão do desconhecimento da pessoa portadora de deficiência a respeito das leis que definem seus direitos e a forma de acesso a estes. Essa condição tem levado à falta de exigências para o cumprimento das leis. Grande parcela da população e dos portadores de necessidades especiais não tem acesso a serviços de assistência à saúde e recuperação, bem como à prevenção, por total desinformação, haja vista o desconhecimento por parte do Benefício de Prestação Continuada - BPC – previsto na Carta Magna Brasileira e regulamentada pela LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social, n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

1.3 A Deficiência Visual na sua especificidade

Sabe-se que, na Grécia Antiga e em Roma, as crianças cegas eram abandonadas, largadas nos cumes de montanhas ou colocadas em cestos e atiradas nos rios. Os que ficavam “deficientes” visuais depois de adultos, eram encarados com rejeição e certo temor. Assim, a única alternativa que restou para os cegos foi esmolar nas ruas. E, por muitos séculos, os

deficientes visuais permaneceram nesta situação, o que reforçava negativamente a sua imagem perante a sociedade.

Com o desenvolvimento das religiões monoteístas (adoração de um só Deus), foi dado aos deficientes visuais o direito de viver e serem protegidos, através de caridade.

Com o passar dos anos, os indivíduos que não enxergavam provaram que eram capazes de fazer atividades simples e complexas, como qualquer pessoa, o que despertou a atenção e a dedicação daqueles que viriam a tornar-se os pioneiros da educação dos deficientes visuais.

A partir dessa compreensão, foram criadas as primeiras organizações destinadas à educação de crianças deficientes visuais. Desde então, operaram-se muitas modificações com vistas a gradual integração dos deficientes visuais na sociedade comum.

Cerca de meio século atrás, foram criados lares para deficientes visuais, para homens e para mulheres, de onde só saíam, quando aprendiam a executar as atividades com perfeição.

Após se apropriar das atividades, iam para outro setor no mesmo prédio, onde faziam trabalhos manuais e atividades úteis, até que a velhice os incapacitasse (isso ainda acontece na Europa). Hoje são raros esses lares, pois sua extinção se deu na medida em que a pessoa com “incapacidade” de enxergar foi se integrando na sociedade.

A primeira preocupação oficial com a educação dos deficientes visuais no Brasil foi o projeto de lei apresentado à Assembléia Legislativa, em 1835, pelo deputado Cornélio Ferreira França, objetivando a criação do lugar de professor de primeiras letras para o Ensino de Cegos, na capital do Império e nas capitais das Províncias. Esse projeto de Lei não foi aprovado, muito embora, possa ser destacado como de interesse para a educação dos deficientes visuais no Brasil.

Inspirado no exemplo apresentado anteriormente, é que José Álvares Azevedo, jovem deficiente visual brasileiro, que estudou seis anos na França, regressando ao Brasil, alertou as autoridades das reais possibilidades da pessoa deficiente visual no campo da educação. Assim, o Imperador D. Pedro II baixou decreto Imperial n.º 1428, de 12 de setembro de 1854, criando o “Imperial Instituto dos Meninos Cegos”, no Rio de Janeiro.

Este foi o marco inicial da educação de deficientes visuais no Brasil e na América do Sul. E, em 1888, este Instituto passou a denominar-se como “Instituto Nacional dos Meninos Cegos”, em reconhecimento à obra de Benjamim Constant, que foi professor nesta instituição. Logo após a morte dessa personalidade, o governo provisório decreta, em 1891, a mudança do nome desta instituição para “Instituto Benjamim Constant”.

A partir daí, a educação do deficiente visual no Brasil passa a expandir-se gradativamente: foram criados Institutos e Associações em todo o país para a educação, reabilitação e profissionalização.

O atendimento do deficiente visual em Santa Catarina, embora insuficiente, tem sido feito nas Associações de Cegos de Joinville, Blumenau, Itajaí, Lages, Criciúma e Florianópolis, sendo que a mais estruturada é a de Florianópolis, ou seja, a ACIC.

Segundo a Revista Benjamin Constant de setembro de 1995, deficiência visual é o prejuízo total ou parcial na capacidade de enxergar.

Os deficientes visuais são classificados em dois grupos: pessoas cegas e de visão subnormal ou baixa visão.

Segundo Carvalho (1992, p. 9),

A visão subnormal é uma perda severa da visão que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico, nem por óculos convencionais. Também pode ser descrita como qualquer grau de enfraquecimento visual que cause incapacidade e diminua o desempenho visual. O portador de visão subnormal dependendo da patologia, apresenta comprometimentos relacionados à diminuição da acuidade e no campo visual, adaptação à luz e ao escuro e percepção de cores.

As causas de visão subnormal, segundo o autor citado acima, são:

Congênitas e Adquiridas

- Congênitas: ocorrem no nascimento, sendo que muitas são de origem genética. Exemplo: coriorretinite macular, catarata congênita, glaucoma congênito, albinismo e retinose pigmentar.

- Adquiridas: ocorrem por traumatismos, alcoolismo, drogas em geral, radiações, infecções (sífilis, rubéola, toxoplasmose) ou derivadas de outras doenças (diabetes). Exemplos: retinopatias, coroidites, glaucoma, etc.

Um dos aspectos mais importantes na prevenção da deficiência visual, principalmente na visão subnormal é: aconselhamento genético (pré-natal), campanhas de saúde pública, cuidados médicos, campanhas contra acidentes de trânsito, alimentação correta e outros.

O indivíduo portador de visão subnormal, em nível de ajustamento pessoal e social, encontra-se numa posição intermediária entre a realidade das pessoas que enxergam normalmente e aquela dos “deficientes” visuais totais.

Ao ser tratado como deficiente visual, o indivíduo fica impedido de desenvolver de maneira eficiente sua visão residual, tendo consciência que não é cego e vivendo com o constante medo da perda de visão.

Sendo tratado como alguém com visão normal, suas reais limitações não são devidamente compreendidas, devido ao alto grau de expectativa que as pessoas, com quem convive, têm em relação as suas habilidades e capacidades.

Segundo Paschoal, (1994, p. 15), “[...] em ambos os casos, o indivíduo com visão subnormal tende a vivenciar um ajustamento desarmonioso, causado pelos sentimentos conflitantes que experimenta, como ressentimentos, culpas, ansiedades, frustrações”. Estudos mostram que crianças com visão subnormal tendem a ser menos ajustadas do que as crianças cegas ou com visão.

Segundo a revista Benjamin Constant, de setembro de 1995,

A experiência com crianças portadoras de visão subnormal no Instituto Benjamin Constant tem apontado que a família é um dos aspectos mais importantes a ser considerado, principalmente por ser a primeira vivência sócio-afetiva dessas crianças, e pelos fatores determinantes que influem em seu desenvolvimento e formação como indivíduos.

Ocorre que a família, por pertencer a um mundo objetivamente visual, não sabe lidar com a criança de visão subnormal. Para os familiares, ela se torna um verdadeiro quebra-cabeça.

Além disso, os pais, consciente ou inconscientemente, desejam que seus filhos pareçam normais. Desse modo, a criança super protegida ou negligenciada não consegue experimentar e explorar o mundo a sua volta, ficando incapacitada de testar suas capacidades e seus limites na aprendizagem visual, causando, assim, prejuízos no seu desenvolvimento global.

Segundo relato da revista Benjamin Constant, de agosto de 1996, grande parte das crianças em fase pré-escolar, no Instituto de mesmo nome, apresentam muitas dificuldades no início dessa etapa. As causas se centram no fato da família não ter oportunidade de receber orientação adequada e nem poderem participar de um programa de estimulação visual no período inicial do desenvolvimento da criança, entre 0 e 4 anos de idade. Acrescenta-se, ainda, o fato de muitas famílias, apesar de receberem orientação adequada, continuarem mantendo uma postura indevida, onde a superproteção conduz a um relacionamento, no qual a criança é tratada como deficiente.

É importante se verificar que a criança chega à pré-escola com:

Ausência de estimulação visual; restrição de experiências, acarretando defasagens em seu desenvolvimento global; inconsciência de sua visão residual e de sua utilização de modo eficiente; desinteresse e falta de curiosidade na busca e exploração de estímulos visuais; interpretação deturpada de imagens visuais não muito claras. (REVISTA BENJAMIN CONSTANT, 09/1995).

As crianças portadoras de visão subnormal merecem especial atenção, pois como a visão é uma função que requer aprendizagem, sua qualidade pode ser sensivelmente melhorada no período da primeira infância, através de orientação adequada e específica (educação visual).

Para Castro (1994, p. 32),

A família deve ser devidamente orientada, despertando a consciência de que irá proporcionar uma melhora significativa na eficiência visual da criança, oferecendo-lhe, sobretudo:

- Vivências variadas relacionadas ao lazer; jogos; passeios; televisão; esportes; e outros.
- Incentivos à participação nas atividades escolares, proporcionando apoio e compreensão às suas reais possibilidades e limitações.
- Organização do ambiente físico doméstico, de modo a facilitar uma locomoção segura e independente.
- Aceitação quanto ao recurso óptico ou não óptico prescrito, orientando a criança com visão subnormal quanto à utilização e cuidados específicos.

É de extrema necessidade que os pais tenham participação ativa junto ao desenvolvimento de seu filho na pré-escola. O educador, através de um trabalho dinâmico e conscientizador, é que vai mostrar à família da criança portadora de visão subnormal as suas possibilidades e limitações, ajudando-a no seu desenvolvimento global.

Nossa cultura nos proporciona um ambiente visual, portanto, a vida do homem gira em torno da cor e dos indícios visuais. A pessoa “deficiente” visual luta com dificuldades, pois a sua limitação a exclui de uma plena participação nesse ambiente. A pessoa deficiente visual é estigmatizada, pois justamente traz uma marca registrada que a distingue pejorativamente das outras pessoas, ou seja, toda pessoa considerada fora das normas e das regras estabelecidas, é uma pessoa estigmatizada. Na realidade, é importante perceber que o estigma não está na pessoa, mas na deficiência que ela possa apresentar. Neste caso, a pessoa traz em si o estigma social da deficiência.

A perda da visão é um golpe que não atinge apenas os olhos, mas a auto-estima do indivíduo. Quando este é acometido pela deficiência visual na fase adulta, perde a sua integridade física e se coloca em um mundo onde as impressões e orientações são feitas através da visão.

Quanto à acuidade sensorial dos deficientes visuais, existe uma noção popular de que os mesmos são dotados de audição, tato, paladar e olfato aguçados, ou mesmo de memória fenomenal, mas essa afirmação pode estar errônea.

