

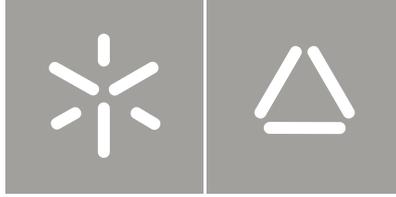


Sofia Helena Martins de Carvalho

Barreiras Multiformes e actividades
desenvolvidas no Complexo de Lomar, em
Braga - Contributos para a inclusão social

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais





Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Sofia Helena Martins de Carvalho

Barreiras Multiformes e actividades
desenvolvidas no Complexo de Lomar, em
Braga - Contributos para a inclusão social

Tese de Mestrado
Planeamento e Gestão do Território / Geografia

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Paula Cristina Almeida Remoaldo

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, principalmente aos meus irmãos, que foram a minha inspiração.

*Deficientes são todos aqueles
que vêm com os olhos e não com o coração.*

*Deficientes são aqueles que
não sabem admitir que estão
errados e julgam os outros erradamente.*

*Todos fazemos parte de um todo,
e de um todo uma parte,
assim deveria ser definida
a sociedade em que vivemos.*

Sofia Helena M. de Carvalho (2011)

Agradecimentos

À minha mãe, que me apoiou e ajudou ao longo de todo o processo pela sua experiência de vida e pela sua coragem ao lidar com a deficiência. Aos meus irmãos, que lutam pela sua integração na sociedade.

Também à minha orientadora, Paula Remoaldo, que me ajudou no desenvolvimento deste trabalho e que me incentivou a levar esta investigação até ao fim.

Por último, aos entrevistados, nomeadamente, à direcção e aos técnicos que trabalham no complexo de Lomar e à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental da Delegação de Braga.

Resumo

As Barreiras Arquitectónicas em Instituições de Ensino Especial no Concelho de Braga – contributos para a inclusão social

Este trabalho enquadra-se na área da Geografia Social e apresenta a problemática das pessoas portadoras com deficiência em instituições de ensino especial e das potenciais barreiras que nelas existem, e ainda o contributo das instituições para a inclusão social.

A questão que se coloca é: serão as instituições de ensino especial um benefício para a inclusão social? Ou por outro lado, levam ainda mais à segregação da sociedade no que diz respeito à mentalidade que esta tem do cidadão portador de deficiência? Que tipo de barreiras podem surgir para a pessoa portadora de deficiência, neste tipo de instituição? Será a normalização do ensino uma forma de resposta?

Considerando estas questões às quais se pretende responder analisou-se uma instituição de ensino especial, nomeadamente, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Deficiente Mental de Braga, tendo como caso específico o complexo de Lomar. Foram efectuados inquéritos por entrevista semi-estruturada à direcção e aos técnicos especializados do complexo, e foi ainda realizado um levantamento das barreiras arquitectónicas.

Os resultados revelam que existem duas versões dos factos: por um lado, as instituições de ensino especial são uma mais-valia, dado a pessoa portadora de deficiência desenvolver as suas capacidades conforme as suas necessidades, procurando o bem-estar das mesmas. Ao permanecerem na instituição, o envolvimento com a comunidade é menor e o hábito de trabalharmos ou de vermos uma pessoa portadora de deficiência na rua é mais escasso. Geralmente, os portadores de deficiência profunda tornam-se dependentes das rotinas da instituição e não se adaptam no exterior. Por outro lado, as instituições de ensino especial podem ser consideradas como uma ponte para a integração destas pessoas na sociedade.

Abstract

Architecture Barriers in Special Institutions of Special Education in
City of Braga – contributions for social inclusion

This essay is placed in the field of Social Geography and presents a problematic about people with disabilities in special institutions of special education and potentials barriers about them, and also the contribution of institutions for social inclusion.

I intend to answer this question: would be the special institutions of special education an advantage for social inclusion? Or by other hand, could increase the segregation of society in matters of mentality that she may have about the citizen with disability? What kind of barriers could emerge for people with disability, in this kind of institution? Would be normalization of the education a way to answer?

Regarding these questions that I pretend to answer, I made a analyze of a institution of special education, that is, the Parents and Friends of Mental Disability Portuguese Association in Braga, more specifically the complex of Lomar. There were made inquiries by interviews half-structured to the direction and to the specialized technical of the complex, and also a survey about the architectures barriers.

The results revealed that there are two versions of the facts: by one hand, the special education' institutions increase their value, which people with disability develop their capability according to their necessities, looking for their welfare. With the permanence in the institution, the contact with the community is lower and the habitude of working or seeing a disabled person in the streets is very slim. Generally, the people with disability became more dependent of their routine in the institution and do not adapt to the outside. By the other hand, the institutions of special education could be reputed by being some sort of a bridge to integrate this people in the society.

Índice Geral

Dedicatória	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Introdução	13
PARTE I – A DEFICIÊNCIA E A IMPORTÂNCIA CONCEDIDA A ESTA PROBLEMÁTICA EM PORTUGAL E A ESCALA INTERNACIONAL	19
Capítulo 1. Os conceitos de deficiência, handicap e exclusão social e conceitos afins e a sua abordagem no âmbito das ciências sociais	21
1.1. Os conceitos de exclusão e inclusão social e legislação de suporte	21
1.1.1. Os conceitos	21
1.1.2. A Legislação de suporte	23
1.2. O conceito de deficiência e conceitos afins	26
1.2.1. A perspectiva da O.M.S. e do I.N.E.	26
1.2.2. Os conceitos de incapacidade e de desvantagem	30
1.3. Histórico da Deficiência	34
1.4. Notas conclusivas	39
Capítulo 2. Os deficientes na Europa e em Portugal	41
2.1. Alguns dados da sua evolução no seio da Europa	41
2.2. Alguns dados a partir dos Recenseamentos Gerais da População	48
2.3. Os deficientes na região Norte e no município de Braga com base no Recenseamento Geral da População de 2001	53
2.4. A avaliação da deficiência em Portugal e no município de Braga através de outras fontes	57
2.4.1. O Projecto QUANTI	57
2.4.2. O Inquérito Nacional de Saúde	64
2.5. Notas conclusivas	66
Capítulo 3. Dificuldades de comunicação nalguns tipos de deficiência e quadro legislativo de apoio	67
3.1. Atraso Mental	68
3.2. O caso específico da paralisia cerebral	69

3.3. O caso específico da multideficiência	73
3.4. Legislação internacional	75
3.5. Legislação Portuguesa e Direitos Fundamentais	78
3.5.1. Direito à acessibilidade e aos transportes	83
3.5.1.1. Normas arquitectónicas	87
3.5.1.2. Barreiras Arquitectónicas	89
3.5.2. Direito à educação e profissionalização	91
3.5.3. Direito à Saúde	94
3.5.4. Direito ao Trabalho e ao Emprego	96
3.6. Notas Conclusivas	100
PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL E DAS INSTITUIÇÕES	
LIGADAS A NECESIDADES ESPECIAIS	103
Capítulo 1. A (s) Rede (s) Social (ais) no município de Braga	105
1.1. Algumas características da Rede Social de Braga	105
Capítulo 2. Existência de instituições e organizações capazes de gerir situações de desestabilização social	113
2.1. O caso da A.P.P.A.C.D.M. de Braga	113
2.1.1. A sua localização	113
2.1.2. A sua origem	114
2.1.3. O seu desenvolvimento no concelho de Braga	116
2.1.4. Projectos Futuros	119
2.2. Caracterização da instituição ligada a necessidades especiais	119
2.2.1. Questões metodológicas e resultados da entrevista à Direcção	119
2.2.2. Resultados das entrevistas aos técnicos	123
2.2.3. Avaliação das barreiras multiformes	135
2.2.3.1. Barreiras arquitectónicas e físicas	136
2.2.3.2. Barreiras socioeconómicas	140
2.2.3.3. Barreiras geográficas	141
2.3. Notas Conclusivas	143
Capítulo 3- Conclusões e Proposta de Actuação	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
Obras e artigos	153
Documentos estatísticos	157
Referências normativas	157

Outras publicações	161
<i>WORLD WIDE WEB</i>	161
ANEXOS	163
Anexo 1	164
Anexo 2	166
Anexo 3	168

Índice de Quadros

Quadro 1-Distribuição das deficiências, por tipo e grupo etário, a que os inquiridos atribuíram às suas incapacidades	60
Quadro 2-Disposição do número de utentes nos diversos complexos existentes no concelho de Braga, segundo as suas valências	115
Quadro 3-Resposta às questões 7 e 8	124
Quadro 4-Respostas às questões 9 e 13	126
Quadro 5-Resposta às questões 16 e 17	128
Quadro 6-Resposta à questão 12	129
Quadro 7-Resposta à questão 25	132
Quadro 8-Resposta à questão 26	133
Quadro 9-Resposta à questão 27	134
Quadro 10-Resposta à questão 28	134
Quadro 11-Barreiras arquitectónicas diagnosticadas na instituição em 2010	138/139
Quadro 12- Tipo de transporte, segundo o número de utentes, no complexo de Lomar	142
Quadro 13-Localização Geográfica dos utentes (relação residência/complexo)	142

Índice de Figuras

Figura 1-Proporção de incapacidade, por idade, em 1992	41
Figura 2-Estimativa de proporção populacional, em idades inferiores aos 60 anos, recebiam reformas por incapacidade, em 1991	42
Figura 3-Percentagem da população com um grau de deficiência severa, moderada e sem deficiência, entre os 16-64 anos, na Europa dos 14, em 1996	43
Figura 4-Percentagem da população com um grau de deficiência severa, moderada e sem deficiência, por sexo entre os 16-64 anos, na Europa dos 14 e em Portugal, em 1996	44
Figura 5-Percentagem da população com deficiência entre os 16-64 anos, na Europa dos 14 e em Portugal, em 1996	44
Figura 6-Taxa de ocupação de pessoas portadoras de deficiência, na Europa e em Portugal, em 2003	45
Figura 7-Incidência da deficiência na Europa e nos Estados Unidos, em 2001	47
Figura 8-Distribuição da taxa de população portadora de deficiência em Portugal, em 2001	49
Figura 9-Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência em Portugal, em 2001	50
Figura 10-Distribuição da população portadora de deficiência a viver em famílias institucionais, por tipo de deficiência, segundo o grupo etário, em Portugal, em 2001	51
Figura 11-Distribuição da população portadora de deficiência a viver em famílias institucionais, por tipo de deficiência e alojamento colectivo, em Portugal, em 2001	52
Figura 12-População com e sem deficiência residente, segundo o tipo de alojamento, Portugal e NUTS II, em 2001	53
Figura 13-Famílias clássicas e institucionais, com e sem pessoas com deficiência, segundo o tipo de alojamento, Portugal NUTS II, em 2001	54
Figura 14-População residente com deficiência, segundo o tipo de deficiência e sexo, por grau de incapacidade atribuído, no município de Braga	56
Figura 15-Pessoas com diferentes incapacidades no distrito de braga (1993-1995)	58
Figura 16-Causas da deficiência em Portugal (1993-1995)	61
Figura 17-Distribuição das desvantagens, segundo grupos etários (1993-1995)	62
Figura 18-Proporção da população que referiu incapacidade temporária ou alteração do estado de saúde, Portugal, em 2005	65

Figura 19-Vista área do Complexo de Lomar	113
Figura 20-Sala dos sonhos	120
Figura 21-Sala dos ritmos	121
Figura 22-Exterior e Entrada do Complexo de Lomar	122
Figura 23-Sala branca ou sala Snozelen	127
Figura 24-Ressaltos ao longo de percursos praticáveis (esquerda) e desnível máximo para aceder sem rampa ao edifício (direita)	137
Figura 25-Ilustração de duas alternativas de deslocação dentro do complexo (rampa e escadas)	137
Figura 26-Elementos suspensos, detecção e dimensão de obstáculos ao nível do solo	140

Introdução

Deficientes somos todos nós, quando não sabemos entender as diferenças e integrá-las numa sociedade justa.

Gonçalves, A.C. (2007)

De acordo com o último Censo da População (2001), cerca de 6% da população portuguesa era portadora de alguma deficiência. Este foi o recenseamento que aprofundou até ao momento a questão da deficiência, dificultando, deste modo, a análise da sua evolução em Portugal.

A sociedade em que vivemos, vem ao longo dos anos concedendo, a pouco e pouco, mais atenção a um grave problema social – a exclusão social – na qual se enquadra a problemática da pessoa portadora de deficiência e à qual não tem sido dado, na nossa perspectiva, o destaque merecido.

Mas a sociedade evoluiu, dando-se conta que não podemos apenas sensibilizar com medidas legislativas interessantes que não são aplicadas na prática. Devemos agir, de modo a que se progrida para uma sociedade solidária e onde a equidade seja uma realidade.

As pessoas portadoras de deficiência possuem competências especiais, e apesar de terem uma maior dificuldade cognitiva, necessitam de uma abordagem mais especializada do que as outras pessoas, porque pressupõem o desenvolvimento não apenas da sua capacidade mental, mas também da sua capacidade física.

A responsabilidade de agir e de adoptar as devidas medidas e acções, de forma a atenuar o fosso que a sociedade criou, ajuda no desenvolvimento de uma sociedade mais inclusiva.

Actualmente existem entidades, como a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), que através da C.I.F. (Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde) define as pessoas portadoras de deficiência em termos de tipologia da doença.

Além disso, existe legislação própria que protege os direitos e igualdade de pessoas com deficiência em diferentes níveis, apesar de, na maioria das vezes, não serem suficientes para combater a exclusão social, e ainda, existem instituições especializadas que ajudam pessoas com deficiência a desenvolverem as suas competências físicas e mentais, e a trabalhar para a sua inclusão social.

Ao longo da história da inclusão social, a luta pela igualdade humana tem levado à estruturação de diferentes estratégias para melhorar o problema, criando novas soluções para situações de crise, que ajudem a transformar a sociedade mais inclusiva e receptiva, ao invés de apenas observar. Paradigmas como inclusão, integração, direitos humanos, equidade de oportunidades, autodeterminação e qualidade de vida são uma aposta eficaz para alcançar objectivos, que de certa forma contribuirão para colocar as pessoas excluídas da sociedade num patamar de equidade.

Pretende-se com a presente investigação uma caracterização e avaliação das metodologias aplicadas em instituições de ensino especial, nomeadamente, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos da Criança Deficiente Mental (A.P.P.A.C.D.M.), que possui, no concelho de Braga, dois Lares Residenciais (Lomar e Fraião) e dois Centros de Actividade Ocupacional (C.A.O. - Gualtar e Lomar). São instituições de aprendizagem especial com diferentes graus de deficiência, preocupadas com o desenvolvimento de acções de inclusão social. Além disso, tentámos ainda caracterizar as barreiras arquitectónicas, que pressupomos existirem a diversos níveis, sobretudo no edifício da instituição por nós seleccionada – o Lar Residencial de Lomar.

A análise centra-se apenas na deficiência mental. Foi inquirida a direcção da instituição e os técnicos que aí trabalham, além de se avaliar as actividades que têm vindo a ser desenvolvidas, neste domínio, pela Câmara Municipal de Braga. São ainda analisadas as redes sociais que possam estar relacionadas directa ou indirectamente com as mencionadas instituições, dado as instituições serem de origem privada, embora possuam apoio do Estado.

O concelho de Braga com 962 hab /km², tem cerca de 176 154 habitantes (I.N.E., 2008). Em 2001, segundo o último Recenseamento Geral da População, 10 428 eram pessoas portadoras de deficiência, segundo o tipo de deficiência, nomeadamente deficiência auditiva, visual, motora, mental, paralisia cerebral e outra deficiência não especificada.

A presente investigação tem o ano de 2010 como referência para a realização da vertente mais empírica. Devido à inexistência de dados aprofundados de anos anteriores a 2001 (XIV Recenseamento Geral da População), não será possível fazer uma análise temporal e espacial da expressão das deficiências.

A questão principal à qual tentamos responder é:

Que tipo de trabalho desenvolve esta instituição no sentido de uma maior inclusão social?

Outras questões às quais pretendemos responder são:

Que tipo de barreiras arquitectónicas existe neste tipo de instituições?

Será a sua localização geográfica a mais indicada, tal como o meio envolvente, para o desenvolvimento educacional de pessoas com necessidades especiais?

São ainda descodificados alguns conceitos, tais como, exclusão social, inclusão social, pessoa portadora de deficiência, solidariedade, além de nos centrarmos na respectiva legislação.

Resumindo, os objectivos que estão subjacentes à investigação são:

- caracterizar a instituição, em particular o complexo de Lomar, no seio da A.P.P.A.C.D.M.;
- avaliar as condições físicas e arquitectónicas da instituição do complexo de Lomar;
- caracterizar as barreiras multiformes existentes no seio da instituição do complexo de Lomar;
- propor metodologias não aplicadas até ao momento pela instituição, no respeitante a uma minimização das barreiras arquitectónicas e no sentido de uma maior inclusão social.

Para alcançar estes objectivos partimos da seguinte hipótese de trabalho:

A instituição de Lomar, no seio da delegação distrital da A.P.P.A.C.D.M. em Braga, visa a inclusão social dos seus utentes, mas, existem barreiras arquitectónicas, sociais, económicas, geográficas, que ainda não foram resolvidas, através de medidas estratégicas de intervenção.

A instituição do complexo de Lomar tem sofrido uma reestruturação no sentido de melhorar a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência, contudo esta não tem sido suficiente. Apesar de as pessoas portadoras de deficiência terem ocasionalmente diferentes actividades fora da instituição, não nos parece ser suficiente para a sua inclusão, daí ser necessário, uma maior convivência fora das instalações da instituição, não apenas em locais públicos, em eventos culturais, mas tornar “normal” essa mesma convivência. Economicamente, as pessoas portadoras de deficiência são consideradas, na maioria das vezes pelo Estado, como reformados por invalidez, e no caso presente, a instituição recebe fundos do Estado.

A localização geográfica das instituições para pessoas portadoras de deficiência é muito importante. O meio envolvente deve-se adequar aos tratamentos utilizados pelos terapeutas ou professores de ensino especial, que podem ajudar na reabilitação da pessoa portadora de deficiência, como por exemplo, o convívio com animais.

Na nossa perspectiva, a instituição em si pode ser um meio de segregar a sociedade em que vivemos (sociedade saudável *versus* sociedade não saudável), pois a restante sociedade pode não ter conhecimento das actividades que se desenvolvem neste tipo de instituição a menos que tenha algum familiar ou amigo que frequente a mesma. Se o resto da sociedade não tiver conhecimento das actividades realizadas por tal instituição, como poderá progredir para deixar o conceito de preconceito social de lado? É necessário quebrar as barreiras entre as instituições e a sociedade, para que a pessoa portadora de deficiência se adapte mais facilmente e assim, progredir para uma melhor adaptação à vida social que a rodeia.

A presente dissertação tem por base teórica os seguintes conceitos:

- deficiência, incapacidade e desvantagem/*handicap*;
- educação especial;
- integração ou inclusão social;
- barreiras arquitectónicas.

A metodologia utilizada para a realização desta investigação é centrada, sobretudo, nas instituições de ensino especial, tendo sido feito um levantamento das mesmas, assim como das barreiras existentes numa delas, e foram avaliadas através de um programa de Sistema de Informação Geográfica. Além disso, são analisados os dados existentes do Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) que caracterizam a deficiência em Portugal e os que se reportam com a União Europeia.

A presente dissertação divide-se em duas partes, sendo a primeira de cariz mais teórico e a segunda adopta um formato mais empírico. Começamos a primeira parte, intitulada *A deficiência e a importância concedida a esta problemática em Portugal e à escala internacional* com o capítulo 1, onde apresentamos o conceito de deficiência e outros relacionados com este, nomeadamente, o de exclusão e de inclusão social, o de incapacidade e desvantagem assinalados pela Organização Mundial de Saúde a partir do C.I.F., além de ser apresentada uma breve explicação histórica e os diversos graus de deficiência apresentados por aquela Organização. Além disso, em função da definição

das deficiências que são estudadas, é feito um esclarecimento das dificuldades de comunicação das mesmas. A legislação tanto internacional como nacional é relevante permitindo verificar o que já foi feito quanto aos direitos do cidadão portador de deficiência, e também notificarmos o que ainda não foi feito, tanto nas instituições de ensino especial como fora destas.

Na segunda parte da dissertação, intitulada de *Caracterização da rede social e das instituições ligadas a necessidades especiais*, é feita a caracterização da Rede Social de Braga e a instituição que seleccionámos no concelho de Braga. Com a ajuda de um Sistema de Informação Geográfica (S.I.G.) localizámos geograficamente cada instituição estudada, assim como procedemos à sua caracterização. Paralelamente, foram analisados os resultados das entrevistas realizadas à direcção da instituição e aos seus técnicos que aí trabalham. Por último, são destacados os resultados do levantamento das barreiras arquitectónicas nas instituições seleccionadas e a avaliação das mesmas através de um S.I.G..

Esta problemática foca uma questão muito actual e pertinente para a Geografia Social e vai de encontro a alguns objectivos presentes no Plano Nacional de Acção para a Inclusão (P.N.A.I.) a serem alcançados pelo Governo nos próximos anos, que infelizmente ainda não são muito visíveis na sociedade portuguesa.

Esperamos com a presente dissertação alertar a comunidade científica e a sociedade civil para a importância de avançarmos, neste novo milénio, com acções mais concertadas e efectivas no sentido de caminharmos para uma sociedade mais inclusiva.

**PARTE I – A DEFICIÊNCIA E A IMPORTÂNCIA CONCEDIDA A ESTA
PROBLEMÁTICA EM PORTUGAL E À ESCALA INTERNACIONAL**

Capítulo 1. Os conceitos de deficiência, *handicap* e exclusão social e conceitos afins e a sua abordagem no âmbito das ciências sociais

1.1. Os conceitos de exclusão e inclusão social e legislação de suporte

1.1.1. Os conceitos

A noção de exclusão social é ela própria portadora de historicidade. Devemo-nos interrogar se a construção de uma sociedade solidária, na qual cada actor, inclusive os excluídos, deve ter uma participação activa, tendo como catalisadores o Estado e os poderes públicos, contribuindo para uma sociedade mais caritativa (Clavel, 2004).

Em 1980, o conceito de exclusão social surge pela primeira vez nas políticas sociais francesas (Berghman, 1995), associado à pobreza em geral. Em 1990, o conceito substitui o conceito de pobreza, nomeadamente a nível europeu, sendo *reexportado a todos os países europeus* (Murard, 2002, *in* Butler e Watt, 2007: 41). A problemática da exclusão social foi abordada a diferentes níveis, de entre os quais se destacavam as políticas sócio-científicas, os *mass media*, de tal modo que se tornou *uma palavra-chave em termos linguísticos da política europeia* (Chamberlayne, 2002, *in* Butler e Watt, 2007: 271).

Se a exclusão social não for utilizada apenas negativamente para aumentar a desigualdade e a pobreza, esta pode oferecer uma potencial estrutura descritiva e analista, indicando como atenuar o impacto negativo da desigualdade sobre o aumento dos grupos sociais marginalizados economicamente, com desvantagens sociais e sem poder político numa sociedade contemporânea.

Segundo Castells, a exclusão social é um conceito proposto pelos ideólogos de política social da Comissão da União Europeia e que foi adoptado pela Organização Internacional do Trabalho (O.I.T.) (Rodgers *et al.*, 1995).

A exclusão social é, geralmente, um conceito aplicado a comunidades marginalizadas, sendo exemplos, os toxicodependentes, as prostitutas, as minorias sociais, os pobres, as pessoas de diferentes etnias e as pessoas portadoras de deficiência.

O processo da exclusão social pode ser provocado por diversos factores, dos quais se destacam os seguintes:

-desemprego e dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, devido à idade, capacidade física e mental ou de qualificação;

-áreas problemáticas em termos sociais, atingindo os grupos demográficos mais fragilizados, nomeadamente, os jovens, as mulheres, os idosos e os imigrantes (Lemos e Silva, 2004).

Basicamente, a exclusão social tem-lhe associada uma solução que nos últimos anos tem demonstrado a sua eficácia, nomeadamente, o conceito de inclusão social ligado à solidariedade social.

A inclusão social representa a participação social do indivíduo e é considerada como sendo o oposto de exclusão social, representada pela dita “não-participação”. De acordo com Philo (1995), exclusão social é a situação na qual alguns elementos da sociedade se separam de outros elementos que integram determinado estilo de vida, dito normal, e de trabalho numa sociedade. Outros autores referem ainda que é uma “não-participação”, considerando uma gama de actividades com um determinado estilo de vida, incluindo o emprego, a educação e o lazer (Hine e Mitchell, 2001).

Além disso, a inclusão social, assenta em ideais de Humanismo, mas também em estudos realizados por pessoas e grupos, legitimados por um conhecimento patentado e desenvolvido, cujo objectivo é oferecer oportunidades iguais para que cada pessoa seja autónoma e auto-suficiente, e assim propiciar, a igualdade na diversidade.

Ainda existe um longo caminho para a superação do preconceito, algo que exige educação, sendo uma tarefa deveras complexa, precisando sobretudo de compreensão e de uma mudança gradual de mentalidade deixando de lado o estereótipo que a sociedade gradualmente construiu ao longo do tempo.

A inclusão como unidade ideal *desagregada e até certo ponto possível* (Sena, 1989: 157), supõe que a sociedade em que vivemos pode mudar para melhor se essa mesma sociedade quiser alterar e modificar a mentalidade que a define, no que diz respeito, não só aos deficientes, mas a tudo o que é considerado anormal, fora do comum, que incita medo e desconfiança.

Colocamos a seguinte questão: *Será a inclusão vista como uma utopia realista?* – um mundo onde todas as crianças independentemente da sua capacidade física, mental, vivessem com os mesmos direitos (Carvalho e Peixoto, 2000). Para tal acontecer, ainda temos um longo caminho pela frente, apesar dos esforços relevantes que a nossa sociedade providencia, a fim de atenuar o paradigma do preconceito, substituindo-o por um outro, o da inclusão social.

1.1.2. A Legislação de suporte

Ao longo da história, a sociedade tem-se tornado mais solidária com o próximo e o espírito de cooperação entre países verifica-se cada vez mais, e foi assim que nasceram as Nações Unidas em 1942.

A liberdade e igualdade de direitos têm-se desenvolvido progressivamente para que as pessoas que sofrem de desigualdade de direitos tenham as mesmas oportunidades dos restantes. Assim, com o fim da Segunda Guerra Mundial, surge a Carta Internacional de Direitos Humanos abrangendo a Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1945. Surge também o Pacto Internacional sobre Direitos Económicos, Sociais e Culturais em 1976, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação em 1979, o Programa Mundial de Acção relativo às pessoas portadoras de deficiência em 1982, no qual se baseiam, em termos políticos, um grande número de países-membros das Nações Unidas e, por último, a Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989.

Os países-membros têm trabalhado em conjunto nos últimos anos para atenuar os problemas mundiais definidos em 2000, para serem atingidos até 2015, pelos 8 Objectivos do Milénio e onde a inclusão social está presente. São enumerados da seguinte forma: reduzir para metade a pobreza extrema e a fome (Objectivo 1); alcançar o ensino primário universal (Objectivo 2); promover a igualdade entre os sexos (Objectivo 3); reduzir em 2/3 a mortalidade infantil (Objectivo 4); reduzir em 3/4 a taxa de mortalidade materna (Objectivo 5); combater o V.I.H./S.I.D.A., a malária e outras doenças graves (Objectivo 6); garantir a sustentabilidade ambiental (Objectivo 7) e ainda criar uma parceria mundial para o desenvolvimento (Objectivo 8) (www.oikos.pt – acedido a 04/02/2010). É de referir que os 7 primeiros objectivos são mais visados para os países em desenvolvimento e que o último é dirigido para os países desenvolvidos, que estando numa posição mais favorecida poderão melhor ajudar no desenvolvimento de países com maior dificuldade, independentemente de que origem for o problema.

Com a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão (1948), o conceito de liberdade e igualdade de direitos alargou-se aos Direitos Humanos, definiram-se os direitos socioeconómicos e foi redigida a Declaração dos Direitos da Criança (1959). No Princípio 5º da mesma é decretado que *a criança mental e fisicamente deficiente (...) deve beneficiar de tratamento, de educação e dos cuidados especiais requeridos pela sua condição particular*. Ainda, segundo o Princípio 7º a

criança tem direito à educação, devendo esta ser gratuita e obrigatória (...) em condições de igualdade de oportunidades, desenvolver as suas aptidões mentais, o seu sentido de responsabilidade moral e social, tornando-se um membro útil à sociedade. Deve ser protegida contra todas as formas de abandono, crueldade (...), contra as práticas que possam fomentar a discriminação racial, religiosa ou de qualquer outra natureza. Deve ser educada num espírito de compreensão, tolerância, amizade entre os diferentes povos (...) e ter plena consciência de colocar as suas aptidões ao serviço dos seus semelhantes (Princípios 9º e 10º).

Com a Normalização introduzida na Dinamarca (em 1959 e à qual nos referiremos mais à frente neste capítulo), na década de 70 do séc. XX, outros países orientados igualmente para a igualdade de direitos das pessoas portadoras de deficiência, começaram a criar programas e estratégias nesse âmbito. Temos como exemplo a França (1963), os Estados Unidos e a Suécia (1968), outros países da Europa e da América do Norte (anos 70) e o Reino Unido com a saída do *Warnick Report* (1978). Este último relatório é o instrumento de introdução para as Necessidades Educativas Especiais, baseado nas directivas constituintes da Declaração Universal dos Direitos Humanos, da Declaração dos Direitos da Criança e dos princípios orientadores da U.N.E.S.C.O. (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura). Tais programas vieram reforçar e fundamentar a Normalização e ainda implementar a educação especial no regime escolar.

O Ano Internacional das Pessoas com Deficiência (1981) foi considerado um marco fundamental no que diz respeito a conceitos relacionados com pessoas portadoras de deficiência, tal como a maneira como são tratadas.

Posteriormente, a Década das Pessoas com Deficiência, nomeadamente entre 1983 a 1993, veio reforçar a igualdade de direitos e oportunidades, a implementação de medidas legais a vários níveis, sendo ponderada a melhor forma de inserção de pessoas portadoras de deficiência na sociedade, através de meios de acessibilidade e serviços coerentes com as necessidades deste grupo social.

A adopção concretizada na Assembleia-Geral das Nações Unidas da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), autenticada por cerca de 150 países, deu origem a uma forte pressão junto dos Governos para que tivessem uma maior intervenção no que diz respeito aos considerados princípios por ela citados, nomeadamente, neste caso, ao n.º 1 do artigo 2º predispondo que *todas as crianças que se encontrem sujeitas à sua jurisdição, sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração*

de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra da criança, de seus pais ou representantes legais, ou da sua origem nacional, étnica ou social, fortuna, incapacidade, nascimento ou de qualquer outra situação. Seja efectivamente protegida contra todas as formas de discriminação ou de sanção decorrentes da situação jurídica, de actividades, opiniões expressas ou convicções de seus pais, representantes legais ou outros membros da sua família. O artigo 23º n.º 1 reconhece a criança mental e fisicamente deficiente o direito a uma vida plena e decente em condições que garantam a sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação activa na vida da comunidade (...), o direito de beneficiar de cuidados especiais e encorajam e asseguram, na medida dos recursos disponíveis, a prestação à criança que reúna as condições requeridas e aqueles que a tenham a seu cargo de uma assistência correspondente ao pedido formulado e adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu cargo. E ainda atendendo às necessidades particulares da criança deficiente, a assistência fornecida nos termos do n.º 2 será gratuita sempre que tal seja possível, atendendo aos recursos financeiros dos pais ou daqueles que tiverem a criança a seu cargo, e é concebida de maneira a que a criança deficiente tenha efectivo acesso à educação, à formação, aos cuidados de saúde, à reabilitação, à preparação para o emprego e a actividades recreativas, e beneficie desses serviços de forma a assegurar uma integração social tão completa quanto possível e o desenvolvimento pessoal, incluindo nos domínios: cultural e espiritual (n.ºs 2 e 3 do artigo 23º).

Em 1990, surge a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos a partir da Conferência Mundial sobre a Educação para Todos apresentada na Tailândia, permitindo que todas as pessoas, portadoras de deficiência ou não, tivessem a mesma oportunidade de aprendizagem. No n.º 2 do art. 3º da mencionada Declaração é referido que *para que a educação básica se torne equitativa, é mister oferecer a todas as crianças, jovens e adultos, a oportunidade de alcançar e manter um padrão mínimo de qualidade da aprendizagem. A prioridade mais urgente é melhorar a qualidade e garantir o acesso à educação para meninas e mulheres, e superar todos os obstáculos que impedem a sua participação activa no processo educativo. Os preconceitos e estereótipos de qualquer natureza devem ser eliminados da educação. É também mencionado nos artigos 3º e 5º, que as necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar*

medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.

Em 1994, é assinada a Declaração de Salamanca por 92 países e 25 organizações internacionais apresentando princípios, políticas e práticas na área das necessidades especiais.

Em Portugal, desde a década de 90 do séc. XX, desenvolveu-se a abordagem da inclusão, aperfeiçoando-se as suas metodologias, nomeadamente, no âmbito educacional.

Actualmente, a escola inclusiva define-se por princípios, fundados em princípios humanistas preocupados com os direitos humanos, equidade e justiça social.

A utilização de métodos e tradições convencionais e antigos modelos podem originar uma maior desagregação e discriminação, tornando a integração social e educacional mais difícil para pessoas portadoras de deficiência.

Além da manutenção e do desenvolvimento da educação qualitativa, deve ser considerada, não apenas a disponibilidade de especializados recursos humanos e especificar as ferramentas necessárias, mas também, implementar novas práticas escolares e alterar práticas pedagógicas para melhorar e aperfeiçoar os métodos educacionais.

Apesar de os princípios em que a inclusão se baseia serem inquestionáveis, têm surgido alguns problemas quanto à sua aplicação prática, dado que cada pessoa portadora de deficiência é um caso único, e devem ser ponderadas medidas pedagógicas e métodos diferentes para cada caso específico (www.european-agency.org – visto a 11/09/2009).

1.2. O conceito de deficiência e conceitos afins

1.2.1. A perspectiva da O.M.S. e do I.N.E.

Não há uma definição universal quanto ao termo “deficiência”, dado existirem inúmeras propostas para a sua definição e diferentes perspectivas. Pode ser considerado, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E., 2001: XXII), como *perda ou alteração de uma estrutura ou de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica*. Este organismo apenas observa a deficiência permanente, considerando a deficiência temporária em situações, por exemplo, *se um indivíduo se desloca com canadianas ou em cadeira de rodas porque partiu uma perna, ou se sofre de descolamento parcial da*

retina que o obriga a andar com uma venda. Considera ainda que o Grau de Incapacidade é a *avaliação da incapacidade calculada de acordo com a Tabela Nacional de Incapacidades, sendo a atribuição do grau de incapacidade da responsabilidade de juntas médicas constituídas para esse efeito (Idem, 2001: XXIV).* O objectivo desta variável é conhecer o grau de incapacidade, sancionada por uma autoridade de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 2004), a deficiência mental é definida como um desenvolvimento incompleto ou insuficiente das capacidades mentais. Basicamente, é uma pessoa que tem dificuldade em seguir o processo normal de aprendizagem que ocorre durante o período de desenvolvimento, denotando dificuldade em se adaptar à sociedade, precisando de necessidades educativas especiais, apoios e adaptações, a fim de seguir o processo dito normal de aprendizagem.

Usualmente ligada a outro tipo de deficiência (existência de vários tipos de deficiência numa pessoa, assim como diferentes graus de deficiência, também conhecida por multideficiência), a pessoa portadora de deficiência não apenas terá um tipo de deficiência mas poderá ter mais do que um tipo, daí a dificuldade em tratar as pessoas portadoras de deficiência, no que diz respeito aos vários níveis como, por exemplo, na educação, na saúde e no trabalho/emprego.

Além da complexidade do termo, existe um diferendo entre os profissionais médicos e os profissionais institucionais. Estes dois campos na construção social da identidade podem ser definidos, da seguinte forma. No modelo de deficiência médico, cada caso é tratado individualmente, definindo que as circunstâncias físicas e mentais de um indivíduo que não tem as suas capacidades completamente operacionais, são dependentes de terceiros. As instituições hospitalares têm como função, fazer os possíveis para que o indivíduo em questão tenha uma vida o mais normal possível (Holloway, 2005).

Segundo a União de Pessoas Portadoras de Deficiência Física compra a Segregação (U.P.I.A.S., 1976), o modelo de deficiência social está ligado a conceitos como deficiência (falta de todos ou de alguns membros, ou defeito no organismo ou mecanismo do corpo humano); desvantagem (desvantagem ou restrição de uma actividade causada por uma organização social contemporânea que não tem em conta, de forma alguma ou um pouco, pessoas com uma aparência diferente (falta de um membro), excluindo-os de actividades sociais fundamentais para esses indivíduos. Neste modelo, a deficiência é vista como uma construção social, da organização de uma

sociedade, ao invés de uma condição médica individual ser a causa para qualquer problema (Holloway, 2005).

Em 1986, Hahn expôs alguns problemas do ambiente urbano para as pessoas portadoras de incapacidade mencionando que o principal problema da deficiência pode ser devido a um ambiente deficitário e a solução passa pelo apoio legislativo e de políticas que permitam mudar o meio envolvente. Esta solução é mais conveniente do que tentar desenvolver as capacidades de um indivíduo portador de deficiência (Hahn, 1986).

O modelo social tem uma maior influência nos estudos geográficos sobre a deficiência do que o modelo médico. Contudo, Parr e Butler (1999) esclarecem que ao reconhecer o valor indiscutível do modelo social, é mais fácil esquecer que este, apesar de tudo, tem os seus defeitos. A presente sociedade tem um papel fundamental no que diz respeito à construção da deficiência, mas o papel de diferentes deficiências físicas e mentais não pode ser ignorado pelo modelo social, se esta não continuar a ser valorizada e respeitada.

Sumariamente, o modelo médico localiza deficiências à escala individual. Estudos geográficos baseados neste modelo procuram encontrar medidas e formas de ajudar pessoas portadoras de deficiência na resolução dos seus problemas.

Quanto ao modelo social, a deficiência é vista como um problema social. Os estudos geográficos baseados neste modelo visam expor os meios em que o ambiente ajuda a acentuar mais a deficiência, e ainda sugere meios alternativos para o futuro.

A maioria das pesquisas favorece mais o modelo social da deficiência em relação ao modelo médico, mas sugerem que é necessário incorporar uma apreciação da deficiência como uma experiência desmembrada e alargada (Hahn, 1986).

Considera-se pessoa portadora de deficiência, quem por motivo de perda ou anomalia, congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica, susceptíveis de provocar restrições de capacidade, poderá estar implicada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, o sexo e os factores socioculturais dominantes (art.º 2º da Lei de Bases da Reabilitação com base na definição da Organização Mundial de Saúde).

Amiralian *et al.* (2000) descrevem que conceptualizar deficiência é um trabalho difícil cercado de equívocos e contradições. Existem imprecisões dos conceitos relacionadas com o modelo médico e o modelo social, resultando em dificuldades na

aplicação e utilização do conhecimento produzido, evidenciando a importância de melhorar a sua conceptualização.

A discussão sobre tais modelos remete-se à Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagem (C.I.D.I.D.) adoptada pela O.M.S. em 1980. Tornou-se importante classificar etiológicamente as doenças, pois sempre que somos capazes de relacionar um factor ou agente etiológico com uma doença, possuímos conhecimentos necessários para estabelecer medidas preventivas racionais.

Actualmente, as raízes etiológicas de muitas doenças infecciosas, nutricionais e genéticas são conhecidas e isso permitiu de certa forma, estabelecer vias racionais para a sua prevenção e tratamento das mesmas (Mausner, 2004).

Para Amiralian *et al.* (2000), o conceito de desvantagem é o mais problemático, devido ao diferendo de conceitos propostos para classificação inserido no tipo denominado de Classificação Internacional de Doenças (C.I.D.) centrados em condições do meio social que rodeia o indivíduo e não em características físicas do mesmo.

A C.I.D.I.D., como nova conceptualização, permite ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, estabelecendo uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, sendo propostos os mesmos, para serem utilizados conjuntamente com a C.I.D. por serviços relacionados com a medicina, a reabilitação e a segurança social.

Nessa classificação é considerado o conceito de deficiência como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica ou anatómica, temporária ou permanente. Inclui-se a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive as funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, reflectindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

De acordo com a definição de deficiência do relatório relatório Bloch-Lainé (1967), do Estado francês, os deficientes são inadaptados à sociedade, que por diversas razões (mais ou menos graves), possuem dificuldades mais ou menos acentuadas, de ser e de agir como os restantes (Bloch-Lainé, 1967).

1.2.2. Os conceitos de incapacidade e de desvantagem

No que diz respeito ao conceito de incapacidade, este deve ser encarado como restrição (consequência directa de uma deficiência) da habilidade para desempenhar uma actividade considerada normal para o ser humano. Reflecte-se nas actividades e comportamentos essenciais do quotidiano da pessoa portadora de deficiência. A incapacidade é definida por ser qualquer perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. Refere-se a uma função reduzida ou perda de uma parte do órgão do corpo. O termo transtorno pode ser considerado um sinónimo de incapacidade. Uma incapacidade limita a habilidade de uma pessoa para executar algumas funções (*e.g.*, ver, ouvir, andar) da mesma forma que a maioria das pessoas consideradas normais as desempenha. Uma pessoa incapacitada não é considerada deficiente a menos que a sua incapacidade origine problemas de nível educacional, pessoal, social, vocacional ou outro tipo (Heward, 1992).