Quando se nota superioridade, o que há é uma atenção intensificada para os outros sentidos e maior uso deles como fonte de informação e orientação.

As desvantagens da deficiência visual são:

- a) impedir o acesso direto às palavras impressas;
- b) restringir a mobilidade independente em ambientes não familiares;
- c) limitar a percepção direta de seu ambiente distante ou de objetos grandes demais;
- d) privar o indivíduo de importantes pistas sociais, e, com isto, causando pouco uso das expressões faciais e gestos, ou usando-as de modo pouco apropriado.

Estereótipos são relacionados à deficiência visual como: docilidade, dependência, desamparo e desânimo.

As pessoas tendem a usar, no cotidiano, como conotações para alguns sentimentos, expressões como: “cego de raiva” – indefeso; ou “você está cego?” – falta de percepção, pessoa que se encontra perdida.

Conotações opostas são freqüentes, como maior “insight”, ou, ainda, maior acuidade dos outros sentidos.

Além das palavras estigmatizadoras atribuídas às pessoas portadoras de deficiência visual, outro problema enfrentado é a capacidade de se locomover independentemente. Seus sentidos remanescentes servem de ajuda na orientação do espaço, através de reações a pequenas pistas auditivas. O deficiente visual sente que não perdeu somente a visão, mas também outros valores, como:

- Perda da integridade física, já falado anteriormente. O indivíduo se sente mutilado, que está diferente de como ele era e diferente dos que o cercam.
- Perda inicial dos sentidos remanescentes, causando diminuição do tato, olfato, memória, capacidade motora, etc.
- Perda do contato real com o meio ambiente, como se morresse para o mundo das coisas, perdendo, assim, um importante vínculo com a realidade.
- Perda do “campo visual”, silêncio visual.
- Perda das habilidades básicas, como a capacidade de andar.
- Perda da sociabilidade. Estando com outras pessoas se sente isolado.
- Perda das técnicas da vida diária, passando por repetidos fracassos nessas atividades que nunca o deixam esquecer que está cego. Exemplo: comer, beber, funções intestinais,

conservar-se limpo e arrumado, despir-se à noite e vestir-se pela manhã, barbear-se, maquiarse, fazer a higiene íntima, distinguir a pasta de dente do creme de barbear, controlar as contas, preencher cheques, contar dinheiro, localizar objetos que derruba, comer em restaurantes, etc. Tais perdas obrigam a pessoa com deficiência visual a depender das outras pessoas, restringindo severamente sua autonomia.

- Perda da facilidade de comunicação escrita (livros, jornais), não pode ler a própria correspondência, perdendo assim a reserva pessoal, ficando impossibilitado também, quando não treinado, de assinar o próprio nome.
- Perda da facilidade da comunicação corporal: postura gestos, mímica e expressões faciais, não podendo ver as reações das pessoas com quem fala.
- Restrições em sua recreação.
- Perda da visão dos rostos familiares, das artes, etc.
- Perda da obscuridade, não passando mais despercebido na sua rua, por isso, muitas vezes, rejeita a bengala e qualquer objeto que possa identificá-lo como cego.
- Perda da profissão, perdendo a capacidade de produzir e sentir-se útil, perdendo, muitas vezes, sua segurança financeira, numa fase em que necessita gastar mais devido a sua reabilitação.

Sendo inúmeras as limitações, uma série de frustrações acompanha uma desorganização na personalidade e na perda da auto-estima. Porém, isto tudo pode ser superado com a reabilitação que iremos colocar a seguir.

A pessoa acometida pela deficiência visual deve ser auxiliada a recuperar as habilidades primárias, como comer, vestir-se, ou acender o cigarro. Falsas esperanças de voltar a enxergar podem prejudicar o seu processo de reabilitação.

O processo de incutir esperanças reais de reabilitação e de ajudar aquele que perdeu a visão a recuperar as habilidades perdidas, deve ser levado a efeito no lar, durante as primeiras semanas do período de privação.

Para CARROL (1994, p. 42): “Nestes estágios iniciais, o auxílio para a reabilitação está nas mãos de parentes e amigos próximos, médicos assistentes e qualquer técnico que possa auxiliar”.

É importantíssimo que as pessoas ligadas ao indivíduo portador de deficiência visual acredite nas suas reais possibilidades de reabilitação e nas suas potencialidades.

A orientação às pessoas portadoras de deficiência visual, nos centros de reabilitação, como é o caso do CRPC - Centro de Reabilitação, Profissionalização e Convivência da ACIC, é voltada, basicamente, para a reabilitação psicossocial, ajustando de

maneira total a pessoa a uma nova situação, incluindo as habilidades e atitudes essenciais à reintegração na sociedade.

Um centro de reabilitação que se propõe a ir ao encontro das necessidades da pessoa com limitação visual, precisa de pessoal consciente dos fatores emocionais que influem diretamente no indivíduo, quando este perde a visão repentinamente, auxiliando-o no processo de reorganização da personalidade.

A reabilitação consiste no processo pelo qual o adulto em diferentes estágios de desamparo, distúrbios emocionais e dependência, ganha novos conhecimentos de si mesmo e da sua deficiência; novas habilidades necessárias ao seu novo estado e um controle de suas emoções e de seu ambiente. (CARROL, 1994, p. 86)

A reintegração daquele que ficou sem a capacidade de enxergar, envolve não só suas atitudes e capacidades, mas, também, a aceitação pela sociedade.

A reabilitação, para CARROL (1994, p. 90), implica em 5 fases principais, que são:

Treinamento dos outros sentidos que irão substituir a visão;
 Treinamento da habilidade e uso de equipamentos.
 A recuperação da segurança psicológica.
 A influência da atitude da sociedade para com o indivíduo.
 Ajuda para enfrentar as atitudes predominantes.

A primeira é a base de toda a reabilitação. Será a “restauração da realidade”. A pessoa com deficiência visual necessita desenvolver muito mais do que apenas um simples substituto para a visão. Precisa desenvolver o uso de todos os sentidos remanescentes e organizar de tal maneira o sentido central, que, mesmo sem o uso da visão, ela poderá captar e ordenar estas múltiplas pistas dentro de um padrão aproveitável.

A perda da mobilidade é, talvez, a maior de todas as perdas da realidade na deficiência visual. Ela intensifica o que poderia ser considerada como outra perda maior, a da adequação social; ambas dentro da realidade e de seus aspectos emocionais. É de extrema necessidade que se faça o treinamento de habilidades e uso de equipamentos, como é o caso da bengala ortopédica e a de Hoover, ou o cão-guia.

A bengala ortopédica é grossa e forte, feito com o comprimento certo para ser segurada confortavelmente na mão. A bengala de Hoover é um moderno instrumento de locomoção independente, com a qual qualquer pessoa com deficiência visual, convenientemente reabilitada, deveria se familiarizar. Ela é uma espécie de varinha, desenhada especialmente para ser uma continuação, uma ampliação dos sentidos de tato de

quem a utiliza. É geralmente feita de um tubo fino de alumínio, não excedendo seu diâmetro a meia polegada, tendo na extremidade que toca o chão, uma cavilha de madeira ou plástico, sendo a outra ponta curva como um bastão. A haste é geralmente recoberta de um plástico branco, que refletirá as luzes dos faróis altos dos carros à noite, enquanto que a parte de cima é enrolada com tiras de couro, como os usados em campos de golfe. Já que o intuito da bengala é aumentar o alcance do braço e da perda do indivíduo, seu comprimento é determinado pelo comprimento normal da passada do indivíduo. O uso da bengala vai proporcionar a pessoa com deficiência visual maior facilidade ao se locomover.

Dentro do item apresentado acima, estão as técnicas da vida diária que o indivíduo irá se apropriar, utilizando-se do treinamento dos sentidos. Ao final da reabilitação, o indivíduo poderá arrumar a própria casa, lavar, passar, cozinhar, conseguindo, assim, toda a sua independência.

No item "Recuperação da Segurança Psicológica", há de se ressaltar que a pessoa acometida pela deficiência visual deve ser auxiliada na aceitação da mesma em sua totalidade e finalidade, almejando uma nova visão. É como se morresse e renascesse das cinzas. Deve-se ter em vista o fortalecimento do ego. Sendo assim, a pessoa precisará de menos atenção e se libertará dos medos.

Ao deparar-se com a situação que jamais poderá enxergar novamente, pode o indivíduo se acometer de psicoses. É como se ele negasse o que está vivenciando.

Para CARROL (1994, p. 90), “esta negação ou falta de aceitação não é um ato consciente ou destinado a enganar outras pessoas, é uma reação inconsciente pela qual a pessoa tenta enganar a si própria”.

Por isso, é tão necessária a dinâmica de grupo. O indivíduo encontrará, no grupo, energia que não achará em si mesmo.

A ajuda para enfrentar as atitudes predominantes, como é o caso de negar a própria situação, deve partir de profissionais capacitados, pois, ao contrário, poderá causar prejuízos a sua reabilitação.

A influência da atitude da sociedade para com o indivíduo com deficiência visual, traz, por vezes, muitos prejuízos no processo de reabilitação.

“No momento em que o indivíduo é reabilitado, a sociedade se nega a aceitá-lo”. (CARROL, 1994, p.208).

A sociedade não reage com ódio, mas com lástimas e rejeição. Agindo desta maneira, o indivíduo sente-se diminuído e, evidentemente, não acreditará nas suas potencialidades.

O processo de reabilitação também perpassa pela adequação social. Não é apenas a forma que a sociedade o discrimina, mas sim como ele vê e reage a esta discriminação.

2. O SERVIÇO SOCIAL NA ASSOCIAÇÃO CATARINENSE PARA INTEGRAÇÃO DO CEGO – ACIC

2.1. Uma rápida caracterização institucional da ACIC.

Para fazer as considerações sobre o trabalho do serviço social na ACIC, é de suma importância que se faça um breve histórico sobre a mesma e sua finalidade.

A ACIC se constitui em uma organização da sociedade civil, sem fins lucrativos e de âmbito estadual, fazendo parte do terceiro setor, mantendo-se através de convênios com prefeituras, seguridade social, colaboração das famílias e recursos advindos das festividades realizadas. Foi fundada em 18 de junho de 1977 pelo atual presidente Adilson Ventura, tendo como principais objetivos:

- Dar assistência aos cegos e deficientes da visão, promovendo a sua integração na família e na sociedade através de atividades profissionais, culturais, recreativas e previdenciárias, assim como conscientizá-los das suas possibilidades, limitações, direitos e deveres;
- Estimular o exercício de atividades lucrativas, promovendo a sua colocação profissional e favorecendo-lhes condições de competir no mercado de trabalho, de modo que possam manter-se com recursos próprios;
- Assistir aos dependentes, em especial à infância, particularmente na prevenção da deficiência visual;
- Promover campanhas de esclarecimento público, quanto as suas possibilidades de trabalho e de servir, combatendo preconceitos que possam levar a sua segregação, e lutando para que, neste sentido, sejam adotadas providências legais ou de outra natureza;
- Manter intercâmbio com entidades públicas congêneres do Brasil e do exterior, bem como colaborar com entidades públicas ou privadas que visem idênticos objetivos.

Para tanto, a ACIC mantém o Centro de Reabilitação, Profissionalização e Convivência – CRPC, onde, juntamente com seus usuários, desenvolvem os seguintes programas:

- Atendimento psicológico e serviços sociais;
- Apoio pedagógico e tecnológico;
- Atendimento em orientação e mobilidade;
- Atendimento em atividade da vida diária;

- Alfabetização e treinamento no sistema Braille;
- Treinamento e escrita cursiva;
- Iniciação à informática;
- Atendimento na área de psicomotricidade.

Ao chegar na instituição, o usuário passa por avaliação realizada pelo serviço social e outros profissionais, com o objetivo de programar suas atividades de reabilitação.

Atualmente, atende, nas suas dependências, demandas de diversas partes do Estado de Santa Catarina e sete alunos angolanos, instalados em dois alojamentos (um feminino e outro masculino). Os alojamentos são também uma forma de acolher alguns alunos que não tem condições de moradia, e suas residências ficam distantes da associação, sendo também uma forma de aproximar o educando do processo de reabilitação.

Para atingir seus objetivos - o de promover e realizar a educação, reabilitação e profissionalização das pessoas portadoras de deficiência visual – conta com a participação do Estado e prefeituras que, através de convênios, fornecem funcionários, como professores e técnicos, para suprirem as necessidades da associação e esta manter com qualidade o seu Centro de Reabilitação, Profissionalização e Convivência – CRPC.

Como não poderia deixar de ser, as parcerias são fundamentais para que o atendimento à clientela seja a melhor possível, com os recursos oferecidos por:

- Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE;
- Fundação Municipal do Esporte;
- Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC;
- Prefeitura Municipal de Florianópolis - PMF;
- Instituto dos Voluntários em Ação – IVA;
- SENAI;
- UNISUL;
- Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI;
- Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC;
- Instituto Guga Küerten.

Neste quadro acima, podemos observar o quanto de apoio a ACIC recebe, porém é indispensável a participação do empresariado e pessoas da comunidade, pois a Associação depende desses apoios para continuar dando atenção àqueles que dela dependem.

Infelizmente, nos dias atuais, o governo se esguia de suas responsabilidades e delega para as organizações não-governamentais – ONG's – poderes e prestações de serviços que ele deveria abarcar, causando grandes equívocos e cometendo erros gravíssimos, ao que

se refere ao subsidiamento das mesmas, deixando-as precárias, com seus orçamentos no vermelho, como é o caso da ACIC e demais organizações filantrópicas.

Podemos observar que muitas das ONG's são prósperas e constróem bases sólidas e parcerias importantes graças a sua forma de organização. A ACIC não foge a regra, com a dinâmica de atendimento bem definida e objetivando o processo de reabilitação do indivíduo, tendo, em seu programa, itens de suma importância que serão expostos a seguir:

1 – Processo de ingressos: triagem, encaminhamento e avaliação:

Triagem: as pessoas portadoras de deficiência visual, que são encaminhadas a ACIC, são submetidas a uma triagem inicial, passando por avaliações oftalmológica, social, psicológica, orientação e mobilidade pedagógica, eficiência física, atividades da vida diária e clínica geral. Todo esse processo é necessário para se verificar a elegibilidade do caso. O profissional de serviço social é responsável pelos encaminhamentos iniciais. Ele irá receber aqueles que procuram a ACIC com o propósito de reabilitação.

As pessoas portadoras de deficiência visual que procuram a instituição são encaminhadas, na maioria das vezes, por serviço comunitário, prefeituras municipais, clubes de serviço, pelas próprias famílias, ou por iniciativa própria.

Encaminhamento: se, por ventura, acontecer da pessoa portadora de deficiência visual ser inelegível, ou seja, ter um outro problema associado a sua deficiência, incapacitando-a para reabilitação, esta será encaminhada para outro programa ou serviço que tenha na comunidade ou instituição congênere que supra as suas necessidades.

Avaliação: é necessário que se investigue todo o processo de deficiência apresentado pelo usuário: como ele se encontra na atualidade, suas dificuldades, como também o histórico de sua dependência e o relacionamento familiar. Deste modo, pode-se ter um maior esclarecimento da deficiência do usuário, subsidiando a execução da programação terapêutica de acordo com as suas limitações e potencialidades.

Avaliação do Serviço Social

Como já foi descrito anteriormente, o profissional de serviço social terá os primeiros contatos com aqueles que procuram a ACIC. Seu trabalho é extremamente

importante, pois na entrevista inicial serão verificadas as condições sócio-econômicas da família e a dinâmica das relações familiares, como também sua integração com a sociedade.

Avaliação Oftalmológica

O diagnóstico médico-oftalmológico é fundamental no programa de reabilitação do indivíduo, pois é através do mesmo que será pautada a proposta pedagógica e irá se verificar o grau de visão e o tipo de patologia que foi acometido o usuário.

Avaliação Clínica Geral

É através da avaliação clínica que se verificarão as condições físicas da pessoa portadora de deficiência visual, e se o indivíduo precisa de atenção na área de saúde.

Avaliação Pedagógica

É através desta avaliação que se irá verificar o grau de instrução e o potencial acadêmico.

Avaliação das Atividades da Vida Diária

Tem como principal objetivo verificar as defasagens e conhecimentos remanescentes no que diz respeito às atividades da vida diária.

Avaliação de Orientação e Mobilidade

Este processo consiste em avaliar os sentidos remanescentes para estabelecer a posição de alguém e o relacionamento em seu ambiente. Determina, também, o nível de funcionamento visual de qualquer potencial de visão residual.

Avaliação Psicológica

É na avaliação psicológica que saberemos como o usuário reage a todo o contexto a sua volta.

Avaliação de Eficiência Física

Nesta avaliação, serão verificados os níveis de força, agilidade e resistência do indivíduo.

2 – Programa de reabilitação

O programa de reabilitação consiste em medidas de natureza médica, social, educativa e profissional, objetivando integrar o indivíduo a sociedade e desenvolvendo suas capacidades e potencialidades.

O programa de reabilitação da instituição em questão é realizado por uma equipe multidisciplinar. Esse atendimento é chamado de "Atendimento em Orientação e Mobilidade", que tem como atividades:

- técnicas para o uso de bengala e nas atividades da vida diária (AVD);
- alfabetização no sistema Braille (escrita e leitura), treinamento em escrita cursiva e em datilografia comum, iniciação à informática;
- treinamento nas técnicas de sorobã;
- atendimento em educação física, na área de psicomotricidade;
- utilização de recursos comunitários e musicoterapia.

O programa de profissionalização acontece em três momentos:

- 1 - orientação para o trabalho;
- 2 - cursos profissionalizantes;
- 3 - encaminhamento e acompanhamento no mercado de trabalho.

A orientação para o trabalho é um curso onde são abordados temas relativos à realidade do mercado competitivo de trabalho, tais como: documentação, legislação trabalhista, tipos de empresas, ética profissional e segurança no trabalho, dentre outros.

Os cursos profissionalizantes são realizados periodicamente (no momento são três: Informática, Oficina de Artesanato, Treinamento em Serviço para Telefonista), a partir de uma análise no mercado de trabalho, onde são consideradas as condições compatíveis com a pessoa que tem limitação visual, a empregabilidade do usuário, seus interesses pessoais, bem como a capacidade técnica e financeira da instituição em realizar os referidos cargos.

No encaminhamento e acompanhamento no mercado de trabalho, que ocorre quando a pessoa está apta para o exercício de uma profissão, é realizado um levantamento de vagas no mercado de trabalho. Havendo disponibilidade destas, será efetuado o encaminhamento, treinamento e acompanhamento, durante os três primeiros meses, nos quais a equipe do Centro de Reabilitação Profissionalizante e Convivência (CRPC) avaliará o desempenho, a eficiência e o nível de integração profissional na atividade que está sendo exercida. Após a conclusão deste período, a pessoa com deficiência visual assume as suas próprias responsabilidades e compromissos.

Dependendo do grau de desenvolvimento e interesse apresentado pela pessoa, a mesma é informada quanto às possibilidades de iniciar ou reiniciar seus estudos em escolas comuns. A pessoa poderá ser reencaminhada para cursos de 1º e 2º grau, regulares ou supletivos, ou, ainda, cursos preparatórios para o ingresso em uma universidade. Para que o indivíduo possa frequentar estes cursos em condições de igualdade, é oferecida uma assessoria pedagógica, bem como uma pequena biblioteca Braille.

Dentre os apoios que a pessoa tem na ACIC, está o tecnológico que proporciona ao usuário a transcrição para o Braille, a gravação em fitas cassetes ou digitalização de livros e textos. Coloca à disposição da pessoa com limitação visual equipamentos com tecnologia adaptada, como impressora Braille, “scanner” e computadores com voz sintetizada (Virtual Vision e Dosvox), os quais facilitarão o estudo e a pesquisa por parte dos usuários).

Como meio de proporcionar a educação integral no processo de reabilitação, a ACIC dispõe de atividades extracurriculares, como coral e atividades esportivas.

O coral foi fundado em 1999 e é formado por alunos e funcionários. Executa canções populares e apresenta-se em eventos na comunidade, constituindo-se em mais um fator de inclusão social.

O associado participa de atividades desportivas dentro e fora da ACIC, nas modalidades de atletismo, natação, “goolbol”, judô e tai-chi-chuan, contribuindo para a manutenção de sua saúde física e mental.

Entre os atendimentos, estão o psicológico, pedagógico e serviço social, que iremos comentar mais a frente.

O serviço de psicologia tem como objetivo geral, o desenvolvimento pessoal e psicológico do indivíduo, através de processos que provoquem e/ou orientem mudanças com maior aproveitamento de suas potencialidades, a fim de que, dentro de suas limitações, consiga atingir satisfatório grau de independência pessoal. Dentre as atividades desenvolvidas pelo serviço de psicologia, destacam-se:

- Participação na avaliação do usuário e do planejamento da programação terapêutica;
- Motivação dada ao usuário para participar das atividades inerentes ao programa de reabilitação;
- Contribuição para que haja adequação do seu nível de aspiração com sua capacidade de realização;
- Conscientização da população sobre as necessidades de atuação da pessoa com deficiência visual, facilitando a sua participação no mercado de trabalho;
- Participação na seleção dos usuários para os cursos profissionalizantes, dando apoio e procurando manter um bom nível de produtividade na equipe técnica.