O Inquérito Nacional de Saúde (I.N.S.) realizado em Portugal por entrevista define a incapacidade de forma mais ampla como *uma redução temporária ou prolongada de actividades de um indivíduo, em resultado de uma afecção aguda ou crónica*. Especifica ainda três medidas de incapacidade, sendo a mais geral *o dia de actividade restrita* – aquele em que um indivíduo reduz a sua actividade habitual por força de uma doença ou traumatismo. Dentro desta definição geral, as restrições mais severas de actividades são especificadas pelos dias de perda de trabalho e dias de perda de incapacidade no leito (em que um indivíduo permanece na cama todo ou a maior parte do dia, ou seja, mais de metade das horas com luz do dia).

A desvantagem resultante de uma deficiência ou uma incapacidade limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com o seu estatuto social e cultural. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou do seu grupo social. Está relacionada com dificuldades nas habilidades de sobrevivência (Amiralian *et al.*, 2000).

A desvantagem ou *handicap* é definida como qualquer desvantagem para um determinado indivíduo como consequência de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede a realização de uma função que é considerada normal (de acordo com a idade, sexo, factores sociais e culturais).

Em 1993, a C.I.D.I.D., foi substituída pela actual Classificação Internacional Funcional (C.I.F.), e passou a considerar, de forma pertinente, as consequências a longo prazo de incapacitação.

A C.I.F. foi aceite pelas Nações Unidas, incorporando as Regras Gerais sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiências, adoptadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1993, aquando da 48ª Sessão a 20 de Dezembro (Resolução 48/96).

Esta classificação define bem-estar, estando este relacionado com a saúde, referido com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade - funções e estruturas do corpo, actividades e participação. Também está relacionado com factores ambientais, interagindo com a funcionalidade e a incapacidade (O.M.S., 2004). O objectivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (O.M.S., 2004).

Nas classificações internacionais da O.M.S., os estados de saúde (*e.g.*, doenças, perturbações, lesões) são classificados principalmente na C.I.D.-10 (abreviatura da Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão), que fornece uma estrutura de base etiológica. Portanto, a C.I.D.-10 e a C.I.F. são complementares¹, e os utilizadores são estimulados a usar em conjunto esses dois membros da família de classificações internacionais da O.M.S. A C.I.D.-10 proporciona um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde, complementado por informações adicionais fornecidas pela C.I.F. sobre funcionalidade, dando uma imagem mais ampla e mais significativa da saúde das pessoas ou da população, que pode ser utilizada em tomadas de decisão (O.M.S., 2004).

Como classificação, a C.I.F. não estabelece um modelo de "processo" de funcionalidade e incapacidade. Embora permita, como processo interactivo e evolutivo, fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e da incapacidade e fornece as bases para os utilizadores que desejam criar modelos e estudar os diferentes aspectos deste processo.

¹ É importante também reconhecer a sobreposição entre a C.I.D.-10 e a C.I.F.. As duas classificações começam com os sistemas do corpo. Deficiências referem-se às estruturas e funções do corpo que são, em geral, parte do “processo de doença” e portanto, também utilizadas na C.I.D.-10. Não obstante, a C.I.D.-10 utiliza as deficiências (tais como, sinais e sintomas) como partes de um conjunto que forma uma “doença”, enquanto o sistema da C.I.F. utiliza as deficiências como problemas das funções e estruturas do corpo associados aos estados de saúde.

Também podemos considerar a C.I.F. como um apoio à incapacidade, sendo intensificado por esta, e identificando as intervenções que possam melhorar os níveis de participação das pessoas com incapacidades, ajudando a identificar o “principal” problema da incapacidade, independentemente dos factores existentes – por exemplo, o meio cria uma barreira, limitando as capacidades da pessoa inválida (O.M.S., 2004).

Como futuros projectos, devido à diversidade de necessidades e utilizações da C.I.F. e tendo inúmeros casos para avaliar e classificar, a O.M.S. e as equipas estipuladas pela organização tentam subseqüentemente atender a todas as necessidades.

Além disso, a C.I.F. permite quantificar os problemas que surgiram ao longo dos anos, nomeadamente, quanto às deficiências associadas a problemas de saúde. É um instrumento quantitativo que dá primazia ao conceito “vida”, ao contrário dos indicadores tradicionais baseados em taxas de mortalidade da população, considerando o modo de vida, as condições de vida com o fim de que a população tenha maior longevidade, tendo implicações a nível médico, a nível legislativo e de políticas sociais, no respeitante aos cuidados de saúde, permitindo melhorá-los e ainda quanto à protecção dos direitos, sendo eles individuais e/ou colectivos.

Através da C.I.F., a deficiência torna-se num problema que se estende a todos e não apenas aos que dela padecem, apresentando diferentes medidas para que as pessoas portadoras de deficiência, de qualquer tipo, tenham maior possibilidades de integração e participação na vida quotidiana e na sociedade.

Considera todas as doenças e problemas de saúde de igual forma, independentemente das suas causas, colocando assim as perturbações mentais e as patologias físicas num pé de igualdade. Com este facto, a O.M.S. actualiza as doenças e compara-as com casos semelhantes a fim de encontrar soluções que respondam às necessidades das pessoas, através de dados fidedignos e actualizados pela realização de inquéritos.

Os estudos permitem à C.I.F. seleccionar a população, conforme as suas necessidades e deficiência ou outro tipo de doença, para Centros de Actividades Ocupacionais, exemplificando a sua utilidade a nível individual, institucional e social, seguindo as metas e orientações do Secretariado Nacional para a Reabilitação das Pessoas com Deficiências (S.N.R.I.P.D. – O.M.S., 2004).

A C.I.F. tem como objectivos específicos os seguintes propósitos:

-apresentação de uma base científica, permitindo uma melhor compreensão e um estudo da saúde e dos estados ligados a esta, tal como os resultados e as suas consequências;

-estabelecimento de uma linguagem comum, a fim de que todos os interessados compreendam melhor a sua condição de saúde, estendendo-se a toda a população e não apenas à pessoa portadora de deficiência;

-parceria e cooperação entre países no respeitante à comparação e partilha de dados, entre serviços de saúde e a longo prazo;

-proporcionar um esquema de codificação sistematizado, sendo aplicado nos diferentes sistemas de informação da saúde.

Os vários graus de deficiência apresentados pela O.M.S., podem ser resumidos em profunda, grave/severa, moderada/média e leve/ligeira.

No que concerne à situação profunda deve ser considerado:

-grandes problemas sensório-motores e na comunicação a diversos níveis, nomeadamente, na sociedade;

-grande dependência em praticamente todas as funções e actividades, devido à insuficiência de capacidade física e mental;

-nível de autonomia de deslocação, em termos de treinos de auto-ajuda.

Considera-se a situação grave/severa:

-nível de autonomia baixo, daí ser necessário, protecção e ajuda de outrem;

-diversos problemas psicomotores;

-linguagem verbal muito deficitária – comunicação primária;

-possibilidade de indiciar actividades básicas do dia-a-dia e aprendizagem de pré-tecnologias simples.

Por seu turno a situação de moderada/média inclui:

-possibilidade de adquirir hábitos de autonomia pessoal e social;

-possibilidade de comunicar através da linguagem oral, apesar de demonstrarem dificuldades na expressão e compreensão oral;

-desenvolvimento motor aceitável com possibilidade de adquirir certos conhecimentos pré-tecnológicos básicos, possibilitando a execução de certos trabalhos;

-dificuldade no domínio de técnicas de leitura, escrita e cálculo.

Por último, nos casos em que é leve/ligeira:

- os indivíduos são educáveis;
- há a possibilidade de realização de tarefas complexas;
- a aprendizagem é lenta, mas é possível serem colocados em classes normais embora com acompanhamento especial;
- há a possibilidade de desenvolvimento de aprendizagem social e de comunicação com capacitação para se adaptar e integrar no mercado de trabalho;
- o atraso é mínimo nas áreas perceptivas e motoras;
- geralmente, os indivíduos não apresentam problemas de adaptação no ambiente familiar e social.

É fundamental que, quando uma pessoa tem indícios de ter deficiência, seja de que tipo for, seja seguida adequadamente por profissionais interdisciplinares, sócio-médico-psicopedagógicos ou terapêuticos, com o objectivo de detectar as causas possíveis e o seu diagnóstico correcto. Isto é necessário para que a pessoa desenvolva as suas capacidades segundo a sua deficiência, visando os pontos-chaves para o seu desenvolvimento, evitando diagnósticos errados e métodos cognitivos inadequados.

1.3. Histórico da Deficiência

A origem do conceito de deficiência remonta aos finais do séc. XVIII, considerada como a época da ignorância e da rejeição dos indivíduos que não tivessem uma aparência dita “normal”. Apenas mais tarde, no surgimento do conceito de educação especial, o conceito de deficiência, incapacidade e *handicap* veio a ser definido por critérios médicos e sociais, seguidos por cuidados e acompanhamento médico, desenvolvimento social e pedagógico (adquiridos recentemente), contribuindo para uma maior qualidade de vida e uma maior esperança média de vida das pessoas portadoras de deficiência.

Desde a Antiguidade, as pessoas com doença mental foram vistas diferentemente das outras ditas normais. No Antigo Egipto, as pessoas portadoras de deficiência eram tratadas como cidadãos, sendo capazes de exercer as suas funções na sociedade hierarquizada, sendo as pessoas com nanismo um exemplo. Além disso, o Antigo

Egipto era extremamente afectado por doenças visuais, existindo mesmo métodos medicinais para tratar a cegueira.

Aquando do período grego e mais tarde romano, as pessoas doentes eram abandonadas num local remoto, na sua maioria pessoas idosas e incapacitadas, deixadas à sua sorte, dado que pensavam que, se estas pessoas permanecessem juntamente com as pessoas ditas normais, poderiam inculcar a doença ou torná-las mais fracas e sem capacidade de acção, dando demasiada importância à dita sobrevivência do mais forte, que mais tarde veio a ser considerada na teoria de Charles Darwin (1859). Além disso, o direito romano aplicava-se apenas a pessoas consideradas capazes das suas funções, o que excluía cidadãos com algum tipo de deficiência. (O'Neill, 1980; Weiskrantz, 1988).

Mais tarde, a sobrevivência do ser humano deixou de ser considerada o mais importante e as pessoas que indicavam uma certa dificuldade de aprendizagem ou deficiência eram ridicularizadas, sendo usados vocabulários como “idiota”, “imbecil” e “bobo”, que no último caso eram os divertimentos das cortes dos reis e nobres, não se restringindo ao ridículo.

Na Idade Média, apesar de a Igreja condenar o infanticídio (crianças com indícios de deficiência que eram mortas ou abandonadas), a sua incompreensão de fenómenos que ultrapassavam o seu entendimento, levou a atribuírem as culpas das condições das pessoas portadoras de deficiência, a causas sobrenaturais (consideravam que estavam possuídas por demónios e espíritos demoníacos), originando uma série de exorcismos. Ainda neste período, os filósofos consideravam importante a linguagem para definir o ser humano, o que levou a Ordem de Cister a criar e desenvolver um tipo de linguagem que permitisse ao ser humano exprimir-se além da linguagem verbal e oral, nomeadamente, a linguagem gestual, tornando a linguagem oral menos relevante (Gilson, 1991).

Nos séculos XVII e XVIII, as pessoas com deficiência mental eram internadas em asilos, orfanatos e até mesmo prisões, juntamente com delinquentes, pessoas idosas e pessoas com baixos rendimentos (mendigos e pobres).

Durante o Renascimento, grandes transformações humanistas levaram ao surgimento de métodos de comunicação, considerado como o grande momento na questão dos direitos e deveres do deficiente (Carmo, 1991). Gerolamo Cardano (1501-1576) inventou um código para pessoas surdas aprenderem a ler e a escrever, influenciando o Frade Pedro Ponce de Leon (1520-1584) a desenvolver um método

educacional para pessoas surdas através de sinais, sendo ainda o criador do método oral para surdos (Silva, 1986).

Em Espanha, Juan Pablo Bonet (1579-1633) em 1620, desenvolveu o primeiro alfabeto na linguagem de sinais, e John Bulwer (1600-1650), em Inglaterra, criou um método de aprendizagem para as pessoas surdas conseguirem aprender a ler nos lábios, surgindo a linguagem labial (Silva, 1986).

Em Paris, surgiu a primeira escola para cegos fundada por Valentin Haüy em 1784, frequentada por Louis Braille (1806-1852), sendo que mais tarde modificou por completo o sistema de escrita nocturna, considerado como um padrão de escrita – o Braille – que actualmente serve de método de leitura para pessoas cegas. Originalmente, este sistema seria para fins militares, criado não por Braille, mas por Charles Barbier (1764-1841), sendo a versão deste último, considerada demasiado complicada. Aquando da sua criação, Braille sugeriu algumas modificações para o sistema original, sendo recusado por Barbier.

Com o desenvolvimento de técnicas de aprendizagem e desenvolvimento intelectual para pessoas portadoras de deficiência, surge nos finais do séc. XVIII e princípios do séc. XIX, a institucionalização especializada para pessoas portadoras de deficiência. É nesta época da História que é considerado o surgimento e o desenvolvimento do conceito de educação especial, dado que a sociedade tomou consciência de que era necessário prestar apoio a pessoas portadoras de deficiência, embora inicialmente fosse mais a nível de assistência social do que propriamente educacional. A crescente percepção da situação da pessoa portadora de deficiência leva a que surja um sentimento de autoprotecção para com este grupo social, por parte das demais pessoas consideradas como “normais” ou visualmente aceitáveis.

Ao longo do séc. XIX, criaram-se escolas especiais, surgindo figuras importantes para o seu desenvolvimento, sendo bons exemplos, Dominique Esquirol (1722-1840), em França, que estabeleceu a diferença entre o idiotismo e a demência e Philippe Pinel (1745-1840). Este último condicionou o tratamento médico das pessoas com atraso mental, determinando que as pessoas com deficiência mental deviam ser tratadas como doentes e não com violência e preconceito (Bautista (org.), 1997).

Nos Estados Unidos, Edouard Seguin (1848) ajudou a criar a escola de formação da Pensilvânia (uma antiga instituição educativa), e no mesmo ano, Samuel Gridley Howe conseguiu criar a primeira instituição do país para pessoas com atraso mental, e com apoios financeiros (Reis, 1999).

A partir desta primeira instituição, muitas outras surgiram, tendo por objectivo a integração dos indivíduos na sociedade, após uma reeducação. Contudo, na prática, tal não se verificou, dado que apenas metade voltara adequadamente à sociedade, sendo que a maioria das pessoas com atraso mental, necessitava de cuidados intensivos de longa duração, muitas mesmo, durante o resto da vida.

No séc. XIX, as instituições que originalmente tinham um fundo educativo passam a “locais de custódia”, tornando-se mais independentes em relação ao Estado. É por esta altura que surge o conceito de Normalização (1959), na Dinamarca, influenciando a legislação, a fim de proporcionar aos deficientes uma vida tão normal quanto possível. É um conceito que advém de normalidade, sendo este um conceito relativo aplicado a critérios de origem estatística, ou seja, o que para uns é considerado “normal” para outros pode ser considerado “anormal”, diferenciando segundo a perspectiva de cada indivíduo, o que é plausível dado existirem diferentes culturas, religiões e tradições. Tal facto, leva a que seja quase possível mudar o ponto de vista de cada indivíduo, mas se a sociedade em si mudar o seu ponto de vista em relação às pessoas portadoras de deficiência, provavelmente o seu ponto de vista mudará gradualmente.

Segundo Nirje (1969), a Normalização significa viver o ritmo normal do dia, ou seja, levantar-se à hora que o faz a maior parte das pessoas, ainda que se seja um deficiente mental profundo ou incapacitado físico. Significa vestirmo-nos como a maioria das pessoas e ir para a escola ou para o trabalho. Tem ainda o significado de à noite recordar o que se fez durante o dia.

Na década de 70 do séc. XIX, este conceito alargou-se à Europa e à América do Norte. No Canadá, com Wolf Wolfensberger (1972) surge o princípio da Normalização, sendo este definido como o uso dos meios normalizantes do ponto de vista cultural, para estabelecer e/ou manter comportamentos e características pessoais o mais normalizantes possíveis.

No fim de contas, as instituições tinham um papel mais segregador do que o de inclusão, levando assim ao fracasso. O Dr. Down (1828-1896) numa das suas tentativas de estabelecer uma classificação ética da “idiotia” acabou por descrever a trissomia genética (Accardo, 1966).

Basicamente, os grandes avanços em relação às perturbações do desenvolvimento, em especial o desenvolvimento cognitivo, ocorreram no séc. XIX.

O séc. XX determina a passagem de um desenvolvimento cognitivo para a educação e inserção das pessoas portadoras de deficiência na sociedade, apesar de ter demonstrado ser também um fracasso.

Com a determinação da trissomia 21 pelo Dr. Down (vulgo mongolismo), outros seguiram o seu exemplo ao definirem, por exemplo, o síndrome alcoólico fetal e o síndrome do X frágil, apesar de tal identificação e caracterização ter ocorrido recentemente.

Ainda que no passado existissem casos de extermínio de pessoas portadoras de deficiência, os acontecimentos no séc. XX superaram em todos os aspectos, tendo como exemplo as atrocidades de Adolfo Hitler, mais concretamente o Holocausto, que defendia vivamente a raça ariana, renegando todos aqueles que não possuíam as características “perfeitas”, especialmente as pessoas portadoras de deficiência.

Actualmente, existe duas vertentes: a sociedade deve defender-se das pessoas portadoras de deficiência e as pessoas portadoras de deficiência devem proteger-se de uma sociedade ofensiva. Ambas levam ao mesmo resultado – uma sociedade segregada pela mentalidade humana.

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, foi criada através da Carta das Nações Unidas a O.N.U. (Organização das Nações Unidas), em 1942, em Londres, visando atenuar os problemas mundiais através de medidas, sendo dividida em centrais compostas por diversas agências, numa das quais a E.N.A.B.L.E. – Organização das Nações Unidas para Pessoas com Deficiência - surgiu. Em 1948, nasce a Declaração Universal dos Direitos Humanos, para reforçar a Carta das Nações Unidas, constando no art. 25º uma referência à pessoa portadora de deficiência, definida como “inválida”.

Torna-se evidente que devido ao grande número de pessoas portadoras de deficiência, as instituições e os países tomaram consciência que era necessária uma maior integração social e um aperfeiçoamento das infra-estruturas a diferentes níveis, a fim de melhorar o quotidiano da pessoa portadora de deficiência física, auditiva e visual.

1.4. Notas conclusivas

Concluindo, a história demonstra, desde cedo, que parte da população mundial tem algum tipo de deficiência, incapacidade ou *handicap*. Progressivamente, a pessoa portadora de deficiência lutou para se adaptar a uma sociedade fundada na perfeição humana, negligenciando um grupo social que desde sempre foi discriminado por ser diferente. Tendo em conta esse facto, essa mesma sociedade deu início à inserção da pessoa deficiente, apesar de ter ocorrido de forma progressiva, o que levou ao crescimento progressivo da segregação, especialmente quando surgiram as instituições especializadas. Inicialmente como forma de assistência social, agora como instituições particulares à margem da sociedade considerada “normal”. Tal facto levou ao surgimento de metodologias e métodos educacionais mais ligados à natureza e à inclusão social, a fim de que a pessoa portadora de deficiência, embora dependendo da deficiência, estabelecesse contacto com o mundo externo e gradualmente deixasse o “casulo” interno que criou.

A O.M.S. tem, progressivamente, criado organismos de ajuda para as pessoas portadoras de deficiência, nomeadamente, a C.I.F. que primeiramente (C.I.D.I.D.) se concentrava em conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem/*handicap*, e actualmente pretende concretizar objectivos que permitam ao portador de deficiência ter um quotidiano o mais normal possível, abrangendo diferentes e diversos níveis que anteriormente não se verificavam.

Através de vários estudos, levou a cabo um novo sistema que permitiu recolher e observar dados que antes não eram considerados (o exemplo de factores sociais), e ainda cooperar entre serviços de diferentes países a fim de comparar resultados e opiniões, favorecendo a população portadora de deficiência e os restantes interessados.

Capítulo 2. Os deficientes na Europa e em Portugal

2.1. Alguns dados da sua evolução no seio da Europa

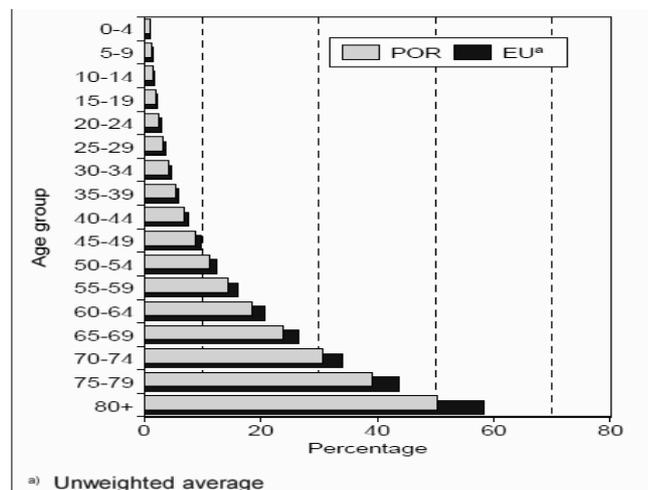
Após 1960, a temática da deficiência foi incluída apenas no Recenseamento Geral da População de 2001, o que impossibilita estudar a sua evolução e avançar com possíveis projecções. Com os dados que temos, tentaremos avaliar, dentro do possível, a temática da deficiência e incapacidade na Europa e em Portugal.

Até meados dos anos 90 do séc. XX, uma das fragilidades com que as instituições portuguesas se confrontavam para terem um conhecimento mais concreto e sustentado da realidade do país era a ausência de informação estatística global e actualizada sobre a população portadora de deficiência.

Actualmente as várias instituições e organizações partilham entre si os dados que recolhem, apesar de algumas vezes os resultados não serem coincidentes, pois cada instituição adopta a sua própria metodologia.

Em 1995, foi publicado um estudo comparativo do Eurostat, referido no *Healthlights on Health in Portugal 1997*, no qual se verifica que em 1992, na União Europeia cerca de 9,5% da população com deficiência originou numa desvantagem em termos sociais ou socioeconómicos. Consta-se ainda que na maioria dos casos, os dados não estão disponíveis, sendo que os dados que são apresentados pelo Eurostat de 1995 são relativos a uma amostra de pessoas abaixo dos 60 anos, enquadrados na lista de pensões por invalidez (Figura 1).

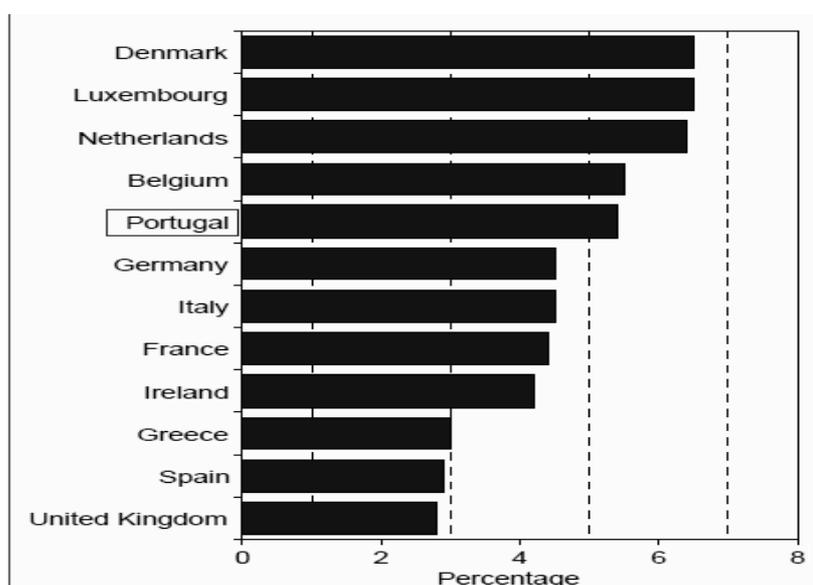
Figura 1-Proporção de incapacidade, por idade, em 1992



Fonte: W.H.O., 1997.

De acordo com o estimado, Portugal era o segundo país com a mais baixa percentagem de pessoas com deficiência entre os países da União Europeia. A comparação da percentagem dos pensionários deficientes com idade abaixo dos 60 anos indica que Portugal estava, àquela data, numa posição média alta, com uma percentagem de 5,4% em comparação com a percentagem de 4,7% na União Europeia (Figura 2).

Figura 2-Estimativa de proporção populacional, em idades inferiores aos 60 anos, que recebiam reformas por incapacidade, em 1991



Fonte: W.H.O., 1997.

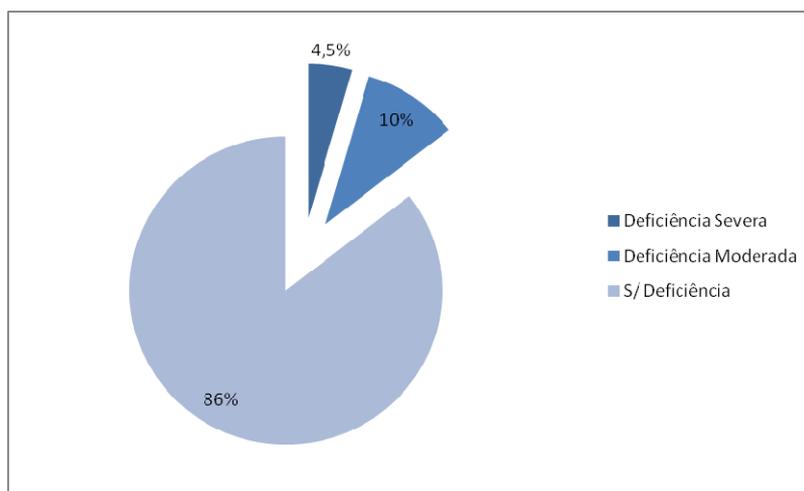
De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 1990/1991 no Norte e 1991/1992 no Sul (região do Alentejo), as condições crónicas e doenças a longo termo eram as que mais prevaleciam (D.E.P.S., 1994):

- doenças do sistema músculo-esquelético (19% - Norte, 21% - Sul);
- doenças do sistema circulatório (10% - Norte, 16% - Sul);
- doenças do sistema respiratório (6% - Norte, 4% - Sul. (W.H.O. (1997)).

Em 1996, 85,5% da população da Europa dos 14, entre as idades dos 16-64 anos não manifestava algum tipo de deficiência ou incapacidade, e apenas 4,5% da população inquirida possuía uma deficiência severa e 10% uma deficiência moderada (Figura 3). Não obstante, a média oculta as disparidades existente àquela data entre os diferentes países, porque enquanto na Finlândia cerca de 77% da população não possuía qualquer tipo de deficiência, na Itália a percentagem ascendia a 92%.

Existem casos de disparidades notórias entre os países em termos de níveis de deficiência, podendo ser resultado das diferentes metodologias utilizadas, divergindo as noções de deficiência com um grau moderado e as com um grau severo.

Figura 3-Percentagem da população com um grau de deficiência severa, moderada e sem deficiência, entre os 16-64 anos, na Europa dos 14, em 1996



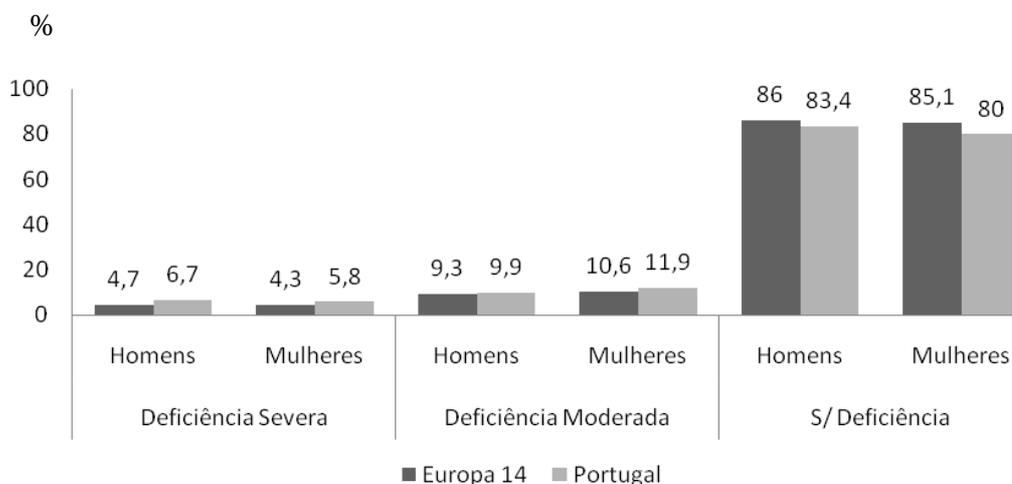
Fonte: Eurostat, 2001.

Relativamente à Europa dos 14, a população com idades compreendidas entre os 16-64 anos, tinha cerca de 15% de mulheres e 14% de homens portadores de deficiência com um grau moderado ou severo. Enquanto a deficiência com um grau de deficiência severa tinha uma percentagem baixa, nomeadamente, 4,7% nos homens e 4,3% nas mulheres, a deficiência com um grau de deficiência moderado evidenciava uma proporção mais elevada, sendo ligeiramente mais elevada nas mulheres (10,6%) em relação aos homens (9,3%), como podemos ver na Figura 4.

Relativamente a Portugal, verifica-se que em comparação com a Europa na sua totalidade, os homens apresentam uma maior percentagem (6,7%) em relação às mulheres com 5,8% no respeitante a portadores com um grau de deficiência severa. A situação quanto ao grau de deficiência moderada é similar à média da Europa dos 14, em que tanto numa situação como na outra, verifica-se uma maior percentagem de mulheres (11,9%) em relação aos homens (9,9%).

Quanto à população sem deficiência, Portugal apresenta uma percentagem abaixo da média da Europa dos 14, verificando-se tanto nos homens com 83,4% em relação à Europa com 86%, como nas mulheres (80%) em relação a 85,1% da Europa dos 14.

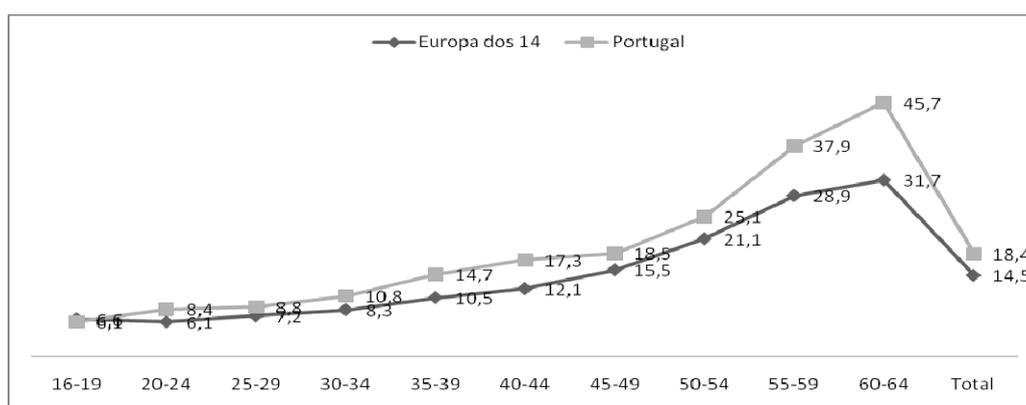
Figura 4-Percentagem da população com um grau de deficiência severa, moderada e sem deficiência, por sexo entre os 16-64 anos na Europa dos 14 e em Portugal, em 1996



Fonte: Eurostat, 2001.

A percentagem das pessoas portadoras de deficiência aumenta com a idade como podemos constatar com o apresentado na Figura 5. Apesar de existirem algumas variações, a média da Europa dos 14 em comparação com Portugal, é semelhante, embora entre as idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, a média de Portugal em relação à Europa dos 14 apresenta uma diferença de cerca de 10%. Por conseguinte, a média de Portugal em relação à Europa dos 14 é mais elevada (18,4% *versus* 14,5%).

Figura 5-Percentagem da população com deficiência entre os 16-64 anos, na Europa dos 14 e em Portugal, em 1996



Fonte: Eurostat, 2001.

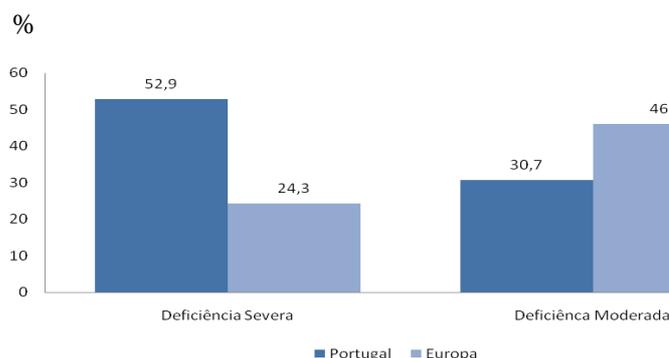
O Eurostat de 2001 conclui que em comparação com as pessoas sem deficiência ou incapacidade, as pessoas que possuem algum tipo de deficiência tendem a ser solteiros ou a nunca casarem, têm menos oportunidade de alcançar altos níveis de qualificação

académica e a maioria não acaba os seus estudos. Ainda têm uma menor probabilidade de trabalhar, e aqueles que trabalham não trabalham a tempo inteiro. Ocupam cargos de escritório e em parte do sector primário, mais concretamente, o sector agrícola, recebendo o salário mínimo e pensões por invalidez.

Contudo também são apresentados dados em que uma minoria das pessoas portadoras de deficiência, afirmam estar de boa saúde, e satisfeitos com a sua actual profissão e uma grande parte visita amigos e familiares menos do que uma vez por mês.

Segundo dados do Eurostat, em 2003, a taxa de ocupação de pessoas portadoras de deficiência severa, em Portugal, era superior à média europeia, subindo consideravelmente em relação a 1997 (22%), enquanto as pessoas portadoras de deficiência moderada apresentavam uma taxa mais baixa em relação à média europeia (Figura 6).

Figura 6-Taxa de ocupação de pessoas portadoras de deficiência, na Europa e em Portugal, em 2003



Fonte: Eurostat, 2003 (www.solidariedade.pt).

Um estudo da Comissão Europeia, em 2001 (www.solidariedade.pt – consultado a 15 de Setembro de 2009), afirmava que a maioria dos europeus tinha problemas em lidar com a deficiência, quer própria, quer alheia e *a quase totalidade dos europeus defende que os Estados deveriam investir mais recursos na remoção de barreiras arquitectónicas e implementar mais acções de sensibilização para a integração social das pessoas com deficiência, considerando que muitas vezes estas pessoas são excluídas da sociedade por falta de oportunidades ao nível do ensino e do emprego, conduzindo a situações de pobreza e exclusão social.*

Conforme os objectivos definidos na Cimeira de Lisboa (2007), a inclusão social das pessoas portadoras de deficiência ou com doenças crónicas é fundamental para o

cumprimento dos objectivos estipulados, promovendo assim, uma sociedade mais abrangente e não restritiva.

Com as metas estabelecidas, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho deu início a um estudo destinado a analisar as possibilidades de promover a inclusão social de pessoas com doenças crónicas, físicas e/ou mentais, seguindo os seguintes objectivos:

- promover o debate e orientar as políticas para a inclusão das pessoas portadoras de deficiência e com doenças crónicas (especialmente a população activa);

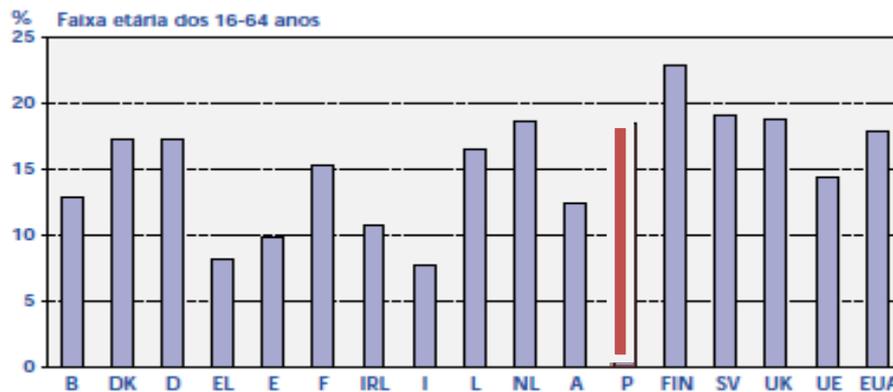
- analisar os problemas presentes nos diferentes grupos, nomeadamente, as barreiras à integração no mercado de trabalho;

- identificar iniciativas políticas em termos laborais, educacionais, habitacionais, transportes, entre outras áreas que possibilitem uma maior integração económica e social.

As conclusões que este estudo apresentou podem ser definidas do seguinte modo. Em relação à experiência dos doentes crónicos e das pessoas portadoras de deficiência, persistem barreiras à integração física, jurídica e administrativa dos grupos referidos; a maioria vive na pobreza; consideram uma pessoa portadora de deficiência ou com doença crónica como alguém que apenas precisa de assistência, não considerando outras áreas; a segregação é precoce, dado o facto de que definindo uma criança como sendo portadora de deficiência ou com uma doença crónica no ensino, gera uma maior exclusão para esta na sociedade normal, pois desde cedo estamos a “rotulá-la”, tornando-se num estereótipo pré-definido.

Em relação à incidência da deficiência e da doença conclui-se que cerca de 17% da população europeia (Figura 7), no geral, e cerca de 15% da população em idade activa é portadora de doenças crónicas ou de deficiência; apenas 6% da população activa requer prestações sociais atribuídas nos deficientes; cerca de ¼ dos novos pedidos de prestações sociais para deficientes estão associadas a doenças mentais; a deficiência é mais comum entre os operários.

Figura 7-Incidência da deficiência na Europa e nos Estados Unidos, em 2001



Fonte: Eurostat 2001, J. M. Mc Neil, 1994 e A. Bergeskog, 2001 in Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.

O estudo considera como desvantagens associadas o seguinte:

- os níveis de rendimento e de instrução baixaram;
- estigmatização e discriminação;
- o estatuto de emprego incerto, levando à insegurança no emprego/desemprego;
- no percurso da vida activa, a doença, os acidentes de trabalho e os factores socioeconómicos são factores que contribuem para o aumento da taxa de doença crónica e da deficiência dos 5% para os 40% em idade de reforma.

Além disso, o relatório apresenta as seguintes propostas para melhorar as políticas públicas:

- intensificar o diálogo a nível local e com os parceiros sociais;
- os representantes de grupos de pessoas com deficiência devem ter uma maior participação;
- integração da perspectiva da deficiência em todas as esferas políticas;
- acordo de “concepção universal de instalações” destinado a melhorar o acesso às mesmas;
- estabelecimento de critérios uniformes de concessão de prestações sociais por deficiência;
- integração das crianças com deficiência no ensino regular;
- avaliação sistemática das políticas nacionais neste domínio;
- estabelecimento de um código comunitário de boas práticas de “adaptação razoável” no emprego, ou seja, de medidas necessárias para adaptar o ambiente de trabalho à deficiência e à doença.

A deficiência nunca foi na sua totalidade devidamente analisada em nenhum país, no âmbito dos recenseamentos da população. Apesar do interesse geral manifestado por inúmeros países, a sua análise foi, no geral, incompleta.

Devido a esse facto, é necessária uma análise mais pormenorizada e cientificamente organizada para sabermos com exactidão o quantitativo de população portadora de deficiência, a sua repartição espacial e por tipos e graus de incidência.

2.2. Alguns dados a partir dos Recenseamentos Gerais da População

Em Portugal, o Recenseamento Geral da População de 2001, foi a primeira tentativa ensaiada com o objectivo de aferir a totalidade de pessoas portadoras de deficiência, incapacidade e desvantagem/*handicap*.

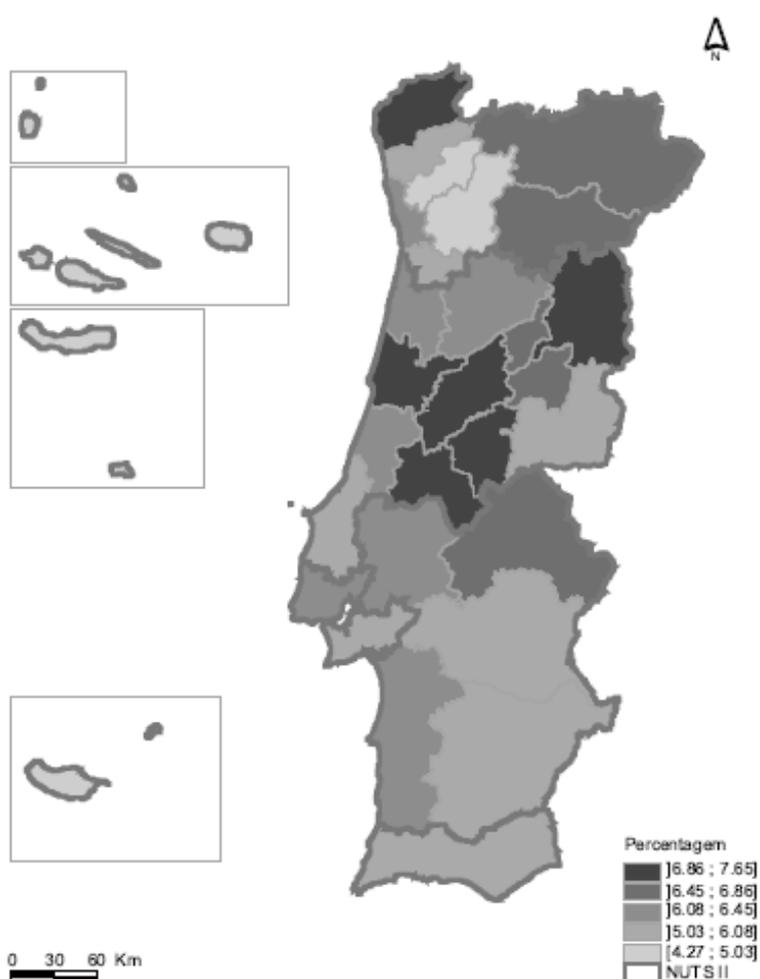
Os resultados preliminares apresentados pelo I.N.E. foram baseados nas classificações adoptadas pela O.M.S., nomeadamente, os défices visuais atribuídos a factores como a idade, os acidentes, as malformações congénitas ou as doenças infecciosas. Foi ainda criticado quanto à fiabilidade dos dados adquiridos, sendo considerados genéricos e pouco fiáveis, dado que estes foram obtidos através das respostas dos inquiridos, que na sua maioria não têm conhecimento técnico/científico e específico da sua condição, podendo não responder correctamente às perguntas apresentadas, o que poderá ser um problema para o objectivo deste recenseamento da população que foi o de saber a realidade da situação da população portadora de deficiência. O mesmo pode ser aplicado às estimativas efectuadas pelos responsáveis por organizações de reabilitação, das escolas e dos hospitais, dado que existem variações de avaliação, como por exemplo, as informações provenientes dos registos das maternidades sobre as malformações nas crianças aquando do seu nascimento.

Os resultados definitivos do Recenseamento da População de 2001 apuraram cerca de 636 059 pessoas portadoras de deficiência, de acordo com os critérios definidos pelo Instituto Nacional de Estatística. A análise dos resultados do Censo de 2001 não permite, contudo, ter uma perspectiva de evolução da população com deficiência em Portugal, em virtude de não haver resultados censitários exaustivos desde o X Recenseamento da População, em 1960, no qual foram apurados os indivíduos portadores de deficiência visual e os surdos-mudos, dificultando o estudo da evolução da população portadora de deficiência. Também não permite comparar estes dados com

outras fontes, devido às diversas metodologias que são utilizadas por estas, nomeadamente, o Inquérito Nacional às Incapacidades, Deficiências e Desvantagens e o Inquérito Nacional de Saúde.

Em 2001, as regiões do Centro e Lisboa apresentavam as taxas mais elevadas, mesmo até do que Portugal no seu conjunto, embora o grau médio de incapacidade mais elevado (59,2%) se tenha verificado no Minho-Lima, no Baixo Mondego e no Pinhal Norte, na Grande Lisboa, no Baixo Alentejo e na Região Autónoma dos Açores (Figura 8). O Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) contou 634 498 pessoas com deficiência recenseadas em Portugal. Este valor representa 6,1% da população total do país sendo mais elevada entre os indivíduos do sexo masculino (6,7% contra 5,6% da população feminina).

Figura 8-Distribuição da taxa de população portadora de deficiência em Portugal, em 2001



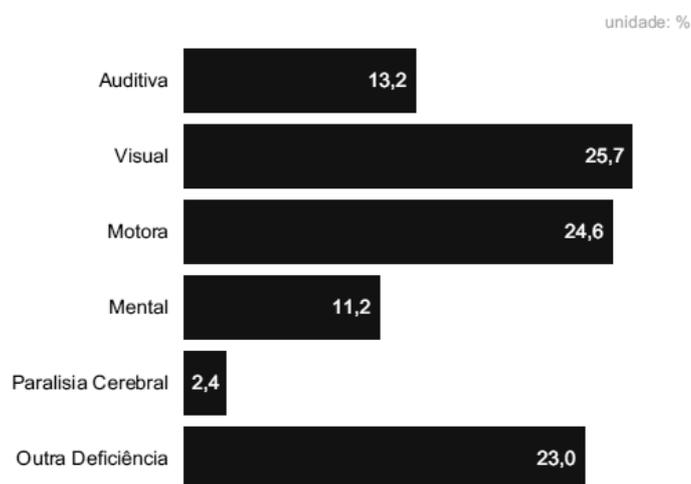
Fonte: I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

Como podemos constatar na Figura 9, a deficiência visual apresenta uma percentagem de cerca de 26%, sendo a percentagem mais elevada verificada e esta deficiência verifica-se mais nas mulheres (52,4%) do que nos homens (47,6%).

A deficiência motora é a segunda percentagem mais elevada, com cerca de 25% do total da população portadora de deficiência em Portugal, registando os homens uma percentagem mais elevada (56,9%) em relação às mulheres (43,1%).

A deficiência mental (11,2%) e a paralisia cerebral (2,4%) eram os tipos de deficiência menos representativos na população residente até à data do Censo de 2001.

Figura 9-Distribuição da população com deficiência, por tipo de deficiência em Portugal, em 2001



Fonte: I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

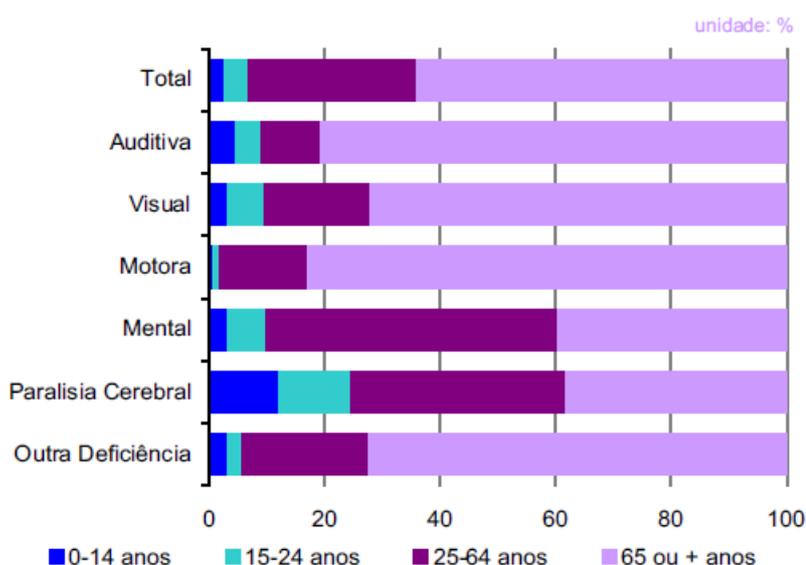
Por último, as outras deficiências contabilizavam 23,0% do total do grupo populacional em análise, também com uma proporção mais importante no sexo masculino (I.N.E., 2001). Devido às inúmeras deficiências existentes actualmente, não é possível defini-las uma a uma. Deste modo, foram agrupadas como o especificado na Figura 9, apenas separando as de maior destaque. A multideficiência encontra-se neste grupo, sendo que é possível a antologia de várias deficiências num indivíduo. É de compreender que um indivíduo com múltipla deficiência pode ser invisual, surdo-mudo e paralítico e não estar directamente ligado à deficiência mental, podendo ter ou não, esta última. Para o Recenseamento de 2001, o I.N.E. definiu “outras deficiências” como aquelas que não se incluem nas áreas acima indicadas (visual, auditiva, motora, paralisia cerebral). A título de exemplo, referem-se as pessoas com insuficiência renal, hemofilia,

lúpus, afasia, dislexia, mutismo, limitações da voz, laringectomizados, ostomizados, surdos-cegos, nanismo, gigantismo.

Ainda de acordo com o Recenseamento Geral da População de 2001, em cerca de 14% das famílias clássicas portuguesas, pelo menos uma pessoa era portadora de deficiência, subindo para os 66,8 % se forem incluídas as famílias institucionais (em cerca de 67% das famílias institucionais, pelo menos um membro é portador de deficiência) (I.N.E., 2002).

Da recolha de dados realizada (Figura 10), cerca de 4,4%, do total da população com deficiência vivia em famílias institucionais (*entende-se por família institucional o conjunto de indivíduos residentes num alojamento colectivo que, independentemente da relação de parentesco entre si, observam uma disciplina comum, são beneficiários dos objectivos de uma instituição e são governados por uma entidade interior ou exterior ao grupo*). Em comparação com o número de homens (3,2%), a proporção quanto ao número de mulheres é mais elevada (5,8%), segundo aquele Censo. É de assinalar que a maioria da população portadora de deficiência a residir em famílias institucionais é população idosa (acima dos 65 anos).

Figura 10-Distribuição da população portadora de deficiência a viver em famílias institucionais, por tipo de deficiência, segundo o grupo etário, em Portugal, em 2001



Fonte: I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

Verifica-se que a deficiência mental (50,5%) e a paralisia cerebral (37,1%), nas idades compreendidas entre os 25-64 anos, se destacam nas famílias institucionais. Segundo aquele Recenseamento, verificou-se que os indivíduos portadores de paralisia cerebral revelam ter uma maior propensão para a inclusão dentro das famílias institucionais.

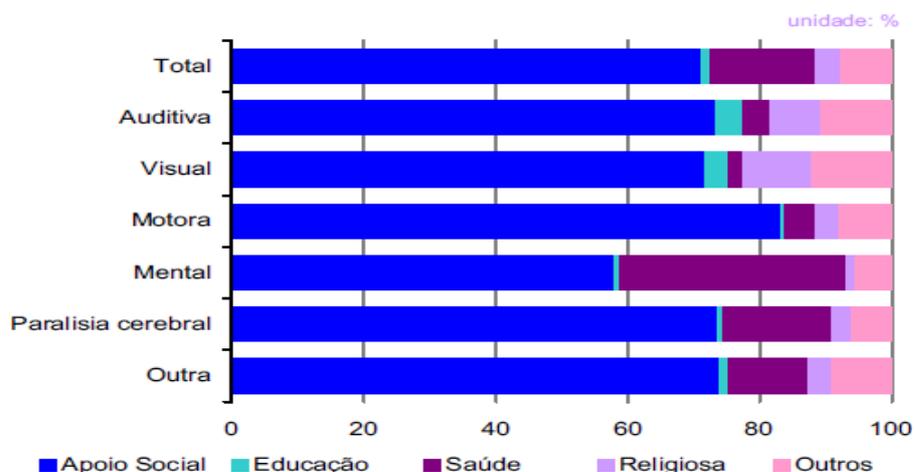
A percentagem dos indivíduos com idades inferiores a 24 anos é relativamente baixa, e devido à idade dos indivíduos, a maioria dispõe dos cuidados dos pais (cuidados informais), ao contrário dos indivíduos com mais idade, nomeadamente acima dos 64 anos que dispõem de maior cuidado e atenção dos cuidados e serviços institucionais.

A Figura 11 indica-nos que o principal tipo de residência da população portadora de deficiência a viver em famílias institucionais (cerca de 71%), são as instituições de “apoio social”, seguidas pelas instituições de “saúde” (16,1%), as instituições “religiosas” (3,6%) e os “alojamentos colectivos de outro tipo” (6%).

Os indivíduos portadores de deficiência predominam em alojamentos de apoio social, devido ao facto de que a maioria é bastante envelhecida, e por conseguinte, a prestação de serviços e cuidados é mais requerida.

De acordo com o Recenseamento Geral da População de 2001, os alojamentos incluídos na área da saúde têm um papel fundamental no respeitante aos indivíduos com deficiência mental, paralisia cerebral e outra deficiência.

Figura 11-Distribuição da população portadora de deficiência a viver em famílias institucionais, por tipo de deficiência e alojamento colectivo, em Portugal, em 2001



Fonte: I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

Verifica-se ainda que em famílias institucionais de carácter educacional, em relação às deficiências apresentadas, as pessoas portadoras de deficiência visual e auditiva revelam uma maior proporção.

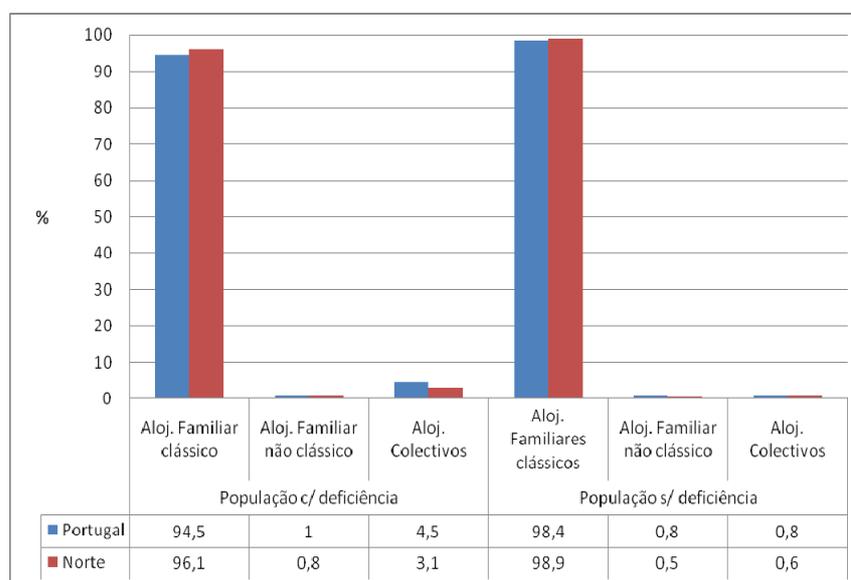
Segundo o referido Recenseamento, a maior parte da população com deficiência (94,5%) residia em alojamentos clássicos. A restante população repartia-se entre os alojamentos não clássicos (1,0%) e os alojamentos colectivos (4,5%).

Estas proporções eram praticamente idênticas às observadas para a população sem deficiência, com a diferença que esta registava uma proporção inferior de residentes em alojamentos colectivos (0,8%) em relação à dos alojamentos clássicos (98,4%).

2.3. Os deficientes na região Norte e no município de Braga com base no Recenseamento Geral da População de 2001

A região Norte apresenta valores semelhantes, já que a maioria da população portadora de deficiência, vive em alojamento familiar clássico (96,1%), mas apresenta uma percentagem inferior nos alojamentos colectivos (3,1%) comparativamente com os resultados de Portugal (4,5% - Figura 12).

Figura 12-População com e sem deficiência residente, segundo o tipo de alojamento, Portugal e NUTS II, em 2001

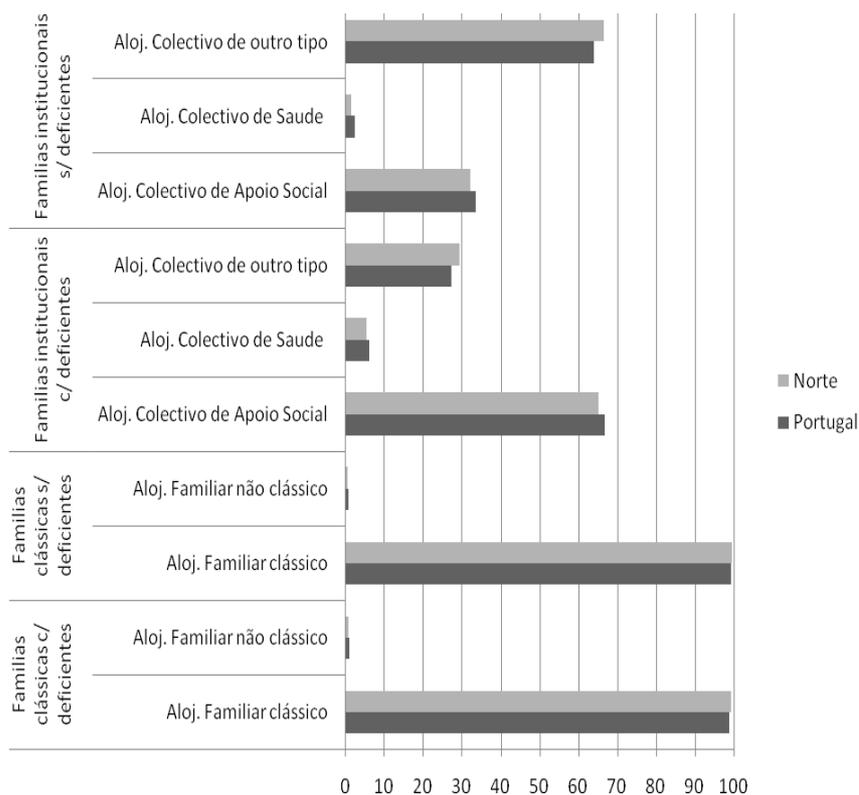


Fonte: Adaptado de Gonçalves, C. (2003), Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001, Revista de Estudos Demográficos, n.º 33, Lisboa, pp. 69-94. I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

Os tipos de alojamento colectivo mais comuns nesta população referem-se a instituições de apoio social em todas regiões (66,8% em Portugal). O número destas famílias a residir em convivências de apoio social é quatro vezes superior ao do mesmo tipo de famílias sem pessoas com deficiência, permitindo confirmar-se a importância deste tipo de alojamentos para a população com deficiência institucionalizada, sendo esta a grande diferença entre os dois tipos de família analisados.

De referir ainda que 6,1% das famílias institucionais com pessoas com deficiência residiam em instituições de saúde (Figura 13), e no caso das famílias institucionais sem pessoas com deficiência podemos constatar proporções elevadas nos alojamentos de outro tipo (cerca de 64%), bastante inferior às famílias institucionais com pessoas portadoras de deficiência (27,1%).

Figura 13-Famílias clássicas e institucionais, com e sem pessoas com deficiência, segundo o tipo de alojamento, Portugal e NUTS II, em 2001



Fonte: Adaptado de Gonçalves, C. (2003), Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001, Revista de Estudos Demográficos, n.º 33, Lisboa, pp. 69-94. I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

Concluindo, em Portugal, as pessoas portadoras de deficiência, constituem um grupo socialmente heterogéneo, cuja participação social pode ser condicionada, entre outros factores, pelas desvantagens geradas pela própria deficiência, pelos níveis sócio-educacionais e culturais atingidos e pelas oportunidades disponibilizadas pela sociedade em que se inserem. Por outro lado, o tipo de deficiência, nomeadamente, a deficiência sensorial, motora, mental ou outra, ou o grau de incapacidade imputado, podem limitar e dificultar o exercício da cidadania, a integração socioprofissional ou educacional e os níveis de participação social, conduzindo a situações de discriminação.

Grande parte das pessoas portadoras de deficiência recenseadas em 2001 apresentava deficiências do tipo visual e motor, além de que uma percentagem significativa da população apontou ser portadora de deficiências de *outro tipo*. Verifica-se que a população masculina é a mais afectada, nomeadamente quanto à deficiência motora. Por outro lado, confirmou tratar-se de uma população com uma estrutura etária muito envelhecida, em comparação com a população residente total, nomeadamente, em relação às pessoas portadoras de deficiência motora e auditiva.

A maioria das pessoas portadoras de deficiência inseria-se em famílias clássicas. Embora, o fosse para um número reduzido de pessoas, as famílias institucionais eram uma alternativa, sendo a sua maioria população idosa. Basicamente, a maioria das pessoas tinham preferência por instituições de apoio social, apresentando uma maior proporção em relação aos outros tipos de instituição, independentemente do tipo de deficiência. No entanto, as instituições de saúde registam um contributo importante entre as pessoas com deficiência mental.

A maior parte das famílias com pessoas com deficiência concentravam apenas um membro, constatando-se que a presença de duas ou mais pessoas com deficiência no mesmo núcleo familiar era mais forte quando se tratava da deficiência visual ou auditiva do que, por exemplo, da motora ou da paralisia cerebral.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.), a população residente no concelho de Braga cresceu consideravelmente de 1991 para 2001, passando de 143 595 para 164 370 habitantes. Em 2009, estimou-se a população em 177 183 habitantes (I.N.E., 2009). A percentagem de homens e mulheres tem sido constante ao longo dos anos, mediando entre os 48% para os homens e os 52% para as mulheres.

Na Figura 14 podemos constatar que no município de Braga, a maioria da deficiência não tem, em termos de doença, um grau de incapacidade atribuído, o que pode dificultar a reabilitação e tratamento dos indivíduos.

Segundo o grau atribuído inferior a 30%, a deficiência motora e a deficiência visual apresentam os valores mais elevados, sendo os seus valores muito próximos, seguidos por outro tipo de deficiências.

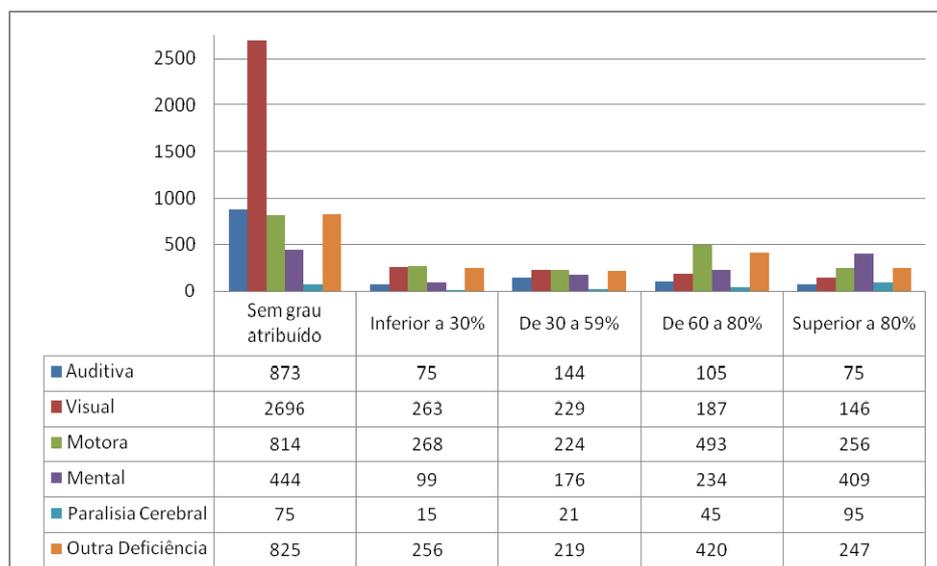
No grau de incapacidade entre os 30% e os 59%, quase todos os tipos de deficiência apresentam valores próximos, sendo os mais elevados a deficiência visual e a motora. Contudo, verifica-se que os portadores de paralisia cerebral têm uma baixa proporção em comparação com as restantes deficiências.

No grau de incapacidade entre os 60% e os 80%, a deficiência motora destaca-se mais, seguida por outro tipo de deficiências e pela deficiência mental. A paralisia cerebral continua a deter a proporção mais baixa.

No grau de incapacidade superior a 80%, destaca-se a deficiência mental, seguida pela deficiência motora e por outro tipo de deficiências. As deficiências que representam valores mais baixos são as deficiências auditivas e de paralisia cerebral.

De modo geral, as deficiências que se destacam mais, com maior expressão, são as deficiências motora e visual, e a que apresenta valores mais baixos nos diferentes graus analisados é a paralisia cerebral.

Figura 14-População residente com deficiência, segundo o tipo de deficiência e sexo, por grau de incapacidade atribuído, no município de Braga



Fonte: I.N.E., Recenseamento Geral da População de 2001, Lisboa.

2.4. A avaliação da deficiência em Portugal e no município de Braga através de outras fontes

2.4.1. O Projecto QUANTI

Entre Setembro de 1993 e Junho de 1995, o Secretariado Nacional de Reabilitação (S.N.R.), agora conhecido por Instituto Nacional de Reabilitação (I.N.R.), desenvolveu o projecto QUANTI em cooperação com o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) e com o Departamento de Estatística do então Ministério do Emprego e da Segurança Social (actualmente Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social). Contou ainda com o apoio financeiro da iniciativa Horizon da Comunidade Europeia. Este estudo teve duas componentes: o levantamento por amostragem estatística, do número e caracterização das deficiências, incapacidades e desvantagens e o levantamento dos recursos de reabilitação existentes.

Os dados apurados quanto à deficiência, permitiram concluir que existiam na década de noventa do século XX, em Portugal, 905 488 pessoas portadoras de deficiência (9,2%), e que segundo o inquérito, o valor era semelhante a outros estudos realizados em outros países da União Europeia.

No distrito de Braga, com uma população de 761 560 pessoas, 68 798 pessoas eram portadoras de deficiência, representando uma taxa de 9,0% e em relação ao total nacional contribuía com 0,7%.

No distrito de Braga, verificamos que existia uma diferença considerável entre pessoas sem problemas visuais/auditivos e as pessoas portadoras de deficiência visual/auditiva (Figura 15). Confirmamos ainda que a incapacidade da fala tinha menor prevalência em relação a outras incapacidades de comunicação.

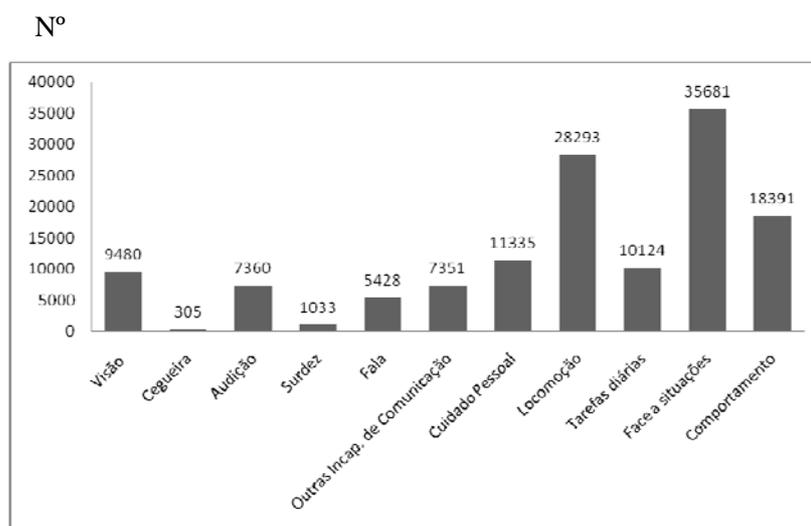
Segundo o mesmo inquérito, a ausência do cuidado pessoal ou a sua redução aumenta progressivamente, sendo mais visível na faixa etária acima dos 75 anos.

Foi considerada a locomoção da pessoa como sendo uma redução ou a incapacidade grave de realização de actividades relacionadas com a deslocação, quer do próprio quer dos objectos. No distrito de Braga, existiam 28 293 pessoas com esta incapacidade, sendo o segundo maior número de pessoas portadoras de incapacidade no distrito.

A incapacidade para realizar actividades da vida diária refere-se à redução severa ou à ausência de capacidade para realizar actividades quotidianas e tarefas referentes à actividade manual, sendo identificadas 10 124 pessoas.

A incapacidade face a situações refere-se a incapacidades que decorrem da dependência e da resistência física, a incapacidades face ao ambiente e a outras incapacidades face a situações físicas. No inquérito, foram incluídas ainda as pessoas com dependência de qualquer máquina externa de suporte de vida, como *pace-maker*, aspiradores, ventiladores respiratórios e rins artificiais (diálise) ou qualquer forma de aparelho electromecânico para a manutenção ou aumento dos potenciais de actividade. Foram identificadas 35 681 pessoas, sendo no distrito de Braga, o montante mais significativo, seguido pela incapacidade de locomoção e no comportamento, sendo que este último refere-se à incapacidade no plano educacional, à incapacidade referente à segurança pessoal e ao comportamento face a certas situações e às incapacidades de relacionamento no plano familiar e na actividade profissional, com 18 391 pessoas com incapacidades no comportamento (Figura 15).

Figura 15-Pessoas com diferentes incapacidades no distrito de Braga (1993-1995)



Fonte: Inquérito Nacional de Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (I.N.I.D.D.), 1993-1995.

Além da incapacidade, foi avaliada a deficiência sendo esta dividida e agrupada em cinco categorias: deficiências psíquicas, sensoriais, físicas, mistas e sem deficiência em especial, a fim de termos uma melhor perspectiva e avaliação pormenorizada da situação de deficiência.

Segundo o inquérito mencionado, os resultados encontrados revelam um valor global de 9,2% da população, próximo do de outros países europeus. Verifica-se que o

grupo das deficiências físicas apresenta valores mais significativos que as restantes deficiências, em todos os grupos etários superiores, com a excepção das deficiências sensoriais na faixa etária dos acima dos 75 anos.

Por outro lado, a proporção destas deficiências no grupo dos 3 aos 5 anos, assume um valor 5 vezes superior ao das restantes deficiências.

Segundo os resultados do inquérito de incapacidade, deficiência e desvantagem, é necessário referir que os valores relativos à deficiência apurados por este inquérito referem-se à percepção das pessoas inquiridas sobre a causa da incapacidade na qual se encontram actualmente e não a uma avaliação directa da pessoa inquirida. Este facto é importante dado não quantificar as pessoas portadoras de deficiência em Portugal na sua totalidade.

Avaliando especificamente cada deficiência (Quadro 1), podemos dizer que para este inquérito foram agrupados diversos tipos de deficiência, sendo estas as deficiências psíquicas, onde estão incluídas as deficiências intelectuais, as doenças mentais, as deficiências das funções gnósticas e práxicas; as deficiências sensoriais onde se incluem as deficiências da visão, da audição e da fala; as deficiências físicas incluem as deficiências ao nível dos órgãos internos (deficiência mecânica e motora dos órgãos internos, designadamente, deficiência da função cardiovascular e respiratória, deficiência da função gastrointestinal, deficiência da função urinária, deficiência da função reprodutora, ou outra deficiência dos órgãos internos), e ainda, as deficiências músculo-esqueléticas e estéticas da região da cabeça e do tronco, bem como as deficiências dos membros superiores e inferiores (défice funcional, ausência e malformação ou deformação); as deficiências mistas referem-se às deficiências cuja manifestação incide nos planos psíquico, sensorial e físico, incluindo a paralisia cerebral e a microcefalia; e por último, são incluídas as situações das incapacidades em que não foi possível identificar a deficiência de origem na categoria “sem deficiência em especial”.

Quadro 1-Distribuição das deficiências, por tipo e grupo etário, a que os inquiridos atribuíram as suas incapacidades

Grupo Etário	Deficiências Psíquicas	Deficiências Sensoriais	Deficiências Físicas	Deficiências Mistas	S/ Deficiência em Especial
0-2	1447	473	4149	413	501
3-5	1026	1700	7881	649	134
6-15	18092	11208	20279	2719	1467
16-24	17680	10999	24177	2079	2408
25-34	19288	10785	34727	904	2575
35-44	17332	13749	44597	2443	2544
45-54	15339	24001	72029	1694	1892
55-64	15919	36979	124793	4252	6426
65-74	11018	49584	134647	3038	6829
> 75	10150	160533	104372	7160	17513
Total	127291	320011	571651	25351	42289

Fonte: Inquérito Nacional de Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (I.N.I.D.D.), 1993-1995.

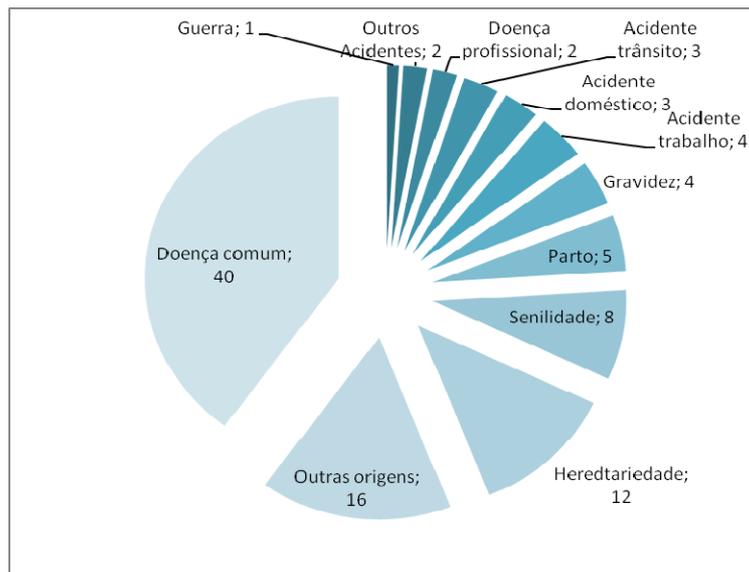
Segundo o Quadro 1, a população portadora de deficiência a partir dos 65 anos é a mais afectada, sendo mais representativa nas deficiências sensoriais e físicas.

Os grupos etários menos afectados compreendem-se nas idades até aos 5 anos, contudo verifica-se que existe uma considerável proporção quanto às deficiências físicas em relação às outras deficiências.

As deficiências sensoriais aumentam segundo o grupo etário, sendo que nos restantes tipos de deficiência não se verifica o mesmo, embora no caso das deficiências físicas aumenta no grupo etário dos 64-74 anos e depois começa a diminuir a partir dos 75 anos.

Relativamente às causas da deficiência utilizadas neste inquérito (Figura 16), foram incluídas onze causas prováveis para a origem da deficiência, permitindo através de uma análise descritiva, dentro do possível, integrar o conhecimento sobre as origens da deficiência na concepção e realização de medidas preventivas.

Figura 16-Causas da deficiência em Portugal (1993-1995)



Fonte: Inquérito Nacional de Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (I.N.I.D.D.), 1993-1995.

Verificamos que a maioria considera que a causa da sua deficiência foi devido a uma doença comum (40%). A hereditariedade é outra das causas apontadas para justificar a deficiência na qual a pessoa actualmente se encontra (12%).

As restantes causas apresentadas variam muito, desde os acidentes de vários tipos e motivos até problemas perinatais e pós-natais, sendo a sua percentagem mais reduzida em relação às restantes causas (Figura 16).

De acordo com a classificação internacional da O.M.S. (2004), uma desvantagem ou *handicap*, em termos médicos, é a condição social de prejuízo sofrida por um indivíduo, resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho de uma actividade considerada normal para um ser humano, tendo em atenção a idade, o sexo e os factores socioculturais do mesmo.

Para efeitos deste inquérito, foram adoptadas as categorias de desvantagem da classificação internacional da O.M.S., sendo estas:

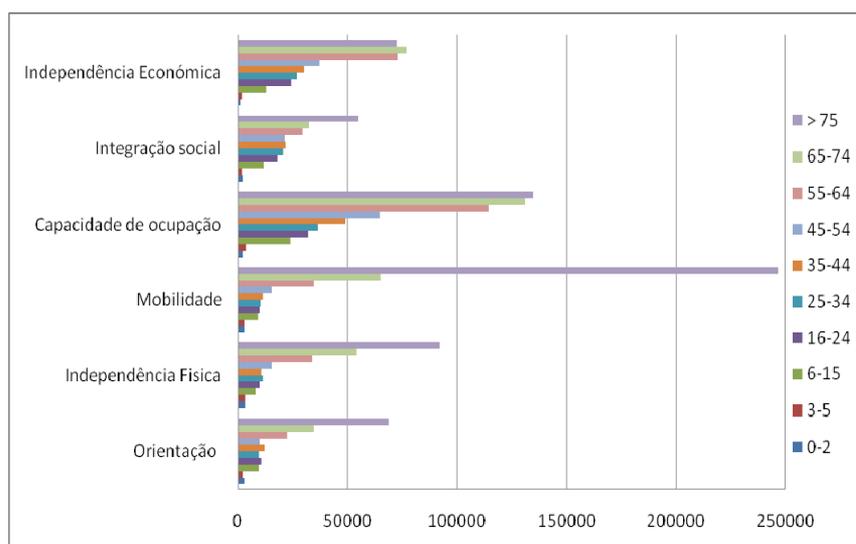
- a orientação (capacidade de um indivíduo para receber os sinais provenientes do meio circundante, assimilá-los e dar-lhes resposta adequada, existindo desvantagem quando esta é reduzida ou inexistente);
- a independência física (capacidade de um indivíduo para ser independente);
- a mobilidade (capacidade de um indivíduo para se deslocar no meio que o envolve);

-a capacidade de ocupação (capacidade que um indivíduo possui para utilizar o seu tempo de uma forma considerada normal, de acordo com o seu sexo, idade e cultura);

-a integração social (capacidade que um indivíduo tem para estabelecer e manter laços sociais);

-a independência económica (capacidade de um indivíduo para manter independência económica “normal”, segundo o grupo etário, o sexo e a cultura).

Figura 17-Distribuição das desvantagens, segundo grupos etários (1993-1995)



Fonte: Inquérito Nacional de Incapacidades, Deficiências e Desvantagens (I.N.I.D.D.), 1993-1995.

A análise dos resultados sobre desvantagens permite verificar uma tendência crescente segundo o grupo etário, verificando-se que a desvantagem mais frequente é a desvantagem na capacidade de ocupação.

Os resultados apresentados relativos aos indivíduos com idade inferior a 6 anos são tratados como desvantagens antecipadas, sendo que tinham sobretudo um carácter de projecção no respeitante à actual existência ou posterior existência de incapacidade ou deficiência, de acordo com os critérios e metodologias utilizados pelo inquérito em questão.

A análise das desvantagens associadas a deficiências e incapacidades revelou a existência de disparidades, relativamente às desvantagens na capacidade de ocupação, na independência económica e na mobilidade como sendo as mais frequentes.

Além das incapacidades, deficiências e desvantagem da população portuguesa, o inquérito resultante do projecto QUANTI, ainda adicionou uma outra vertente, sendo esta a reabilitação.

Segundo o então S.N.R., actual I.N.R., a reabilitação considera qualquer tipo de intervenção destinada a recuperar, em maior ou menor grau, a deficiência que afecta uma pessoa. Assim, consideram-se como reabilitação as técnicas ortopédicas, incluindo as intervenções cirúrgicas, os pesos correctores, os exercícios de marcha e os movimentos das extremidades, a cinesioterapia, a reeducação da linguagem, o reconhecimento do espaço ou a mobilidade para cegos, bem como os programas no âmbito da educação especial, da formação profissional e da integração laboral e social. Os dados obtidos são apresentados por grupos etários e pela integração laboral e social da pessoa portadora de deficiência. Verificou-se que existe pouca frequência de medidas de reabilitação (abaixo dos 50% de frequência de reabilitação), sendo esta situação considerada preocupante. Para este inquérito foram considerados os seguintes serviços de reabilitação: a reabilitação médico-funcional, a educação especial, a reabilitação profissional, a integração laboral e a integração social.

Segundo os grupos de deficiência considerados por este inquérito, no caso das deficiências psíquicas existe um predomínio da reabilitação médico-funcional no grupo etário da população activa (25-34 anos), embora seja superada pela educação especial no grupo etário dos 35-44 anos com 23,8%, que assume um papel relevante no quadro de reabilitação, nas idades compreendidas entre os 3 e os 44 anos.

A integração social apresenta um peso relativo em todos os grupos etários entre os 6 e os 74 anos, rondando os 10%. É de ainda salientar que a partir dos 75 anos, apenas se destaca a reabilitação médico-funcional com 88,5%.

Nas deficiências sensoriais, a educação especial tem um papel predominante ao longo de todos os grupos etários, sendo mais significativo no grupo etário dos 6 aos 15 anos com 34,6%. Quanto à integração social, apenas nos grupos etários dos 16 aos 24 anos (12,5%), dos 55 aos 64 (7,1%) e dos 65 aos 74 (5,6%) são relevantes, apesar dos valores relativos serem muito baixos, mesmo nestes grupos etários.

A reabilitação médico-funcional é de forma evidente a que mais se aplica às pessoas portadoras de deficiência física em todos os grupos etários. Verifica-se que o valor mais baixo, para este tipo de reabilitação, situa-se no grupo etário dos 16 aos 24 anos, onde verificamos que existe um equilíbrio entre os diferentes serviços de reabilitação considerados.

Quanto à integração social, não existe nenhum padrão de distribuição ao longo das diferentes faixas etárias. Já no caso da reabilitação médico-funcional, verificamos que a faixa etária acima dos 75 anos é superior aos outros tipos de reabilitação.

2.4.2. O Inquérito Nacional de Saúde

Em Portugal, o Inquérito Nacional de Saúde (I.N.S.), definido por ser um instrumento de medição da saúde que recolhe dados de base populacional, tem gerado estimativas sobre os estados de saúde e da doença da população portuguesa.

O primeiro I.N.S., em 1987, cobriu o continente (Portugal Continental), tendo a participação do *National Center For Health Statistics* (N.C.H.S.) dos Estados Unidos da América do Norte, mas a população que vive em instituições não foi incluída.

A dimensão e distribuição da amostra em relação ao Norte de Portugal continental em 1999, foi de 5664 unidades de alojamento, tendo em consideração as seguintes áreas:

- incapacidade temporária;
- incapacidade de longa duração;
- consumo de tabaco;
- doenças crónicas;
- saúde infantil;
- utilização de cuidados de saúde.