O serviço de psicologia procura trabalhar os aspectos que envolvem a reabilitação plena do usuário:

- Procura interpretar, junto ao usuário, os benefícios da programação terapêutica e os processos de uma reabilitação;
- Serve como elemento de ligação entre o usuário e a equipe de reabilitação e da equipe entre si.

O serviço de pedagogia tem por objetivo geral, a elaboração do currículo básico do Centro de Reabilitação, Profissionalização e Convivência (CRPC), bem como promover sua manutenção, de acordo com as exigências da clientela, alterando-o e aprimorando-o sempre que se faz necessário. Este serviço avalia, acompanha e orienta tecnicamente alunos e professores no que diz respeito ao processo de ensino-aprendizagem. Também auxilia na adoção e adaptação de material didático, no planejamento e elaboração de testes e provas. Mantém, ainda, articulação direta e sistemática com o administrador das oficinas de produção, visando a conciliação técnico-administrativa das atividades realizadas. Encaminha os usuários para o ensino regular ou supletivo e as diversas etapas do processo de reabilitação e profissionalização, conjuntamente com demais membros da equipe técnica. Sugere reciclagem ou cursos de aperfeiçoamento e auxilia na busca de alternativas de trabalho para a área de profissionalização.

2.2 Considerações sobre o trabalho do Serviço Social da ACIC.

O serviço social da ACIC é parte integrante do Centro de Reabilitação, Profissionalização e Convivência (CRPC). Cabe-nos fazer algumas considerações sobre este centro de reabilitação, que está organizado para oferecer aos adolescentes acima de 14 anos,

adultos e idosos – portadores de deficiência visual – programas para o atendimento de suas necessidades biopsicossociais, educacionais e profissionais, proporcionando-lhes condições de independência e auto-suficiência.

Para o desenvolvimento dos seus programas, o CRPC conta com uma equipe multiprofissional, estruturada e coordenada de modo a atender as necessidades das pessoas portadoras de necessidades especiais – no caso, as pessoas com deficiências visuais – através de um trabalho pautado nas capacidades e potencialidades individuais, como uma maneira de reduzir as limitações ocasionadas pela deficiência, para que elas possam conviver com a deficiência de maneira satisfatória.

Considerando-se que a limitação visual acarreta perdas pessoais, funcionais e sociais, que limitam ou impedem a participação da pessoa no meio sócio-familiar e profissional, o serviço social tem como proposta de atuação o desenvolvimento pessoal e social do reabilitando, como condição básica para o desempenho efetivo e consciente dos seus papéis sociais e familiares.

Como parte integrante da equipe técnica, o serviço social da ACIC tem a preocupação permanente de desenvolver um trabalho compatível com a realidade social da qual a pessoa com deficiência visual faz parte, respeitando e valorizando sua capacidade como pessoa, com direitos e deveres iguais aos demais cidadãos.

O serviço social no CRPC da ACIC se ocupa dos aspectos sociais da reabilitação do usuário, articulando-se com as demais áreas que compõem a equipe multiprofissional.

É um serviço de atendimento direto de caráter preventivo, terapêutico e promocional. Atua no sentido de colaborar no processo de capacitação do usuário, ajudando-o a identificar suas próprias necessidades, dificuldades e valores e a por em ordem seus recursos internos e externos para que possa fazer escolhas e tomar decisões através da mobilização apropriada do meio no qual está inserido.

A principal preocupação do serviço social no CRPC é poder atingir da melhor forma possível a problemática real da pessoa com deficiência visual, enquanto sistema sócio-físico-psicológico, na busca de estruturas e competências básicas que venham estimular e facilitar a sua integração e participação como agente de sua própria promoção no processo de integração social.

Dessa forma, podemos observar que o serviço social se apresenta na instituição como um organismo desencadeando todo o processo de reabilitação e habilitação da pessoa com deficiência visual. A ação profissional do assistente social é responsável pela identificação e conhecimento de toda a problemática daqueles que procuram a ACIC, caso a

caso, em suas implicações sociais, familiares e comunitárias, proporcionando acesso do usuário ao atendimento oferecido pelo CRPC. Por outro lado, contribui, mediante a sua atuação técnico-científica, para a ação dinâmica da instituição, na identificação das peculiaridades sobrevindas da realidade institucional frente à comunidade, na busca dos meios de operacionalização das ações, como soluções, sejam técnicas, e/ou recursos necessários ao desenvolvimento da instituição à sua clientela.

O objetivo primeiro do serviço social no CRPC é o desenvolvimento pessoal e social da pessoa, mobilizando potencialidades para um melhor nível de participação, voltando-se de modo simultâneo para o homem e o meio social em que está inserido. Para tanto, o serviço social desenvolve, junto ao usuário, família, equipe multiprofissional e comunidade, uma série de atividades com os seguintes objetivos:

A) Usuários

- Interpretar os objetivos do processo de reabilitação;
- Oferecer condições básicas para participação no programa;
- Contribuir para a auto-aceitação;
- Contribuir para o desenvolvimento apropriado dos papéis familiares e sociais;
- Propiciar condições para elaboração de planos futuros;
- Contribuir para adequação do nível operacional, quanto à ocupação ou profissão compatível com suas condições;
- Preparar o usuário para o desligamento.

B) Família

- Interpretar o programa e o processo de reabilitação do usuário;
- Conduzir a família a atitudes positivas em relação ao usuário, no sentido de ajudá-lo a aceitar as condições impostas pela deficiência;
- Mobilizar recursos materiais que atendam as necessidades do usuário;
- Conscientizar a família quanto ao seu papel na comunidade, visando à reintegração do usuário.

C) Comunidade

- Desencadear o processo de conscientização da população, no sentido de integrar o usuário na comunidade em que vive;
- Mobilizar recursos existentes.

Tendo o serviço social, por finalidade, o desenvolvimento pessoal e social do deficiente, a fim de que consiga níveis de atuação consciente, plena e produtiva no meio em que vive, é, ainda, um elemento catalisador das necessidades do deficiente, como da família e equipe. Procura, também, atuar e cumprir os objetivos estabelecidos no CRPC, frente aos grupos acima mencionados, de acordo com as circunstâncias de cada grupo e suas especificidades.

No que diz respeito às atividades desenvolvidas junto ao usuário, o serviço social efetua-as integralmente, por, justamente, manter uma relação sujeito x sujeito e um contato diário e direto com os mesmos, através de abordagens e entrevistas individuais e com reuniões de grupo, objetivando propiciar momentos ação-reflexão-ação na conquista de seus ideais.

Com relação à família, o primeiro contato se dá na primeira entrevista, havendo participação da família nas festividades. É quando se dá a integração entre o corpo docente e discente da ACIC. Procura-se incluir a família em todas as atividades desenvolvidas pela instituição.

O serviço social faz freqüentes visitas domiciliares. Porém, a maior dificuldade é a distância. Muitos usuários são do interior do estado e isso acaba dificultando o contato com estas famílias. As visitas familiares são importantíssimas no processo de reabilitação, pois, através dos relatos dos familiares, podemos saber da aceitação ou não de todo o processo.

O assistente social participa das reuniões de estudo de caso, ocorrendo, então, a discussão e análise do desenvolvimento do usuário, quanto as suas habilidades, seus progressos e retrocessos.

Nas reuniões técnico-administrativas, acontece a programação de atividades festivas, recreativas, bem como a prestação de contas administrativas da ACIC e a avaliação de atividades realizadas.

O objetivo dessas reuniões é a de socialização das atividades desenvolvidas por profissionais, individualmente, incluindo os do serviço social.

2.3. A experiência do estágio curricular: registros significativos

O instrumental técnico-operativo se constitui numa ferramenta indispensável para a realização do trabalho de serviço social na associação.

A nossa intervenção se deu através de instrumentos, tais como: entrevistas, orientações, encaminhamentos, avaliação de alunos recém-chegados, reuniões, oficinas, estudo de casos, e outros.

Para a realização destes atendimentos, utilizou-se a entrevista. Segundo Carrete (1977, p. 53), “O primeiro objetivo básico da entrevista é obter uma compreensão do problema e da situação da pessoa que necessita de auxílio”. “Através da entrevista, o assistente social busca conhecer como os sujeitos vivenciam as múltiplas expressões da questão social”. (MIOTO, 2000, p. 04).

As entrevistas são realizadas com o objetivo de coletar dados que nos interessam na investigação, como por exemplo, a causa da deficiência visual, a situação sócio-econômica, o histórico familiar, a compreensão do grau de entendimento dos direitos do portador de necessidades especiais, as situações conflituosas vividas no seio familiar, entre outros. Esses dados nos levam à elaboração do diagnóstico sobre a situação do indivíduo (nos ajudou na triagem dos alunos recém chegados na ACIC), e fazer as devidas orientações.

Neste sentido, foram realizadas cinco entrevistas com as mesmas finalidades acima descritas. Constatou-se que os usuários entrevistados tinham poder aquisitivo baixo, a renda da família não ultrapassava dois salários mínimos e não tinham noção dos seus direitos. A vontade de se reabilitar e levar uma vida independente por parte dos indivíduos entrevistados foi expressada nos depoimentos, assim como o desejo da profissionalização.

Aprendemos, através destas entrevistas, que o profissional de serviço social na ACIC deve conhecer os direitos que assegurem aquele indivíduo portador de necessidades especiais, mais especificamente, apropriar-se dos termos médicos relacionados aos olhos e problemas na formação destes, que podem resultar na perda da visão.

Os indivíduos que estão em processo de reabilitação na ACIC, procuram o serviço social para marcar consultas médicas, exames, acompanhamento nas atividades que participa na Associação, conversar sobre alguma dificuldade que estejam passando, e, sobretudo, conversar sobre a família.

Também foram realizadas, nas sextas-feiras, dinâmicas de grupo com os usuários. A condução deste trabalho está sob responsabilidade do serviço social, sendo um espaço de discussão e reivindicação dos alunos. Normalmente, participam cerca de 30 alunos.

O uso das dinâmicas nos processos alternativos de educação em grupos visa proporcionar momentos que possibilitem o grupo vivenciar situações inovadoras em todos os níveis. Ao confrontam comportamentos, hábitos, valores e conhecimentos, espera-se que os participantes sejam levados a uma avaliação e reelaboração individual evolutiva, podendo assim potencializar o grupo apropriação da

subjetividade e no próprio processo de educação e construção do conhecimento e da prática social. (OLIVEIRA, 2001, p. 07).

Foram realizadas três dinâmicas planejadas e direcionadas ao tema “valorização do indivíduo”.

Participaram dos três momentos, aproximadamente, 30 usuários. O conteúdo foi planejado através de música, exercício de sensibilização e poesias. A motivação do grupo foi muito boa e percebemos que o trabalho estava amadurecendo.

As dinâmicas aplicadas apareceram como um espaço em que os usuários da ACIC tiveram autopercepção e percepção do outro, através da convivência grupal, num clima de liberdade para expor suas idéias, de aceitação do outro, de diálogo, de encontro e de comunicação.

O maior aprendizado obtido ao aplicar as dinâmicas, foi sem dúvida nenhuma, perceber esse processo e respeitar cada indivíduo e suas limitações.

Foi trabalhada a participação de todos. Este espaço se caracterizou como motivador para o falar em público e a discutir as questões apresentadas.

Foi a partir da dinâmica que se fez necessário a criação de um grupo, para que se tivesse uma maior aproximação entre o serviço social e os usuários, principalmente no tocante às relações familiares.

Grupo é concebido por Lewis como :

Uma realidade sui generis, irredutível aos indivíduos que o compõem e também irredutível aos objetivos ou a suas características” grupo é sistema de interdependência: a) entre os membros do grupo; b) entre os elementos do campo (objetivos, novas percepções do meio exterior, divisão de papéis, “status”, etc. (RODRIGUES, 1978, p. 36).

“O objetivo de um grupo é o aprendizado constante da pessoa, como um todo, abrangendo idéias, princípios, atividades, sentimentos e comportamentos concretos” (RODRIGUES, 1978, p. 09).

O que ficou evidenciado, no grupo, foi a capacidade de superação de limites de alguns participantes. Muitos, no começo das reuniões, encontravam-se tímidos, acanhados, mas no desenrolar dos trabalhos foram interagindo com os demais. O trabalho em grupo, com a realização de oficinas, trouxe à tona as relações dos indivíduos com seus familiares. O teatro, principal ferramenta nas oficinas realizadas, teve a função social de provocar modificações e de ser o instrumento de transformação do indivíduo.

O grupo amadureceu nas suas idéias, e isso representou um salto qualitativo nas atividades. O que mais nos impressionou foi que, apesar do número reduzido de usuários, por causa do período das férias escolares, sempre foram comprometidos no comparecimento às reuniões, e os laços afetivos no decorrer das atividades foram se firmando. Cabe salientar que o ingresso do usuário se deu de forma voluntária.

A cada atividade desenvolvida, foram efetuadas avaliações com os alunos, a fim de apontar dificuldades, e, conseqüentemente, melhorias para os próximos encontros. A maioria colocou que nunca participou de atividades que envolvessem teatro. Frente a dificuldade de alguns por desconhecimento de determinados exercícios, aperfeiçoamos técnicas de aquecimento, sensibilização e relaxamento, levando o usuário a trabalhar com o reconhecimento e percepção do outro.

As atividades foram centradas no tema família (relações familiares, conflitos e problemas de comunicação).

Família é um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidos (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem uma tarefa primordial, o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido. (MIOTO, 1999, p. 21)

Trabalhou-se com músicas que abordaram o tema, fazendo sempre uma reflexão com o grupo em grande círculo. Em um segundo momento, as atenções ficaram concentradas nos depoimentos individuais, dando destaque ao impacto e conflitos familiares gerados pela perda da visão.

Nesse sentido, os depoimentos dos alunos foram fundamentais para o desenvolvimento das atividades (iremos abordar esse tema mais à frente), aproximando o serviço social da ACIC para junto de uma clientela ansiosa e desejosa de apoio nos momentos conflitantes de sua vida.

3. A FORMAÇÃO DO GRUPO

3.1. Relato da formação

Entre setembro de 2002 e maio de 2003, foi realizado o estágio curricular obrigatório na ACIC (Associação Catarinense para a Integração do Cego). Na ocasião, como já foi descrito no capítulo II, item 3, foram realizadas entrevistas e dinâmicas, que nos levaram a formação de um grupo com os usuários da associação. Valendo-se, também, da formação em Educação Artística, na área de Artes Cênicas, foi utilizado, como recurso de apoio metodológico nas atividades, o teatro, por ser um instrumento que leva a reflexão e a percepção de si e do outro.

No decorrer das atividades, o grupo se mostrava muito interessado, porém, com algumas dificuldades para realizar exercícios de improvisação, pelo fato de não terem experiência anterior.

Os exercícios de sensibilização, aquecimento e relaxamento, foram responsáveis pela integração do grupo.

Os encontros foram na sala de estudos da própria instituição.

Na segunda fase dos trabalhos, as atenções foram voltadas aos depoimentos individuais, aprofundando melhor a estratégia de escuta individual e discussões em grupo, mais tradicionais ao trabalho do serviço social. O tema de cada atividade realizada tinha como objetivo a relação com a família. Investigou-se sobre a relação que cada usuário tinha com seus familiares e os conflitos vivenciados no lar.

A dinâmica de cada encontro criou condições para uma ação transformadora, produzida pelos próprios sujeitos envolvidos no processo, fazendo-os pensar, refletir e agir sobre o tema abordado. Segundo Freire (1994, p. 38), “O destino do homem deve ser criar e transformar o mundo, sendo sujeito de sua ação”. A cada nova etapa vencida, observou-se o quanto as pessoas do grupo refletiram sobre as atitudes de seus familiares e sobre a postura que cada um tinha em relação as suas angústias.

Ao intercalar músicas e poesias nas atividades, o grupo se sentia motivado e descontraído, possibilitando que cada um falasse de si próprio e o do contexto familiar que estava envolvido. Ao término de cada encontro, era feita avaliação das atividades junto ao grupo.

3.2. Perfil dos entrevistados

Para proteger o anonimato dos entrevistados, optamos por usar a primeira letra do nome do usuário e, quando as letras se repetem, usaremos algarismos numéricos.

G1 – Idade: 45 anos

Causa da deficiência visual: sarampo aos 4 anos de idade.

Tem epilepsia, porém controlada.

G2 – Idade: 51 anos

Causa da deficiência visual: descolamento de retina aos 44 anos.

Realizou três cirurgias, porém ocorreu derrame nas vistas.

Enxerga apenas claridade.

N – Idade: 53 anos

Causa da deficiência visual: glaucoma aos 48 anos de idade e descolamento de retina.

Possui baixa visão.

D 2 – Idade: 20 anos

Causa da deficiência visual: hereditário (Miopia aos 8 anos de idade). Teve descolamento de retina.

Possui baixa visão (0,5% no olho esquerdo e 1% olho direito).

J – Idade: 35 anos

Causa da deficiência visual: problema congênito (Catarata congênita).

Percebe cores fortes e luz.

A mãe teve rubéola.

G3 – Idade: 24 anos

Causa da deficiência: estrabismo e astigmatismo.

Percebe formas e cores.

E – Idade: 52 anos

Causa da deficiência visual: descolamento de retina, glaucoma, catarata.

Não enxergava do olho esquerdo desde que nasceu. Fez cirurgia há 15 anos para correção do olho direito e ficou completamente sem enxergar. Segundo a mesma, foi vítima de erro médico.

S – Idade: 30 anos

Causa da deficiência: não sabe. É natural de São Tiago do Sul (Oeste Catarinense).

M – Idade: 38 anos

Causa da deficiência visual: nasceu com o problema de estrabismo e miopia.

Aos três anos de idade, ficou incapacitada de enxergar.

D1 – Idade: 20 anos

Causa da deficiência visual: a mãe teve toxoplasmose na gravidez. Nasceu com baixo peso e foi diagnosticado catarata congênita.

C – Idade: 18 anos

Causa da deficiência: atrofia do nervo ótico.

3.3. Análise das relações familiares e entrevistas dos usuários da ACIC.

Para conhecer o grupo familiar e as relações familiares, deve-se compreender e conhecer a sua realidade. É de fundamental importância saber como é estruturado o grupo familiar, a sua dinâmica e o ciclo vital, no momento em que a família procura auxílio.

Analisaremos as relações familiares dos indivíduos que fizeram parte do grupo, à luz da teoria sistêmica, elaborada por Ludewig Von Bertalanffy, que considera que a família se constitui como um sistema aberto. O grupo familiar deve ser visto como um todo, através do qual, seus membros ou subsistemas se encontram dinamicamente articulados e em interação com os outros sistemas. Os subsistemas podem ser classificados como: na mesma casa: idoso, sexo, geração. Na família: pais, filhos, avós, tios...

A teoria sistêmica nos faz compreender que a família é uma unidade dinamicamente estruturada e condicionante dos fenômenos humanos.

A família, como um sistema aberto, está em constante transformação, e isto é necessário para que haja uma adaptação às transformações no meio em que está inserida.

Quando é feito o diagnóstico de uma incapacidade de algum membro da família, esta reage de modos diversos decorrentes, tanto pelas características intrínsecas ao ser humano, como também pelas influências do meio sócio-cultural em que ela vive. Suas reações podem evoluir através de uma seqüência bastante variada de estágios, independente da natureza real da condição. Uma incapacidade ou doença grave de um membro da família pode causar estresse ou crise significativa no ciclo evolutivo familiar.

O aspecto acima levantado pode ser analisado no depoimento de “M”, que se sente rejeitada pela família. Assim que ficou impossibilitada de enxergar, os familiares saíram de casa e a deixavam sozinha:

“Assim que fiquei cega, todos saíram de casa e me deixavam em casa sozinha”.

Podemos também detectar, no exposto acima, que não há comunicação entre os membros da família. A relação é conflituosa, e a forma que a família lida com a situação é ignorando o fato, responsabilizando o membro pelo conflito.

A teoria sistêmica analisa esta situação como desconfirmação de comunicação. A pessoa é rejeitada e não se confirma enquanto “eu”. Essa desqualificação torna a relação impermeável.

O que move a família não é tanto o que se fala, mas o afeto que os membros têm um pelo outro. A simpatia, o amor e a amizade dão o equilíbrio emocional nas relações.

✦ Quando a família supera o impacto da chegada do membro portador de necessidades especiais, vem a fase de ajuste. O ajuste se sucede gradualmente ao choque, sendo geralmente caracterizado por uma admissão aberta de que a condição existe.