O erro de amostragem máximo foi de 5%, para estimativas anuais, em cada uma das cinco regiões administrativas (Ministério da Saúde, 2001).

A percentagem da população portuguesa que referiu ter deixado de fazer as tarefas habituais, segundo os dias de incapacidade em 1996 e 1999 aumentou, apesar de o mesmo não se verificar consoante o número de dias. Por exemplo, um indivíduo que esteja acamado durante 12 a 14 dias em 1996 apresentava 2,4%, e em 1999 subiu para 4,2%. No caso de um indivíduo acamado 9 a 10 dias em 1996 apresentava 0,2% e em 1999 subia apenas 0,1% (0,3%). O mesmo se aplica na locomoção ou mobilidade em ambos os sexos.

No caso da incapacidade de longa duração, tal como na incapacidade temporária aumentou entre 1996 e 1999, em todas as variáveis e em ambos os sexos. Verifica-se que a percentagem da população com problemas visuais, auditivos ou na linguagem

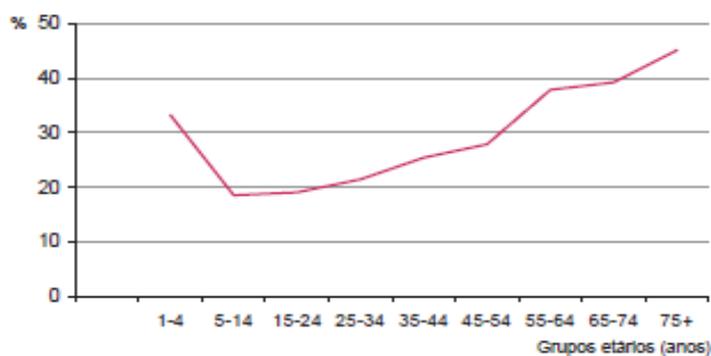
verbal aumentou entre os anos referidos, tal como em ambos os sexos (Ministério da Saúde, 2001).

No quarto Inquérito Nacional de Saúde (I.N.S.) realizado em 2005/2006, dentro dos vários temas que o inquérito abrange, podemos colocar a incapacidade de um indivíduo, sendo apenas apresentada a incapacidade temporária (Figura 18) e abrangendo pela primeira vez as regiões autónomas dos Açores e da Madeira.

Constatamos que 12% da população residente no continente apresentava uma incapacidade temporária, nas duas semanas anteriores à entrevista para o inquérito, tanto em 1998/1999 (terceiro Inquérito do I.N.S.) como em 2005/2006 (quarto Inquérito do I.N.S.). Cerca de metade deste grupo, referiu ter estado de cama devido a problemas de saúde. Concluiu-se ainda que em 2005/2006, 61% não ultrapassou os 3 dias de incapacidade, quando no anterior inquérito se verificou 55%.

A população residente em Portugal com pelo menos uma situação de incapacidade temporária por motivos de saúde apresentava 28,2% dos casos. A proporção de mulheres era de 31,8%, sendo superior à proporção verificada nos homens com 24,3%. Observou-se também que a proporção de situações adversas na faixa etária até 4 anos era razoavelmente elevada (33,2%), e que após um forte decréscimo no grupo etário subsequente, a população atingida aumentava até 45,1%, valor estimado para os residentes com 75 e mais anos (I.N.S., 2005-2006).

Figura 18-Proporção da população que referiu incapacidade temporária ou alteração do estado de saúde, Portugal, em 2005



Fonte: I.N.S., 2007.

2.5. Notas conclusivas

A União Europeia através do Eurostat criou e desenvolveu várias pesquisas e estudos sobre a pessoa portadora de deficiência, visando ter uma percepção da realidade deste grupo social que, na maior parte das vezes, é discriminado e excluído das actividades sociais. O *Europe in numbers*, divulgou vários estudos sobre a saúde da população em alguns países, apoiando-se em que é maior a qualidade de vida (período de tempo que uma pessoa saudável possui) de um indivíduo sem incapacidades e desvantagens, seja de que tipo for. Contudo, não especifica o mesmo para uma pessoa portadora de deficiência, incapacidade ou desvantagem. Além disso, os estudos não diferenciam os doentes mentais (internados em instituições de psiquiatria) e os deficientes mentais, sendo muitas vezes confundidos. Apesar de estes últimos terem um quociente de inteligência mais baixo que uma pessoa dita normal, não significa que sejam mentalmente desequilibrados.

Em Portugal, em 2001, o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.), aquando do Recenseamento Geral da População, começou a recolher dados sobre este grupo de pessoas. Não só o I.N.E. fez uma recolha de dados sobre a população portadora de deficiência, mas também várias outras entidades desenvolveram inquéritos relacionados com a saúde e a reabilitação de uma pessoa portadora de deficiência, incapacidade ou desvantagem. Em 2001, foram diagnosticadas 634 498 pessoas com deficiência, representando cerca de 6% da população do país, e no caso da cidade de Braga, apresentava uma percentagem de 6,3%. Quanto à região Norte, a percentagem apresentada em 2001 era menor do que a do país (5,9%).

Capítulo 3. Dificuldades de comunicação nalguns tipos de deficiência e quadro legislativo de apoio

A partir de 1962, as dificuldades de aprendizagem associadas às crianças eram definidas por ter um atraso, desordem ou imaturidade num ou mais processos da linguagem falada, da leitura, da ortografia, da caligrafia ou da aritmética. Isto resultava de uma possível disfunção cerebral e/ou distúrbios de comportamento e não de uma privação sensorial, de uma privação cultural ou de um conjunto de factores pedagógicos.

Segundo Bárbara Bateman, em 1965, as dificuldades de aprendizagem referiam-se às crianças que apresentavam uma discrepância significativa entre o seu potencial intelectual estimado e o actual nível de realização escolar, discrepância essa que estava relacionada essencialmente com desordens básicas do processo de aprendizagem e que podia ser ou não causada por disfunção do sistema nervoso central. No entanto, a discrepância não era causada por um distúrbio global de desenvolvimento ou provocada por perda sensorial.

Actualmente, nos E.U.A., as dificuldades de aprendizagem são definidas pela Lei Pública Americana apresentada em 1975 (P.L. 94/142 de 1975), tornando a sua definição bastante polémica.

O termo “dificuldades de aprendizagem específicas” é apresentado como sendo uma desordem num ou mais dos processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão ou utilização da linguagem falada ou escrita que pode manifestar-se por uma aptidão imperfeita de escutar, pensar, falar, escrever, soletrar ou fazer cálculos matemáticos. Ainda inclui condições como dificuldades de percepção, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia de desenvolvimento. Contudo, o termo não engloba as crianças que têm problemas de aprendizagem resultantes essencialmente de deficiências visuais, auditivas ou motoras, de deficiência mental, de perturbação emocional ou de desvantagens ambientais ou socioculturais.

No nosso quotidiano, existem sempre situações embaraçosas que se sucedem devido à nossa dificuldade em comunicar, daí ser importante aprender métodos que nos possibilitam evitar situações constrangedoras.

O mesmo se aplica quando as crianças tentam comunicar umas com as outras, e que dependendo do método de aprendizagem, utilizará a melhor forma de comunicar com os

outros. Na presente investigação, além de falarmos da deficiência mental ou atraso mental sumariamente, preocupamo-nos especificamente, com as doenças associadas por esta implicada, nomeadamente, a paralisia cerebral e a multideficiência. Por conseguinte, os restantes problemas no que diz respeito à comunicação são, na presente dissertação, apenas referidos sucintamente.

Verificam-se problemas de comunicação em diversos casos, sendo alguns deles os seguintes:

-linguagem – dificuldade de comunicar através da fala e da escrita; *um sistema usado por um grupo de pessoas para dar significado a sons, palavras, gestos ou outros símbolos, permitindo-lhes comunicar entre si. Pode ser oral, escrita ou gestual, pois a comunicação pode revestir de várias formas* Ministério da Educação (1990: 122, 123);

-audição – a privação ou redução de audição trará grande dificuldade na linguagem oral e na fala;

-visão – a privação ou redução de visão obstruem a recepção de comunicação não-falada e ainda impossibilidade de constatar a realidade que rodeia a criança;

-movimento ou psicomotoras – dificuldade no acesso à comunicação e no início da comunicação com os seus semelhantes;

-comportamento/Relação social – dificuldade de expressar os sentimentos e de interagir com os outros;

-desenvolvimento intelectual – diferença na percepção, na compreensão e transmissão da realidade como obstáculo à comunicação (Ministério da Educação, 1990: 122, 123);

-sensoriais;

-autonomia.

3.1. Atraso Mental

Em 1941, Doll (citado em Reis e Peixoto, 1999) define 6 critérios adequados à definição de atrasado mental, sendo estes a incompetência social, a sub-normalidade mental, o desenvolvimento, a maturidade e a origem constitucional. A terminologia e classificação do atraso mental da Associação Americana para a Deficiência Mental (A.A.M.D.), que foi sofrendo alterações ao longo do tempo (1961 e 1992), em 1992 considerava que o atraso mental se refere *a um funcionamento intelectual geral muito abaixo da média, que coexiste com deficiências na conduta adaptativa e manifesta-se durante o período do desenvolvimento.*

Mais tarde, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), reforçou a relação entre adaptação e aprendizagem, abordando a deficiência mental como correspondendo ao funcionamento intelectual geral inferior à média. Esta situação tem origem no período de desenvolvimento e está associada a uma modificação do ajustamento ou da maturação, ou dos dois na aprendizagem e no processo de socialização (Ajuriaguerra, 1974).

A deficiência mental ou atraso mental refere-se a dificuldades que a criança apresenta como, por exemplo, ao facto de esta não assimilar informação primária ou de não entender a mesma (*e.g.*, falar correctamente, perguntar algo que não entenda, não assimilar conhecimentos básicos).

Ter um atraso mental não significa necessariamente estar relacionado com a não utilização de um dos sentidos como o caso da visão, da audição e/ou do movimento. Um indivíduo pode ter um ou vários tipos de deficiências (multideficiência), o que não significa necessariamente que tenha um atraso mental. Apesar de não existir uma relação entre ambos, podem existir casos únicos, em que o cérebro é afectado, tal como os membros, sejam eles inferiores ou superiores, tornando difícil o indivíduo assimilar informação básica (conhecimento). Por exemplo, uma criança que nasce normal, ao contrair uma meningite, pode afectar os membros e o cérebro. Neste caso, a criança pode aprender mas só nessa fase de crescimento e desenvolvimento e numa fase mais adulta, tornar-se mais difícil o processo de aprendizagem.

3.2. O caso específico da paralisia cerebral

O termo “paralisia cerebral” está associado a uma pessoa com uma disfunção motora causada por uma lesão encefálica não progressiva, ocorrendo antes, durante ou depois do parto (Cuberos, *et al.*, 1997). Tem diversos sintomas associados, tais como, a alteração da função neuromuscular com défices sensoriais (nomeadamente, fala, visão e audição), a dificuldade de aprendizagem intelectual e os problemas emocionais.

Segundo Cahuzac (1985), a paralisia cerebral é definida como uma desordem permanente e não imutável da postura e do movimento, devida a uma disfunção do cérebro antes que o seu crescimento e desenvolvimento estejam completos.

Este autor esclarece ainda os seguintes pontos essenciais:

- é uma desordem permanente que, apesar de tudo, não é evolutiva;
- não é imutável, sendo assim, susceptível de melhoras;

-não está directamente ligada a perturbações mentais, sendo que, a perturbação predominante é a motora;

-pode surgir durante todo o período de crescimento cerebral, sem a necessidade de referência etiológica específica.

As causas aplicadas e associadas à paralisia cerebral são demasiado complexas e variadas, assemelhando-se aos tipos clínicos existentes. Embora a hereditariedade (base genética) seja excluída como factor-causa, na maioria dos casos, os factores exógenos ao cérebro da criança têm um papel fundamental. Todavia, a sua etiologia é de origem desconhecida, o que dificulta a precisão da causa da paralisia cerebral.

A proporção da etiologia de um paciente com paralisia cerebral depende das condições em que esta decorreu, sendo que 50% dos casos deve-se a situações pré-natais (Cuberos, *et al.*, 1997), cujas causas se devem a infecções intra-uterinas (especialmente virais), intoxicações (*e.g.*, agentes tóxicos, medicamentos), exposição a radiações e às toxemias. Em situações perinatais, cerca de 33% dos casos são causados por hipoxia ou anoxia, por prematuridade da criança associada a uma hemorragia intraventricular, por traumatismos mecânicos de parto e da placenta prévia. Nos casos pós-natais, cerca de 10% tem maior incidência de incompatibilidade sanguínea fetomaterna e pode causar uma icterícia no recém-nascido (Cuberos, *et al.*, 1997). A encefalite e a meningite, os problemas metabólicos, os traumatismos crânio-encefálicos e a ingestão de substâncias tóxicas, como por exemplo o chumbo, são causas em casos pós-natais. Ainda existem outras etiologias que são causadas por outros factores representando cerca de 7%. As percentagens apresentadas são baseadas numa análise feita pelos intervenientes que contribuíram para as Necessidades Educativas Especiais, nomeadamente, sobre a deficiência motora no caso da paralisia cerebral.

Devido aos inúmeros factores, alguns deles anteriormente referidos, é necessário prevenir com antecedência, com o fim de atenuar os efeitos da doença, o seu desenvolvimento e progressão, com o objectivo de assegurar uma reabilitação eficaz e uma inserção na sociedade. Dois tipos de prevenção são necessários: uma prevenção primária (no período pré-natal) e uma prevenção secundária (no caso de a primeira intervenção não ser eficaz, ou seja, intervir no período pós-natal).

Várias são as possíveis deficiências associadas numa criança portadora de paralisia cerebral. Devido à multiplicidade de funções inter-relacionadas, uma lesão cerebral pode afectar uma ou diversas funções do cérebro. Verificamos que as perturbações

ligadas à motricidade de um ser humano podem afectar ou alterar outras funções, nomeadamente, a linguagem, a audição, a visão, a inteligência, a personalidade, a atenção e a percepção, também chamadas de dificuldades de comunicação como foram anteriormente referidas.

Em relação às dificuldades na linguagem, a criança pode ter dificuldades em exprimir-se, como por exemplo, na execução de mímica ou de gestos e nas palavras. Pode ainda apresentar problemas no sistema digestivo, o que implicará dificuldades, por exemplo, em mastigar, em engolir, em beber, a balbuciar. Os problemas na linguagem expressiva provocados por espasmos dos órgãos respiratórios e fonatórios, originam dificuldades na fala, e podem modificar a voz ou a ausência da mesma, ou ainda, causar gaguez. Os problemas na linguagem compreensiva são muito mais significativos podendo ser causados por perturbações auditivas, lesões suplementares das vias nervosas, a falta de estimulação linguística ou devido à existência de modelos linguísticos insuficientes. Geralmente, a maioria das perturbações não são isoladas na paralisia cerebral, mas sim, associadas (Cuberos, *et al.*, 1997).

No respeitante aos problemas auditivos na paralisia cerebral, estes apresentam-se em maior número e com diversas causas na população em geral, devido à icterícia neonatal, à virose no sistema nervoso central, a sequelas de meningoencefalite, às encefalopatias pós-rubéola (Cuberos, *et al.*, 1997). Distinguem-se pelas dificuldades na transmissão do som, na percepção do mesmo ou pela combinação de ambas. É pouco frequente que os problemas auditivos provoquem uma surdez profunda, podendo ser parcial e ligada com a recepção de sons agudos, tendo dificuldade em ouvir certos fonemas, sendo exemplo, os fonemas sibilantes.

As dificuldades auditivas associadas à paralisia cerebral estão ligadas às perturbações motoras dos membros superiores, ao mau controlo da cabeça e à presença de movimentos desajustados, podendo dificultar o diagnóstico da sua capacidade auditiva, causando confusão com o conceito de deficiência mental e levando a um diagnóstico errado. Daí que é necessário um diagnóstico que se adapte às características de cada indivíduo. A avaliação auditiva deve ser feita logo que as anomalias se verifiquem, dado que um diagnóstico tardio pode ter repercussões negativas no desenvolvimento da criança, nomeadamente, na linguagem (Bautista, 1997: 297-298).

Em relação às dificuldades visuais, verifica-se a presença de uma patologia visual, na qual os problemas óculomotores são os mais frequentes. Podemos agrupar as

deficiências usuais associadas da seguinte forma: problemas de motilidade (estrabismo e nistagmos); de acuidade visual e do campo de visão; de elaboração central.

Existem casos de alteração da coordenação insuficiente em ambos os olhos e dupla imagem, podendo levar a que a criança apenas utilize um olho, conduzindo à perda da noção de relevo.

No respeitante aos problemas de desenvolvimento intelectual, o facto é que nem sempre uma lesão cerebral afecta a inteligência de um indivíduo. Nas crianças com uma deficiência ligeira ou gravemente afectadas, podem existir casos de inteligência normal ou mesmo um nível intelectual mais baixo.

A intervenção precoce numa criança com estes problemas diminui a incidência de deficiência mental associada nas crianças afectadas por paralisia cerebral.

No que diz respeito aos problemas de personalidade, as crianças com paralisia cerebral tendem a ser muito sensíveis, sendo que o controlo emocional é menor quando existe deficiência mental associada (exemplo das mudanças de humor ou humores simultâneos como chorar e rir ao mesmo tempo, sem motivo aparente).

As crianças que sofrem do tipo espástico manifestam falta de vontade relativamente a actividades físicas que exigem mais esforço. Uma intervenção precoce nestes casos permitirá à criança adquirir um hábito em relação a actividades do género, evitando que estas fiquem preguiçosas e sem vontade de praticar actividades.

Quanto aos problemas de atenção, existem diversos casos em que a criança tem grande dificuldade em estar atenta, distraíndo-se facilmente, e ainda reacções exageradas perante estímulos insignificantes.

Por último, os problemas de percepção são condicionados pelos problemas sensoriais, nomeadamente os problemas auditivos e os visuais, e ainda, os problemas motores.

As crianças portadoras de paralisia cerebral com problemas perceptivos associados têm dificuldade na elaboração dos esquemas de percepção (esquema corporal, orientação e estruturação espaço-temporal, lateralidade, entre outros exemplos). Os seus movimentos são lentos e descoordenados, o que impossibilita ter o mesmo ritmo de crianças sem paralisia cerebral, podendo ainda ter repercussões no processo de aprendizagem da criança portadora de paralisia cerebral.

A falta de orientação e de descoordenação causa na criança mais insegurança (na maioria das vezes devido à excessiva protecção dos pais), o que implica esta ter medo e falta de curiosidade em explorar o mundo que a rodeia.

O tratamento da paralisia cerebral deve começar desde o início do diagnóstico e considerando a idade da criança, ou seja, quanto mais jovem for a criança, maior será a facilidade da sua adaptação ao tratamento. Assim, qualquer problema ou dificuldade que a criança revele desde o início, poderá ser tratado adequadamente.

Deve ser ainda englobado em diferentes aspectos, conforme as dificuldades/problemas que a criança apresente, nomeadamente quanto à motricidade, terapia da fala e ocupacional, problemas de âmbito sensorial (audição e visão, como exemplo), e ainda a utilização de próteses ou outro material ortopédico, caso seja necessário.

Para a eficácia e eficiência deste tratamento, é necessário uma equipa multidisciplinar qualificada nos diferentes problemas/dificuldades atrás referidos, sendo que o tratamento deve ser seguido a curto, médio ou longo prazo, conforme as dificuldades ou problemas adquiridos pela criança (Cuberos, *et al.*, 1997).

3.3. O caso específico da multideficiência

A multideficiência é difícil de avaliar dado não existir abundante bibliografia sobre o tema, correndo o risco de nos tornarmos repetitivos, citando autores que desenvolvem trabalhos sobre as deficiências: sensoriais, físicas ou psíquicas. Apesar de não existirem muitos estudos sobre o assunto, a deficiência com doenças associadas é muito comum. Por isso é necessário, sobretudo para as mulheres, tomar as devidas precauções quando pensam em engravidar. Por exemplo, ter as vacinas em dia e realizar consultas regulares de ginecologia. Após a gravidez é necessário tomar também precauções, pois o facto de uma criança nascer de termo, não impede que a criança possa ser infectada por alguma doença (*e.g.*, meningite).

A multidificiência deve ser encarada como um conjunto de duas ou mais incapacidades ou diminuições, quer de carácter do foro físico, psíquico ou sensorial. A síndrome dismórfico ou polimalformativo é um dos exemplos (Bautista, 1997).

Existe uma diferença entre deficiências associadas (*e.g.*, uma pessoa com deficiência psíquica, física ou sensorial com traços dismórficos) e sintomas associados (*e.g.*, uma pessoa com deficiência psíquica, com dislalias, deterioração psicomotora e problemas de comportamento, ou uma pessoa invisual com um défice intelectual e psicomotor como consequência da sua deficiência visual e devido à falta de estímulo).

A deficiência associada, na qual pode existir uma deficiência predominante e as restantes serem secundárias, é caracterizada por:

- a existência simultânea de duas ou mais deficiências (física, psíquica, sensorial) na mesma pessoa;
- as deficiências não tem nenhuma relação de dependência entre si, ou seja, uma não condiciona a outra;
- a etiologia pode ser pré-natal (sendo esta genética ou não) ou perinatal.

Vários são os tipos de deficiência associada. Seguidamente iremos enumerar alguns deles, onde temos a combinação de deficiências sensorial, psíquica e física:

- deficiência física/deficiência psíquica (*e.g.*, paralisia cerebral e deficiência mental, que podem ser originados pelo síndrome de sofrimento cerebral do recém-nascido);
- deficiência psíquica/deficiência sensorial (*e.g.*, deficiência mental e surdez, que podem ser originados pela rubéola congénita);
- deficiência física/deficiência sensorial (*e.g.*, síndrome dismórfico com alterações oculares, que podem ser originados por síndromes polimalformativos com alterações sensoriais);
- deficiência física/deficiência psíquica/deficiência sensorial (*e.g.*, deficiência mental com alterações orgânicas e défice visual, que podem ser originados por determinadas cromossomopatias) (Bautista, 1997).

As causas para a multideficiência são as mesmas que se encontram na deficiência em geral: causas genéticas, pré-natais, perinatais, pós-natais e ambientais. Existem diversas patologias na deficiência associada, e as mais comuns são:

- cromossomopatias (quadros malformativos, malformações orgânicas graves, alterações físicas relacionadas com o crescimento e o tónus muscular, atraso psicomotor, deficiência sensorial [visão, audição] e atraso mental);
- síndromes malformativos múltiplos (problemas devido ao atraso do crescimento, deficiência física, psíquica ou sensorial e diagnóstico clínico);
- rubéola congénita – a mais comum das infecções de etiologia pré-natal (pode causar cataratas, microcefalia e atraso mental, surdez, cardiopatia congénita – malformações primárias ou síndrome de Gregg; hipocrescimento, meingocele, hidrocele, alterações genitó-urinárias, alterações do desenvolvimento dentário, manifestações oculares – malformações secundárias) (Bautista, 1997).

3.4. Legislação internacional

Numa sociedade inclusiva, cada um deve fazer parte integrante da mesma e a todos deve ser concedido o direito de ser incluído. A garantia de tal direito é um dever colectivo, devendo ser considerado por aqueles que estão directamente ligados à orientação das mudanças sociais na sociedade, nomeadamente, na educação, na assistência médica, no planeamento urbanístico, entre outras áreas que possam ser modeladas adequadamente, segundo a necessidade de todos.

O direito à igualdade de oportunidades está consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e deve aplicar-se a todos e para todos, definindo as pessoas de igual forma sejam elas “normais” ou com necessidades especiais.

O avanço provocado pela inclusão encontra-se no movimento bilateral, onde tanto a pessoa portadora de deficiência como a sociedade, procura meios de resolver os problemas, buscando conjuntamente a equiparação de oportunidades para todos, respeitando as necessidades de cada um, como já foi antes referido.

Assim, considera-se inclusão um processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, nos seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades educacionais especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir os seus papéis na sociedade (Sasaki, 1997: 41). Os princípios da inclusão, nos quais se baseia Sasaki (1997), são os seguintes: aceitação das diferenças, valorização do indivíduo, cooperação e convivência com a diversidade.

Por isso, é necessário abandonar rótulos, conceitos existentes e preconceitos formulados, reflectindo e concretizando acções em busca de um ambiente cívico adequado para todo e qualquer indivíduo.

A inclusão tem o imperativo de moldar de imediato e a vontade de um futuro antecipado, contudo apenas se poderá verificar num futuro próximo os resultados dessa mesma inclusão, unindo o inventivo e o imaginativo, a fim de realizar um desejo futurista.

Ao longo da história verificaram-se práticas de exclusão social, mas por outro lado, também a inclusão social, como no final do séc. XVIII, onde surgem as primeiras instituições especializadas, permitindo à sociedade “aliviar-se” dos “problemas” de pessoas com necessidades especiais. Surgem ainda os cuidados e assistência médica, e apesar do que os progressos permitiram ajudar a sociedade com necessidades especiais, a segregação e a discriminação tornaram-se cada vez mais evidentes até ao séc. XX.

Os factores económicos, socioculturais são relevantes, considerando que nem toda a população com necessidades especiais possuiu um nível económico rentável e capaz de suportar as despesas requeridas, e ao longo da história, diferentes perspectivas foram evidenciadas.

Como já mencionámos antes, após a Segunda Guerra Mundial, os países mais desenvolvidos, criaram uma entidade representativa da maioria dos países conhecida por Organização das Nações Unidas (O.N.U.), que levou numerosos países a se preocuparem mais com as pessoas mais necessitadas, não apenas com pessoas portadoras de deficiência, mas também aspectos que implicavam a pobreza, a fome, levando ao surgimento de acções humanitárias e ao aparecimento de instituições não-governamentais. Temos como exemplo, a E.N.A.B.L.E. (Organização das Nações Unidas para Pessoas com Deficiência), a U.N.E.S.C.O. (Organização das Nações Unidas para a Educação, para a Ciência e a Cultura) e a Handicap Internacional, que actualmente estão espalhadas por diferentes países. Tais problemas afectam toda a sociedade, independentemente do país em que se encontre o problema, facto este que levou à aprovação dos 8 Objectivos do Milénio, já antes referidos.

Em 1962, nos Estados Unidos foi criada a secção presidencial sobre a deficiência mental segundo a qual *todas as pessoas têm capacidade de exercer actividades quotidianas. A ciência moderna e as actividades nas nossas instituições sociais têm vindo a demonstrar que muitas das pessoas portadoras de deficiência, não defendem de outros para as suas actividades quotidianas, sendo autónomos em casos de os mesmos terem uma educação adequada, reabilitação e serviços de aptidão, nomeadamente, orientação, colocação e aconselhamento* (importância da igualdade de oportunidades, da área vocacional e auto-estima - ANACR, 1970: 495).

Em 1965, surge a Normalização, surgindo anteriormente na Dinamarca, a partir da qual foram criados programas, ainda que devido a falta de verbas, tornou a sua acção insustentável, e ainda a tentativa de integrar pessoas portadoras de deficiência em escolas regulares. Mais tarde, em 1970, surge a Associação Nacional para a Atenção de Cidadãos Deficientes.

Em 1975, surge nos Estados Unidos, a Lei n.º 94/142 que atribuiu direitos iguais para todos a nível educacional, incluindo, evidentemente, o cidadão com necessidades especiais, tendo grande impacto a nível mundial.

Para combater a segregação, começou-se a pensar na integração do cidadão com necessidades especiais, em termos educacionais, verificando-se que todas as crianças

tem características, interesses, capacidade e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias, ou seja, toda a educação é especial, variando apenas a sua especialidade.

Surge o termo N.E.E. (Necessidades Educativas Especiais) com a sequência dos movimentos de integração e inclusão, respondendo ao princípio da democratização.

Em 1973, a Associação Americana Nacional para Cidadãos Retardados referiu-se à Normalização como um *processo de ajuda ao deficiente, no sentido de garantir, as condições de existência o mais próximo do normal possível, tornando-lhe disponíveis os padrões e as condições da vida quotidiana, o mais próximo das normas e dos padrões da sociedade (...)* (Reis, 1999: 45).

É ainda, posto em causa o papel exclusivo do diagnóstico médico e do diagnóstico psicológico, a nível educacional, sendo uma controvérsia que evoluiu ao longo da história.

O processo de integração do cidadão portador de deficiência pretende ainda formar um desenvolvimento progressivo de recuperação dos deficientes, nomeadamente, em relação aos determinantes internos e aos determinantes envolventes. Estes últimos estão relacionados com a Individualidade (perspectiva pedagógica que tem por objectivo atender educativamente às características e particularidades de cada aluno), à própria criança, ao seu poder e capacidade para desempenhar um papel activo e estruturante nas interacções que estabelece com o envolvimento social.

Nos Estados Unidos e na Inglaterra, surgem o PL 94-142 (1975) – Acto de Educação de todas as crianças deficientes – e o *Warnock Report* (1978) – que reforçou a aprendizagem escolar de um currículo ou de um programa, visando o enfoque sobre o modelo educativo ao invés do modelo médico-pedagógico.

A Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas (1983/1992) é um marco importante para as pessoas portadoras de deficiência.

Em 1992, o dia 3 de Dezembro foi declarado como sendo o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência, segundo a Resolução A/RES/47/3 pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas.

A Declaração de Salamanca (U.N.E.S.C.O., 1994) foi outro marco importante nos direitos do cidadão portador de deficiência, definindo o seguinte:

- toda a criança tem o direito fundamental à educação, com oportunidade de conseguir e manter um nível aceitável de aprendizagem;
- toda a criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem próprias;

- os sistemas educativos devem ser planeados posteriormente tal como os programas educativos implementados, tendo em conta a vasta diversidade das características e necessidades da criança;

- todas as crianças e jovens com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas regulares adequadas, através duma pedagogia centrada na criança, capaz de ir ao encontro das necessidades da mesma;

- as escolas regulares, seguindo orientação inclusiva, são instrumentos capazes para combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades abertas e solidárias, construindo uma sociedade inclusiva e atingindo a educação para todos; sendo capazes de proporcionar uma educação adequada à maioria das crianças e promover a eficiência, numa óptima relação custo-qualidade, de todo o sistema educativo.

Ocorreram diversas mudanças a diversos níveis, valorizando a educação considerada como uma mudança positiva, e ainda a integração como *Normalização conjunto de ideias que reflectem as necessidades sociais e aspirações de indivíduos atípicos na sociedade* (Braddock, 1977: 4).

A legislação referente aos cidadãos portadores de deficiência a nível mundial tem progredido e sendo desenvolvida, como pudemos constatar anteriormente com o *Warnick Report* e a Declaração de Salamanca. Além destes, temos legislação a nível desportivo, como o exemplo da Carta Internacional da Educação Física e Desportos de 1978 e a *Fédération Internationale d' Education Physique* (F.I.E.P.), fundada em 1923 e considerado o mais antigo organismo desportivo internacional. Este último organismo defende que a educação física deve ser utilizada na luta contra a discriminação e a exclusão social de qualquer tipo, democratizando as oportunidades de participação das pessoas, com infra-estruturas e condições favoráveis e acessíveis.

3.5. Legislação Portuguesa e Direitos Fundamentais

A legislação portuguesa relacionada com o cidadão portador de deficiência tem progredido ao longo dos anos, principalmente a partir dos anos 70, aquando do 25 de Abril de 1974. É ainda nesta altura que se dá a reforma educativa, sendo uma alavanca para o desenvolvimento da educação especial.

Contudo, a sua aplicação tem sido dificultada, nomeadamente, por falta de verbas e ausência de assistência social mais participativa, dificultando cada vez mais a inclusão e difundindo ainda mais a segregação social. Embora, estas situações não sejam

verificadas pelas instituições especializadas e apropriadas para este tipo de casos, não significa que não tenham consciência de que estas existem. O problema em si é a ausência de um sistema solidificado que possa responder às necessidades do sector, por exemplo, no caso da realidade da educação especial no nosso país (Correia, 1990).

Podemos considerar a legislação seguinte como linhas orientadoras, e que apesar de existirem dificuldades na sua prática, podem ser aplicadas quando necessárias, protegendo assim os direitos do cidadão portador de deficiência.

A partir de 1970, a criação de instalações especializadas, estabelecimentos adequados às necessidades especiais de pessoas portadoras de deficiência, levou ao surgimento das classes especiais (Decreto-lei n.º 3/8/46). Anteriormente, em 1964, foi o começo de tentativas de integração escolar com crianças cegas e também ambliopes.

Em 1973, é criado o departamento de educação especial integrado nas Direcções-Gerais do Ensino Básico e Secundário, segundo a Lei n.º 45/73, de 12 de Fevereiro.

A legislação que prevê o conceito de pessoa portadora de deficiência e que protege a pessoa portadora de deficiência quanto ao género e definição de grupos particulares, encontra eco na Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 9/89, de 2 de Maio) e na Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto (definindo as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação e participação da pessoa com deficiência), tendo, esta última, revogado a primeira.

Em 1995, o Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (S.N.R.I.P.D.), viabilizou normas sobre a igualdade de oportunidades para as pessoas portadoras de deficiência, das quais distinguimos as seguintes áreas: a sensibilização; unidades de saúde; a reabilitação; serviços de apoio; acessibilidade (acessibilidade do meio físico e acesso à informação e à comunicação); educação; emprego; manutenção de rendimento e segurança social; vida familiar e dignidade pessoal; cultura; actividades recreativas e desporto; religião; informação e investigação; elaboração de medidas de política e planeamento; legislação; políticas económicas; coordenação dos trabalhos; organização de pessoas com deficiência; formação do pessoal; acompanhamento a nível nacional dos programas relativos à deficiência face à aplicação das normas; cooperação técnica e económica e ainda a cooperação internacional.

A Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto, proíbe explicitamente discriminações relativamente aos direitos do cidadão, por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. Mais tarde, a pedido da Associação Portuguesa de Deficiência

(A.P.D.), foi publicado o Decreto-lei n.º 111/2000, de 4 de Julho, para a aprovação de uma Lei anti-discriminatória, tendo o fundamento de proibir qualquer tipo de discriminação em relação a um cidadão portador de deficiência.

Mais recentemente, o Decreto-lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto, tem como linhas orientadoras o factor mobilidade e a sua promoção que *constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade (...)*.

Ainda no mesmo ano, foi publicada a Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto, que proíbe e pune qualquer discriminação relativamente à deficiência e à existência de risco agravado de saúde e que foi posteriormente regulamentada através do Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro.

Segundo o art. 13º da Constituição da República Portuguesa (C.R.P.) de 1976, todos os cidadãos têm direito à igualdade de direitos, sendo explicitamente descrita a negação de actos discriminatórios em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual e além disso, ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de (...). Tal facto reforça a Lei de não discriminação. Mas, apesar do art. 13º implementar o Princípio de Igualdade, a discriminação implícita no artigo não contempla a deficiência, dado que nunca foram consideradas as especificidades dos cidadãos com deficiência na planificação estrutural, económica, social e cultural das sociedades. Ainda, o art.º 71 n.º 1 afirma que os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados.

O Regime Jurídico da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação da Pessoa com Deficiência consagra os seguintes princípios fundamentais (Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto – art.º 7 a 15):

-princípio da singularidade – à pessoa com deficiência é reconhecida a singularidade, devendo a sua abordagem ser feita de forma diferenciada, tendo em consideração as circunstâncias pessoais;

-princípio da cidadania – a pessoa com deficiência tem direito ao acesso a todos os bens e serviços da sociedade, bem como o direito e o dever de desempenhar um papel activo no desenvolvimento da sociedade;

-princípio da não discriminação – não pode ser discriminada, directa ou indirectamente, por acção ou omissão, com base na deficiência. A pessoa com deficiência deve beneficiar de medidas de acção positiva com o objectivo de garantir o exercício dos seus direitos e deveres corrigindo uma situação factual de desigualdade que persista na vida social;

-princípio da autonomia – a pessoa com deficiência tem o direito de decisão pessoal na definição e condução da sua vida;

-princípio da informação – a pessoa com deficiência tem direito a ser informada e esclarecida sobre os seus direitos e deveres;

-princípio da participação – a pessoa com deficiência tem o direito e o dever de participar no planeamento, desenvolvimento e acompanhamento da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência;

-princípio da globalidade – a pessoa com deficiência tem direito aos bens e serviços necessários ao seu desenvolvimento ao longo da vida;

-princípio da qualidade – a pessoa com deficiência tem o direito à qualidade dos bens e serviços de prevenção, habilitação e reabilitação, atendendo à evolução da técnica e às necessidades pessoais e sociais;

-princípio do primado da responsabilidade pública – ao Estado compete criar as condições para a execução de uma política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência;

-princípio da transversalidade – a política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência deve ter um carácter pluridisciplinar e ser desenvolvida nos diferentes domínios de forma coerente e global;

-princípio da cooperação – o Estado e as demais entidades públicas e privadas devem actuar de forma articulada e cooperar entre si na concretização da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência;

-princípio da solidariedade – todos os cidadãos devem contribuir para a prossecução da política de prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência.

A Constituição da República Portuguesa consagra, assim, um artigo ao cidadão portador de deficiência, reconhecendo os direitos e deveres consignados pela lei fundamental, embora não esteja explícito que o cidadão portador de deficiência faça parte do grupo de pessoas discriminadas anteriormente referidas. É necessário criar na Lei um artigo que não apenas renegue a discriminação, já acima referida, mas também

inclua o cidadão portador de deficiência nesse mesmo grupo de pessoas, sendo aplicado o mesmo princípio, e aprovando assim um mecanismo legislativo que proteja, de certa forma, o cidadão portador de deficiência.

Os princípios da Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto, proíbem as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica. No essencial, vão de encontro aos princípios da proposta apresentada em 1995 pela Associação Portuguesa de Deficientes, prevenindo, os necessários ajustamentos ao grupo ao qual se destina e acrescentando matéria de acessibilidade à rede de transportes públicos.

Mais tarde, surge a Lei n.º 46/2006, que proíbe e pune qualquer acto discriminatório directo ou indirecto, bem como sanciona a prática, recusa ou condicionamento do exercício de quaisquer direitos das pessoas portadoras de deficiência e/ou a pessoas com um nível agravado de saúde. As sanções são aplicadas segundo as seguintes práticas discriminatórias: recusa de fornecimento ou o impedimento de fruição de bens e serviços; a recusa ou limitação de acesso ao meio edificado ou a locais públicos ou abertos ao público; a recusa ou a limitação de acesso a estabelecimentos de ensino, sejam eles públicos ou privados.

O Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro, veio regulamentar a Lei anteriormente referida, estabelecendo as entidades administrativas competentes mais apropriadas para instruir os processos de contra-ordenação, bem como a autoridade administrativa que estará encarregue de aplicar as coimas e as sanções acessórias correspondentes, na sequência de actos discriminatórios.

A Portaria n.º111/2007, de 24 de Janeiro, criou o Programa Todos Diferentes, Todos Iguais, também conhecido por T.D.T.I., referido no artigo 1 do mesmo. No artigo 2 é ainda apresentada a aprovação do respectivo regulamento.

Contudo, além da não prática da lei, relativamente ao cidadão portador de deficiência, verifica-se que mesmo quando aplicada, não é suficiente. Por exemplo, segundo Humberto Santos (2009-03-31), presidente da A.P.D., na educação, os apoios especializados para crianças com necessidades especiais não são suficientes e são deveras escassos. Também refere que as instituições cujo objectivo é a inclusão, não atingem o seu objectivo, além de que, a sua localização geográfica não é a mais apropriada, sendo os custos de deslocação elevados, assim como as residências das crianças necessitam de cuidados especiais intensivos. Tal facto tem, ao invés de aumentar a inclusão social e a solidariedade social, contribuído para o aumento da

exclusão social, da pobreza e desemprego (retirado do artigo *As leis que violam os direitos dos deficientes*, TVI 24 – www.tvi24.iol.pt/ - acedido a 12/04/2009).

A actual Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (O.N.U.), assinada em Nova Iorque a 13 de Dezembro de 2006, foi alvo de intensos trabalhos e negociações durante cinco anos, sendo aprovada por vários países, e tendo entrado em vigor a 3 de Maio de 2008.

Portugal assinou a mesma no dia 30 de Março de 2007, aprovada pela Assembleia da República no dia 7 de Maio e ratificada a 30 de Julho de 2009, juntamente com o seu protocolo adicional. O seu objectivo é a proibição do potencial de discriminação das pessoas com deficiência em todos os domínios quotidianos e obrigar os Governos a adoptar medidas específicas nesse sentido. Importa referenciar que Portugal foi um dos primeiros países a subscrevê-la.

Com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, cujo objectivo era o de *adoptar medidas necessárias para garantir às pessoas portadoras de deficiência o reconhecimento e o exercício dos seus direitos num quadro de igualdade de oportunidades, tendo ainda em particular atenção aos factores de discriminação múltipla em razão do sexo, das condições físicas, intelectuais, sociais, étnicas e culturais*, foi adoptado o I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência (2006-2009).

O Governo considerou este I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade para os anos de 2006 a 2009 fundamental para a garantia dos direitos e para a melhoria das condições de vida das pessoas com deficiências (www.cm-braga.pt – guia de recursos para a pessoa com deficiência – acedido a 05-04-2010).