“G 2” relatou que a família já estava preparada para aceitar sua deficiência visual, passado o primeiro impacto:

“Minha família deu todo o apoio quando souberam que eu não iria mais enxergar”.

No entanto, o que vai se seguir, no relato abaixo, é completamente diferente do que já foi exposto.

“G 3” conviveu com o pai até os 17 anos e, até esta idade, dizia-lhe que não enxergava direito. O pai ofendia “G 3” com palavras. Quando os pais se separaram, a mãe

disse que o pai se aproveitava do problema de visão de “G 3”. A família sempre agia com excessos e as pessoas tinham um sentimento de pena.

“Convivi com meu pai até os 17 anos e brigávamos muito. Uma vez, em uma discussão, ele me chamou de burro. Minha mãe dizia que meu pai se aproveitava do meu problema. Meu pai, minha mãe e meus irmãos sempre agiram com excessos de cuidado. Quando me reabilitei, a minha mãe e meus irmãos ficaram mais seguros”.

O depoimento acima expressa que a família passa pela fase de ajuste. Neste período, ocorrem quatro tipos de reação dos familiares frente ao membro portador de necessidades especiais. São elas: superproteção, na qual os familiares temem desenvolver qualquer nova habilidade; também evitam toda a disciplina e atendem a todos os desejos do indivíduo, de forma a evitar a frustração; rejeição, na qual os familiares se isolam emocionalmente do indivíduo, mas geralmente fornecem cuidados físicos adequados, ou constantemente censuram o indivíduo; negação, na qual os familiares agem como se o problema não existisse ou tentam fazer o indivíduo compensá-lo, e aceitação gradual, na qual os pais impõem restrições necessárias e realistas ao indivíduo, mas incentivam atividades de autocuidado e estimulam capacidades físicas e sociais razoáveis.

Na família de “G 3” se observa que tinha uma estrutura de hierarquia e autoridade.

A estrutura da família é ordenada de acordo com as negociações que os membros estabelecem entre si, conforme Minuchin (1982, p. 57): “A estrutura familiar é o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem”.

A família apresenta certos padrões explícitos ou não, ou seja, eles são formulados e obedecidos segundo a hierarquia e autoridade que se estabelecem.

Podemos dizer que cada membro, ou subsistema, como são chamados ao serem localizados no sistema maior que é a família, possui regras que define a sua forma de participação para com os demais subsistemas.

Esta definição é denominada por Minuchin (1982, p., 72) “como fronteiras, cuja fundação é de proteger a diferenciação do sistema, além de nutrir, defender e ordenar as trocas do sistema”.

É possível identificar como a família se estrutura, percebendo a nitidez das fronteiras estabelecidas a partir dela com outros sistemas e a relação entre os seus subsistemas.

Analisando as fronteiras, podemos determinar dois tipos: as famílias integrativas, ou emaranhadas, e as famílias centrífugas, ou desligadas.

As chamadas famílias emaranhadas giram em torno de si mesmas, desenvolvendo contato maior com seu próprio microcosmo. Possuem características de aumento de comunicação e preocupação com seus membros. A distância entre os subsistemas diminui e as fronteiras se tornam difusas, prejudicando a diferenciação do sistema familiar.

As fronteiras desligadas são aquelas caracterizadas pela presença de fronteiras rígidas. A comunicação e a função protetora são prejudicadas. Sua característica principal é a independência de seus membros.

“G 1” se apresentava uma pessoa insegura. Tinha medo de ficar sozinho. Sua família é de Tubarão e, pelo seu relato, possui fronteiras desligadas. Manteve contato com os familiares apenas nas férias. A distância também se deve às condições financeiras dos seus familiares. Seus medos foram desaparecendo a partir das atividades realizadas no grupo.

“Tenho muito medo de ficar só. O grupo que formamos tá me dando coragem para morar sozinho”.

Conhecer a estrutura familiar nos permite identificar a história, a comunicação, a interação dos seus membros.

É necessário conhecê-la para que a intervenção na família seja a mais adequada possível, trazendo as famílias de fronteiras extremistas para uma posição que favoreça o seu funcionamento.

Segundo Minuchin (1982, p. 78),

Aquele que trabalha com terapia familiar tem de intervir de modo a desequilibrar o sistema para que a desestruturação do sistema familiar possa ser vivida como uma nova experiência e mudanças.

A dinâmica familiar diz respeito às relações que vão se estabelecendo entre os membros da família. A sua construção se dá a partir da relação conjugal, representando, assim, o início da nova família e o centro de sua identidade. A evolução de cada casal dependerá das vivências que cada cônjuge teve em relacionamentos anteriores.

A relação conjugal começa na união entre homem e mulher, a qual foi constituída a partir da escolha do parceiro. Essa escolha é fruto de motivações inconscientes ligadas a fantasias, desejos, necessidades, frustrações ocorridas na infância. É, portanto, nas

identificações projeteiras que a relação conjugal tem sua base e é sobre elas que irão instaurar-se os processos de complementaridade e reciprocidade entre o casal. (Miyoto, 1997)

O casal desenvolve padrões de comportamento entre si, os quais se tornam a sua dinâmica racional.

Essa dinâmica pode originar-se no crescimento e maturidade baseadas nos padrões de complementaridade e reciprocidade, onde a interação entre o casal se localiza ora nas diferenças, ora na igualdade, garantindo uma relação estável e de desenvolvimento, tanto do casal quanto dos filhos.

A estabilidade da família está primeiramente e diretamente ligada a relação conjugal que se estabelece com a chegada do primeiro filho. Instaura-se uma nova dinâmica, pois o casal passa a desenvolver, além de sua função de esposos, também a de pais.

Nesse momento, uma fronteira deve ser estabelecida para que a criança tenha acesso aos pais, mas ao mesmo tempo seja excluída das funções conjugais a fim de que não seja colocada dentro das questões que envolvem o subsistema conjugal (MINUCHIM, 1982, p. 28)

A dependência do filho em relação aos pais no início é total. As vivências que se seguem possuem significados diferentes para cada indivíduo e o modo como os pais agem está relacionado às suas vivências enquanto filhos em suas famílias de origem. (PINCUS L. DARE, 1987, p. 32)

Ao crescer, pela exigência de seu desenvolvimento, o filho começa a entrar em contato com outras fontes de socialização fora da família, passando pela idade escolar, pela adolescência e pela juventude, de modo que o subsistema parental tem de estar sempre se adaptando aos novos fatores que aparecem, decorrentes do desenvolvimento de seus membros.

No caso dos deficientes visuais, o processo é o mesmo. A dependência que terá de seus pais ao nascer, ou mesmo adquirindo a limitação visual na adolescência, será total. Porém, ao entrar em contato com outras fontes de socialização fora do meio familiar, seu desprendimento será gradativo, principalmente se tiver a chance de se reabilitar.

A medida em que o filho vai avançando na idade, as exigências feitas pelos pais começam a colidir com aquelas feitas pelo filho. A adolescência é o período onde os filhos começam a se desprender dos pais e a confrontá-los. Dependendo do modelo da família, esta etapa pode ser dolorosa e sentida como independência ou traição. Nesse momento, pode ocorrer que os filhos, por fortes padrões, renunciem ao seu desenvolvimento e independência (RAMOS, 1990, p. 16).

A adolescência impõe aos pais um enfrentamento de suas convicções e até mesmo de suas lembranças passadas. Conforme Pincus & Dare (1987, p. 93), os pais que não souberem lidar com seus conflitos, em determinada fase evolutiva, têm dificuldade para ajudar seus filhos.

Quando os problemas individuais e conjugais dos pais são negados ou reprimidos, são os filhos que, com freqüência, procuram por ajuda, através de sintomas de doenças ou de distúrbios, chamando a atenção para aqueles aspectos da personalidade de seus pais, o qual eles mesmos não puderam desenvolver.

O usuário "D 2", apesar de sua deficiência desde 8 anos de idade, sempre teve uma boa relação com seus pais. Em seu depoimento, falou que seu pai não enxergava. Sempre foi uma pessoa independente. A família acreditava em sua reabilitação.

Os momentos de confronto com a sociedade deram lugar à segurança e confiança que os pais de "D 2" depositaram no mesmo.

Segundo Souza (1985), "é geralmente no período da adolescência e na saída dos filhos de casa que outro momento do ciclo vital se interpõe: o da meia-idade dos pais".

A mulher que sempre se dedicou à família e ao cuidado com os filhos, os vê já crescidos e não necessitados de tantos cuidados como quando eram crianças. Ao voltar-se para o seu marido, vê que o relacionamento com ele pode estar enfraquecido devido aos afazeres domésticos e a educação dos filhos que lhe tomaram tantos anos.

Por outro lado, o marido pode sentir-se ameaçado pela diminuição do seu potencial físico e começa a imaginar se haverá tempo para realizar o que ainda não alcançou.

Nesta fase, conflitos, competições com os filhos, medo, insegurança e sensações de vazio podem aparecer, porque está em jogo a perda do poder sobre os filhos. Vê-se que o tempo passou e admite-se o medo da morte.

"N", assim que ficou com problemas de visão, não falou aos familiares. Os mesmos descobriram, quando "N" chegou em casa com a bengala. "N" se sentiu discriminado pela família por não poder enxergar. Os filhos recusam o uso da bengala por "N". A família não aceita o problema de "N". Os seus filhos ficam chocados com os comentários das pessoas do bairro. Os filhos de "N" mais novos não e saem de casa, acompanhados por ele.

"N" é viúvo e os conflitos com os filhos mais novos são cada vez maiores. Há, na relação entre pais e filhos, discriminação e competição. A insegurança em relação aos seus filhos aumenta cada vez que seu problema de saúde se agrava.

Da meia-idade, os pais passam a velhice.

Em relação ao casal, um vínculo simbiótico se forma entre eles, tornando-os inseparáveis. Quando um morre, a experiência para o parceiro que fica é vivenciada como uma “amputação”, uma perda difícil de ser elaborada.

Em relação ao restante da família, a velhice pode significar uma ameaça de perda, pois se tem em mente que o mais velho é o que morre antes.

Nesse momento, devemos levar em consideração a nossa capacidade de relacionamento para lidar com as situações normais do desenvolvimento, que, conforme afirmam Pincus & Dare (1987, p. 133),

A maior necessidade do ser humano, do início ao fim, é fazer e manter relacionamentos pessoais significativos. A habilidade de relacionar-se é a chave mestra para a vida e para o crescimento.