3.5.1. Direito à acessibilidade e aos transportes

O conceito de acessibilidade é definido como *a característica de um meio físico ou de um objecto que permite a interacção de todas as pessoas com esse meio físico ou objecto e a utilização destes de uma forma equilibrada/amigável, respeitadora e segura. Isto significa igualdade de oportunidades para todos os utilizadores ou utentes, quaisquer que sejam as suas capacidades, antecedentes culturais ou lugar de residência no âmbito do exercício de todas as actividades que integram o seu desenvolvimento social ou individual. Portanto, a acessibilidade promove a igualdade*

de oportunidades, não a uniformização da população (em termos de cultura, costumes ou hábitos) (S.N.R.I.P.D., 2005: 18).

No respeitante à acessibilidade, as barreiras arquitectónicas existentes são um problema grave para cidadãos portadores de deficiência, sobretudo, com deficiência psico-motora que necessitam de ajudas técnicas para a sua deslocação (Despacho n.º 19210/2001, de 13 de Setembro, II.ª série).

Actualmente, a preocupação existente a nível arquitectónico, é a de satisfazer todos os indivíduos da sociedade, e para tal acontecer é necessário existir um equilíbrio arquitectónico que beneficie não apenas um grupo social, mas todos os indivíduos. Ao reconhecer as diversidades dos indivíduos, as suas necessidades e capacidades, tanto físicas como sensório-motoras, permite construir uma sociedade equitativa e inclusiva. É o chamado Desenho Universal ou Desenho para Todos que visa a concepção de objectos, equipamentos e estruturas do meio físico destinados a ser utilizados pela generalidade das pessoas, sem recurso a projectos adaptados ou especializados. O seu objectivo é o de simplificar a vida de todos, qualquer que seja a idade, estatura ou capacidade, tornando os produtos, estruturas, a comunicação/informação e o meio edificado utilizáveis pelo maior número de pessoas possível, a baixo custo ou sem custos extras, para que todas as pessoas e não só as que têm necessidades especiais, mesmo que temporárias, possam integrar-se totalmente numa sociedade inclusiva.

(<http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal> - acedido a 2010-03-14).

Presentemente na Europa, o design universal centra-se mais na deficiência física. (S.N.R.I.P.D., 2005: 36).

Para a realização de um projecto em Desenho Universal, este deve obedecer a sete princípios básicos:

- utilização equitativa, ou seja, pode ser utilizado por qualquer grupo de utilizadores;
- flexibilidade de utilização, que dizer que engloba uma gama extensa de preferências e capacidades individuais;
- utilização simples e intuitiva, permitindo facilidade fácil de compreensão, independentemente da experiência do utilizador, dos seus conhecimentos, aptidões linguísticas ou nível de concentração;
- informação perceptível, fornecendo eficazmente ao utilizador a informação necessária, qualquer que sejam as condições ambientais/físicas existentes ou as capacidades sensoriais do utilizador;

-tolerância ao erro, minimizando riscos e consequências negativas decorrentes de acções acidentais ou involuntárias;

-esforço físico mínimo, podendo ser utilizado de forma eficaz e confortável com um mínimo de fadiga;

-dimensão e espaço de abordagem e de utilização, sendo o espaço e dimensão adequada para a abordagem, manuseamento e utilização, independentemente da estatura, mobilidade ou postura do utilizador. (<http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal> - acessido a 2010-03-14).

Temos ainda o Plano Nacional para a Inclusão de 2001/2003 que tem como medida prioritária a de *incorporar ideias de acessibilidade, de desenho de utilização universal, enquanto custo natural de projectos, políticas e investimentos a todos os níveis e em todos os campos de intervenção social.*

As directrizes para a aplicação do Desenho Universal estão consignadas na Resolução de Tomar (2001), mais conhecida por Resolução de ResAP. Segundo o Instituto Nacional para a Reabilitação (I.N.R. - 2007), o Comité de Ministros do Conselho da Europa *recomenda firmemente aos estados-membros, entre outras medidas e regulamentos, que devem ter em consideração ao elaborarem as políticas nacionais, os princípios de desenho universal e as medidas relativas ao melhoramento da acessibilidade, no sentido mais lato possível (...), e tendo ainda em conta, os programas de ensino e outros aspectos educativos, da formação e da sensibilização atribuída directamente aos governos, de acordo com as responsabilidades de cada país.*

O Comité para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (CD-P-RR) tem por objectivo *a integração das pessoas com deficiência na comunidade, definindo e contribuindo para a implementação, a nível Europeu, de um modelo de política coerente para as pessoas com deficiência, e tendo em conta, simultaneamente, os princípios de cidadania plena e de vida autónoma e a eliminação de barreiras à integração, qualquer que seja a sua natureza: psicológica, educativa, familiar, cultural, social, profissional, financeira ou arquitectónica* (Resolução de Tomar, 2001).

Em Portugal, o Instituto Nacional para a Reabilitação é o Centro Nacional de Contacto da Rede Europeia de Desenho para Todos e Acessibilidade Electrónica (EDeAN – *European Design for All e-Acessibility Network*), coordenando ainda a Rede Nacional dos Centros de Excelência em Desenho para Todos e Acessibilidade Electrónica (I.N.R., 2007).

Embora exista legislação referente à acessibilidade, não é na maioria das vezes, utilizada na prática. No seio da legislação existente, destacamos aquela que melhor define as componentes da Acessibilidade.

Sendo assim, a Lei n.º 9/89, de 2 de Março, constitui a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência. Define a pessoa portadora de deficiência como *aquela que por motivos de perda ou anomalia congénita ou adquirida de estrutura ou função psicológica, intelectual ou anatómica susceptível de provocar restrições de capacidade, pode ser considerada em situações de desvantagem para o exercício de actividades consideradas normais tendo em conta a idade, sexo e os factores socioculturais dominantes* (n.º 1 do art. 2º). Mais, as pessoas portadoras de deficiência *não constituem grupos homogéneos, daí ser necessário respostas específicas que vão ao encontro das suas necessidades diferenciadas e identificáveis* (n.º 2 do art. 2º). Tal identificação deve ser orientada e encaminhada conforme o diagnóstico precoce, tendo este, um carácter multidisciplinar (nº 3 do art. 2º).

O Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio, estabelece as normas técnicas para melhorar a acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada, aplicadas a Edifícios Públicos, Equipamentos Colectivos e à Via Pública.

Por seu turno, a Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto, na alínea d) do art. 3º que corresponde à Lei de Bases da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência, afirma que compete ao Governo eliminar quaisquer barreiras no quotidiano das pessoas portadoras de deficiência e adoptar medidas para a sua maior participação na sociedade. Esta Lei promove a igualdade de oportunidades, tendo a pessoa portadora de deficiência, à sua disposição, as condições necessárias que lhe permita ter plena participação na sociedade.

O Decreto-Lei n.º 163/2006, referente à morfologia urbana, como por exemplo, os percursos pedonais, tem aplicação a várias áreas. As linhas orientadoras baseiam-se no factor mobilidade e na sua promoção que *constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, sendo um meio imprescindível para o exercício dos direitos que são conferidos a qualquer membro de uma sociedade (...)*. Revoga o Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 de Maio, inovando relativamente à aplicação das sanções, quanto ao seu custo mais elevado e à responsabilização dos intervenientes no processo.

Por último, a Resolução do Concelho de Ministros n.º 9/2007, de 17 de Janeiro cria o Plano Nacional de Promoção de Mobilidade, tendo por objectivo promover o bem-

estar e qualidade de vida do cidadão, tendo como princípios a igualdade de oportunidades; uma vida independente, a participação cívica e social e integração na comunidade, prevendo a participação activa nas diversas actividades. Tem como objectivos específicos o de sensibilizar, informar e formar; assegurar a acessibilidade no espaço público e no meio edificado; promover a acessibilidade dos transportes; apoiar a investigação e cooperação internacional; fomentar a participação; e ainda, garantir a aplicação e o controlo.

3.5.1.1. Normas arquitectónicas

As normas arquitectónicas são definidas como directivas de construção permitindo incluir e não excluir o cidadão portador de deficiência com mobilidade condicionada.

São apresentadas no Decreto-Lei 163/2006 normas técnicas sobre a acessibilidade a que os edifícios, equipamentos e infra-estruturas devem obedecer. Segundo o n.º 1 do art. 2º deste mencionado, tais normas são aplicadas às instalações e respectivos espaços circundantes da administração pública central, regional e local, bem como dos institutos públicos e edifícios habitacionais. No n.º 2 do mesmo artigo, são definidos os edifícios, os estabelecimentos, os equipamentos de utilização pública e via pública, sendo estes os seguintes:

- os pavimentos e outros percursos pedonais pavimentados;
- os equipamentos sociais de apoio a pessoas idosas e/ou com deficiência, nomeadamente lares, residências, centros de dia, centros de convívio, centros de emprego protegido, centros de actividades ocupacionais e outros equipamentos equivalentes;
- os estabelecimentos de educação pré-escolar e de ensino básico, secundário e superior, centros de formação, residenciais e cantinas;
- as passagens de peões desniveladas, aéreas ou subterrâneas, para travessia de vias férreas, vias rápidas e auto-estradas;
- os museus, teatros, cinemas, salas de congressos e conferências e bibliotecas públicas, bem como outros edifícios ou instalações destinados a actividades recreativas e socioculturais;
- as instalações desportivas, designadamente estádios, campos de jogos e pistas de atletismo, pavilhões e salas de desporto, piscinas e centros de condição física, incluindo ginásios e clubes de saúde;

-os espaços de recreio e lazer, nomeadamente parques infantis, parques de diversões, jardins, praias e discotecas;

-os estabelecimentos comerciais cuja superfície de acesso ao público ultrapasse 150 m², bem como hipermercados, grandes superfícies, supermercados e centros comerciais;

-os edifícios e centros de escritórios.

Caso os presentes e futuros projectos de edificado não cumpram os requisitos para eliminar barreiras arquitectónicas (n.º 1 do art. 3º), o seu pedido será indeferido pela câmara municipal, de acordo com os n.ºs 2 e 3 do art. 2º do referido Decreto-Lei, em casos de autorização necessária ao loteamento ou obras de construção, alteração, reconstrução, ampliação ou de urbanização, de ordem privada no respeitante ao edificado (edifícios, estabelecimentos ou equipamentos).

Para o edificado já existente, a concessão de licença ou autorização para a realização de obras de alteração ou reconstrução anteriormente referidas, não pode ser recusada tendo como fundamento a desconformidade com as presentes normas técnicas de acessibilidade, devendo ter em conta as disposições dos artigos 9º e 10º (n.º 2 do art. 3º).

Devem constar nos requerimentos de um projecto, um plano de acessibilidade que apresente a rede de espaços e equipamentos acessíveis, tal como constarem soluções de detalhe métrico, técnico e construtivo, de modo a esclarecer as soluções adoptadas em termos de acessibilidade para pessoas com mobilidade condicionada e pessoas portadoras de deficiência, segundo os termos regulamentados na Portaria n.º 1110/2001, de 19 de Setembro (n.º 5 do art. 3º).

O artigo n.º 9 do mesmo Decreto-Lei é referente à aplicação das normas técnicas a edifícios já existentes, sendo estes referidos nos n.ºs 1 e 2 do art. 2º, especificando que os edifícios construídos em 1997 devem ser adaptados num prazo de 10 anos, aplicado após o início de vigência do Decreto-Lei (n.º 1 do art. 9º). Os edifícios posteriores a essa data, são adaptados no prazo de 5 anos (n.º 2 do art.9º).

Para os edifícios que não seguem as normas, nomeadamente, aqueles cuja intervenção seja difícil, os meios financeiros sejam despropositados ou quando afectam severamente o património cultural ou histórico, deverão encontrar soluções que se adequem ao problema, a modos de satisfazer o disposto no decreto-lei e ao mesmo tempo, bem como apresentar os motivos que legitimem o incumprimento do decreto-lei.

Para uma habitação acessível para todos, existem três níveis de acessibilidade:

- o nível mínimo (assegura que os utentes de mobilidade condicionada podem visitar e viver na habitação com um razoável conforto);
- o nível recomendável (assegura que os utentes de mobilidade condicionada podem visitar e viver na habitação com condições de conforto e auto-suficiência);
- o nível óptimo (assegura que os utentes de mobilidade condicionada, mesmo com limitações profundas podem viver na habitação com um razoável conforto e auto-suficiência).

Além destes três níveis temos categorias de habitação, conforme as necessidades do indivíduo:

- a habitação adaptada, como é o caso do complexo de Lomar, em Braga;
- a habitação adaptável;
- a habitação de uso universal (acessível para a maioria) (Pedro, 2002).

3.5.1.2. Barreiras Arquitectónicas

As barreiras arquitectónicas podem ser consideradas como sendo obstáculos físicos, criados pela sociedade que impossibilitam um ou mais indivíduos com mobilidade condicionada de aceder normalmente a locais públicos e/ou privados.

Existem políticas relacionadas com a acessibilidade e mobilidade do indivíduo, embora estas podem não ser implementadas correctamente ou, até mesmo, não serem implementadas de todo.

Associado ao conceito de barreiras arquitectónicas, temos o conceito de Design Universal. A existência de barreiras e obstáculos arquitectónicos integrados no edificado, podem levar à exclusão de cidadãos portadores de deficiência de participarem plena e activamente na sociedade – tornando-se uma forma de exclusão social não aceitável.

Em 1977, em Estrasburgo, o Concelho da Europa, adoptou a Resolução AP (77) 8, relacionada com a adaptação da habitação e das respectivas áreas circundantes às necessidades das pessoas com deficiência, recomendando *alargar o âmbito da educação e da informação daquela que integram o processo de construção de habitações, ao incluir o ensino sobre os problemas emergentes e a possível resolução dos mesmos.*

Surge em 1996, o conceito europeu de acessibilidade, sendo esta uma resposta a um pedido da Comissão Europeia, apresentado em 1987. Este conceito assenta nos

princípios do desenho universal, aplicando-se ao design de edifícios, infra-estruturas e produtos para consumos:

- a disponibilização de meios físicos adequados, seguros, usufruídos por todos incluindo as pessoas portadoras de deficiência;

- os princípios de design universal rejeitam a divisão que se faz de pessoas sem e com deficiência;

- o design universal inclui disposições complementares sempre que necessário.

O meio físico acessível, baseado nos princípios de design universal, deve ser:

- respeitado, respeitando a diversidade dos utilizadores;

- seguro, ou seja, deve ser isento de riscos para todos os utilizadores. Assim, todos os elementos que integram um meio físico têm de ser dotados de segurança e evitar-se pisos escorregadios, saliências, mentalizar-se das dimensões apropriadas, entre outros;

- saudável, quer isto dizer que não deve constituir, em si, um risco para a saúde ou causar problemas aos que sofrem de algumas doenças ou alergias. Deve ainda promover a utilização saudável dos espaços e produtos;

- funcional, ou seja, deve ser desenhado e concebido de tal modo que funcione;

- compreensível e todos os utilizadores devem saber orientar-se sem dificuldades num dado espaço sendo fundamental uma informação clara (utilização de símbolos comuns a vários países, evitando as palavras ou abreviaturas da língua local que podem induzir em erro e provocar confusões);

- disposição dos espaços, que deve ser coerente e funcional, evitando-se a desorientação e confusão;

- estético, significando que o resultado deve ser esteticamente agradável, devendo agradar à maioria das pessoas. (S.N.R.I.P.D., 2005).

Em 2001, foi adoptada a Resolução ResAP sobre o Design Universal, permitindo o direito a todos os indivíduos ao acesso, à utilização e compreensão do meio edificado responsabilizando a sociedade, em particular, os arquitectos, os engenheiros e os urbanistas a tornar realidade tal propósito.

3.5.2. Direito à educação e profissionalização

A escola é um recinto onde apreendemos diversos conhecimentos, que se reflectem no nosso quotidiano, e nos ajudam a sobreviver na sociedade actual. Por conseguinte, é necessário que todas as crianças sejam vistas de igual forma, a fim de deixar de se estabelecer um estereótipo que se tem verificado ao longo dos anos.

Todas as crianças têm o direito de serem educadas independentemente de as suas características impossibilitarem ou dificultarem o acesso à educação.

Daí existirem diferentes técnicas de ensino e aprendizagem que devem ter por base as seguintes convicções:

- todos temos diferenças que se manifestam na forma como ensinamos e aprendemos;

- há modos diferentes de comunicar;

- as incapacidades físicas ou intelectuais podem gerar dificuldades de comunicação que constituem uma das causas da rejeição da criança;

- o ensino integrado das crianças com dificuldades não só contribui para o progresso das aprendizagens, como cria condições para melhorar a comunicação e participação no grupo;

- certas estratégias que se destinam ao ensino de crianças com dificuldades específicas podem ser utilizadas com êxito ou são mesmo imperceptíveis para o bom ensino de todos;

- ao observar, compreender e ensinar a criança com dificuldades, o educador/professor está a desenvolver a sua criatividade e sensibilidade e a melhorar e a actualizar a sua formação.

Tais pressupostos partiram de dois objectivos fundamentais, sendo estes os seguintes:

- alargar a todas as crianças as oportunidades de acesso à escola e de progressão na aprendizagem;

- facilitar a integração na escola da criança com dificuldades, contribuindo para a sua inserção numa sociedade valorizada pela participação de todos os seus elementos (Ministério da Educação, 1990).

Em 1990, em Jomtien na Tailândia, ocorreu a conferência mundial da educação para todos onde foi adoptada a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos que pretende universalizar o acesso à educação e promover a equidade (art. n.º 3) e ainda

ampliar os meios do raio de acção da educação básica, em que a escola fundamental deve ser universal e garantir a satisfação das necessidades básicas de aprendizagem de todas as crianças (art. n.º5), e foi ainda aprovado o Plano de Acção para satisfazer as Necessidades Básicas de Aprendizagem.

Em Portugal, a Lei de Base do Sistema Educativo, n.º 115/97, no n.º 6 do art. 12.º define que o Estado deve garantir a todos os cidadãos sem quaisquer restrições, o acesso ao ensino superior, evitando assim possíveis discriminações. Contudo, verifica-se na prática que tal facto não acontece nos ensinos regulares, cuja mentalidade social é um forte factor devido ao facto de ainda existir uma segregação social que se foi consolidando ao longo dos anos.

A Constituição Portuguesa propõe no n.º 1 do art. 74º *a garantia do direito à igualdade de oportunidades de acesso e êxito escolar*. Por outro lado, a Declaração de Salamanca (U.N.E.S.C.O., 1994), subscrita por 88 Governos e 25 organizações internacionais determina que aqueles que têm necessidades educacionais especiais *devem ter acesso à escola regular, que deve acomodá-los dentro de uma pedagogia centrada na criança capaz de satisfazer tais necessidades*.

Educar para a inclusão é um papel fundamental dos educadores/professores estimulando a autonomia e a democracia para todos. Segundo a Declaração de Salamanca (U.N.E.S.C.O., 1994) as escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva *constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando comunidades com um espírito acolhedor, construindo assim, uma sociedade inclusiva*.

Existe legislação portuguesa no respeitante à educação e à profissionalização do cidadão portador de deficiência, sobressaindo:

-o Decreto-Lei n.º 174/77, de 22 de Maio, que visou a criação das classes especiais, estabelecendo o regime escolar das crianças com deficiências, físicas e mentais, na integração da escola pública;

-o Decreto Regulamentar n.º 14/81, de 7 de Abril, que estabeleceu disposições relativas à atribuição de um subsídio de educação especial;

-a Lei de Base do Sistema Educativo n.º 46/86, de 14 de Outubro, que pretendeu estabelecer uma estrutura do sistema educativo, como um conjunto de meios destinados a concretizar o direito à educação, cujo objectivo é o de promover o desenvolvimento global da personalidade, o progresso social e a democratização da sociedade, com base na igualdade de oportunidades;

-o Decreto-Lei n.º 319/91 que regula a integração dos alunos portadores de deficiência nas escolas regulares (art. 1) sobressaindo o ensino especial (alínea i), do n.º 2 do art. 2). Este Decreto preenche uma lacuna no âmbito da educação especial, contemplando as escolas com suporte legal para organizar o seu funcionamento, podendo ser considerado um mediador dos modelos de atendimento às necessidades dos alunos com necessidades de ensino especial.

Os artigos 3 e 4 especificam as adaptações especiais de aplicação e adaptações materiais respectivamente, sendo alguns deles os seguintes:

- cadeiras de rodas;
- próteses (respectivas alíneas a) a e) do n.º 3 do art. 3);
- eliminação de barreiras arquitectónicas (alínea a) do art. 4).

O número 1 do artigo 11º define ensino especial, em critérios pedagógicos, como *o conjunto de procedimentos pedagógicos que permitam o reforço da autonomia individual do aluno com necessidades educativas especiais devidas a deficiências físicas e mentais e o desenvolvimento pleno do seu projecto educativo próprio.*

-o Despacho 173/ME/91, de 23 de Outubro, que regulamenta as condições e procedimentos necessários à aplicação de medidas consagradas no Decreto-Lei n.º 319/91, de 23 de Agosto;

-o Decreto-Lei n.º 189/92, de 3 de Setembro, que estabelece o novo regime de acesso ao ensino superior;

-a Portaria nº 611/93, de 29 de Junho, que pretende estabelecer normas técnicas, de execução, necessárias à aplicação das medidas previstas no Decreto-lei nº 319/91 vinculando o facto de crianças com necessidades especiais, frequentarem os Jardins-de-Infância;

-o Despacho n.º 7520/98, de 6 de Maio, que cria unidades de apoio à educação de crianças e jovens surdos, para funcionar nos estabelecimentos públicos do ensino básico e secundário;

-o Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro, que cria apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo.

Todo o estudante portador de deficiência que queira candidatar-se ao ensino superior, deverá entregar um comprovativo para avaliação da sua deficiência e das consequências desta no seu desempenho individual no percurso escolar no ensino

secundário, dependendo é claro, do tipo de deficiência que possui, detalhando pormenorizadamente a sua deficiência.

Além disso, têm direito a candidatar-se a bolsas de estudo, como o estipulado no Despacho n.º 10.324-D/97 (IIª Série), de 31 de Outubro, aprovado pelo Regulamento de Atribuição de Bolsas de Estudo a estudante do ensino superior público, que refere que o estudante portador de deficiência física ou sensorial devidamente comprovada beneficia de estatuto especial de atribuição de Bolsa de Estudo, a afixar caso a caso pelo Serviço de Acção Social respectivo, uma vez ponderada a sua situação concreta. Por último, o Despacho n.º 11.640-D/97 (IIª Série), de 24 de Novembro, aprovou o Regulamento de Atribuição de Bolsas de Estudo a estudante do ensino superior particular e cooperativo e da Universidade Católica.

3.5.3. Direito à Saúde

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) preocupa-se com a saúde dos cidadãos ditos normais, mas também das pessoas portadoras de deficiência, definindo assim os cidadãos necessitados de cuidados médicos com maior urgência.

A C.I.F. (Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde) considera dois domínios fundamentais, sendo estes: da saúde e relacionados com esta, definidos com base nas perspectivas do corpo, do indivíduo e da sociedade.

Através da C.I.F., podemos considerar se a pessoa é ou não portadora de deficiência, definindo como incapacitado ou não, adoptando uma linguagem comum em todo o mundo, segundo a descrição da saúde e o seu estado. Segundo esta Classificação, deficiências *são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.*

No que diz respeito à legislação portuguesa quanto ao plano médico, são definidas algumas leis, como as apresentadas seguidamente:

- o Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de Janeiro, que disciplina as actividades de apoio ocupacional aos deficientes graves;
- a Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, que corresponde à Lei de Bases da Saúde;
- o Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, que aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes e trabalho e doenças profissionais;

-o Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, que estabelece o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei;

-o Decreto-Lei n.º 174/97, de 19 de Julho, que altera o Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, adoptando o sistema de atestados médicos de incapacidade multiuso;

-o Decreto-Lei n.º 360/97, de 17 de Dezembro, onde se determina o sistema de verificação de incapacidades (temporárias ou permanentes), incluindo as condições de recurso;

-o Despacho conjunto n.º 407/98, que apresenta as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Tem ainda por objectivos o de criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da acção social dirigida às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que estão inseridos. Este despacho é direccionado às pessoas em situações de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravado nomeadamente devido ao isolamento geográfico; à doença crónica; à situação de doença ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio, e da deficiência física ou mental.

Define ainda quais são os apoios sociais que prestam serviços, sendo estes os serviços de apoio; os centros de dia; o acolhimento familiar; lares; os centros de actividades ocupacionais (C.A.O.); lares de apoio; lar residencial; unidades de vida apoiada, de vida protegida e de vida autónoma, e ainda o fórum sócio-ocupacional;

-a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho, designada por Lei de Saúde Mental, que estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, nomeadamente, do cidadão portador de deficiência;

-o Decreto-Lei n.º 135/99, de 22 de Abril, que concede a prioridade ao atendimento dos idosos, doentes, grávidas, pessoas com deficiência ou acompanhadas de crianças de colo e outros casos específicos com necessidades de atendimento prioritário (art.º 9, n.º 1).

-o Despacho n.º 19204/01 (II Série), de 13 de Setembro, que cria o programa “Humanização, Acesso e Atendimento no Serviço Nacional de Saúde”, cujo objectivo é o de melhorar a acessibilidade dos cidadãos aos serviços do S.N.S., particularmente das pessoas portadoras de deficiência, através da eliminação de barreiras, através de

melhorias higiénicas e sanitárias, dos serviços de atendimento e acolhimento, assegurando também a sua utilização por cidadãos portadores de deficiência;

-a Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/01, de 17 de Agosto, que aprovou o Plano Oncológico Nacional (2001-2005) que pretendeu possibilitar a continuidade de cuidados em diferentes localizações geográficas e por múltiplos profissionais, adequando-os às necessidades detectadas e maximizando a eficácia e a facilidade de utilização, o que deverá repercutir-se na satisfação e conforto dos doentes oncológicos;

-o Decreto-Lei n.º 291/2009, que revoga o Decreto-Lei n.º 202/96, de 23 de Outubro, sendo que no artigo 1 do referido Decreto é estabelecido o regime de avaliação das incapacidades das pessoas com deficiência, tal como o pressuposto no artigo 2 da Lei n.º 38/2004, para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei para facilitar a sua plena participação na comunidade.

3.5.4. Direito ao Trabalho e ao Emprego

O art. 23º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, sancionada pela O.N.U. em 10 de Dezembro de 1948, estabelece o trabalho como sendo um direito humano fundamental: *Todo homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à protecção contra o desemprego.*

Tal facto, considerado importante, prevê uma cláusula na Lei do Trabalho relacionada com o cidadão portador de deficiência. Falamos, é claro, do emprego apoiado, em que o trabalho competitivo é realizado em ambiente regular, sendo que às pessoas portadoras de deficiência severa, serão atribuídos serviços contínuos de suporte.

Segundo Aranha (2003), o trabalho é considerado um aspecto fundamental para contextualizar as relações sociais do trabalho, construindo uma identidade pessoal social de cada cidadão. No entanto, é de notificar que a permanente segregação e exclusão social verificada nos últimos anos, não permite ao cidadão portador de deficiência estabelecer relações sociais de trabalho, bem como criar uma identidade individual positiva, de consciência crítica e do exercício da cidadania.

A sociedade tem perdido em humanização, e baseado em tais reflexões, o trabalho passou a ser considerado, em 1949, um direito fundamental do homem, ou seja, um direito fundamental de todos os homens, inclusive dos que têm uma deficiência.

Em Portugal, foi criado um regime jurídico de modo a proteger laboralmente cidadãos com necessidades especiais em termos de acidentes de trabalho e doenças profissionais, sendo as leis apresentadas seguidamente, a esse respeito:

-a Lei n.º 2127/65, de 3 de Agosto, refere-se a acidentes de trabalho e doenças profissionais;

-a Lei n.º 22/92, de 14 de Agosto, altera a Lei n.º 2127/65 de 3 de Agosto que estabeleceu a igualdade de direitos relativos a acidentes de trabalho e doenças profissionais, incluindo o cidadão portador de deficiência;

-o Decreto-Lei n.º 341/93 de 30 Setembro (que revogou o Decreto-Lei n.º 43189/60 de 23 Setembro), foi criada uma tabela nacional de incapacidade por acidentes no trabalho e doenças profissionais;

-a Lei n.º 100/97, de 13 de Setembro, que aprovou o novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais;

-o Decreto-Lei n.º 142/99, de 30 de Abril, que criou o fundo de Acidentes de trabalho previsto no art.º 39 da Lei n.º 100/97 de 13 Setembro;

-o Decreto-Lei n.º 143/99, de 30 de Abril, que veio regulamentar a Lei n.º 100/97 de 13 Setembro;

-o Despacho Conjunto n.º 861/99, define as características de deficientes profundos e doentes crónicos, com vista à obtenção do subsídio por assistência. Institui uma licença especial para possibilitar o acompanhamento de um filho, adoptado ou filho de cônjuge que seja deficiente ou doente crónico e ainda uma prestação pecuniária.

Segundo o que está disposto no nº 2 do art. 2, do Decreto-lei n.º 154/98 de 29 de Abril, na redacção dada pelo Decreto-lei n.º 347/98 de 9 de Novembro, é importante caracterizar a deficiência profunda e a doença crónica. A deficiência não é sinónimo de doença e muitas deficiências podem não ser traduzidas por quaisquer manifestações clínicas.

Segundo o definido no despacho referido, a deficiência profunda é uma *perda ou alteração prolongada de uma função psicológica, fisiológica ou anatómica, com grave compromisso de autonomia e difícil resposta a tratamento, correcção ou compreensão.*

No caso da doença crónica esta é definida como uma *doença de longa duração, com aspectos multidimensionais, com evolução gradual dos sintomas e potencialmente incapacitante, que implica gravidade pelas limitações nas possibilidades de tratamento médico e aceitação pelo doente cuja situação clínica tem de ser considerada no contexto da vida familiar, escolar e laboral, que se manifeste particularmente afectado.*

Além do regime jurídico relacionado com os acidentes de trabalho e doenças profissionais, temos ainda o regulamento da Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais (CNSDP), cujo objectivo é de beneficiar os cidadãos nos termos apresentados pelo mesmo, nomeadamente, a Portaria n.º 642/83 de 1 de Junho. Para garantir pensões mínimas, sendo estabelecido um salário anual, para os abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 668/75 de 24 Novembro², a CNSDP criou uma lei para pensões excluídas da mesma.

O Decreto-Lei n.º 307/76, de 26 Abril, refere-se ao estabelecimento de prazos para a entrega de declarações relativas a incapacidade temporária laboral, nas respectivas instituições de previdência.

Relativamente ao local de trabalho, foram criados os seguintes decretos:

-o Decreto-Lei n.º 347/93, de 1 de Outubro, que transpôs para a ordem jurídica interna a directiva n.º 89/654/CEE, do Conselho, de 30 de Novembro, relativa às prescrições mínimas de segurança e de saúde nos locais de trabalho;

-a Portaria n.º 987/93, de 6 Outubro, que estabeleceu prescrições mínimas de segurança e de saúde nos locais de trabalho, devendo os mesmos ter em conta todos os trabalhadores, conforme as necessidades especiais de cada um, no que respeita aos postos de trabalho, portas, escadas e outras vias de comunicação e instalações sanitárias.

Foram ainda estipulados horários próprios para trabalho parcial, sendo necessário apresentar um comprovativo em como a pessoa empregada tem crianças deficientes a seu cargo, reduzindo a sua carga horária para metade, embora a entidade competente pode seguir esta medida ou não, estando dependente da sua decisão. O mesmo se aplica ao trabalho em horário de jornada contínua, sendo reduzidos 30 minutos de horário normal laboral, diferenciando os empregados da Administração Pública, e tal como o referido, está dependente da entidade competente de seguir tal medida.

Quanto ao trabalho suplementar, o Decreto-Lei n.º 421/83, de 2 Dezembro, revê o regime jurídico da duração do trabalho no que diz respeito ao trabalho extraordinário, além de definir que cidadãos portadores de deficiência e mulheres grávida ou com filhos de idade inferior a 10 meses, não estão sujeitos a este horário.

Relativamente ao emprego, a legislação portuguesa existente visa proteger os direitos do cidadão portador de deficiência, não apenas em termos das condições de

² O art. 1.º foi sucessivamente alterado pelo DL 456/77 de 2 Novembro, pelo DL 286/79 de 13 Agosto (que revogou o DL 456/77), pelo DL 195/80 de 20 Junho (que revogou o DL 286/79) e pelo DL 39/81.

trabalho estabelecidas pelo empregador, como beneficiar de subsídios de trabalho como qualquer outro cidadão, mas privilegiando as empresas que empreguem trabalhadores com necessidades especiais, demonstrando assim a solidariedade social, nomeadamente, para com o cidadão portador de deficiência. Contudo, nem mesmo com estes benefícios, as empresas adoptaram, na íntegra, o suporte físico e psicológico para com o cidadão portador de deficiência, sendo escassas as ocasiões onde podemos encontrar cidadãos com necessidades especiais a trabalhar em pequenas, médias e grandes empresas portuguesas.

Seguidamente serão apresentados exemplos de legislação sobre este tema:

-o Decreto-Lei n.º 40/83, de 25 de Janeiro, que estabelece o regime de emprego protegido;

-o Decreto-Lei n.º 194/85, de 24 de Junho, que introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 40/83 de 25 de Janeiro;

-o Decreto Regulamentar n.º 37/85, de 24 de Junho, que regulamenta a aplicação do Decreto-Lei n.º 40/83 de Janeiro, relativo ao regime de emprego protegido;

-a Lei n.º 9/89, de 2 de Maio, que corresponde à Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência;

-o Decreto-lei n.º 247/89, de 5 de Agosto, que aprova o regime de apoio técnico e financeiro a programas de reabilitação profissional das pessoas com deficiência. E ainda o Despacho normativo n.º 99/90 de 6 Setembro, o Despacho n.º 12008/99 de 23 de Junho, referentes ao incentivo a entidades empregadoras;

-o Despacho Normativo n.º 99/90, de 6 de Setembro, que estabelece normas sobre a regulamentação da concessão de subsídios de compensação, de adaptação de postos de trabalho e eliminação das barreiras arquitectónicas, de acolhimento personalizado, subsídios e empréstimos para instalação por conta própria e da atribuição de prémios de integração;

-entrega de subsídios às entidades empregadoras por empregarem cidadãos portadores de deficiência como subsídios de compensação, subsídios de adaptação de postos de trabalho e de eliminação de barreiras arquitectónicas e subsídio de acolhimento personalizado.

Em 2007, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro, cujo objecto se aplica à aprovação de uma tabela nacional para a avaliação de incapacidades por acidentes de trabalho e doenças profissionais e ainda a tabela nacional para a avaliação de incapacidades permanentes em direito civil (art.º 1), no qual a incapacidade é

calculada em conformidade com as duas tabelas referidas anteriormente (n.º2 do art.º 2). No caso da incapacidade permanente do indivíduo lesado é calculada por médicos especialistas em medicina legal ou por especialistas noutras áreas com competências específicas, de acordo com o direito civil e das suas respectivas regras (n.º3 do art.º 2).

Em 2009, foi aprovado o Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de Outubro no qual estabelece o regime de avaliação de incapacidades das pessoas portadoras de deficiência para efeitos de acesso às medidas e benefícios previstos na lei, que remetia para a Tabela Nacional de Incapacidades aprovada pelo Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro, tal como definido no art. 2º, da Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto.

3.6. Notas Conclusivas

Concluindo, são vários os tipos de deficiência que podem afectar um ser humano, quer por doença hereditária, quer por acidente, quer por consequência de um parto, pré-parto ou até mesmo durante a gravidez. Qualquer pessoa está sujeita a ter uma deficiência, incapacidade e/ou *handicap*. Por isso, não devemos ser preconceituosos e ter consciência que o ser humano não é um ser perfeitamente saudável.

A deficiência deve ser tida em conta meticulosamente, dado que cada caso é um caso específico. Por exemplo, uma pessoa surda pode ter associado outro tipo de deficiência. Infelizmente, não existe um quadro específico para cada tipo de deficiência, o que dificulta o trabalho dos especialistas médicos e dos pedagogos especializados.

Vários foram aqueles que, alguns devido a casos pessoais, desenvolveram métodos para melhorar o quotidiano e as formas de aprendizagem de pessoas portadoras de deficiência, sendo exemplo, Louis Braille (deficiência visual) e Juan Pablo Bonet (deficiência auditiva).

Os sentidos de que dispomos são fundamentais para a vida quotidiana de cada um, e no caso de uma pessoa portadora de deficiência, a dependência nos outros é fundamental. Devemos ser os suportes de que não prescindem. Devemos ser os apoios, as pernas, os olhos, os ouvidos, as palavras daqueles que não podem se exprimir, mostrando à sociedade que todos somos iguais e que todos temos direitos, sendo o nosso dever esbater o fosso que a sociedade veio criando ao longo dos anos, pois só assim, aos poucos, a inclusão deste grupo de pessoas com dificuldades em se incluir socialmente poderá ser considerada normal.

A legislação que abrange a pessoa portadora de deficiência começou com a importância da igualdade de direitos, nomeadamente com a Declaração dos Direitos Humanos (1948), abrangendo todos os cidadãos. Contudo, tal declaração não foi suficiente para a sociedade considerar pessoas “diferentes” das ditas “normais”, não apenas abrangendo o cidadão portador de deficiência mas também outros grupos sociais e minoritários.

Progressivamente, os responsáveis e principais entidades sociais levaram a cabo novas leis, decretos e regulamentos, defendendo a inclusão social, cooperação e a solidariedade. Um marco importante para o cidadão portador de deficiência ocorreu na década de 70, no séc. XX, nomeadamente, a Normalização defendendo que o cidadão deve ter uma vida regular e normalizada, na medida do possível e a introdução do conceito de Necessidades Especiais.

Posteriormente, o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência (1981) e a Década das Pessoas com Deficiência (1983-1993) veio reforçar a igualdade de direitos e oportunidades, a implementação de medidas legais a diversos níveis.

Ao longo dos anos, novas leis e decretos surgiram, relacionados com a educação, a saúde, o trabalho e o emprego, as acessibilidades e os transportes.

Em Portugal, a existência de legislação contra a discriminação (Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto e regulamentada pelo Decreto-lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro) e a criação do Instituto Nacional para a Reabilitação (I.N.R.), anteriormente conhecido por S.N.I.R.P.D., originou medidas e linhas orientadoras de forma a responder aos problemas do cidadão portador de deficiência. Contudo, a teoria por si só não é suficiente. É necessário aplicar esta legislação e não apenas quando conveniente. A sua prática é dificultada pela falta de verbas, de solidariedade e de boa vontade.

É imprescindível encontrar soluções e medidas que atenuem problemas como os acima referidos, não apenas para ajudar o cidadão portador de deficiência, mas todos aqueles que o rodeiam, incitando a sociedade a agir não apenas quando necessário mas por vontade própria e não de forma obrigatória.

**PARTE II – CARACTERIZAÇÃO DA REDE SOCIAL E DAS INSTITUIÇÕES
LIGADAS A NECESIDADES ESPECIAIS**

Capítulo 1. A (s) Rede (s) Social (ais) no município de Braga

1.1. Algumas características da Rede Social de Braga

A Rede Social pode ser definida como um fórum de articulação e congregação de esforços baseado na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas que nela queiram participar (Resolução de Conselho de Ministros n.º 197/97).

Nos termos da alínea g) do artigo 199º da Constituição, o Conselho de Ministros, designa-se por rede social o conjunto das diferentes formas de entreajuda, bem como das entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da acção social e articulem entre si e com o Governo a respectiva actuação, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social, baseando-se nos objectivos do Plano Nacional de Acção para a Inclusão (P.N.A.I.).

A Resolução de Conselho de Ministros 197/97, de 18 de Novembro, da Declaração de Rectificação n.º 10 – O/98, do Despacho Normativo n.º 8/2002 de 12 de Fevereiro e, posteriormente, foi regulamentada através do Decreto-Lei n.º115/2006 de 14 de Junho, lançou o desafio para a criação ao nível municipal de estruturas de participação e cooperação que promovam a articulação e o planeamento da acção dos parceiros sociais locais, designadamente autarquias, serviços públicos e entidades privadas sem fins lucrativos, no qual se inclui a Rede Social criando parcerias e cooperação visando erradicar casos de pobreza e de exclusão social, no qual estão incluídos os cidadãos portadores de deficiência.

Pretende ainda promover um planeamento integrado e sistemático, potenciando sinergias, competências e recursos, combater a pobreza e a exclusão social, promovendo a inclusão e coesão social, mobilizando as competências e os recursos institucionais e das comunidades, garantindo assim, uma maior eficácia do conjunto de respostas sociais nos concelhos e nas freguesias (C.L.A.S., 2008).

O desenvolvimento destas redes de apoio social integrado concretiza-se através da criação, ao nível municipal, do Conselho Local de Acção Social e, ao nível das freguesias, das Comissões Sociais de Freguesia ou Inter-freguesias, cujo funcionamento assenta na subsidiariedade activa entre os vários níveis de intervenção.