Novamente, a dinâmica familiar se transforma e os subsistemas têm de ser reorganizados. A meia-idade e a velhice podem adquirir um significado de certeza de imortalidade através das gerações que se seguem: filhos e netos.

Além de analisar o subsistema conjugal e o parental, e identificar o momento evolutivo pelo qual a família passa, é necessário, ainda, que consideremos a relação entre irmãos, o subsistema fraternal, para compreendermos a dinâmica familiar.

Essa relação é marcada pela presença de pais comuns, e, devido aos sentimentos de partilha dos pais, essa relação pode se dar ao nível de oposição, apesar de ser nela que a criança vivencia a relação com iguais.

Na relação entre irmãos, as crianças aprendem a negociar, a competir e a demonstrar suas habilidades, trapaceando o outro ou não. Nessa relação, percebe-se como cada filho se relaciona com os pais e que situações se estabelecem com a interferência do irmão.

Em síntese, a dinâmica familiar é formada pela interação desses três subsistemas que, como podemos identificar, estão intimamente relacionados.

A presença de uma deficiência altera a dinâmica familiar, e grande parte das famílias não está preparada para receber um membro “deficiente”, principalmente porque receberam toda a carga ideológica a que está imbuída toda a nossa cultura. Sendo assim, as reações podem ser as mais variadas: das rejeições, simulação, segregação, superproteção, paternalismo exacerbado, ou até mesmo piedade.

Nos depoimentos de “D 1” e “J”, o sentimento de piedade e rejeição são significativos.

“D 1” tentou suicídio, quando soube que não iria enxergar. Sentia-se discriminado e diferente dos colegas que freqüentavam a APAE. Uma professora lhe falou que deveria procurar outro lugar, pois ali não era adequado para ele. O pai lhe trata com superproteção, já, a mãe, segundo o entrevistado, o trata normalmente. Além disso, “D 1” não conseguiu estudar no ensino regular:

Tentei me matar quando soube que não iria mais enxergar. Lá na APAE me sentia diferente dos adultos e era tratado com discriminação. Um dia, uma professora chegou pra mim e disse que ali não era lugar pra mim. Meu pai me trata como uma criança de 5 anos, a minha mãe me trata como uma pessoa normal. Um dia fui me matricular numa escola normal, mas não me aceitaram.

O usuário “J”, em seu depoimento, relatou-nos que a família não aceitava que duas pessoas com necessidades especiais poderiam namorar.

Uma família não tem idéia de que um membro poderá um dia nascer ou vir a sofrer um acidente que o faça deficiente. A palavra deficiente adquire uma conotação negativa. “Deficiente” será aquele membro que dará sempre muito trabalho, que viverá encostado as custas da família. Pode ser que o deficiente congênito ou adquirido seja realmente portador de uma limitação ou incapacidade grave. Porém, uma enorme parte dos casos é passível de reabilitação a ponto de conseguir que, mesmo com grandes lesões, uma pessoa “deficiente” leve uma vida independente e até com contribuições para a família e a sociedade. (RIBAS, 1985, p. 52)

A imagem pejorativa da deficiência na cabeça das famílias repercute na educação que os pais oferecem aos filhos. A família, por vezes, subestima o filho, a ponto de não permitir que suas potencialidades aflorem naturalmente. Desse modo, a atuação dos pais ou familiares, que, no fundo, não encaram realisticamente a condição física do filho portador de necessidades especiais, incide diretamente na constituição física e intelectual, bem como na personalidade, conduzindo-a para o conformismo.

No depoimento de “S”, ficou claro que a família não acreditava no seu potencial de superação. “S” teve muitas discussões com a família, quando fazia algo de errado, por estar impossibilitado de enxergar. A família não gostava que “S” fizesse as atividades da vida diária. Achavam que “S” não tinha capacidade.

Tive várias discussões com minha família, eles não acreditavam que eu podia fazer certas coisas. Quando quebrava um prato ou um copo era aquela briga. Não acreditavam que iria me reabilitar.

"Não existe", segundo Louzã (apud Silva, 1986, p. 42), “um padrão ou uma resposta típica do ser humano, frente a uma determinada deficiência”.

As reações e o comportamento dependem de sua personalidade, do seu equilíbrio emocional, da maneira como as outras pessoas encaram esta incapacidade, das alterações decorrentes da própria “deficiência”, entre outras.

“E”, no seu depoimento, deixou-nos claro que a primeira reação da família foi de choque e negação. Após esses dois episódios, instalou-se o sentimento de pena.

O estágio inicial, ou impacto, é intensamente emocional, sendo caracterizado por choque, descrença e algumas vezes negação.

A negação é um amortecimento necessário para evitar a desintegração, sendo uma resposta normal a qualquer tipo de perda. Provavelmente todos os membros da família apresentam vários graus de esta se torna desajustada quando impede o reconhecimento dos objetivos de tratamento ou reabilitação necessários para a sobrevida ou desenvolvimento do indivíduo. (WALEY, WONG, 1999, p. 25).

Neste sentido, o choque e a negação, segundo Wong (1999), podem durar dias ou meses.

A importância da negação do indivíduo é demonstrada como um fator em sua adaptação positiva ao diagnóstico. A negação permite a um indivíduo manter esperança na presença de grandes desigualdades. Como a esperança, a negação pode ser um mecanismo para lidar com a perda.

Passadas as fases de diminuição da auto-estima, depressão, ambivalência, superproteção, rejeição, aceitação gradual, vem a fase de reintegração, reconhecimento e reabilitação.

Segundo Waley & Wong (1999), a fase de ajuste envolve a reintegração da vida familiar e social com incapacidade na perspectiva apropriada, na qual a família amplia suas atividades, para incluir relações fora de casa com o indivíduo como um membro aceitável e participante do grupo. Uma grande parte da fase de ajuste é de luto. As famílias necessitam de apoio de profissionais em muitos momentos de suas vidas. Mediante o diagnóstico do indivíduo, o estresse conjugal frequentemente aumenta, sendo importante esta compreensão.

O princípio da reabilitação é perceber o indivíduo em seus aspectos emocionais, suas frustrações e seus sentimentos de insegurança deflagrados pela limitação física (tudo isto sob a tônica da valorização da dignidade humana).

Para Ferreira (1985, p. 35),

Os programas de reabilitação procuram promover dentro dos limites historicamente estruturais impostos a sua ação a dignidade do ser humano confiado aos seus cuidados. Promove igualdade, nesse âmbito de sua atividade, a reintegração psicossocial dos deficientes a partir do desenvolvimento de suas capacidades residuais.

A usuária “C”, em seu depoimento, relatou-nos que, quando saiu da escola regular, não pensava que poderia aprender letra cursiva e ter aula de computação:

Quando eu saí da escola regular, quando perdi a visão, eu não sabia que poderia aprender letra cursiva e usar o computador.

Dar chance ao indivíduo de se reabilitar é promover a sua cidadania e oportunizar a sua liberdade pessoal.

A reabilitação vai possibilitar ao indivíduo portador de necessidades especiais a elaboração da sua auto-estima, contribuindo positivamente no meio familiar, levando a aceitação por parte da família e amenizando o estado depressivo, conseqüentemente o estado de luto.

O objetivo da Reabilitação Profissional é a máxima valorização do indivíduo, através de um maior e mais adequado aproveitamento de seu potencial laborativo, avaliando o que possui como capacidade residual, e, acima de tudo, e tão mais importante, promovendo o ingresso e a participação das pessoas portadoras de necessidades especiais no mercado de trabalho.

A atuação junto à pessoa portadora de necessidades especiais implica na oferta de serviços voltados para a formação profissional, reabilitação e capacitação profissional, educação básica e serviços de apoio.

Um segundo nível de atuação compreende a capacitação dos profissionais em reabilitação profissional, treinamento e reciclagem dos técnicos, visando garantir a eficiência e eficácia dos serviços oferecidos.

O terceiro nível diz respeito aos centros de reabilitação profissional (como a ACIC). A preparação dos dirigentes e administradores desses centros envolve basicamente os fundamentos e princípios de administração para levantamento de recursos financeiros e gerenciamento dos programas.

A atuação junto à família e à sociedade permite a inserção da pessoa portadora de necessidades especiais nos serviços regulares de saúde, educação, esporte, lazer e trabalho, e a implantação de serviços especiais para aquelas pessoas que apresentam necessidades especiais em decorrência da deficiência.

É, portanto, um serviço de relevância para toda sociedade, e não só para os indivíduos e famílias de pessoas portadoras de deficiência. Ao contribuírem decisivamente no processo de reabilitação, entidades como a ACIC atuam tanto na superação do estigma, do isolamento desses indivíduos e famílias, bem como contribuem para que essa sociedade se humanize e se transforme, com a convivência na diferença, tornando-se mais acolhedora, tolerante, menos preconceituosa e excludente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho foi um constante processo de aprendizado devido às várias descobertas e inquietudes com as quais nos deparamos ao longo do mesmo. Estas, muito contribuíram para uma melhor formação profissional e para uma reflexão maior a respeito da prática junto aos portadores de necessidades especiais.

As discussões, expostas ao longo deste trabalho, permitem-nos tecer algumas considerações não apenas a respeito da prática, mas também no que se refere à formação acadêmica, cujo processo antecede o exercício da profissão e, por isso mesmo, considerada de extrema importância.

Refletir sobre a prática das intervenções junto aos portadores de necessidades especiais significou, também, debatermos sobre questões norteadoras das mesmas, como por exemplo, nas políticas sociais, que, mesmo ainda de forma fragmentada, garante aos portadores de necessidades especiais alguns direitos.

Sabemos que o sucesso das intervenções junto a esses portadores não depende apenas da competência do profissional e do envolvimento da família no processo de intervenção. Depende, também, do objetivo com que as políticas sociais são feitas e do papel que a instituição exerce sobre a família.

A inclusão da pessoa portadora de necessidades especiais na sociedade requer mudanças, objetivando propiciar a igualdade de oportunidades, e favorecer o exercício pleno da sua cidadania. Algumas medidas contribuem para o processo de transformação da realidade dessas pessoas. Evidencia-se a importância do aprimoramento e adaptação dos currículos de graduação da área de assistência social, mais especificamente no Serviço Social, contemplando a pessoa portadora de necessidades especiais em todo seus aspectos sociais, afetivo-emocional, cultural, entre outros, promovendo o seu desenvolvimento em atenção aos direitos de cidadania. Também ressalto a importância da divulgação da legislação em vigor de proteção a esses indivíduos.

Ainda destaca-se a necessidade de realização de outras pesquisas para conhecermos o perfil da pessoa portadora de necessidades especiais, fazendo um levantamento dos aspectos psicossociais, afetivos, econômicos, entre outros, considerando a relevância social.

A maior parte das pessoas portadoras de necessidades especiais continua sem atendimento adequado e muitas delas não recebem nenhum atendimento, sendo marginalizados juntamente com suas famílias.

Os centros de reabilitação oferecidos pelo o Estado, localizados nas cidades e nas regiões centrais de grandes cidades, tanto do ponto de vista dos recursos humanos, quanto dos procedimentos e recursos materiais e tecnológicos requeridos, organizados em geral para atender a patologias específicas, são de alto custo e de difícil acesso para muitas pessoas portadoras de necessidades específicas. A ACIC se contrapõe a tudo isso, tornando-se um Centro de Reabilitação de excelência e de ponta nas últimas décadas. Os centros de reabilitação oferecidos pelo Estado resultam em apenas cobrir 2% das pessoas com necessidades especiais assistidas na América Latina. É uma desigualdade muito grande, pois poucas tem acesso.

O atendimento à pessoa com deficiência deve, então, ser:

- Global, no sentido de dar respostas a todas as dimensões e necessidades fundamentais da pessoa;
- Personalizado, através de um programa individual de reabilitação;
- Humanizado, no sentido de tratar a pessoa portadora de necessidade especial que precisa de estima, comunicação e carinho.

Todos os profissionais que trabalham na área de reabilitação devem:

- Aprender a trabalhar em equipe com melhor qualidade e eficácia;
- Saber relacionar-se com a pessoa portadora de necessidades especiais, sobretudo como pessoa e não somente como técnicos de reabilitação;
- Usar e valorizar as tecnologias inovadoras, sem esquecer que estas devem procurar o bem estar psicofísico da pessoa.

Os responsáveis pelas políticas e instituições públicas necessitam:

- Elaborar projetos individualizados de atendimento;
- Elaborar programas preventivos de saúde, sobretudo no nível de ambiente popular, lembrando que a melhor prevenção e investimento econômico é a educação.

Em relação à inclusão e integração das pessoas portadoras de necessidades especiais no trabalho, na cultura e, em geral, na sociedade, evidencia-se que:

- A integração destas pessoas não é somente um direito delas, mas também, um direito das suas famílias e de suas comunidades; de fato, a plena integração é o mínimo que uma sociedade civilizada pode oferecer a elas;

- A integração é, hoje, uma necessidade para toda a sociedade, no sentido de que não se pode atender a estas pessoas sem integrá-las no contexto social e nos programas das políticas públicas;

- A integração seja realizada de modo adequado, constante e gradual, valorizando todos os recursos humanos da comunidade, envolvendo em um único processo sinérgico todas as entidades responsáveis pelo bem-estar biopsíquico da pessoa portadora de necessidades especiais, isto é: família, escola, empresa, órgãos não-governamentais, instituições educativas de reabilitação públicas e privadas, órgãos do governo; buscando uma maior sensibilidade da sociedade através dos meios de comunicação.

As instituições e os órgãos do governo devem:

- Elaborar e divulgar uma nova visão social da pessoa portadora de necessidades especiais e da “deficiência” mais adequada à dignidade e direitos da pessoa como ser humano que possui potencialidades de desenvolvimento e um projeto de vida;

- Difundir uma cultura social que assume e valorize as diferenças;
- Realizar um processo contextualizado de intervenção;
- Envolver muito mais as famílias, para que se tornem protagonistas da integração;

- Criar espaços de acolhida e linhas preferenciais de integração;
- Tomar consciência da grande importância em se unirem para a promoção de eventos culturais (seminários, congressos, etc.).

- Aplicar as normas internacionais relativas aos direitos destas pessoas ao atendimento global, a integração e inclusão no trabalho e na sociedade.

Devemos esperar, portanto:

- Que seja favorecido o acesso ao trabalho;
- Que, para o atendimento global e a integração, sejam promulgados regulamentos aplicativos das leis já existentes;

- Que, no programa econômico-financeiro anual do estado e da federação, sejam previstos e colocados à disposição recursos para o atendimento e a integração.

Em relação à formação dos profissionais, devemos renovar a consciência de que o desenvolvimento biopsíquico global da pessoa portadora de necessidades especiais e a sua integração dependem muito da competência humana e científica dos profissionais.

Aos responsáveis pelas políticas públicas devem ser solicitados:

- Um maior investimento na pesquisa e na formação dos profissionais, seja humana ou técnica, favorecendo a sua formação contínua;
- Que se preocupem em formar não só os técnicos (terapêuticos da reabilitação), mas também em formar com cursos estruturados de maneira específica, os que devem seguir a vida e as exigências quotidianas (biológicas, sociais, relacionais, de lazer, etc.), como por exemplo, os educadores sociais.

Por fim, julgamos necessário salientar que os depoimentos aqui apresentados são de grande significado para a reflexão da prática com portadores de necessidades especiais. Essa discussão, no entanto, não se esgota aqui, mas pretende contribuir para a reflexão desse processo que, com certeza, sempre estará em constantes transformações.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.L.M. **O que é Cidadania?** São Paulo: Brasiliense, 1992.

BASSO, Guilherme Mastrini. **Atividades do Ministro Público do Trabalho para inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho.** Brasília, 2000.

BRASIL. **Constituição de 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Ed. Saraiva. (Coleção Saraiva de Legislação)

CARMO, Apolônio Abadio do. **Deficiência Física:** A sociedade brasileira cria, recupera e discrimina. São Paulo: Ed. MEC, 1994.

CARRETE, A. **A teoria e método em pesquisa de campo.** In: Lalur, A (org). Desvendando máscaras sociais. 3. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

CARROL, Thomas J. **Cegueira.** São Paulo: Ed. MEC, 1994.

CARVALHO, José Antônio. **Necessidades específicas dos estudantes deficientes visuais.** São Paulo: Ed. Brasiliense, 1992.

CASTRO, F. **A cegueira trocada em miúdos.** São Paulo: Ed. Unicamp.

D'ANGELO, Luís Carlos Nunes. **Isolamento Social do Cego.** Curitiba. Fundação Hilton Rocha. Belo Horizonte, 1978.

DEMO, Pedro. **Participação é conquistar noções de política participativa.** São Paulo: Ed. Cortez, 1998.

Estatuto da Criança e do Adolescente Lei n. 8069/90.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) Tabulação avançada do Censo demográfico. 2000.

Legislação Comentada para pessoas portadoras de deficiência e sociedade civil organizada. Federação Nacional das APAES. Brasília, 2001.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias: funcionamento & tratamento.** Tradução de Jurema A. C. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1982.

MIOTO, Regina Célia Tomaso. **Família e Saúde Mental:** contribuição para reflexão sobre processos familiares. Katalysis. p. 21-26.

_____. **Família e Serviço Social.** Contribuição para debate. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Ed. Cortez, n. 55, p. 114-130, nov., 1997.

MOREIRA, Cândido Pinto. **Pessoas deficientes:** algumas coisas que é preciso saber. Conselho Estadual para assuntos da Pessoa Deficiente. São Paulo, 1999.

OLIVEIRA, Daiany. **A importância da dinâmica de grupo como instrumental primordial no trabalho com grupos uma contribuição do grupo de adolescentes.** TCC. UFSC. 2001.

PASCHOAL, Hilton. **Ensaio sobre a problemática da cegueira.** Prevenção –Recuperação – Reabilitação. Belo Horizonte: Ed. Fundação Hilton Rocha, 1994.

PINCUS & DARE. **Psicodinâmica da Família.** Trad. de clara Rotenberg e Shirley Kleinke. 2 ed. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1987.

RAMOS, Magdalena. **Introdução à terapia familiar.** São Paulo. Ed. Ática, 1990.

REVISTA BEJAMIN CONSTANT. Set. de 1995.

RIBAS, João Baptista Cintra. **O que são pessoas deficientes.** 1. ed. São Paulo: Brasiliense. 1983. (Coleção Primeiros Passos).

RODRIGUES, Maria Lúcia Rodrigues. **O trabalho com grupos e o Serviço Social.** São Paulo: Ed. Cortez, 1978.

SILVA, Lídia Maria Monteiro. R. da. **Serviço Social e Família:** a legitimação de uma ideologia. São Paulo: Ed. Cortez, 1987.

SOUZA, Anna Maria Nunes de. **A Família e seu espaço:** uma proposta de terapia familiar. Rio de Janeiro: ed. Agir, 1985.

WALEY, & Wong. **Enfermagem pediátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1999.

ANEXOS

A Constituição Brasileira reza nos seguintes artigos:

Artigo 7 – É direito dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem a melhoria e sua condição social:

XXXI – proibição de qualquer discriminação, no tocante a salário e critério de administração do trabalhador portador de deficiência.

Artigo 23 – É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência.

Artigo 24 – Compete a União aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XIV – proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência.

Artigo 37 – A administração pública direta e indireta de qualquer um dos poderes da União dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade impessoalidade, moralidade, publicidade, e eficiência e também, ao seguinte:

VII – a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão.

Artigo 203 – A assistência será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivo:

I – a prestação à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II – O amparo às crianças e adolescentes carentes;

III – A promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV – A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V – A garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 208 - O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de:

III – Atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

Art. 227 – Parágrafo 1 – O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não-governamentais, e obedecerá aos seguintes preceitos:

I – Aplicação de percentual dos recursos públicos destinados à saúde na assistência materno-infantil;

II – Criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

Parágrafo 2 – A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado à pessoas portadoras de deficiência.

Leis Municipais ordinárias em benefício dos portadores de necessidades especiais:

- Tornar obrigatório o fornecimento por parte de Shopping Center e similares de cadeiras de rodas para a utilização por parte de deficientes físicos, assim como à pessoa com dificuldades de locomoção, e de outras providências, publicadas no sistema em 07/03/2003 às 14:19:35 horas – Florianópolis/SC. Lei promulgada pela Câmara de nº 620 de 07/02/2001;

- Determinar a obrigatoriedade do uso do símbolo internacional de acesso à pessoa portadora de deficiência, e de outras proibições, publicadas em 07/03/2002 às 14:19:35, em Florianópolis/SC. Lei promulgada pela Câmara de nº 597 de 11/09/2001.

- Assegura matrícula para o aluno portador de deficiência locomotora na escola municipal mais próxima de sua residência. Florianópolis/SC. Lei promulgada pela Câmara de nº 522 de 22/03/2002.

- Declara de utilidade pública a Associação Catarinense para Integração do Cego de Florianópolis/SC. Lei ordinária nº 5850 de 04/06/2001.