As acções do programa Rede Social assentam em determinados princípios, designadamente de integração (a integração social apela sobretudo à participação dos grupos mais desfavorecidos através dos diversos sectores e dimensões, preocupando-se

em responder concretamente aos fenómenos de pobreza e exclusão social. O desafio que a Rede Social se propõe é o de integrar as várias medidas de política, os instrumentos dos vários sectores, numa acção concertada e coerente de desenvolvimento social), de articulação (necessidade de articular numa parceria efectiva e dinâmica, entre os diversos órgãos e agentes relacionados visando conjuntamente uma estratégia que responda às necessidades do território, partilhando as suas responsabilidades), de subsidiariedade (baseia-se na subsidiariedade activa, no qual é fundamental e prioritário que entidades relacionadas e próximas dos cidadãos intervenha, e podendo assim estar mais ciente da situação actual do cidadão em questão, bem como verificar o nível dos seus problemas, necessidades, recursos e potencialidades), de participação (das entidades e dos cidadãos envolvidos com o problema, combatendo em conjunto a pobreza e a exclusão social à qual os últimos estão sujeitos, promovendo assim o desenvolvimento social) e de inovação (as novas políticas, medidas e programas devem ser portadoras de inovação, de forma a adaptarem-se a situações de emergência de novas problemáticas que possam surgir).

Uma Rede social tem por objectivos fundamentais, os seguintes:

- desenvolvimento de parcerias efectivas e dinâmicas entre diferentes agentes locais, em termos de articulação e intervenção social;

- promover o desenvolvimento social, através de um planeamento integrado e sistemático, a fim de potencializar e mobilizar recursos a nível local;

- garantir maior eficácia à apresentação de um conjunto de respostas sociais, a nível autárquico;

- formar e qualificar agentes envolvidos nos processos de desenvolvimento local (www.cm-pvarzim.pt/accao-social/rede-social/o-que-e-a-rede-social visto a 05-04-2010).

A Câmara Municipal de Braga com o objectivo de criar uma comunidade empreendedora articulada e inclusiva, social e individualizada e pretendendo minimizar, de certa forma, problemas sociais como a pobreza, a exclusão social e a promoção do desenvolvimento local, implementou e consolidou o programa da Rede Social no município de Braga.

Existe uma rede social integrada não apenas comunitariamente mas também através de meios de comunicação tecnológicos.

A Acção Social no concelho de Braga integra um guia de recursos para diversos grupos, mas neste caso, apenas será referido o cidadão portador de deficiência. Este guia

tem por propósito cumprir um imperativo das acessibilidades para todos, facilitando o acesso em igualdade de oportunidades à informação, dado ser um instrumento em formato digital, dividindo-se nos seguintes domínios:

- referências de base;
- avaliação médica de incapacidade;
- instituições de apoio;
- protecção social;
- saúde;
- educação;
- formação e emprego;
- ajudas técnicas;
- fiscalidade;

-autarquia e outras informações, sendo que cada um deles certifica informação considerada útil, legislação relevante e hiperligações externas.

O Fórum Municipal é outro órgão de informação/consulta dirigido pelo Presidente da Câmara, composto por 14 entidades privadas de solidariedades social sem fins lucrativos de âmbito municipal, onde são tratados assuntos como o transporte para actividades ou deslocações sem outra viabilidade; análise de planificação habitacional, no respeitante a adaptações da mesma; intervenções para a resolução de barreiras arquitectónicas urbanas existentes (www.cm-braga.pt – acedido a 09-11-2009).

A Unidade de Inserção na Vida Activa (U.N.I.V.A.) para cidadãos portadores de deficiência, é um serviço gratuito, cujo objectivo é o de esclarecer, apoiar e informar o cidadão portador de deficiência das oportunidades relativas ao emprego e formação profissional. Quanto às empresas e/ou entidades empregadoras, as actividades do cidadão portador de deficiência têm fundamento na divulgação do seu currículo, abrindo novas oportunidades para o cidadão portador de deficiência a outras entidades empregadoras.

O Serviço de Informação e Mediação para Pessoas com Deficiência (SIM-PD), sendo uma das medidas incorporadas no Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade (P.A.I.P.D.I.) 2006-2009, criado por um protocolo de colaboração entre o Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (S.N.R.I.P.D.), actualmente conhecido por Instituto Nacional de Reabilitação (I.N.R.), e a autarquia de Braga, tem como objectivo o de mediar os serviços de ordem pública e entidades privadas para a resolução dos problemas.

Os Transportes Urbanos de Braga (T.U.B.) criaram para o cidadão portador de deficiência residente do concelho de Braga um passe social permitindo uma melhor deslocação dentro da cidade, e ainda para alunos deficientes são proporcionados transportes alternativos, no caso da impossibilidade da utilização de autocarros públicos.

Para o cidadão deficiente com uma situação económica deficitária, a câmara municipal de Braga disponibiliza apoio habitacional e os interessados deverão dirigir-se aos seguintes serviços: regime de apoio directo ao arrendamento; subarrendamento; bairros sociais; residências partilhadas; Instituto Nacional de Habitação (I.N.H.), além de que devem viver no município há mais de 4 anos e com mais de 30 anos para poderem beneficiar deste privilégio. Tem por finalidade a promoção da habitação social, a gestão social, patrimonial e financeira dos bairros e outros fogos da empresa, existentes no município de Braga, assim como a divulgação das modalidades de apoios relativos à habitação.

O Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (P.A.I.E.S.) é um investimento privado, apoiando entidades promotoras ao nível dos juros, de prestação de créditos, e parte do investimento deverá ser suportado com o equipamento social em funcionamento, como prova de que o mesmo tem capacidade financeira e plausível de ser afiançado por entidades promotoras. Este programa foi criado pela Portaria n.º 869/2006 de 29 de Agosto e tem por finalidade apoiar o desenvolvimento da rede de equipamentos sociais através da concessão de incentivos ao investimento.

Por seu turno, o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), criado pela Portaria n.º 426/2006 de 2 de Maio cujo objectivo apoiar o desenvolvimento e consolidar a rede de equipamentos sociais.

Além da Acção Social, temos a Rede Social, sendo de utilização mais multimédia dado ser um fórum de articulação e congregação de esforços por parte das autarquias e de entidades privadas cujo objectivo é atenuar a pobreza e a exclusão social, promovendo o desenvolvimento social. No seio desta foi criado o Conselho Local de Acção Social (C.L.A.S.), as Comissões Sociais de Freguesia (C.S.F.) e as Comissões Sociais Inter-Freguesias (C.S.I.F.) com o planeamento como fundamento, e coordenação da intervenção social ao nível concelhio e das freguesias do mesmo, criada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97 de 18 de Novembro de 1997 e Declaração de Rectificação n.º 10-O/98. Posteriormente foi publicado o Despacho Normativo n.º 8/2002 de 12 de Fevereiro e o Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho.

Consagra ainda, os princípios fundamentais e objectivos da Rede Social, bem como a constituição, funcionamento e competência dos seus órgãos (art.º 1). Considerado um órgão local de concentração e congregação de esforços da rede social (n.º 1 art.º 2), constituído por entidades de ordem pública e privada com ou sem fins lucrativos com intervenção directa ou indirecta em termos sociais (n.º 2 art.º 2). Baseado no trabalho em parceria alargada, efectiva e dinâmica, visando o planeamento estratégico social local (n.º 3 art.º 2). A contribuição para a erradicação da pobreza e da exclusão social, ao promover a inclusão e a coesão social é o seu principal objectivo a alcançar.

Além disso, estão presentes medidas e acções definidas nos vários documentos de planeamento e referenciados no Plano de Desenvolvimento Social (2004-2007), sendo acrescentados o Plano Tecnológico e o Plano nacional para a Igualdade.

O sistema de representatividades no Plenário do C.L.A.S., inclui diversos organismos, nos quais estão incluídos a Câmara Municipal de Braga, o Governo Civil de Braga, a Universidade do Minho, o Instituto de Reinserção Social, as juntas de freguesia; as Instituições Particulares de Solidariedade Social (I.P.S.S.), nas quais se inclui a A.P.P.A.C.D.M. de Braga, os centros sociais das freguesias do município, a Cruz Vermelha Portuguesa, o Instituto de Reabilitação e Integração Social (I.R.I.S.); associações cooperativas e Organizações Não-Governamentais (O.N.G.), entre outras entidades.

Baseado nos princípios e metas definidos na Conferencia de Copenhaga, em 1995, na Cimeira Mundial do Desenvolvimento Humano, delineando que os Pilares do Desenvolvimento Social seriam a erradicação da pobreza, a promoção do emprego e a integração social, no Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Braga 2004/2007, foi identificado como um dos problemas prioritários, o isolamento em idosos, pessoas com deficiência e perturbações psiquiátricas, e nesse âmbito, constituiu-se um Subgrupo de Trabalho para a Intervenção na área específica da Deficiência para o município, adoptando uma metodologia de planeamento integrado.

Neste plano, são ainda apresentados eixos e medidas de intervenção operativas para o município de Braga, sendo estes organizados por prioridade dos problemas identificados no diagnóstico social, definindo-se objectivos estratégicos e específicos, tal como uma projecção dos resultados esperados.

Os problemas considerados mais graves, que são também os prioritários em termos de intervenção são a toxicodependências/alcoolismo, pobreza, habitação social, desemprego e o isolamento de idosos e pessoas com deficiência procedeu-se à

constituição de grupos trabalho temáticos, processo em que vários parceiros, apesar de potencialmente não terem os mesmos objectivos, partilham um interesse comum na realização de uma acção e contratualizam meios face à sua realização.

O Plano de Desenvolvimento Social foi elaborado de forma a reforçar a identidade da rede, os seus projectos e a dinâmica de funcionamento, permitindo uma reflexão colectiva, convergindo a diversidade de opiniões em objectivos comuns. Foram definidos os seguintes eixos do Plano Estratégicos: o eixo I consiste na educação de forma a termos uma mais efectiva e continua prevenção das situações de pobreza e exclusão social; o eixo II promove a inserção social ao criar condições que favorecem processos inclusivos; o eixo III pretende expandir e qualificar a rede de serviços e equipamentos sociais; o eixo IV consiste em elevar o nível de qualificação dos municípios ao promover o emprego e a coesão social; e por último, o eixo V pretende mobilizar os agentes sociais locais, através de práticas de articulação e cooperação, nomeadamente, das pessoas em situação de exclusão social e as Comissões Sociais na construção, na execução e avaliação das acções.

Dos vários problemas identificados, apenas citaremos os relacionados com o nosso caso de estudo, sendo neste caso as pessoas portadoras de deficiência, que foram agrupadas com o isolamento dos idosos e as perturbações psiquiátricas.

Como objectivos estratégicos foram assinalados os seguintes: a expansão e a qualificação da rede de serviços e equipamentos sociais enquadrando-os num Plano Municipal de Gerontologia e Apoio à Deficiência, através de uma perspectiva de mobilização do conjunto de intervenientes; a prevenção e a redução da prevalência das disfunções provocadas por perturbações psiquiátricas. Para um melhor estratégia, a cooperação com as seguintes organizações e afins foi fundamental, sendo estas as seguintes: o Plano Nacional de Acção para a Inclusão (P.N.A.I.), o Programa de Apoio Integrado a Idosos (P.A.I.I.), o Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade, o Conselho Municipal de Reformados, Pensionistas e Idosos, o Fórum Municipal das Pessoas com Deficiência, o Centro de Apoio a Pessoas com Deficiência – P.N.A.I., o U.N.I.V.A. da Câmara Municipal de Braga (C.M.B.), o Plano Nacional de Saúde 2004 - 2010 e a Rede de Cuidados Continuados.

Foram ainda definidos os seguintes objectivos específicos: a conclusão do Plano de Acessibilidades na via pública denominado *Mobilidade para Todos*; a qualificação de 72 agentes que prestam cuidados a pessoas idosas, dependentes e deficientes; implementar no concelho um Centro de Apoio a Pessoas com Deficiência; reorganizar

os serviços e respostas existentes; criar dois centros de noite nas Comissões Sociais que identificaram a sua necessidade; criar dois centros de dia nas Comissões Sociais que identificaram a sua necessidade; alargar em três Comissões Sociais o Serviço de Apoio Domiciliário; contribuir para a implementação a Rede de Cuidados Continuados; criar um centro de estudos, formação e investigação sobre o envelhecimento activo e desenhar e concretizar um programa de acompanhamento ao nível da saúde mental (P.D.S., 2004-2007).

Não apenas Portugal aderiu às Redes Sociais mas o mundo também carece de ser solidário. Por isso a O.N.U. criou o P.N.U.D., em 1965, sendo este, uma junção de dois programas da organização relativos à cooperação técnica, considerada uma mais-valia para o desenvolvimento humano por parte da O.N.U.

Os objectivos do P.N.U.D. ou com equivalência ao I.P.A.D. (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento) em Portugal são os seguintes:

- transformar a O.N.U. numa força poderosa e coesa para o desenvolvimento humano sustentável;

- orientar os seus recursos para uma série de objectivos ligados ao desenvolvimento humano (erradicação da pobreza, protecção ambiental, criação de emprego; participação das mulheres, e exclusão social, onde se inclui o grupo dos cidadãos portadores de deficiência);

- reforçar a cooperação internacional com vista ao desenvolvimento humano sustentável.

Portugal e o P.N.U.D. têm uma colaboração consertada através de contribuições voluntárias, de um *Trust Fund*, cujo objectivo é o financiamento de actividades e programas do P.N.U.D., e ainda a contratação de Jovens Profissionais - *Junior Professional Officers*, designados por J.P.O.

Além da O.N.U., a União Europeia (U.E.) tem como objectivo estratégico de longo prazo, o de criar a igualdade de oportunidades para a população portadora de deficiência, no qual visa possibilitar às pessoas deficientes o exercício do seu direito à dignidade, igualdade de tratamento, vida autónoma e participação na sociedade. As medidas empreendidas pela U.E. assentam no conjunto de valores económicos e sociais da mesma, permitindo às pessoas com deficiência explorar as suas capacidades, participando na sociedade e na economia.

A estratégia da U.E. assenta em três pilares: a legislação e medidas anti-discriminação, permitindo assim o acesso a direitos individuais; a supressão de barreiras no meio ambiente, que impedem as pessoas com deficiência de exercer as respectivas capacidades, e a integração das questões da deficiência no amplo leque de políticas comunitárias, que facilitem a inclusão activa das pessoas deficientes.

Na mesma directiva, temos o Plano de Acção Europeu para a Deficiência (2004-2010), estabelecido pela Comissão Europeia para assegurar um acompanhamento político coerente com a Declaração de Madrid, tendo resultado na proclamação do ano de 2003 como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência, no qual se instituiu um enquadramento dinâmico para o desenvolvimento da estratégia da U.E. neste domínio.

Este plano tem três objectivos operacionais, sendo estes os seguintes: a aplicação integral da directiva da igualdade no emprego; a integração bem sucedida das questões da deficiência nas políticas comunitárias pertinentes; e a promoção da acessibilidade para todos. Além disso, pretende promover a vida autónoma das pessoas com deficiência ao fomentar a actividade; ao promover o acesso a serviços de apoio e cuidados de qualidade; ao fomentar a acessibilidade a bens e serviços e ao aumentar a capacidade analítica da U.E.

Capítulo 2. Existência de instituições e organizações capazes de gerir situações de desestabilização social

2.1. O caso da A.P.P.A.C.D.M. de Braga

2.1.1. A sua localização

A Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Braga (A.P.P.A.C.D.M.), nomeadamente o complexo de Lomar (Centro de Bem-estar “A Canção”) localiza-se na Quinta de Santa Marta – Ventoso, na freguesia de Lomar e pertence ao concelho de Braga (ver figura 19).

Figura 19-Vista aérea do Complexo de Lomar



Fonte: <http://www.cm-braga.pt/wps/portal/publico>, Google Maps visitado a 09-11-2010.

Situada num espaço amplo e com significativo espaço verde, com capacidade de expansão, possui um ginásio para reabilitação, um estábulo, uma horta e uma antiga casa dos caseiros, que está viabilizada para um projecto de Centro de Actividades Ocupacionais (C.A.O.), através do Programa Operacional Potencial Humano (P.O.P.H.) patrocinado pelo Governo, cuja data de concretização é ainda desconhecida.

O Complexo de Lomar - "A Canção" foi inaugurado a 11 de Novembro de 1994 e presentemente com 16 anos de funcionamento pretende continuar a promover essencialmente o bem-estar físico, psíquico e emocional dos utentes que atende e suas respectivas famílias.

Na valência de Lar Residencial, pretende intervir quanto aos serviços prestados no âmbito de satisfazer as necessidades básicas, baseando-se numa intervenção de carácter

pedagógico-terapêutico nas áreas da psicomotricidade, cinesioterapia, relaxamento e estimulação sensorio-motora baseando-se na filosofia Snoezelen, nomeadamente, na intervenção com base nas vivências, sensações e situações que fazem apelo aos sentidos de forma a privilegiar a comunicação interpessoal e afectiva. Além disso, pretende promover e garantir todos os cuidados de saúde de bem-estar físico, psíquico e emocional mais adequado a cada utente.

Na valência de C.A.O., a intervenção visa proporcionar aos jovens e adultos portadores de deficiência mental, com idade superior a 16 anos, a realização de actividades, pretendendo assegurar condições de equilíbrio físico, psicológico e social de cada utente. *Pretende ainda realizar actividades de estimulação das potencialidades motoras, cognitivas e das relações interpessoais, facilitando a aquisição de regras de socialização e integração em grupo* (<http://www.appacdm-braga.pt/> - visitado a 13-09-2010).

A A.P.P.A.C.D.M. da Delegação de Braga não está apenas implementada no concelho de Braga (Complexo de Fraião, de Lomar, de S. José de S. Lázaro e de Gualtar), mas também em outros concelhos, como os concelhos de Vila Nova de Famalicão (Complexo de Vila Nova de Famalicão e Complexo de Vila Nova de Famalicão – Creche e Pré-escola), Vila Verde (Complexo de Vila Verde) e Esposende (Complexo de Esposende). A instituição expande-se, além do distrito de Braga, aos distritos do Porto, de Aveiro, de Setúbal e de Viana do Castelo.

No Quadro 2 podemos observar o número de utentes nos diversos complexos existentes, segundo as suas valências.

2.1.2. A sua origem

A A.P.P.A.C.D.M. surgiu a 2 de Fevereiro de 1962 em Lisboa, quando uma mãe de uma criança com trissomia 21 consultou uma psiquiatra infantil, a Sra. Dra. Alice de Mello Tavares, cujo intuito era o de fornecer um método de ensino para crianças com necessidades especiais – uma aprendizagem adequada ao grau de deficiência das diferentes crianças, com um plano de formação completo, que procura incrementar nos seus educandos as competências adequadas para o domínio de uma ocupação profissional.

Quadro 2-Disposição do número de utentes nos diversos complexos existentes no concelho de Braga, segundo as suas valências

IDENTIFICAÇÃO	VALÊNCIAS	N.º DE UTENTES
Complexo de Esposende	C.A.O.	19
	Socioeducativo	7
	Protocolos	17
Complexo de Famalicão	C.A.O.	53
	Socioeducativo	15
	Protocolos	5
	Creche	
	Pré-escola	
Complexo de Fraião	Lar Residencial	15
Complexo de Gualtar	C.A.O.	92
	Socioeducativo	23
	Protocolos	1
Complexo de Lomar	Lar Residencial	20
	C.A.O.	15
Complexo de S. José de S. Lázaro	Lar Residencial	14
Complexo de Vila Verde	C.A.O.	34
	Socioeducativo	5

Fonte: www.appacdm-braga.pt – acedido a 09-11-2009.

Tal instituição existe em Braga, desde 3 de Maio de 1974, implementada por Félix Augusto Ribeiro, que juntamente com outros pais e ainda apoiado pela benfeitora Alice Tavares e pela enfermeira Odette Dumont, fundou a instituição, sendo a 12ª delegação da A.P.P.A.C.D.M., passando a ser autónoma a partir de finais de 2000, designando-se apenas por A.P.P.A.C.D.M. de Braga.

O propósito inicial da sua criação era, juntamente com pais de crianças portadoras de deficiência, dado que o fundador da A.P.P.A.C.D.M. de Braga tinha um filho deficiente, criar um projecto de solidariedade social onde crianças portadoras de deficiência pudessem desenvolver as suas capacidades especiais, sem ter a preocupação de ser discriminados por outros.

Tem estipulado os seguintes objectivos gerais:

-promover a integração na sociedade do Cidadão com Deficiência mental, baseado nos princípios de Normalização, Personalização, Individualização e Bem-estar;

-promover o equilíbrio das famílias dos cidadãos com deficiência mental;

-sensibilizar e co-responsabilizar a sociedade e o Estado, tendo em conta que estes devem ter um papel fundamental na resolução dos problemas dos cidadãos com deficiência mental e pelas respectivas famílias;

-defender e promover os interesses e satisfazer as necessidades do deficiente mental dentro das instituições, no trabalho, no lar e na sociedade, a partir de alguns princípios básicos, tais como, partilhar lugares comuns; fazer escolhas e decisões; desenvolver capacidades; ser tratado com respeito pela sociedade, e ter um papel social que valorize o cidadão portador de deficiência; crescer e desenvolver nas relações sociais;

-sensibilizar os pais e as famílias, motivando-os para defender os direitos dos seus familiares e contribuindo para que se assumam responsabilidades, tendo por objectivo, criar uma educação permanente na escola e na família;

-humanizar e normalizar as estruturas de resposta, desenvolvendo meios não restritivos para o deficiente mental;

-defender e promover a adequação necessária da legislação portuguesa e comunitária, para um melhor reconhecimento e respeito dos direitos e deveres do cidadão deficiente mental;

-promover actividades culturais, recreativas, desportivas, de lazer e tempos livres para o deficiente mental (www.appacdm-braga.pt - acedido a 09-11-2009).

2.1.3. O seu desenvolvimento no concelho de Braga

O Instituto do Sagrado Coração de Maria foi o primeiro centro educacional da A.P.P.A.C.D.M. Distrital de Braga (quase 4 anos após 1974) a funcionar a tempo inteiro e em regime de semi-internato (as crianças permaneciam na instituição, por exemplo durante 15 dias ou durante a semana toda).

Em 1976, é integrado na Constituição da República Portuguesa o artigo 71, no qual define que os cidadãos com deficiência também têm direitos. Em 1977, é inaugurado o segundo centro distrital em Vila Nova de Famalicão, embora apenas tenha funcionado até 1982. Em 1979, é construído em Gualtar um novo centro educacional, sendo este o primeiro a nível distrital.

Em instalações provisórias, a 5 de Março de 1980, implantou-se o centro educacional de Vila Verde, sendo este o terceiro à escala distrital. No mesmo ano, a 10 de Setembro, o centro educacional de S. Pedro de Merelim separa-se do centro educacional de Braga, tornando-se o quarto a nível distrital.

Com o novo centro educacional de Gualtar, em 1981, pela primeira vez, tem-se a oportunidade de se observar e avaliar as Actividades de Vida Diária (A.V.D.), tal como no centro educacional de Famalicão, instalado na Quinta do Louredo.

Mediante acordo de cooperação com o Instituto de Emprego e Formação Profissional, foram postas a funcionar as Oficinas de Trabalho Protegido, em Gualtar, em 1982.

Em 1983, entra em funcionamento o Centro de Bem-estar “Toutinegra”, em Fraião, sendo que no mesmo ano, em Vila Nova de Famalicão, na antiga “Casa do Louredo” através do I.E.F.P., começou a funcionar o centro de preparação pré-profissional.

Em 1984, a 22 de Agosto, surge o quinto centro distrital, após acordos de cooperação e gestão com o Centro Regional de Segurança Social de Braga pela A.P.P.A.C.D.M..

Em 1985, a 3 de Maio, inicia-se a construção do Lar-cantina para jovens trabalhadores diminuídos mentais, em Gualtar, sendo inaugurado a 17 de Setembro de 1986. Inicia-se a construção do edifício das novas instalações das oficinas de Gualtar, em 1988, sendo reestruturado de raiz.

Até 1989, no Centro de Fraião em Braga, eram acolhidos crianças com multideficiência (casos mais severos, dos 7 aos 18 anos).

Com vocação distrital, a instituição avançou para a cidade de Vila Nova de Famalicão e na década de 80 chegou a Vila Verde com mais um centro educacional. Depois dos centros socioeducativos seguiram-se os centros de actividades ocupacionais (C.A.O.), as valências de formação profissional, as Oficinas de Trabalho Protegido e as Oficinas de Produção. Para os mais dependentes e sem retaguarda familiar foi criada a resposta de lar residencial.

Em 1994, entra em funcionamento o complexo de Lomar – Centro de Bem-estar “A Canção” para crianças com deficiência profunda, nomeadamente, com deficiência mental associada à paralisia cerebral, síndrome de Down, síndrome de Rett e ainda a multideficiência.

Actualmente, na A.P.P.A.C.D.M. de Braga, existem as seguintes instituições:

- 2 Lares Residenciais em Braga (Lomar e Fraião), um unicamente para rapazes autónomos que abrirá em breve;
- 2 Centros de Actividade Ocupacional (C.A.O.) – Gualtar e Lomar;
- 1 Centro de Actividade Ocupacional em Esposende, Vila Verde, Famalicão;
- 2 Creches em Famalicão.

As instalações diferenciam-se conforme as necessidades de cada criança e do seu tipo de deficiência, sendo que a A.P.P.A.C.D.M. de Braga acolhe cidadãos portadores de deficiência sobretudo os que sofrem de atraso mental, de Síndrome de Down, de Síndrome Rett e de Paralisia Cerebral. É ainda de referir que no Centro de Lomar, existem 30 utentes em Lar Residencial e 17 em C.A.O., enquanto no Centro de Fraião, existem 16 em Lar Residencial e 90 em C.A.O.. Diariamente, estas pessoas exercem actividades variadas, especialmente, aqueles que frequentam o C.A.O..

Várias são as actividades das quais se podem destacar as seguintes:

- a oficina de artes gráficas existente há várias décadas de actividade apresenta trabalhos de elevada qualidade, especializando-se na fabricação de obras literárias e desempenhada por profissionais. O tipo de trabalho gráfico efectuado, nomeadamente, livros, jornais, revistas, material publicitário (brochuras, folhetos, cartazes), documentos comerciais (facturas, guias, notas de contabilidade), linhas gráficas, produção de teses académicas, associando-se a inúmeras editoras de prestígio.

As Artes Gráficas da A.P.P.A.C.D.M. de Braga têm realizado protocolos e parcerias com entidades, tais como a Universidade do Minho (www.appacdm-braga.pt – visitado a 09-11-2009).

Das actividades decorridas nascem frutos, nomeadamente, produtos, com a ajuda de profissionais ou autonomamente, caso a deficiência o permita, sendo que os produtos, desde tapetes a pinturas (artesanato manual), são apenas vendidos nos Centros em que foram criados, neste caso, no C.A.O. de Gualtar, cujos fundos remetem para os utentes da instituição.

Além da parceria com a Universidade do Minho, tem também parceria com a Direcção Regional da Educação do Norte (D.R.E.N.), o Instituto Português da Juventude (I.P.J.), o Instituto Nacional de Reabilitação (I.N.R.) e ainda a Universidade Católica.

A instituição faz parte da Rede Nacional de Centros de Recursos para a Inclusão (C.R.I.), de acordo com o Aviso n.º 22914/2008, publicado no Diário da Republica, Série II, n.º 170, de 3 de Setembro, na qual estão incluídas: a Associação de Pais e Técnicos para a Integração do Deficiente, conhecida por Nós; a Associação do Porto de Paralisia Cerebral (A.P.P.C.); a Associação Portuguesa de Pais e Amigos da Criança Deficiente Mental de Braga (A.P.P.A.C.D.M.); a Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Guimarães (C.E.R.C.I.G.U.I.); o Instituto de

Reabilitação e Integração Social (I.R.I.S.); e ainda projectos de ocupação dos tempos livres do I.P.J..

2.1.4. Projectos Futuros

É ainda de salientar que esta instituição tem medidas de alteração a curto prazo, dado que já iniciou a sua candidatura a dois projectos na medida do Programa Operacional do Potencial Humano (P.O.P.H.) cujo objectivo é a atribuição de medidas de apoio, e prevê-se a construção de uma Creche em Famalicão, num Lar Residencial, e ainda em Lomar, a criação de um centro junto ao actual Lar Residencial e a reestruturação de um CAO. (parte financiado pelo Estado e a outra parte pela própria A.P.P.A.C.D.M., tendo capacidade para 18 a 30 utentes).

O projecto Arquimedes (certificação dos serviços da associação) e o P.O.P.H. (visa a construção de equipamentos sociais para portadores de deficiência, tendo um investimento global de 39 milhões de euros) abrangem a requalificação de vários complexos da associação, no concelho de Braga – C.A.O. de Gualtar e Lomar; e em Fraião, a edificação de um novo edificio de raiz para jovens recolhidos no lar residencial existente.

A crise económica que tem afectado o país, também teve impactos, de certa forma, nas instituições ligadas à deficiência. Mesmo antes da presente crise, a associação apresentava algumas dificuldades económicas, daí ter sido necessária uma optimização de custos, afectando os recursos humanos e financeiros, sendo exemplo, a redução das nove cozinhas e lavandarias a três espaços (retirado do Jornal Correio do Minho, p. 9, datado de 31 de Janeiro de 2009 – visto a 16/09/2009).

2.2. Caracterização da instituição ligada a necessidades especiais

2.2.1. Questões metodológicas e resultados da entrevista à Direcção

A metodologia aplicada para avaliar o estado e condições da instituição, tal como as suas potenciais barreiras, correspondeu à realização de entrevistas à direcção do complexo de Lomar (em Agosto de 2010 - consultar guião de entrevista no anexo 2) e aos técnicos que trabalham no mesmo (em Outubro de 2010 - consultar guião de entrevista no anexo 3). Também foi utilizada a observação não participante no seio das instalações e foi realizada uma avaliação das barreiras arquitectónicas, baseada na

legislação que abarca a mobilidade e redução das barreiras que possam dificultar o quotidiano da pessoa portadora de deficiência.

De acordo com a Directora daquele complexo, estão presentes no Lar, 20 utentes dos quais 19 fazem parte do C.A.O. (Centro de Actividades Ocupacionais). No entanto, existem utentes dos restantes centros que também utilizam o C.A.O., correspondendo na totalidade a 45 utentes.

No complexo de Lomar, apenas os utentes acima dos 17/18 anos, são admitidos e o grau de incapacidade em geral, está entre o médio e o elevado, ou seja, apenas os utentes que tenham uma dependência profunda e/ou grave, estando dependentes de forma permanente dos serviços sociais. Os utentes presentes no C.A.O. são distribuídos pelas diferentes salas (Figuras 20 e 21) conforme o seu grau de incapacidade e tipo de deficiência, incluindo o seu grau de dependência de outrem.

Figura 20-Sala dos sonhos



Fonte: fotografia tirada em Agosto de 2010.

De acordo com a Directora do complexo, a partir de 2013, a educação especial, até ao momento leccionada no C.A.O., passará a ser leccionada em escolas de ensino regular. Podemos afirmar que o C.A.O. actual será uma forma de preparação para uma melhor integração no ensino regular. A convivência com os outros permitirá aos utentes terem uma visão da vida quotidiana considerada “normal”, mas apenas para os utentes com uma deficiência ligeira/moderada cuja dependência é menor.

Figura 21-Sala dos ritmos



Fonte: fotografia tirada em Agosto de 2010.

Os utentes da instituição têm uma alimentação cuidada e definida conforme o utente e os problemas de saúde deste, sendo que a ementa é elaborada por um nutricionista. No respeitante à saúde dos utentes, estão presentes um médico e uma enfermeira para situações de emergência médica e para supervisionar os medicamentos para os utentes, recomendando e medicando os utentes da instituição em caso de necessidade, embora alguns utentes tenham uma medicação e assistência médica contínua.

O número de auxiliares existentes no Centro de Bem-estar “A Canção” em Lomar cifra-se em 25, divididos em dois campos de acção: auxiliares de acção directa e auxiliares de serviços gerais. A este número podem ser adicionadas três colaboradores da quinta que ajudam na manutenção da horta que se prolonga pelo perímetro circundante da presente instituição (Figura 27).

Temos ainda os técnicos especializados, existindo um técnico para cada serviço, nomeadamente, serviço social, psicólogo, técnico da fala, técnico ocupacional e técnico de psicomotricidade.

Ao contrário dos técnicos da instituição, os auxiliares não possuem qualquer tipo de formação profissional, no que diz respeito à educação especial. Nos últimos anos, com a mudança da presidência da Delegação Distrital de Braga, as únicas alterações que nos foram apresentadas pela direcção, referem-se à *alteração de alguns elementos dos corpos sociais*.

Figura 22-Exterior e Entrada do Complexo de Lomar



Fonte: fotografia tirada em Agosto de 2010.

A opinião dos pais é fundamental, pois são eles os mais interessados no bem-estar dos seus filhos e na sua integração na sociedade. No parecer da Directora, e quanto às mudanças efectuadas na presente instituição, os pais têm uma opinião que não é unânime, dificultando a avaliação que pode fazer deles. O apoio dado pelos pais aos utentes, na opinião da direcção, pode ser considerado de duas formas: por um lado, participativa e atenta, e por outro lado, muito ausente.

Quanto ao Programa Operacional Potencial Humano, também conhecido por P.O.P.H., este resume-se ao apoio à formação profissional e ao apoio para a construção de dois lares residenciais (um que será renovado para lar residencial e outro que será construído de raiz). A participação nestes programas não afectará os presentes utentes da instituição, mas dará resposta aos utentes em lista de espera, avaliados entre os 40 e os 50 utentes.

Em termos de inclusão social, a presente instituição, através da sua tentativa de trabalho em comunidade e a promoção da autonomia dos utentes, vem contribuindo para uma maior inclusão. A interacção dos utentes com o meio envolvente diz respeito a caminhadas exteriores, em festas nas escolas de ensino regular próximas ao complexo e em idas à praia.

Através do C.A.O., os utentes conseguem desenvolver as suas aptidões e capacidades, interagindo socialmente com elas próprias e com os outros. O conhecimento geral da existência da pessoa com deficiência é deveras escasso, sendo

que apenas uma pessoa com um familiar ou amigo nesta condição, ou até mesmo com uma doença crónica, detém os conhecimentos básicos sobre esta problemática.

Para que a sociedade considerada normal tenha conhecimento da existência das pessoas portadoras de deficiência, e através do seu próprio trabalho e esforço, a instituição dispõe e apresenta os trabalhos manuais dos seus utentes em feiras artesanais, exposições e convenções. Presentemente, a empresa de gelados OLA, avaliou como interessante a iniciativa dos utentes do C.A.O. do complexo de Lomar, quando estes criaram em Agosto/Setembro de 2010, respectivamente, os gelados da OLA, escolhendo aqueles de que mais gostavam. Como forma de apreciação pelo gesto, a OLA presenteou os utentes com a oferta dos seus produtos com o fim de os utentes da instituição poderem saborear e conhecer os sabores dos gelados que criaram. É uma forma original de estas crianças descobrirem os sabores dos gelados e ao mesmo tempo demonstra uma forma solidária por parte da empresa de gelados OLA.

2.2.2. Resultados das entrevistas aos técnicos

Após a entrevista à presente direcção do Centro de Bem-Estar “A Canção”, em Lomar, entrevistámos os técnicos responsáveis pelas actividades efectuadas no complexo de Lomar, sendo estes:

- uma terapeuta operacional, que trabalha no complexo há 1 ano, reside em Famalicão; trabalha diariamente no complexo com portadores de deficiência mental em sessões individuais ou em grupo, dependendo da dificuldade do jovem/adulto;
- um fisioterapeuta e também director de C.A.O., que trabalha há 6 anos na instituição, mas há apenas 1 ano no complexo, residente em S. Vicente – Braga; trabalha diariamente com portadores de deficiência mental, autismo e outros tipos de síndromes;
- um técnico especializado em educação especial e reabilitação, que está há 18 anos a trabalhar na instituição e há 3 anos no complexo de Lomar, trabalha diariamente com portadores de deficiência mental e multideficiência;
- uma psicóloga, que trabalha com a instituição há 18 anos, reside em Moreira na Maia; trabalha 2 a 3 dias por semana.

No que diz respeito ao número de jovens/adultos portadores de deficiência e o tipo de deficiência com a qual os técnicos entrevistados trabalham, temos sobretudo casos de

deficiência mental, com doenças associadas como a paralisia cerebral, o autismo, outros tipos de síndrome (e.g., síndrome de Down) e a multideficiência.

Apresentamos no Quadro 3, os resultados das respostas obtidas das questões 7 (*Em média, com quantos utentes trabalha diariamente?*) e 8 (*Considera que é excessivo?*).

Quadro 3-Resposta às questões 7 e 8

<i>Terapeuta Operacional</i>	- <i>sessões individuais ou em grupo, depende da dificuldade do jovem.</i> - <i>a quantidade de jovens é normal, embora sejam necessárias mais pessoas. A divisão que se faz é mais fácil (grupo funcional), depende sobretudo das necessidades de cada um deles. O ideal é haver mais pessoal.</i>
Fisioterapeuta	- <i>trabalho em média com 6 jovens por dia.</i> - <i>não considero excessivo.</i>
Psicóloga	- <i>depende.</i> - <i>a frequência é pouca.</i>
Técnico em Educação Especial e Reabilitação	- <i>trabalho com quase todos. São muitos, cerca de 60.</i> - <i>não considero excessivo. Trabalho a tempo inteiro.</i>

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

O número diário varia muito, dado que cada criança precisa de cuidados específicos e de acordo com as suas necessidades.

Os técnicos que trabalham diariamente com os jovens/adultos portadores de deficiência têm uma relação mais afectiva do que um técnico que apenas está uma ou duas vezes por semana, como é o caso da psicóloga, que se traduz na seguinte narrativa.

“ (...) saltitar entre diferentes centros não estabelece uma relação mais íntima”
(Psicóloga e colaboradora há 18 anos com a instituição).

Trabalhando dia após dia, criam-se afinidades e vínculos entre os técnicos e jovens/adultos portadores de deficiência. Embora nos casos em que a frequência é boa e a tempo inteiro, a relação torna-se mais rentável.

As actividades efectuadas com os jovens/adultos diferem consoante a especialização dos técnicos e das necessidades e capacidades de cada jovem, como podemos ver no Quadro 4, relativamente às perguntas 9 (*Que tipo de actividades executa com os utentes que estão ao seu cuidado?*) e 13 (*Quais são os equipamentos utilizados nas actividades ocupacionais?*).

A relação entre os técnicos e os jovens/adultos deficientes é considerada “muito boa” (n=2) ou, até mesmo, “excelente” (n=1) ou “terapeuticamente aceitável” (n=1), conforme podemos comprovar pelas seguintes narrativas.

“Existe uma interacção pessoal com as crianças, embora por um lado, temos uma relação técnica que nem sempre alcança os objectivos pretendidos, daí ter de conseguir relacionar-se de outra forma (...) e por outro lado, a relação é muito afectiva na parte emocional” (Fisioterapeuta há um ano no complexo).

Existem “casos autónomos, diferindo de caso para caso, preferindo uma pessoa de referência”, mas “em termos gerais é boa (90% dos casos)” (Técnico em Educação Especial e Reabilitação há 3 anos no complexo).

As actividades ocupacionais são distribuídas segundo as necessidades dos jovens, tendo um período de adaptação (n=1).

“Têm um mês de acolhimento, em que durante este período estão com os técnicos, sendo depois feita uma avaliação para determinar a potencialidade, a capacidade, a motivação e o interesse dos jovens” (Terapeuta Ocupacional há 1 ano no complexo).

Em termos terapêuticos, temos divergência de opiniões, de acordo com o que se pode avaliar através das seguintes narrativas.

“Não podemos olhar apenas para a patologia. Não existe um protocolo. Depende, conforme as necessidades do jovem, a sua motivação, o que precisa e as suas capacidades” (Terapeuta Operacional há um ano no complexo).

“(…) massagens, mobilizações, correcções pontuais, posicionamento, aconselhamento técnico e apoio às famílias” (Fisioterapeuta há um ano no complexo).

Quadro 4-Resposta às questões 9 e 13

Terapeuta operacional	<p>- temos dois casos: intervenção directa onde a maior parte das actividades são orientadas como multissensoriais, sala branca ou sala Snozelen (Figura 23) treino de autonomia pessoal, actividades da vida diária instrumentais, treinos de competência social, expressão dramática e dança, académica funcional. Quanto à intervenção indirecta, o técnico estipula estratégias para o jovem/adulto executar.</p> <p>- como equipamentos utilizados temos o ginásio, onde existe material multissensorial; para a psicomotricidade temos argolas, cones, bolas de bobath, bolas sensoriais, piscina com bolas, cunhas, rolos; materiais para expressão dramática como o exemplo de fitas; instrumentos musicais; campo de boccia; equipamentos da sala Snozelen; material ortopédico; tecnologias de apoio (actividades de autonomia).</p>
Fisioterapeuta	<p>- actividades no âmbito da fisioterapia e psicomotricidade.</p> <p>- como equipamentos utilizados nas actividades temos a sala branca, a piscina, o ginásio, a sala de tratamento, a quinta ou espaços exteriores.</p>
Técnico em educação especial e reabilitação	<p>- a psicomotricidade (movimento, sensorial, comunicação, relaxamento, ritmos/sons, expressão através dos movimentos do corpo). Existe uma grande diferenciação das pessoas dado que cada uma tem características e necessidades específicas. Temos ainda a expressividade através da música, jogos, orientação, percepção motora. Devido às particularidades através do diálogo, temos outros tipos de desenvolvimento cognitivo (existem 2 casos que não fazem motricidade) em que sejam capazes de o fazer através da comunicação verbal, sentimentos, emoções, preocupações e raciocínios.</p> <p>- como equipamentos utilizados temos a sala branca, onde fazem estimulação multissensorial e relaxamento, luzes coloridas, sons, tubos brilhantes, colchão de água (relaxamento e estimulação), bolas de bobath; ginásio para a psicomotricidade (instrumentos musicais, arcos, bolas, bastões, vibração (para pessoas com problemas auditivos); caminhadas para se tornar autónomo e ganhar equilíbrio.</p>

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

Figura 23-Sala Branca ou Sala Snozelen



Fonte: fotografia tirada em Agosto de 2010.

“A deficiência não se cura. Existe um modelo eclético, comportamental, um esforço, um estímulo de resposta. É um processo cognitivo (atenção, memória, são exemplos), trabalhos de processos em diferentes áreas, sendo estas: o controlo de comportamento, a via farmacológica ou a questão orgânica (em caso do jovem ter epilepsia, por exemplo) deve seguir uma medicação orientada (neurológica), (...) um bem-estar psicológico é necessário” (Psicóloga e colaboradora há 18 anos com a instituição).

“Existem diferentes níveis; grupos autónomos (actividades com um grupo pequeno); deficiência profunda (pequeno grupo ou individualmente). Trabalho por salas e com, por exemplo, 3 jovens ou dividido em 2 a 3 grupos ficando a trabalhar com eles todo o dia” (Técnico em Educação Especial e Reabilitação há 3 anos no complexo).

Seguidamente, falamos das capacidades cognitivas segundo o parecer da terapeuta ocupacional sobre os jovens de que é responsável. No Quadro 5 são apresentadas as respostas às questões 16 (*Qual o funcionamento intelectual, verbal do utente?*) e 17 (*Que tipo de dificuldade em leitura, escrita têm normalmente o utente?*).

Quadro 5-Resposta às questões 16 e 17

Terapeuta Ocupacional	<p>- depende dos casos. Por um lado têm dificuldade em expressar-se verbalmente, optando por expressar-se não verbalmente. No caso da paralisia cerebral, pode haver casos onde o jovem consiga pronunciar algumas palavras, e adaptar-se à forma de como exprimir-se.</p> <p>- no caso da multideficiência, existem casos em que a locomoção motora permite a escrita (completa o que está escrito). Já no caso da paralisia cerebral, o jovem não possui competências cognitivas para o fazer. Existe um caso em que consegue escrever, outro caso em que consegue copiar, apesar de ter problemas em memorizar a informação que assimilou. É muito importante intervir desde que são crianças.</p>
-----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

No complexo de Lomar, a psicóloga permitiu certos esclarecimentos sobre potenciais causas da deficiência nos jovens que nesta se encontram, respondendo às questões 18 (*No caso específico das crianças com paralisia cerebral e multideficiência, quais são as principais causas da deficiência das pessoas portadoras de deficiência inscritas no complexo de Lomar?*), 20 (*Em alguns casos de deficiência, a criança portadora de deficiência pode ter eventualmente deficiências associadas ou até mesmo doenças. Enumere alguns exemplos*) e 21 (*Que tipo de problemas diagnostica nos utentes do Complexo de Lomar?*).

A psicóloga mencionou que “a paralisia cerebral é uma causa da deficiência mental, tal como o síndrome de Down, a anoxia, a meningite, as doenças metabólicas, a rubéola e o síndrome de alcoólico fetal. Existe um disfuncionamento abaixo dos seus iguais, em termos cognitivos, não raciocinando de igual forma”.

Continuou afirmando que “existem três critérios: o Quociente de Inteligência (dificuldade em se adaptar e raciocinar); o critério sócio-adaptativo (autonomia a si próprio, autonomia social, autonomia a nível instrumental em função da idade, e por último, a deficiência mental que só é considerada como sendo deficiência se esta surgir até aos 18 anos, a partir daí não é considerada como deficiência mas sim como demência).”

A deficiência mental (no caso de o seu grau ser elevado) é um termo controverso e a sua utilização é pouco técnica, sendo esta associada a outras deficiências.

A deficiência profunda é também difícil de definir (dedução a partir do nível adaptativo), tal como o grau de gravidade não é especificado (os testes convencionais

são ineficazes, em casos de deficiência profunda, sendo que os gestos estão associados a uma intenção).”

Por último, mencionou que “o comportamento das crianças indica se pensa algo. A maioria dos problemas que surgem é devido à solidão e aos problemas comportamentais, como a agressividade”.

Até agora foi abordado o trabalho efectuado pelos técnicos com os jovens-adultos dentro do complexo, e seguidamente tenta-se avaliar como se comportam os jovens-adultos com o meio que os rodeia. A maioria dos entrevistados considera o comportamento dos jovens, na sua maioria, adequado ou até mesmo muito bom. No Quadro 6, apresentamos algumas respostas à questão 12 [*Fora da instituição qual é, normalmente, o comportamento/reacção da criança portadora de deficiência (interacção com o meio)?*].

Quadro 6-Resposta à questão 12

Terapeuta operacional	<i>- gostam de quebrar a rotina, embora precisem de muita retaguarda e de apoio, dado não serem muito funcionais. Em caso de multideficiência com autismo como doença associada são casos extremamente difíceis. Uns gostam, outros não gostam muito, pois ficam mais desorientados, embora seja importante promover as actividades externas. (...) cada caso é um caso.</i>
Técnico em educação especial e reabilitação	<i>- existe um caso de agressividade, em que as actividades motoras para um jovem portador de deficiência mental e de doença mental (por exemplo, melancolia) exige dos técnicos maior cuidado. Deve ser tido em conta a importância da luz, a interrelação e a socialização com a comunidade próxima, a relação de amizade (a sua importância é considerável dado que pode ajudar em alguns casos a melhorar, a criar condições especiais terapêuticas para casos de agressividade). No geral, existe uma boa relação com a comunidade próxima, e os jovens mais autónomos vão frequentemente ao exterior (...) houve um caso em que fizemos um piquenique e levamos os jovens em cadeiras de rodas, e temos transporte próprio para o transporte destes jovens, contudo as condições no local não estavam acessíveis para jovens com cadeira de rodas.</i>

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

Segundo o resultado das entrevistas aos técnicos, a maioria (n=3) considera que os jovens do complexo de Lomar apresentam uma grande dependência (questão 15 – *Qual é o grau de dependência/independência dos utentes com os quais trabalha?*), que se resume na seguinte narrativa.

“A maioria possui deficiência profunda, tendo uma independência moderada (locomoção). Alguns têm autonomia de movimento, mas os que utilizam cadeira de rodas são extremamente dependentes em termos de locomoção” (Técnico em Educação Especial e Reabilitação há 3 anos no complexo).

Dos três técnicos entrevistados dois não souberam indicar que tipo de actividades o complexo efectuou nos últimos anos (questões 14 – *Em que consistem os programas elaborados na C.A.O. e qual o seu propósito?* e 23 – *Que tipo de actividades realizou a instituição de Lomar nos últimos cinco anos, do tipo: festas para comprar cadeiras de rodas ou outro tipo de material, cursos para ensinar as famílias a lidar com os filhos que têm deficiências? Pode mencionar outro tipo de actividade e o ano em que foi desenvolvida*).

No entanto, alguns responderam sobre programas que os jovens desenvolvem no complexo, e deram opiniões sobre novas actividades, cujo registo se transmite a seguir.

“Temos programas de actividade de inclusão ou actividades extras. Os feriados festivos como o magusto, a Páscoa e o Natal são celebrados convidando os pais a participarem. Piqueniques, a festa do amigo, a Braga Romana; visitas ao exterior – lugares como Braga Parque, quintas pedagógicas, actividades ligadas à reciclagem” (Terapeuta Ocupacional há 1 ano no complexo).

“Com a nova direcção foram renovadas as funções, e a grande preocupação é dar a conhecer a instituição à sociedade. Foi-nos oferecida uma carrinha e ainda temos a revista Sonhar (que pretende divulgar à comunidade o trabalho efectuado na instituição) (...); educação especial; existem protocolos com o Ministério da Educação, onde os técnicos vão às escolas; existe uma participação comunitária em que a divulgação e o marketing eram importantes há uns anos atrás, continuando a ser no presente. A câmara de Braga cria projectos escolares, como por exemplo sobre a reciclagem, onde podemos

participar nas actividades. Ganhamos um prémio na construção de um presépio. Fundamentalmente, existe uma preocupação em ligar-se à comunidade”. (...) recomendo uma melhoria das instalações (salas) e a reestruturação da dinâmica do C.A.O” (Técnico em Educação Especial e Reabilitação há 3 anos no complexo).

“Reuniões de sensibilização com os pais e com os colaboradores, palestras nas escolas. Sugiro que se faça hipoterapia (andar a cavalo), pois é uma mais-valia para os jovens no seu desenvolvimento” (Fisioterapeuta há um ano no complexo).

No parecer dos técnicos a relação entre pais e filhos é muito variada, como podemos ver seguidamente, na resposta à questão 22 (*Na sua perspectiva, e em geral, que tipo de relação existe entre as crianças/adultos portadores de deficiência e os pais?*). As respostas dadas revelam uma avaliação mais positiva por parte dos técnicos do que por parte da direcção do complexo.

“Depende, há de tudo, pois cada caso é um caso. (...) o desenvolvimento da família é funcional ou não funcional. Não existe um padrão. Presentemente, a instituição está a trabalhar nesse aspecto através da psicologia e da assistência social” (Terapeuta Ocupacional há 1 ano no complexo).

“No geral, preocupam-se muito com os filhos (...) por um lado é mau (restringe a liberdade), mas por outro, demonstram mais amor, mais afecto, são mais apegados, preocupam-se com os filhos. Existem situações ambivalentes (amargura *versus* carinho). Em termos médios, uma boa relação” (Técnico em Educação Especial e Reabilitação há 3 anos no complexo).

“A relação com os pais é boa (...) são pais presentes” (Fisioterapeuta há um ano no complexo).

Para uma maior integração ou inclusão dos jovens/adultos do complexo, muitas foram as opiniões. São ainda consideradas as opiniões pessoais de cada técnico.

No sentido de concluirmos a nossa análise, apresentamos as respostas às questões 25 (*Na sua opinião, o que poderia ser feito para tornar os utentes mais felizes e*

integrados na sociedade?), 26 (*Na sua opinião, as condições que a instituição oferece relativamente aos utentes são boas/más, suficientes/insuficientes?*), 27 (*Quais são os aspectos positivos e negativos que existem na instituição em que trabalha? Refira três aspectos positivos e três negativos*) e 28 (*Observações/opiniões que queira apresentar para melhorar as capacidades e auxiliar o utente portadora de deficiência*).

Apraz-nos salientar que todos os entrevistados são de opinião que os utentes vivem de forma positiva a sua vida dentro do complexo, segundo a questão 25 que apresentamos no Quadro 7.

Quadro 7-Resposta à questão 25

Terapeuta Ocupacional	<i>As crianças são felizes no complexo, isto é, de certa forma são, mas em casos de multideficiência é difícil inseri-los na sociedade, pois estão muito dependentes. Eles têm uma boa qualidade de vida dentro do complexo (...) deviam ser mais variadas as actividades e as pessoas deviam visitar mais o complexo, para ver como funciona.</i>
Fisioterapeuta	<i>A mentalidade da sociedade e da instituição deve ser trabalhada – acções e visitas ao exterior.</i>
Técnico em Educação Especial e Reabilitação	<i>É difícil inseri-los, daí ser necessário alterar as rotinas. São casos de difícil comportamento.</i>
Psicóloga	<i>É difícil generalizar, pois cada caso é um caso específico (...) existem vários tipos de situações. A questão que devemos colocar é: será melhor para estes jovens ou não integrarem-se na sociedade? Existe uma grande possibilidade de adquirirem uma depressão num local estranho, não familiar. Na minha opinião, sou a favor de valorizar a pessoa humana. O trabalho no complexo permite-lhes ter uma boa qualidade de vida e segurança, estando integrados na comunidade familiar (...) situações em que é pior colocá-los num ambiente adverso. O mito da inclusão é muito relativo (...) esquecer inclusão e exclusão e focarmo-nos naquilo que a faça feliz e adaptada. A ideia de inclusão, na minha opinião, é dar o que a pessoa realmente necessita.</i>

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

Na opinião da maioria dos entrevistados, fora da instituição os utentes teriam grande dificuldade de adaptação, dado que se encontrariam num contexto muito diferente do que vivem actualmente. Assim, o processo de inclusão de um indivíduo com um grau de deficiência profunda é dificultado, não apenas pela opinião que a sociedade tem, mas também pela capacidade do indivíduo de se envolver num meio que desconhece.

Relativamente à questão 26, referente às condições das instalações foi evidenciado um parecer positivo da mesma por parte da terapeuta ocupacional, conforme o indicado no Quadro 8.

Quadro 8-Resposta à questão 26

<p>Terapeuta Ocupacional (foi a única terapeuta a responder à questão colocada)</p>	<p><i>As instalações do complexo são boas e o recinto exterior é fantástico. A utilização de animais como terapia, as plantas, o contacto com a relva, é claro, tudo isto tendo em conta as necessidades/características de cada jovem. As actividades potenciam a qualidade de vida deles.</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

A maioria dos entrevistados considerou aspectos positivos sobre o complexo, ainda que esta difira de técnico para técnico, como podemos constatar no Quadro 9. Alguns técnicos apresentam aspectos negativos, em que por um lado temos barreiras económicas e por outro o crescente número de utentes que necessitam de acolhimento e à qual a instituição tem dificuldade em dar resposta (*e.g.*, casos de autismo).

Segundo as opiniões e observações apresentadas pelos técnicos, deve existir uma maior comunicação entre auxiliares e técnicos a fim de melhorar o quotidiano de cada utente e a sua qualidade de vida dentro do complexo, como apresentado no Quadro 10.

Por outro lado, devem ser implementadas medidas e soluções com o objectivo de melhorar, aperfeiçoar e renovar as condições da instituição e das actividades conforme cada utente presente no complexo e para futuros utentes que possam surgir.

Quadro 9-Resposta à questão 27

Terapeuta Ocupacional	<i>Positivamente, existe uma grande capacidade de equipa, interligação entre diferentes complexos, uma boa capacidade de comunicação entre os responsáveis/técnicos, entreaajuda para promover a instituição entre colaboradores</i>
Fisioterapeuta	<i>Positivamente, a missão de proporcionar uma melhor vida aos jovens (...) apoio às famílias e o ambiente de trabalho. Negativamente, existem problemas financeiros (falta de fundos)</i>
Técnico em Educação Especial e Reabilitação	<i>Positivamente, é importante a direcção/ técnicos/ auxiliar procurar melhorar o máximo possível os meios de intervenção, as condições, o funcionamento, o bem-estar, as realizações autónomas e individuais dos jovens e a intervenção terapêutica. Negativamente, existem muito jovens e não há capacidade de resposta. Casos particulares (deficiência mental e autismo, e.g.) dificultam a manter as rotinas habituais dos restantes jovens.</i>

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

Quadro 10-Resposta à questão 28

Terapeuta Ocupacional	<i>As estratégias devem ser passadas às colaboradoras. Ter como base, o potencial e auxílio aos jovens, ter estratégias que potencializem os jovens mais individualizados.</i>
Fisioterapeuta	<i>Cada profissional deveria estar concentrado na sua missão na instituição, ou seja, melhorar a qualidade de vida de cada jovem diariamente.</i>
Técnico em Educação Especial e Reabilitação	<i>Os casos difíceis são difíceis de trabalhar (e.g., autismo). Por isso, é necessário criar soluções - adaptações do espaço, adaptação dos recursos humanos, uniformização dos técnicos, uniformização na intervenção, consenso a nível de funcionamento, ajustamento de rotinas às características individuais, ajustamento das rotinas do centro (devido aos casos específicos), estratégias conceptuais para facilitar a adaptação do jovem a nível emocional, sendo a medicação muito importante nesse aspecto.</i>

Fonte: Inquérito por entrevista semi-estruturada realizada em Outubro de 2010.

2.2.3. Avaliação das barreiras multiformes

A acessibilidade diz respeito a todos e não apenas aos usuários, ou deficientes motores (com grau igual ou superior a 60% de incapacidade – segundo a Tabela Nacional de Incapacidades e o Decreto-Lei n.º 341/93, de 30 de Setembro). Deve ser considerada uma rede pública de transporte que satisfaça as necessidades de toda a população em termos de carreiras, horários e acessibilidade dos veículos. Também é fundamental ter uma informação clara para todos os envolvidos (incluindo o sistema de sinalética e guias), ter áreas de descanso, os edifícios e serviços públicos devem ser acessíveis e deve haver uma relação amigável e respeitadora entre veículos e peões.

A legislação em vigor quanto às barreiras arquitectónicas corresponde ao Decreto-Lei n.º 163/2006 podendo ser comparável, nalguns artigos a outras normas. Por exemplo, o previsto no n.º 2, alínea c) do artigo 2, do decreto mencionado, corresponde ao Despacho n.º 52/SESS/90 (que aprova o regulamento da implementação, criação e funcionalidade dos serviços e equipamentos que desenvolvem actividades de apoio ocupacional aos deficientes). Também o n.º 3 do mesmo artigo está inserido no Regulamento Geral das Edificações Urbanas (R.G.E.U.). Por último, o Despacho n.º 41/MES/85, de 5 de Fevereiro e a Portaria n.º 500/97 de 21 de Julho aprovam as recomendações técnicas para habitação social.

A Resolução de Ministros n.º 9/2007 implementou o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (P.N.P.A.), sendo *um instrumento estruturante das medidas que visam a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos e, em especial, a realização dos direitos de cidadania das pessoas com necessidades especiais. Essas barreiras promovem a exclusão social, acentuando os preconceitos e favorecendo práticas discriminatórias, prejudicando, nomeadamente, as pessoas com deficiência e os mais idosos*. Este plano tem como período de intervenção - 2006 a 2015 - tendo como princípios: o da igualdade de oportunidades, a vida independente, a participação e a integração.

As barreiras com as quais nos deparamos diariamente não se resumem apenas a barreiras físicas e arquitectónicas, apesar de serem mais frequentemente referidas que as demais. Existem barreiras a diferentes níveis, como por exemplo as barreiras a nível socioeconómico, político, religioso e geográfico.

No decorrer desta investigação deparamo-nos com diferentes barreiras, sendo umas mais visíveis que outras, mas principalmente de nível socioeconómico, geográfico e arquitectónico.

Foi feito um levantamento dos equipamentos do complexo de Lomar, sendo este constituído pelo edifício principal que se divide em dois pisos (o piso 0 refere-se ao lar residencial e o piso -1 refere-se ao C.A.O.). Ainda possui uma vasta área circundante onde actividades como a horticultura são visíveis e a casa de Sta. Marta, que presentemente se encontra com um projecto aceite pelo P.O.P.H. para um novo lar residencial com a capacidade para 20 utentes, embora devido à falta de fundos monetários é difícil determinar quando se efectivará o começo das obras.

2.2.3.1. Barreiras arquitectónicas e físicas

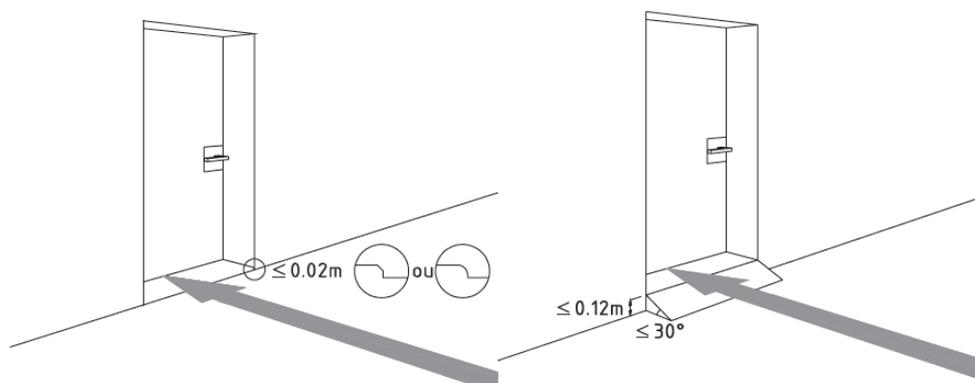
No que diz respeito às barreiras arquitectónicas e físicas, o piso circundante ao lar residencial precisa de alguns melhoramentos, tais como:

- os acessos devem estar no mesmo nível, ou seja, não deve existir soleira com degrau ou qualquer tipo de desnível (consultar Figura 29);

- quanto às rampas, a rampa interior tem um declive demasiado acentuado, por isso existe sempre um auxiliar juntamente com o utente, mas caso o utente esteja sozinho ou a cadeira de rodas se mova por si só, pode ser um perigo para a saúde do utente (Figura 30). Por isso, quando o declive da rampa é acentuado deve ter áreas de descanso;

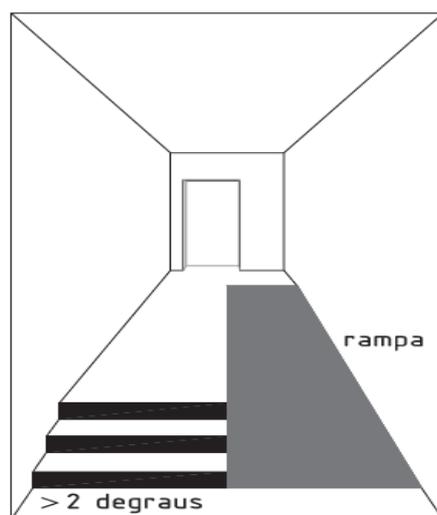
- quanto ao elevador existente há uma ligação entre ambos os pisos, e respeita os níveis de segurança (apenas activo com uma chave), tendo sido estipulado que apenas deve ser usado aquando do transporte de 3 utentes em cadeiras de rodas.

Figura 24-Ressaltos ao longo de percursos praticáveis (esquerda) e desnível máximo para aceder sem rampa ao edifício (direita)



Fonte: S.N.R.I.P.D., 2005.

Figura 25-Ilustração de duas alternativas de deslocação dentro do complexo (rampa e escadas)



Fonte: S.N.R.I.P.D., 2005.

No Quadro 11 resumimos a avaliação que realizámos, referente ao Complexo de Lomar, em Setembro de 2010.

Quadro 11-Barreiras arquitectónicas diagnosticadas na instituição em 2010

	Condições actuais	Legislação em vigor e se cumpre a mesma	Observações
Passeios/ Calçada	Um pouco degradados, com alguns desníveis.	Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto: secção 2.1.1. – percurso acessível e cumpre parcialmente a legislação.	-Deve ser feita uma melhoria no pavimento exterior do complexo, para que as pessoas invisuais, por exemplo, não tenham nenhum obstáculo que dificulte o seu movimento; o mesmo se aplica a usuários de cadeiras de rodas. -A estrutura do edificado facilita a mobilidade dos utentes.
Rampas	Rampas exteriores e interiores.	Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto: secção 2.5.1. – rampas e cumpre parcialmente a legislação	Rampa interior tem um declive ligeiramente acentuado, daí ter sempre um(a) encarregado(a) a acompanhar o jovem/adulto que utiliza cadeira de rodas.
Acessos (e.g., a elevadores, a portas)	Estão em boas condições. As portas exteriores foram renovadas. Pequeno degrau na entrada das portas principais do complexo pode ser encarado como uma barreira para invisuais sem apoio técnico.	Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto: secção 2.2. – átrios; secção 2.3.1. - corredores . A área de manobra dos elevadores cumpre o requerido no Decreto-Lei.	-A manutenção do elevador tem um custo elevado, daí que ao avariar poderá causar um grande problema, porque os jovens em cadeira de rodas estarão ainda mais limitados no seu movimento. Neste momento, foi estipulado que apenas será utilizado o elevador, quando o transporte dos utentes for igual a 3 cadeiras de rodas. -Existência de um ligeiro desnível de patamar que pode dificultar a mobilidade um deficiente com deficiência visual sem suporte técnico (seja ele humano ou material).
Escadas (existência/ ausência; largura/altura)	Existência de escadas interiores.	Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto: secção 2.4.3 – escadas. Cumpre a legislação.	Utilizadas maioritariamente pelos funcionários e técnicos do complexo, mas também por pessoas portadoras de deficiência menos grave e sem necessidade de utilização de cadeiras de rodas.
Elevadores	Existência de elevador interior, cobrindo os dois andares do complexo.	Cumpre os requerimentos exigidos pelo Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto: secção 2.6.1. – ascensores	Utilizado por pessoas portadoras de deficiência motora, acompanhados por um responsável ou técnico do complexo. Elevador com potencial para 3 cadeiras de rodas, incluindo os auxiliares e os respectivos utentes.

Fonte: avaliação realizada no decurso do mês de Setembro de 2010 nas instalações do Complexo de Lomar.

Quadro 11-Barreiras arquitectónicas diagnosticadas na instituição em 2010 (conclusão)

	Condições actuais	Legislação em vigor e se cumpre a mesma	Observações
Corrimões (existência/ausência)	Existência de corrimões de um dos lados das escadas, no interior. Existência de corrimões em ambos os lados da rampa exterior, e apenas num dos lados da rampa interior.	Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto.	
Instalações sanitárias apropriadas, segundo o tipo de deficiência	Existência de instalações sanitárias apropriadas, com barras laterais para pessoas portadoras de deficiência motora. Existência de fraldário.	Cumpram os requerimentos exigidos pelo Decreto-Lei nº163/2006, de 8 de Agosto.	Devido ao facto da maioria dos utentes do complexo necessitar do uso frequente de fraldas e da mudança das mesmas, o complexo possui um fraldário em ambos os andares.

Fonte: avaliação realizada no decurso do mês de Setembro de 2010 nas instalações do Complexo de Lomar.

Seguidamente, debruçamo-nos sobre alguns problemas a nível das normas do edificado, e o que está ou não previsto por parte das entidades reguladoras de construção. Em termos de acessibilidade em habitações pode-se adiantar o seguinte:

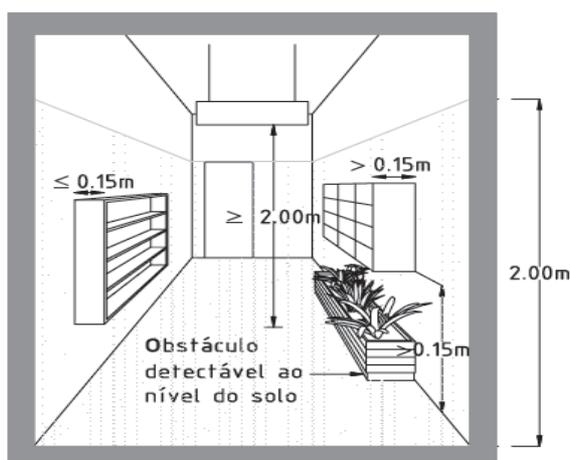
-segundo o (Regulamento Geral de Edificações Urbanas (R.G.E.U. – Decreto-Lei n.º 38/382, de 7 de Agosto de 1951), não existe qualquer especificação relativa à garantia de percursos acessíveis e sem desníveis até à porta das habitações;

-segundo o Regulamento de Segurança Contra Incêndios em Edifícios de Habitação (R.S.C.I.E.H. – Decreto-Lei n.º 64/90, de 21 de Fevereiro), não é especificada a largura mínima das portas e as rampas podem ter inclinações até 10%.

Quanto à segurança do complexo, existe um plano de emergência, podendo encontrá-lo em todos os corredores e pisos do complexo, estando especificado nas normas do complexo de Lomar. Embora seja necessário ter em conta o seguinte:

-a disposição dos extintores deve estar fora do alcance dos utentes e estar a um nível (altura) que não constitua um obstáculo à mobilidade (por exemplo: uma pessoa cega pode esbarrar contra o extintor, cair e magoar-se gravemente). O mesmo se aplica a vasos, móveis, cadeiras e mesas (Figura 31).

Figura 26-Elementos suspensos, detecção e dimensão de obstáculos ao nível do solo



Fonte: S.N.R.I.P.D., 2005.

Deve ser ainda referido que os utentes estão abrangidos por um seguro de saúde, enquanto estão ao cuidado da instituição.

2.2.3.2. Barreiras socioeconómicas

Quanto às barreiras socioeconómicas, decidimos revisar as normas de admissão de um utente ao complexo de Lomar, analisando se estas eram de facto cumpridas, ou por outro lado, ignoradas e modificadas conforme as circunstâncias.

Verificamos que nem sempre é possível acolher jovens/adultos com deficiência mental quando um pai necessita de um dia (por exemplo, um feriado a meio da semana) ou de um fim-de-semana para responder a qualquer tipo de solicitação em que o filho deficiente não pode (ou não deve) participar. Esta situação deriva do facto de não existirem funcionários suficientes para cuidar do jovem/adulto em questão, apesar de ser paga a mensalidade na sua totalidade. Não obstante, esta actuação não está conforme os objectivos gerais previstos no artigo 2º do capítulo II do regulamento interno do lar residencial, que mencionam a necessidade de disponibilizar alojamento e apoio residencial permanente ou temporário a jovens e adultos com deficiência mental.

Outro aspecto relevante é o que se prende com o facto de o centro se dever responsabilizar por um utente que se encontra na instituição, mesmo doente, ao invés de chamar os pais para o ir buscar. Como os utentes dispõem de seguro de saúde e de médico no seio da instituição, este tipo de actuação não se justifica.

Devido a cortes económicos foram retirados, nos últimos anos, os serviços de porteiro, de cozinheiro, de ajudante de cozinheira e de recepcionista.

Coloca-nos dúvidas o cumprimento do artigo 50º do regulamento interno do lar residencial. O lar deve providenciar a deslocação, quando necessário, do utente aos serviços médicos mais próximos e alertar os pais do sucedido. O utente deve ter prioridade no atendimento, contudo não temos a certeza de que este procedimento seja concretizado. Sendo um utente deficiente, este não tem a noção da realidade à sua volta, e por isso, deve ser atendido de imediato (embora isto dependa dos serviços de saúde).

A instituição encontra-se com dificuldades financeiras, no presente momento. A falta de verbas dificulta o desenvolvimento da instituição, em termos de pessoal técnico e na sua estruturação (melhorar as instalações a fim de responder à lista de espera).

Foi requerido aos sócios da A.P.P.A.C.D.M. de Braga o seu contributo a fim de que a situação melhor, embora muitas famílias não tenham a disponibilidade nem os meios de poderem ajudar financeiramente. Esta situação pode levar ao conseqüente encerramento de algumas instalações da associação.

Apesar de existirem actividades extra-curriculares, estas não são suficientes. O contacto com a sociedade ou comunidade não é suficiente para que sejam incluídos, a maior frequência das actividades exteriores em recintos públicos pode ajudar alguns deficientes a adaptar-se melhor, embora, é claro isso dependa do grau e do tipo de deficiência do utente.

2.2.3.3. Barreiras geográficas

As barreiras geográficas não são consideradas, normalmente, na legislação e nos trabalhos que têm sido realizados até ao momento. Tal facto, não significa, no entanto, que este tipo de barreiras não tem relevância para o tema que nos encontramos a estudar. Estas podem ser determinantes quando pensamos numa relação de custo/distância. Concretamente, quando uma família tem que optar por colocar o seu filho deficiente numa instituição, por motivos monetários, escolherá sempre a que se localiza mais próxima da sua residência, desde que a mesma ofereça as condições necessárias. Devido ao número limitado de instituições e ao facto das mesmas estarem especializadas em determinadas deficiências, pode ser elevado o custo que a família tem que suportar, mensalmente, para ter um filho numa destas instituições. Talvez a solução fosse disponibilizar uma carrinha que assegurasse a mobilidade do utente da instituição para a residência.

Pelo que podemos aferir, a maioria dos pais dos utentes deslocam-se através do próprio transporte, embora existam outros meios de deslocação. Por outro lado, embora seja raro, outros pais preferem deslocar-se para apenas para visitar os filhos que estão em regime de internamento.

O Quadro 12 indica-nos o tipo de transporte utilizado com os utentes, que carece de pagamento por parte dos familiares.

Quadro 12- Tipo de transporte, segundo o número de utentes, no complexo de Lomar

Tipo de transporte	Número de utentes
Carrinha/Transporte Público	1
Ambulância	5
Carro próprio/particular	9
Permanece no centro	5
Actividades do C.A.O.	Transporte particular Transporte da A.P.P.A.C.D.M.

Dados fornecidos pela Assistente Social Dra. Emília em Setembro de 2010.

Por último, no Quadro 13 podemos constatar que a maioria dos utentes pertence ao concelho de Braga, denotando-se uma grande dispersão em termos de freguesias de residência, colocando, novamente a questão dos custos que a mobilidade dos utentes implicam.

Quadro 13-Localização Geográfica dos utentes (relação residência/complexo)

Concelho	Número de utentes
Braga	8
Vila Nova de Famalicão	3
Guimarães	3
Póvoa de Lanhoso	1
Terras de Bouro	1
Vieira do Minho	1
Vila Verde	2

Fonte: Dados fornecidos pela Assistente Social Dra. Emília em Setembro de 2010.

2.3. Notas Conclusivas

A rede social do concelho de Braga segue as directivas do P.N.A.I. (Plano Nacional de Acção para a Inclusão). Tem ainda o objectivo de promover um planeamento integrado e sistemático potenciando sinergias, competências e recursos. Visa o combate da pobreza e da exclusão social, promovendo a inclusão e a coesão social e tem em consideração a abordagem da deficiência. Tenta mobilizar as competências e os recursos institucionais e das comunidades, garantindo assim, uma maior eficácia do conjunto de respostas sociais nos concelhos e nas freguesias (C.L.A.S., 2008).

Também a O.N.U. criou o P.N.U.D. (1965), sendo uma junção de dois programas da organização relativos à cooperação técnica. Tem uma equivalência com o I.P.A.D. (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento) onde um dos objectivos é combater a exclusão social.

A partir dos resultados que foram apresentados ao longo do segundo capítulo da segunda parte da presente dissertação, comprova-se que os responsáveis pelos utentes do complexo de Lomar consideram importante e tentam proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

Por um lado, as instituições de ensino especial são uma mais-valia para o bem-estar dos utentes. A integração de uma criança/jovem portador(a) de deficiência em instituições de cariz especial não apenas ajuda a criança a se desenvolver gradualmente, bem como, lhe permite interagir num ambiente propício, juntamente com outras crianças com problemas semelhantes. Por outro lado, esta situação agrava a segregação entre o cidadão portador de deficiência e a sociedade considerada “normal”, o que dificulta a inclusão social do(a) mesmo(a) e a interacção da sociedade com o mesmo.

No que diz respeito à educação especial, existe dois tipos: necessidades especiais temporárias (problemas ligeiros) e necessidades especiais permanentes (onde se inclui a paralisia cerebral, a deficiência mental e a multideficiência). O nosso caso de estudo centrou-se nas necessidades especiais permanentes. A I.P.S.S. de Braga e os Centros de Actividades Ocupacionais (C.A.O.) são considerados um meio de transição do ensino especial para o ensino regular, de acordo com a opinião da Directora do Complexo de Lomar, embora apenas se verifique nas valências de C.A.O. onde o grau de deficiência é ligeiro ou moderado. Já nos casos de deficiência profunda/severa a situação é diferente, dado que estes possuem uma maior dependência.

Na entrevista que realizámos à Directora do Complexo de Lomar, constatou-se que a relação com o exterior existe, mas não é muito frequente. São feitas várias actividades no exterior do Complexo, mas não é sustentada a tentativa de inclusão da pessoa portadora com deficiência.

Alguns dos técnicos entrevistados corroboram este défice de contacto com o exterior e afirmam que deveriam existir mais actividades nesse âmbito, sendo uma forma de tornar um local desconhecido num local onde os utentes se possam incluir. Também se apresentaram disponíveis para qualquer tipo de dúvida que pudéssemos ter, sendo que responderam dentro das suas capacidades e áreas respectivas, o que manifesta uma vontade em sustentar mais o projecto que está a ser desenvolvido.

Quanto às barreiras multiformes, as que são mais representativas são as barreiras socioeconómicas, pois a falta de fundos pode originar o encerramento de algumas valências da instituição em questão. É visível a existência de algumas barreiras arquitectónicas no seio do Complexo de Lomar, tais como o piso exterior e o declive ligeiramente acentuado da rampa interior.

Concluindo, e citando a psicóloga da A.P.P.A.C.D.M. de Braga: *O mito da inclusão é muito relativo (...) esquecer inclusão e exclusão e focarmo-nos naquilo que a faça feliz e adaptada. A ideia de inclusão, na minha opinião, é dar o que a pessoa realmente necessita.*

Capítulo 3- Conclusões e Proposta de Actuação

Cerca de 6% da população era, em 2001, portadora de deficiência em Portugal, e apesar de não ser uma percentagem elevada, a resposta a casos de deficiência e a identificação da mesma é importante para encontrarmos soluções que possam ajudar este grupo social a integrar-se na sociedade.

A O.M.S. criou a Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (C.I.F.) anteriormente conhecida pelo C.I.D.I.D., na qual define os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem/handicap. Devemos ter ainda em conta que a deficiência é um conceito amplo e vasto, e não deve ser confundido com incapacidade e desvantagem. A maioria das pessoas desconhece a diferença destes conceitos, o que muitas vezes dificulta a realização de estratégias e soluções para cada caso específico. Uma vez rotulada como uma pessoa deficiente ou até mesmo inválida, será sempre considerada dessa forma.

Vários são os tipos e graus de deficiência, embora apenas nos tenhamos focado na paralisia cerebral e na multideficiência derivada da deficiência mental.

As primeiras instalações que surgiram nos séculos XVII e XVIII, eram hospitais residenciais/asilos, localizados em áreas rurais, transformados em asilos segregados, isolados e protegidos, com pouco contacto com a comunidade. Actualmente, geridos por órgãos estatais e/ou privados, existe desde atendimento, educação especial, e reabilitação a curto prazo por indivíduos com deficiências ligeiras, até instalações com atendimento tutelar (*e.g.*, lar residencial) para deficiências graves/profundas e dependentes.

A abolição dos procedimentos segregadores levados a cabo neste tipo de instituições a partir das últimas décadas do século XIX, foi encarada como mais benéfica para as pessoas portadoras de deficiência, no sentido da sua integração na comunidade e/ou instituições educativas regulares. Foi nessa altura que surgiu o conceito de normalização. O movimento de desinstitucionalização causou não só uma maior disparidade entre pessoas consideradas normais e pessoas portadoras de deficiência, como também deu motivos à sociedade para esta disparidade ser considerada normal, sem pensar nas consequências desta acção e sendo encarado como algo benéfico para todos.

A educação especial foi evoluindo e desenvolvendo-se em conformidade com as necessidades das pessoas portadoras de deficiência, permitindo-lhes terem uma educação adequada. A preocupação por esta temática levou ao desenvolvimento de técnicas de aprendizagem, mas também a outras alterações. No entanto, a legislação existente na actualidade não é suficiente, sendo necessárias mais mudanças que defendam a igualdade de direitos para todos, a fim de não apenas beneficiar as pessoas ditas normais mas também as pessoas portadoras de deficiência. Além de que nem sempre a que existe é cumprida.

O surgimento das I.P.S.S. e dos Centros de Actividades Operacionais (C.A.O.), para crianças deficientes, constituiu uma importante tentativa no sentido de minorar e combater o fosso da exclusão social.

Os C.A.O. pretendem ajudar as pessoas portadoras de deficiência a adquirir capacidades pessoais suficientes, seguindo programas do Centro. No entanto, não estão possibilitadas de aceder ao mercado de trabalho, nem sequer em regime de trabalho protegido, devido às inadequações das suas condições e características pessoais ao ritmo laboral e à qualidade de produção.

O P.N.A.I. de 2006/2008 tem como terceira prioridade, ultrapassar as discriminações das pessoas portadoras de deficiência e dos imigrantes. Já no P.N.A.I. de 2008/2010, a mesma prioridade (n.º 3) foi alterada onde se pretende como anteriormente referido, ultrapassar as discriminações, reforçando a integração de grupos específicos, nomeadamente, as pessoas portadoras de deficiência e incapacidade, imigrantes e minorias étnicas. O reforço dos equipamentos para as pessoas portadoras de deficiência através do P.O.P.H., o Centro de Recursos para a Inclusão (CRI) para orientar as escolas de educação especial para centros de recursos no apoio à escola pública, são alguns dos exemplos de acções consideradas pelo P.N.A.I..

Existe legislação internacional que defende os direitos dos cidadãos portadores de deficiência. Também em Portugal ela está presente, embora muitas das vezes, não seja cumprida ou aplicada, como já referimos anteriormente. Na presente investigação, demos maior importância à acessibilidade e à mobilidade do cidadão portador de deficiência dado que estas estão mais ligadas e relacionadas com as barreiras multiformes (dentro das quais se inserem as barreiras arquitectónicas). Não existe uma legislação específica para cada tipo de deficiência, sendo exemplo as deficiências sensoriais (*e.g.*, visão e audição). O Decreto-Lei n.º 163/2006 descreve as medidas e perímetros que supostamente as habitações deveriam ter para estas se tornarem mais

acessíveis, e ainda se refere aos percursos acessíveis, tendo como exemplo algumas sinaléticas (sons sonoros, para deficientes com perda auditiva e pisos diferentes quando existe mudança de escadas para rampa ou vice-versa, por exemplo, no caso de deficientes invisuais).

Não existe legislação de âmbito nacional para garantir acessibilidade para pessoas com movimento condicionado em habitações, existindo apenas algumas directivas na construção ou requalificação de edifícios. O Instituto Nacional de Reabilitação (I.N.R.) anteriormente conhecido como S.N.R.I.P.D. é o órgão responsável pela acessibilidade em Portugal.

Centrando-nos especificamente no concelho de Braga, a rede social e a I.P.S.S., da qual fazem parte os C.A.O da A.P.P.A.C.D.M. de Braga, têm um importante impacto na vida dos utentes do complexo de Lomar e dos restantes complexos. Como já foi anteriormente referido, os C.A.O. são um meio de transição para as escolas regulares, segundo a Directora do complexo de Lomar. Falta sabermos se os utentes que possuem uma rotina quotidiana se se adaptarão ou não ao ambiente das escolas regulares e se serão aceites, apesar das suas diferenças. Isto responde à questão à qual tentámos responder – *Que tipo de trabalho desenvolve esta instituição no sentido de uma maior inclusão social?* – uma preparação para serem integrados em escolas regulares, embora apenas se apliquem aos utentes com uma deficiência ligeira ou modera. Respondendo a outra questão relativamente ao complexo – *Será a sua localização geográfica a mais indicada, tal como o meio envolvente, para o desenvolvimento educacional de pessoas com necessidades especiais?* – de facto a localização geográfica em que se encontra presentemente é propícia para uma possível expansão do complexo como podemos constatar a partir do futuro projecto, que terá capacidade para acolher de 18 a 30 utentes para as valências de Lar e de C.A.O..

O ambiente circundante é uma mais-valia para os utentes pois podem desenvolver actividades ao ar livre, sendo esta uma forma de “comunicarem” com o meio envolvente. O complexo de Lomar centra-se sobretudo em assegurar maior longevidade e qualidade de vida dos utentes. Embora, para a inclusão social isso conduza a que o “fosso” entre as entidades familiares de acolhimento, neste caso, de índole e cariz especial, se torne maior, dado que estes utentes sofrem de deficiências profundas e severas, não se adaptando facilmente à sociedade facilmente, e o mesmo acontece no sentido contrário.

Somos de opinião que o importante é colocar o bem-estar da pessoa portadora com deficiência em primeiro lugar, e em segundo lugar pensar nas consequências, nos prós e contras de a sociedade aceitar ou não, o cidadão deficiente. A sociedade actual deve mudar em muito a sua capacidade de compreensão e ser mais solidária e interessada nesta temática. Porquê? O simples facto de que ninguém está livre de um dia adquirir uma deficiência. Devemos pensar como um todo e não cada um por si. Ao encontrarmos um tratamento ou melhorar a vida de outra pessoa, pode ajudar as gerações futuras a não cometerem os erros do passado. Mas para isso, a mentalidade social deve evoluir, deixando o racismo, preconceito e desprezo de lado, pois a deficiência é algo que nos envolve a todos e não apenas a alguns.

Com o decorrer da investigação, foram consideradas propostas para melhorar a vida e o quotidiano do cidadão deficiente. Neste item tentamos dar mais consistência às sugestões avançadas para o complexo de Lomar e usando algumas preocupações salientadas também pela S.N.R.I.P.D. (2005).

Começamos por expor algumas medidas para melhorar a acessibilidade e a mobilidade de um cidadão com mobilidade condicionada.

As principais alterações que sugerimos no âmbito da legislação portuguesa e tendo em consideração as barreiras à acessibilidade são as seguintes:

- especificação de como vencer os desníveis em percursos horizontais;
- especificação da altura máxima dos ressaltos e das soleiras, tal como, a largura mínima das portas ou espaços livres necessário para manobra das portas;
- estratégia de incentivos (mais coerente com a abordagem do desenho universal e com o conceito de “casa para toda a vida”), tais como, o apoio financeiro atribuído apenas a quem cumpre as regras de acessibilidade;
- as novas construções particulares, como as instituições de cariz especial, devem ter acessos facilitadores para deficientes;
- as diferenças de nível devem ser evitadas e os percursos horizontais não devem ter degraus;
- os elevadores devem ter espelhos para ajudar o utente quando este necessita de passar pela porta em marcha atrás;
- em relação às rampas, definir a largura mínima, o comprimento máximo dos lanços e as dimensões dos patamares de descanso;
- a inclinação permitida (10%) para as rampas é demasiado acentuada.

-especificação que vise facilitar a acessibilidade para pessoas com dificuldades de visão ou de orientação.

Na nossa opinião, as empresas que não cumpram as normas de acessibilidade nos edifícios, nomeadamente em termos de barreiras arquitectónicas e físicas, deveriam ser penalizadas, e beneficiar as que as cumprem através de fundos monetários.

A criação de diferentes níveis de acessibilidade, segundo o tipo de deficiência, beneficiaria mais as necessidades individuais de cada indivíduo.

A arquitectura do complexo de Lomar permite uma melhor mobilidade para os utentes do complexo, tendo a forma de zig-zag, e respeita ainda as áreas de manobra para cadeiras de rodas.

Quanto às barreiras socioeconómicas, consideramos as soluções seguintes:

-a criação de centros de apoio a famílias com deficientes (serviço público e gratuito).

-o voluntariado (maior publicidade e actividade cívica);

-a informação e a sensibilização são importantes (devem ser feitas campanhas de sensibilização);

-em relação ao subsídio de ajuda parental, os subsídios devem ser entregues segundo o rendimento familiar total da família e as despesas que os pais têm com os filhos (referente ao subsídio que um dos pais ou parente usufrui por permanecer no domicílio para tomar conta dos filhos). Presentemente, este subsídio é demasiado baixo;

-a A.P.P.A.C.D.M. e outras instituições de índole privada devem ser da total responsabilidade do Estado e da Segurança Social, tornando-as públicas e mais acessíveis;

-em termos de transporte (ambulância, táxi, carro próprio), as despesas deveriam ser comparticipadas pela Segurança Social e pelo Estado.

Em termos mais genéricos e considerando a realidade portuguesa, avançamos com as seguintes soluções:

-maior divulgação de informação sobre a deficiência – como esta pode ser causada; como ajudar a pessoa portadora de deficiência a integrar-se conforme o grau e o tipo de deficiência; qual a melhor solução para o utente e para os pais; o médico de família ou um pediatra deve aconselhar os pais da melhor forma através do planeamento familiar;

quando estes não têm a certeza, especialmente, um médico que não é especialista na matéria, deve consultar outros para uma segunda opinião, evitando que uma criança ou um bebé saudável adquira uma deficiência, já que certas doenças podem agravar rapidamente, e a sua intervenção rápida e imediata, assim que o diagnóstico específico podem fazer a diferença – a divulgação deve ser feita em hospitais, escolas, empresas, postos de saúde e não apenas nas instituições especiais;

-a maior informação permite aos pais aceitar que o filho é deficiente. Existem casos, em que os pais não aceitam que têm filhos deficientes e pode agravar e atrasar o desenvolvimento da criança em certos casos;

-o diagnóstico e tratamento (apesar de não existir cura para a deficiência) deve ser definido desde o começo, para aplicar a melhor forma de desenvolver cognitivamente a criança;

-a formação cívica nas escolas (palestras e distribuição de panfletos sobre a deficiência e a inclusão das pessoas portadoras de deficiência);

-os locais de serviço público [panfletos informativos sobre como lidar com a deficiência e medidas a tomar – onde inscrever os filhos, onde podem trabalhar, que escolas têm conjuntamente com o ensino regular, o ensino especial (falar dos pões e contras da educação especial) – aplicado aos deficientes ligeiro ou moderado];

-deve ser criado um quadro clínico específico das deficiências mais importantes, dado que existe uma grande variedade de deficiências, cujos sintomas são diferentes conforme o utente, a idade, o grau de incapacidade;

-é necessária uma revisão da legislação portuguesa do trabalho e que siga os seguintes termos: ter uma maior flexibilidade; rever e ampliar as medidas selectivas de apoio ao acesso; a manutenção de emprego para pessoas portadoras de deficiência; repensar o enquadramento e a tutela das instituições de formação académica.

A preparação para a vida socioprofissional da pessoa portadora de deficiência deverá *desenvolver as competências sociais e técnicas, tendo apoio durante a formação pós-contratação, seguindo objectivos como a polivalência (competências desenvolvidas/adquiridas) – possibilidade de manutenção do emprego; formação específica (actividades familiares); formação ministrada (flexível, em detrimento das funções das soluções oferecidas pelo mercado de trabalho); pedagogia da formação (orientação para o sucesso, em detrimento de cada pessoa – Reis e Peixoto, 1999: 94).*

No caso específico do complexo de Lomar, apresentamos algumas soluções a nível geral:

-o Estado e a Segurança Social devem ter um papel mais activo no que diz respeito à intervenção económica e social (deve ser da responsabilidade do Estado e da Segurança Social contribuir para os produtos de higiene, manutenção das instalações, assistência médica). A entidade Estado deveria ter uma responsabilidade totalitária quanto à manutenção da instituição e o desagravamento de pagamento de verbas por parte dos pais. Tal observação apresenta-se dado que as pensões por invalidez que o Estado proporciona, no caso da maioria dos utentes desta instituição, se destinam à compra de medicamentos, sendo a maior parte do custo elevado, aplicando-se o mesmo ao pagamento mensal para a instituição, não sobrando quase nenhum rendimento para outras necessidades de uma pessoa portadora de deficiência. O pagamento mensal para esta instituição varia, dependendo do rendimento familiar do cônjuge ou familiar responsável pelo utente;

-a Segurança Social deve ter um papel mais comunicativo com as famílias e perguntar aos pais se necessitam de ajuda auxiliar quando têm os filhos em casa (em termos de transporte, por exemplo);

-os auxiliares de lar e de serviços gerais devem ter formação profissional e técnica para cuidar dos utentes de lar (a formação profissional é uma mais-valia para a interacção entre os utentes e os auxiliares). Não apenas os técnicos devem ser especializados, como também os auxiliares devem-no ser, permitindo assim uma maior dinâmica afectiva entre os auxiliares e os utentes, já que o maior período de tempo é passado com os auxiliares;

-deve existir uma maior divulgação do trabalho laboral da criança deficiente além dos “muros” da instituição;

-a administração da instituição tem falhas quanto ao seu pessoal, nomeadamente, a recolocação de uma secretária para o caso de algum pai se dirigir ao utente ou a outro elemento presente na instituição, e por outro lado, a existência de um porteiro presente 24 horas para atender os pais e os utentes;

-no período de férias, não deveria existir uma comparticipação orçamental por parte da família do utente, visto o mesmo não se encontrar na instituição;

-as actividades ao ar livre devem ser para todos de igual forma e sem excepção (por exemplo, no caso de uns permanecerem numa sala, apesar de fresca, e outros serem

colocados no campo em mantas, debaixo da sombra das árvores, permitindo apenas a estes últimos terem uma maior ligação com o meio ambiente);

-o médico que se encontra presentemente na instituição a dar apoio deveria fazê-lo diariamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Obras e artigos

- A.P.P.A.C.D.M. (1989), A APPACDM - Distrital de Braga: para uma história a fazer...: 15 anos de percurso de uma sigla (3.5.1974 - 3.5.1989), Delegação Distrital de Braga da APPACDM, Braga.
- ACCARDO, P. (1966), *Developmental Disabilities in Infancy and Childhood*, Volume 11, Baltimore, Paul Brooks Publishing Co..
- AJURIAGUERRA, J. (1974), *Manual de psiquiatria infantil*, Barcelona, Toray-Masson.
- AMIRALIAN, M.L.T., *et al.* (2000), *Conceituando deficiência*, Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 1, pp. 97-103.
- ANACR (1970), XIII – *Educacion y Capacitación en los años escolares: problemas, temas y programas*, pp. 495-499.
- ARANHA, M.S.F. (2001), *Paradigmas da relação da sociedade com as pessoas com deficiência*, Revista do Ministério Público do Trabalho, ano XI, 21, Março, pp. 160-173.
- BATEMAN, B. (1965), An education's view of a diagnostic approach to learning disorders in HELLMUTH, J. (ed.), *Learning disorders*, Volume 1, Seattle, Special Child Publications.
- BAUTISTA, R. (Org.) (1997), *Necessidades Educativas Especiais*, Lisboa, Dinalivro.
- BERGHMAN, J. (1995), "Social exclusion in Europe : policy context and analytical framework" in G. Room (ed.), *Beyond the threshold, the measurement and analysis of social exclusion*, Bristol: the policy press, Edward Elgar, 2001.
- BLOCH-LAINÉ, F. (1967), *Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, Rapport présenté au Premier ministre*, Paris, La Documentation Française.
- BRADDOCK (1977) in ARANHA, M.S.F. (2003), *Trabalho e emprego: instrumento de construção da identidade Pessoal e Social*, Série Coleção Estudos e Pesquisas na Área da Deficiência, Volume 9, São Paulo, Brasília.

- CAHUZAC, H. (1985), *El niño com enfermedad motriz de origen cerebral*, Panamericana, Buenos Aires.
- CARMO, A. A. (1991), *Deficiência física: a sociedade brasileira cria, recupera e discrimina*, Ed. 2, Brasília, MEC/Secretaria dos Desportos.
- CARVALHO, Olívia A., PEIXOTO, Luís M. (2000), *A Escola Inclusiva – Da Utopia á Realidade*, Pædagógica II, Edições APPACDM Distrital de Braga, Braga – 2000.
- CLAVEL, Gilbert (2004), *A Sociedade da Exclusão – Compreendê-la para dela sair*, Colecção Educação e Trabalho Social, Porto Editora, n.º4, Porto.
- CORREIA, Luís M. (1990), *Educação Especial e Reabilitação*, Volume 1 n.º4, Dezembro, Escola Superior de Educação de Lisboa, pp. 60-66.
- CUBEROS, M.D.A., *et al.* (1997), Deficientes motores I: espinha bífida *in* BAUTISTA, R. (coord.), *Necessidades educativas especiais*, Lisboa, Dinalivro, pp. 271-292.
- EUROPEAN AGENCY (2009), “Development of inclusion - Portugal”, acessível em www.european-agency.org, visto a 11/09/2009.
- FARRINGTON, J., FARRINGTON, C. (2005), *Rural Accessibility, Social Inclusion and Social Justice: towards conceptualization*, *Journal of Transport Geography*, 13, pp. 1-12.
- GILSON, E. (1991), *The Spirit of Mediaeval Philosophy*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.
- HAHN, H. (1986), Disability and the urban environment: a perspective on Los Angeles, *Environment and Planning, D: Society and Space*.
- HEWARD, William L. (1992), *Programas de educación especial - 1*, “*Claves de la educación especial*”, pp. 10-31, Barcelona: CEAC.
- HINE, J., MITCHELL, F. (2001), *The Role of transport in social exclusion in Urban Scotland*, Scottish Executive Central Research Unit, Edinburgh.
- HOLLOWAY, Sarah (2005), Chapter 29, Identity and difference: Age Dis/Ability and Sexuality *in* CLOKE, Paul *et al.* (2005), *Introducing Geographies – Second Edition*, pp. 404-405.
- I.N.R. (2007), *Desenho Universal*, acessível em <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>, visto a 2010-03-14.

- LEMOS, Jorge, SILVA, Elsa (2004), *Introdução ao Desenvolvimento Económico e Social*, 12º Ano, 2º Volume, Plátano Editora, pp. 262.
- MAUSNER, Judith S. (2004), *Introdução à epidemiologia*, Mausner & Kramer, trad. Rui Costa Pinhão, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, pp. 11-25.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Departamento de Avaliação, Prospectiva e Planeamento (1990), *A criança diferente - Manual de Apoio aos Educadores de Infância e Professores do Ensino Básico*, Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2001), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, *O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal – História, métodos e alguns resultados*, Observatório Nacional de Saúde, Lisboa.
- MURARD (2002), CHAMBERLAYNE (2002) in BUTLER, T.; WATT, P. (2007), *Understanding Social Inequality*, Sage Publications, pp. 109.
- NIRJE, B. (1969), *The normalization principle and its human managements implications* in KUGEL, R. e WOLFENSERGER, W. (Eds), *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*, President's Committee on Mental Retardation, Washington.
- O.M.S. (2004), *Classificação Internacionalidade de Funcionalidade, de Incapacidade e Saúde*, Lisboa, Direcção-geral de Saúde, I.N.R..
- O'NEILL, Y. V. (1980), *Speech and Speech Disorders in Western Thought before 1600*, Westport, CT., Greenwood Press.
- PARR, H. and BUTLER, R., and PARR, H. (eds) (1999), *Mind and body spaces: geographies of illness, impairment and disability*, London, Routledge.
- PEDRO, João B. (2002), *Programa Habitacional – Espaços e Compartimentos Acessíveis a utentes de Mobilidade Condicionada (versão provisória)*, Laboratório Nacional de Engenharia Civil, Lisboa.
- PHILO, C. (2000), Social exclusion in JOHNSTON, R. J. et al. (eds), *The dictionary of Human Geography*, Oxford, Blackwell.
- PHILO, C. (Ed.) (1995), *Off the Map: the Social Geography of Poverty in the U.K.*, Child Poverty Action Group, London.
- REIS, J. A., PEIXOTO, L. M. (1999), *A Deficiência Mental – Causas – Características – Intervenção, Pædagógica II*, Edições A.P.P.A.C.D.M. Distrital de Braga, Braga.

- RODGERS, Gerry e al. (1995), *Social Exclusion: Rhetoric, Reality, Responses*, Genebra: International Institute of Labour Studies.
- S.N.R.I.P.D. (1995), *Normas sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas Portadoras de Deficiência*, Nações Unidas, Cadernos SNR caderno n.º 3, Lisboa.
- S.N.R.I.P.D. (1999) Normas técnicas sobre a acessibilidade, 3ª Edição, Folheto SNR n.º 18, Portugal.
- S.N.R.I.P.D. (2005), *Conceito Europeu de Acessibilidade*, Nações Unidas, Cadernos SNR n.º 18, Lisboa.
- S.N.R.I.P.D. (2006), *Acessibilidade de Pessoas com Mobilidade Condicionada em Edifícios de Habitação – Sistema de Classificação por Níveis de Exigência*, Cadernos SNR n.º 21, Litojesus, Lda., Lisboa.
- S.N.R.I.P.D. (2006), *Guia, Acessibilidade e Mobilidade para Todos, Apontamentos para uma melhor interpretação do Decreto-Lei n.º 163/2006 de 8 de Agosto, P.A.I.P.D.I – Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006/2009 – Gabinete da Secretaria de estado Adjunta e da Reabilitação, Inova, Porto.*
- SASSAKI, R. K. (1997), *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*, Rio de Janeiro, WVA.
- SENA, J. (1989), *Visão Perpétua*, Lisboa, Edições 70.
- SILVA, O. M. (1986), *A Epopéia Ignorada : A pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje*, São Paulo, CEDAS.
- U.P.I.A.S. (1976), *Fundamental principles of disability*, London, Union of the Physically Impaired Against Segregation.
- WEISKRANTZ, L. (1988), *Thought Without Language*, Oxford, Clarendon Press.
- WOLFENSBERGER, W. (1972), *The principle of normalization in human services*, Toronto, National Institute on Mental Retardation.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997), *Highlights on Health in Portugal*, Epidemiology, Statistics and Health Information Unit of the World Health Organization's Regional Office for Europe.

Documentos estatísticos

- C.L.A.S. (2008), Regulamento Interno – Conselho Local de Acção Social, Concelho de Braga.
- Eurostat (2001), *Disability and social participation in Europe*, Theme 3 Population and Social Condition, European Commission.
- Eurostat (2001), Mc Neil, J. M. (1994) e Bergeskog, A. (2001) *in* Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (2003).
- Eurostat (2003), *Uma IPSS de referência com gestão empresarial* (notícia em <http://www.solidariedade.pt/sartigo/index.php?x=3311>).
- GONÇALVES, C. (2003), *Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001*, Revista de Estudos Demográficos, nº 33, Lisboa, pp. 69-94.
- I.N.S. (2007), *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional da Estatística, Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001), *XIV Recenseamento Geral da População e IV Recenseamento Geral da Habitação, Resultados definitivos Norte*, Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002), *Resultados Definitivos Censos 2001 – Portugal*, Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009), *Estimativas da população residente 2008*, Lisboa.
- S.N.R.I.P.D. (1993-1995), *Inquérito Nacional de Incapacidades, Deficiências e Desvantagens*, Portugal.

Referências normativas

- Lei n.º 2127/65 de 3 de Agosto refere-se a acidentes de trabalho e doenças profissionais, Portugal.
- Lei nº 46/86, de 14 de Outubro - Lei de Base do Sistema Educativo, Portugal.
- Lei n.º48/90 de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde.

- Lei n.º 22/92 de 14 de Agosto altera a Lei n.º 2127/65 de 3 de Agosto a Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro que aprovou o novo regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais.
- Lei n.º 100/97 de 13 de Setembro.
- Lei n.º 115/97 – Lei de Base do Sistema Educativo revoga a Lei n.º 46/86, Portugal.
- Lei n.º 36/98 de 24 de Julho, designada por Lei de Saúde Mental.
- Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto - proíbe explicitamente discriminações relativamente aos direitos do cidadão.
- Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto – define as bases gerais da Prevenção, Habilitação, Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência.
- Lei n.º 46/2006, de 28 de Agosto regulamentada através do Decreto-lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro - proíbe e pune qualquer acto discriminatório directo ou indirecto.
- Decreto-Lei 3/8/46, surgimento das classes especiais.
- Decreto-Lei n.º 247/69 de 5 de Agosto, referente ao incentivo a entidades empregadoras.
- Decreto-Lei n.º 45/73, de 12 de Fevereiro, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 668/75 de 24 Novembro³, a CNSDP criou uma lei para pensões excluídas da mesma.
- Decreto-Lei n.º 307/76 de 26 Abril.
- Decreto-Lei n.º 174/77 de 22 de Maio que visou a criação das Classes Especiais.
- Decreto-Lei n.º 40/83 de 25 de Janeiro que estabelece o regime de emprego protegido.
- Decreto-Lei n.º 421/83 de 2 Dezembro.
- Decreto-Lei n.º 194/85 de 24 de Junho que introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 40/83 de 25 de Janeiro.
- Decreto-Lei n.º 18/89 de 11 de Janeiro que disciplina as actividades de apoio ocupacional aos deficientes graves.
- Decreto-Lei n.º 247/89 de 5 de Agosto.

³ O art. 1.º foi sucessivamente alterado pelo DL 456/77 de 2 Novembro, pelo DL 286/79 de 13 Agosto (que revogou o DL 456/77), pelo DL 195/80 de 20 Junho (que revogou o DL 286/79) e pelo DL 39/81.

- Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto, pp.4389-4393, Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 189/92 de 3 de Setembro que estabelece o novo regime de acesso ao ensino superior.
 - Decreto-Lei n.º 341/93 de 30 de Setembro que aprova a Tabela Nacional de Incapacidades por acidentes e trabalho e doenças profissionais.
 - Decreto-Lei n.º 347/93 de 1 de Outubro.
 - Decreto-Lei n.º 202/96 de 23 de Outubro.
 - Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 de Maio.
 - Decreto-Lei n.º 174/97 de 19 de Julho que altera o Decreto-Lei n.º 202/96 de 23 de Outubro.
 - Decreto-Lei n.º 360/97 de 17 de Dezembro.
 - Decreto-Lei n.º 154/98 de 29 de Abril.
 - Decreto-Lei n.º 347/98 de 9 de Novembro.
 - Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril.
 - Decreto-Lei n.º 142/99 de 30 de Abril que veio regulamentar a Lei n.º100/97 de 13 Setembro.
 - Decreto-Lei n.º 111/2000, de 4 de Julho - aprovação de uma Lei Anti-discriminatória.
 - Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho.
 - Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de Agosto – referente à morfologia urbana.
 - Decreto-Lei n.º 34/2007, de 15 de Fevereiro.
 - Decreto-Lei n.º 352/2007, de 23 de Outubro.
 - Decreto-Lei n.º 291/2009, de 12 de Outubro, n.º 197.
 - Decreto Regulamentar n.º 14/81 de 7 de Abril que estabeleceu disposições relativas à atribuição de um subsídio de educação especial.
 - Decreto Regulamentar n.º 37/85 de 24 de Junho que regulamenta a aplicação do Decreto-Lei n.º 40/83 de Janeiro, relativo ao regime de emprego protegido.
 - Resolução de Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro – define Rede Social, n.º 2667, pp.6253-6255.
 - Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/01 de 17 de Agosto aprovou o Plano Oncológico Nacional (2001-2005).

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, de 21 de Setembro, n.º183, pp.6954-6964 - I Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade.

- Resolução do Conselho de Ministros n.º 9/2007 cria o Plano Nacional de Promoção de Mobilidade.

- Portaria n.º 642/83 de 1 de Junho.

- Portaria n.º 611/93 de 29 de Junho que pretende estabelecer normas técnicas de execução previstas no Decreto-Lei n.º 319/91.

- Portaria n.º 987/93 de 6 Outubro.

- Portaria n.º 426/2006 de 2 de Maio – criou o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), para apoiar o desenvolvimento e consolidar a rede de equipamentos sociais.

- Portaria n.º 869/2006 de 29 de Agosto e tem por finalidade apoiar o desenvolvimento da rede de equipamentos sociais através da concessão de incentivos ao investimento.

- Portaria n.º 111/ 2007, de 24 de Janeiro - Programa todos diferentes, todos iguais.

- Despacho Normativo n.º 99/90 de 6 Setembro referente ao incentivo a entidades empregadoras.

- Despacho 173/ME/91 de 23 de Outubro regulamenta o Decreto-Lei n.º 319/91 de 23 de Agosto.

- Despacho n.º 10.324-D/97 (IIª Série) de 31 de Outubro.

- Despacho n.º 11.640-D/97 (IIª Série) de 24 de Novembro.

- Despacho Conjunto n.º 407/98.

- Despacho n.º 7520/98 de 6 de Maio que cria unidades de apoio à educação de crianças e jovens surdos.

- Despacho Conjunto n.º 861/99.

- Despacho n.º 12008/99 de 23 de Junho, referente ao incentivo a entidades empregadoras.

- Despacho n.º 19204/01 (II Série) de 13 de Setembro que cria o programa “Humanização, Acesso e Atendimento no Serviço Nacional de Saúde.

- Despacho n.º 19210/2001 de 13 de Setembro, II.ª série – ajudas técnicas.

- Despacho Normativo n.º 8/2002 de 12 de Fevereiro e o Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho.

Outras publicações

- C.R.P. (1974) Constituição da República Portuguesa – onde estão consagrados os direitos e liberdades fundamentais do Povo Português.
- DECLARAÇÃO DE SALAMANCA (1994), Conferência mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade, Salamanca, Espanha.
- P.D.S. (2004), Rede Social do Concelho de Braga, Plano de Desenvolvimento Social 2004-2007, Câmara Municipal de Braga, Junho de 2004.
- P.N.A.I. (2006), Plano Nacional de Acção para a Inclusão (2006/2008), Publicação co-financiada pelo Fundo Social Europeu e pelo Estado Português, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Outubro de 2006.
- P.N.A.I. (2008), Plano Nacional de Acção para a Inclusão (2008/2010), Publicação co-financiada pelo Fundo Social Europeu e pelo Estado Português, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Resolução de Tomar (2001), mais conhecida por Resolução de ResAP.
- U.N.I.C.E.F. (1990), Declaração Mundial de Educação para Todos, Jomtien, Tailândia.

WORLD WIDE WEB

- Associação Portuguesa de Deficientes (2003), Comunicado de imprensa da OMS, de 15 de Novembro de 2001- disponível: www.apd-sede.rcts.pt/.
- Associação Valentin Hauy, criada em 1889 (<http://www.avh.asso.fr/index.php>).
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>.
- <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal>.
- <http://www.tvi24.iol.pt/>.
- <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dis50y00.htm>.
- www.appacdm-braga.pt - acedido a 09-11-2009.
- www.avh.asso.fr/index.php - acedido a 09-11-2009.
- www.cm-braga.pt.
- www.cm-pvarzim.pt/.
- www.euro.who.int/.
- www.european-agency.org - acedido a 11/09/2009.
- www.googlemaps.com.
- www.handicap-international.org/.

- www.ine.pt - acedido em 15/01/2010.
- www.inr.pt.
- www.min-saude.pt.
- www.oikos.pt- acedido a 04/02/2010.
- www.pcd.pt.
- www.un.org/esa/socdev/enable.
- www.unesco.org.
- www.unicef.pt.

ANEXOS

Anexo 1

Plano de Desenvolvimento Social (2004-2007) – Plano de Operacional

Resultados	Actividades	Indicadores	Meios de verificação	Pressupostos Externos
4.1. Acabar com as barreiras arquitectónicas	4.1.1. Anular as barreiras arquitectónicas nos locais definidos no Plano 4.1.2. Colocação de sinalização sonora nos semáforos	- Nº e tipo de barreiras arquitectónicas existentes - Nº e tipo de barreiras arquitectónicas retiradas	- Plano de Acessibilidade - Registos Fotográficos	Reclamação por parte dos residentes pela sonorização
4.2. Melhoria dos serviços prestados a pessoas idosas, dependentes e deficientes, através da qualificação de 72 agentes, numa perspectiva de formação ao longo da vida	4.2.1. Acção de Formação para 18 famílias de acolhimento 4.2.2. Acção de Formação para auxiliares de 23 lares de idosos 4.2.3. Acção de Formação para 31 agentes de serviços de apoio domiciliário	- Nº de participantes - Nº de horas de formação - Nº de famílias de acolhimento - Nº de auxiliares em lares de idosos - Nº de agentes de serviços de apoio domiciliário	- Lista de presenças - Planos de Formação - Relatório de avaliação das acções - Inquérito - Base de dados	- Dificuldade na definição do horário da formação de modo a garantir a participação
4.3. Colocar em funcionamento o Centro de Apoio a Pessoas com Deficiência	4.3.1. Realizar um estudo sobre a situação da deficiência no concelho de Braga 4.3.2. Aguardar e cumprir orientações no âmbito do P.N.A.I.	- Nº de pessoas com deficiência no concelho e patologias associadas - Nº e centros de apoio à deficiência	- Relatório do estudo realizado - Relatório de Avaliação	- Dificuldade na obtenção de dados - A não concretização a nível nacional de rede de centros de apoio à deficiência
4.4. Modelo de funcionamento dos serviços e respostas existentes	4.4.1. Reuniões para redefinir as rotas do serviço de apoio domiciliário 4.4.2. Reuniões para análise do funcionamento da Rede de Transporte a deficientes 4.4.3. Estudar a viabilidade de implementação de um serviço de telealarme 4.4.4. Acompanhar o funcionamento da U.N.I.V.A. para deficientes	- Nº de participantes - Nº de reuniões - Tempo médio e frequência de prestação de serviços	- Lista de presenças - Rotas de serviço das entidades antes e depois da intervenção - Medição	Ausência de praticas de articulação interinstitucional e de redefinição periódica das rotas destes serviços
4.5. Funcionamento de 2 centros de noite	4.5.1. Reuniões de apoio e acompanhamento às	- Nº de participantes - Nº de reuniões	- Lista de presenças - Relatórios de	Dificuldade de financiamento por

	Comissões Sociais que previram no seu Plano de Acção, a criação de centros de noite	- Data de abertura da valência	actividades	PIDDAC ou Medida 5.6. do QCA
4.6. Funcionamento de 2 centros de dia	4.6.1. Reuniões de apoio e acompanhamento às Comissões Sociais que previram no seu Plano de Acção a criação de centros de dia			
4.7. Mais 3 Serviços de Apoio Domiciliário em Comissões Sociais	4.7.1. Reuniões de apoio e acompanhamento às Comissões Sociais que previram no seu Plano de Acção a criação de apoio domiciliário			Necessidade de prever e apresentar a candidatura para formação dos agentes de apoio domiciliário
4.8. Rede de Cuidados Continuados de Saúde	4.8.1. Realizar um estudo sobre a pessoa com perda de funcionalidade de forma a obter acesso a cuidados técnicos e humanamente adequados 4.8.2. Aguardar e cumprir orientações no âmbito do P.N.A.I.	- Nº de situações de dependência - Nº de Redes implementadas a nível nacional	- Dados de Saúde - Dados das Comissões Sociais - Relatório de avaliação do P.N.A.I.	- Dificuldade em caracterizar as situações de dependência - Falta de legislação que regulamente a Rede de Cuidados Continuados
5.1. Programa de acompanhamento ao nível da saúde mental	5.1.1. Reuniões para a definição do Plano 5.1.2. Reunião para definir uma Rede Comunitária de Serviços 5.1.3. Colocar em funcionamento um gabinete para orientação psicopedagógica e inserção social	- Tempo médio de internamentos - Nº de habitantes com perturbações psiquiátricas - Nº de consultas gerais - Nº de consultas em psiquiatria - Nº de consultas em unidades funcionais	- Dados do Hospital e Unidade de Saúde - Dados da Casa de Saúde do Bom Jesus - Dados do Hospital de S. João de Deus	Dificuldade em obter instalações ou equipamento específico

Fonte: P.D.S. (2004).

Anexo 2

Guião de entrevista

Entrevista à direcção da A.P.P.A.C.D.M. - Complexo de Lomar

I- Introdução

a) Agradecimento

Muito bom dia, primeiramente gostaria de demonstrar o meu agradecimento pela disponibilidade demonstrada para me conceder esta entrevista.

b) Apresentação e Objectivos da Entrevista

Estou a contactá-la no sentido de me poder responder a algumas questões sobre o Centro de Bem-estar de Lomar, pertencente à Associação de Pais e Amigos do Deficiente Mental do distrito de Braga. A investigação em curso insere-se no âmbito de uma dissertação de mestrado, que tem por objectivos caracterizar as instituições e os educandos das instituições da A.P.P.A.C.D.M., sendo neste caso a de Lomar; avaliar a oferta em termos de instituições preocupadas com cidadãos portadores de deficiência; avaliar as condições físicas e arquitectónicas de estabelecimentos utilizados pelo cidadão portador de deficiência; caracterizar as barreiras arquitectónicas existentes no seio das instituições que recebem cidadãos portadores de deficiência, bem como as barreiras multiformes.

c) Recolha de dados

- 1 – Nome
- 2 – Cargo
- 3 – Há quantos anos está na instituição?
- 4 – Esta instituição recebe fundos do Estado ou de alguma organização/instituição? Se sim, que tipo de fundos recebe?
- 5 – Pode confirmar quantos utentes existem na A.P.P.A.C.D.M. de Lomar (C.A.O.) e os tipos de deficiência dos mesmos? Estão todos em regime de ambulatório? Ou há alunos residentes?
- 6 – Com que idade acolhem, na instituição, uma pessoa com deficiência? Porquê a partir dessa idade?
- 7 – Existe algum profissional de saúde na instituição? Se sim, quantos?
- 8 – A alimentação é igual para todos ou há diferenciação consoante os problemas das crianças? Se sim, quais são as diferenças?

- 9- A instituição possui algum nutricionista?
- 10 – Quantos funcionários têm a instituição? E quais são os cargos que ocupam? São especializados ou não?
- 11 – As classes especiais são organizadas de que forma (segundo a deficiência da criança e/ou aptidões)?
- 12 – A presidência da A.P.P.A.C.D.M. de Braga mudou recentemente. Que tipo de alterações foram efectuadas (considerar todos os domínios: arquitectónicos, socioeconómicos)?
- 13 – Na sua opinião, os pais dos utentes estão satisfeitos com as alterações efectuadas? Sim, em quais? Se não, em quais não estão satisfeitos e quais pensa serem os principais motivos?
- 14 – Tenho informação de que a instituição que preside teve a aprovação do Programa Arquimedes e de projectos apresentados pelo Programa Operacional Humano. Pode dizer-me em que consiste?
- 15 – Que implicações vão esses projectos ter a curto e médio prazo para os utentes desta instituição?
- 16 – Na sua opinião, que tipo de trabalho desenvolve esta instituição no sentido de uma maior inclusão social?
- 17 – Os utentes interagem com o meio envolvente? Se sim, de que forma? Se não, porquê?
- 18 – É realizada a divulgação do trabalho laboral dos utentes além dos “muros” da instituição? De que forma e com que regularidade? Se não é feito, averiguar porque tal acontece?
- 19 – Como vê o apoio que os pais dão aos utentes desta instituição?

Anexo 3

Guião de entrevista

Entrevista aos técnicos da A.P.P.A.C.D.M. - Complexo de Lomar

I- Introdução

a) Agradecimento

Muito bom dia, primeiramente gostaria de demonstrar o meu agradecimento pela disponibilidade demonstrada para me conceder esta entrevista.

b) Apresentação e Objectivos da Entrevista

Estou a contactá-lo(a) no sentido de me poder responder a algumas questões sobre o Centro de Bem-estar de Lomar, pertencente à Associação de Pais e Amigos do Deficiente Mental do distrito de Braga. A investigação em curso insere-se no âmbito de uma dissertação de mestrado, que tem por objectivos caracterizar as instituições e os educandos das instituições da A.P.P.A.C.D.M., sendo neste caso a de Lomar; avaliar a oferta em termos de instituições preocupadas com cidadãos portadores de deficiência; avaliar as condições físicas e arquitectónicas de estabelecimentos utilizados pelo cidadão portador de deficiência; caracterizar as barreiras arquitectónicas existentes no seio das instituições que recebem cidadãos portadores de deficiência, bem como as barreiras multiformes.

c) Recolha de dados

- 1 – Cargo/Profissão *
- 2 – Freguesia/Concelho a que pertence *
- 3 – Há quantos anos está na instituição? *
- 4 – Exerce as suas funções diariamente ou semanalmente no *complexo de Lomar* *
- 5 – Qual é o tipo de deficiência com a qual trabalha?
- 6 – Em média, com quantos utentes trabalha diariamente? *
- 7 – Considera que é excessivo? *
- 8 – Como é a sua relação com os utentes portadores de deficiência e vice-versa?
- 9 – Que tipo de actividades executa com os utentes que estão ao seu cuidado?
- 10 – Quais são os tratamentos necessários para cada utente (dê exemplos, em casos de paralisia cerebral e multideficiência) e que tem que concretizar com eles?
- 11 – Como são atribuídas as actividades ocupacionais aos utentes?

- 12 – Fora da instituição qual é, normalmente, o comportamento/reacção do utente portador de deficiência (interacção com o meio)?
- 13 – Quais são os equipamentos utilizados nas actividades ocupacionais?
- 14 – Em que consistem os programas elaborados na C.A.O. e qual o seu propósito?
- 15 – Qual é o grau de dependência/independência dos utentes com as quais trabalha?
- 16 – Qual o funcionamento intelectual, verbal do utente (inteligência, linguagem, atenção, memória)?
- 17 – Que tipo de dificuldades em leitura, escrita tem, normalmente, o utente?
- 18 – No caso específico dos utentes com paralisia cerebral e multideficiência, quais são as principais causas da deficiência das pessoas portadoras de deficiência inscritas no complexo de Lomar? (P)
- 19 – Quais são os tratamentos psicológicos, psiquiátricos ou neurológicos utilizados no complexo de Lomar? (P)
- 20 – Em alguns casos de deficiência, o utente portador de deficiência pode ter eventualmente deficiências associadas ou até mesmo doenças. Enumere alguns exemplos. (P)
- 21 – Que tipo de problemas diagnostica nos utentes do Complexo de Lomar? (P)
- 22 – Na sua perspectiva, e em geral, que tipo de relação existe entre as crianças/adultos portadores de deficiência e os pais?
- 23 – Que tipo de actividades realizou a instituição de Lomar nos últimos cinco anos, do tipo: festas para comprar cadeiras de rodas ou outro tipo de material, cursos para ensinar as famílias a lidar com os filhos que têm deficiências? Pode mencionar outro tipo de actividade e o ano em que foi desenvolvida.
- 24 – Se não foram realizadas actividades nos últimos cinco anos, que actividades pensa que deveriam ser desenvolvidas?
- 25 – Na sua opinião, o que poderia ser feito para tornar os utentes mais felizes e integrados na sociedade? *
- 26 – Na sua opinião, as condições que a instituição oferece relativamente aos utentes são boas/más, suficientes/insuficientes? *
- 27 – Quais são os aspectos positivos e negativos que existem na instituição em que trabalha? Refira três aspectos positivos e três negativos. *
- 28 – Observações/opiniões que queira apresentar para melhorar as capacidades e auxiliar o utente portadora de deficiência. *

Legenda: * - questões para todos os entrevistados

P – questões apenas para a psicóloga entrevistada

As restantes questões sem sinalização são apenas para os restantes técnicos.

A assistente social não foi entrevistada, e apenas concedeu informação sobre o transporte dos jovens/adultos do complexo de Lomar.