PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Marina Paranhos

# Apropriação de espaço por adultos com deficiência visual: estudo de casos

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, pelo Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar PUC/SP, sob a orientação da Profª Drª Marlise Aparecida Bassani.

São Paulo

2008

# Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Banca Examinadora

_____

_____

_____

*... não ignoro que todas as ilhas,*

*mesmo as conhecidas,*

*são desconhecidas enquanto não desembarcamos nelas.*

José Saramago

*À minha mãe, Regina.*

*Nossa história é, essencialmente, uma história de amor.*

*Com você, me sinto livre para ser e deixar de ser.*

*Sem você, esse trabalho jamais teria sido escrito.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, que no processo de *tornar-me*, me faz sempre lembrar o que é eterno e o que é efêmero.

Ao meu pai, Ézio, que com seu ‘jeitão’, sabe compartilhar comigo dos momentos mais importantes da minha vida, mesmo quando eu não os reconheço de antemão! Sou grata pelo incentivo e pelo providente apoio financeiro oferecidos no processo de construção desse trabalho.

À minha mãe, Regina, meu exemplo de vida, perseverança e fé. Você é meu porto seguro; com você, eu aprendi a amar. Obrigada pelo apoio constante e por suas contribuições e sugestões.

Ao Alberto, meu companheiro nessa e em tantas outras jornadas. Obrigada pelo carinho, cuidado e amor. E por suportar, comigo, os momentos de angústia e alegria que vivemos enquanto esse trabalho era realizado.

Aos meus irmãos, Vitor e Ênio. Nossas vivências são responsáveis pelo valor que atribuo à família. E aos meus sobrinhos, Igor, Gabriel, Davi, Caio (*in memorian*) e Arthur, que alegram a minha vida!

À Profª Drª Marlise Bassani, minha orientadora, mestra e amiga. Com você, aprendi sobre a importância de compartilhar conhecimentos e o valor da Ética na prática do cotidiano. Obrigada por nunca negar seu ombro e seu ouvido à minha cabeça, tantas vezes exausta e confusa. Você é parte integrante na conquista de realização desse trabalho. Sou grata pelo seu carinho e sua dedicação, sempre.

Aos participantes dessa pesquisa, que compartilharam comigo suas histórias, seus espaços e seus anseios. Esse trabalho só pôde ser realizado porque vocês escolheram percorrer comigo esse caminho. O que vocês me ensinaram, vou levar comigo para sempre!

À Profª Drª Mathilde Neder e Profª Drª Ida Kublikowski, pelas inestimáveis contribuições fornecidas no Exame de Qualificação.

Ao Prof. Dr. Gabriel Moser, que me prestigiou com seu tempo, compartilhando idéias e conhecimento, e cujas sugestões enriqueceram meu trabalho.

À instituição que abriu suas portas para a realização dessa pesquisa. Sou grata a cada um dos funcionários que disponibilizaram seu tempo e sua atenção para me auxiliar de diversas maneiras.

Aos meus colegas de mestrado, que contribuíram com suas reflexões e experiências.

Ao meu querido amigo Edson Defendi, que tanto me auxiliou na concepção desse trabalho. Obrigada pelo apoio e ajuda. E mais que tudo: obrigada por não permitir que eu “deixasse a peteca cair”.

À Desiree, Luciana, Cida, “Ururbano” Júnior e Heron, com quem compartilho intimidade e histórias de vida. Obrigada pela amizade e torcida constantes.

PARANHOS, Marina. **Apropriação de espaço por adultos com deficiência visual**: estudo de casos. São Paulo, 2008.
Orientadora: Profª Drª Marlise Aparecida Bassani.


## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo compreender como ocorre a apropriação de espaço nas escalas ambientais mais significativas selecionadas por adultos com deficiência visual, procurando apontar quais outros fenômenos da Psicologia Ambiental poderiam ser identificados nesse estudo. Para tanto, utilizamos o conceito de apropriação de espaço proposto por Pol (2002) que implica em um modelo circular e dual, composto pelas dimensões de ação-transformação e identificação simbólica. Optamos por uma abordagem qualitativa de pesquisa por meio de estudo de casos, e sua compreensão é feita a partir do referencial sistêmico. Participaram dessa pesquisa três pessoas com deficiência visual, de ambos os sexos, com idades entre 28 e 45 anos. Realizamos replicação parcial da proposta metodológica de Bassani (2003a, 2004b) e utilizamos os seguintes métodos: entrevistas temáticas (e clínica), observações (direta e registros fotográficos) e desenhos. A coleta de dados foi realizada nos locais escolhidos pelos participantes. A partir da análise dos resultados, identificamos três estilos de apropriação de espaço: 1) por re-significação: implica na conjunção de vários aspectos como a aceitação e re-significação da deficiência visual, o processo de reabilitação, a ativação de outros sentidos da percepção e os processos cognitivos. Tais aspectos foram essenciais na apropriação de espaços, nos diferentes níveis espaciais. 2) por familiaridade: as inter-relações pessoa-ambiente são significativamente marcadas pelas interações sociais. A apropriação se dá prioritariamente em lugares com os quais se relacionam afetivamente. 3) por propriedade: as ações-transformações e identificação simbólica são marcadas pela territorialidade. Outros fenômenos foram identificados, tais como privacidade, espaço pessoal e aglomeração. São apresentadas sugestões para futuras pesquisas e a relevância de tais estudos para promoção de qualidade de vida desta população.



Palavras-chaves: apropriação de espaço, psicologia ambiental, deficiência visual, reabilitação.

PARANHOS, Marina. **Space appropriation by adults with visual impairment**: case studies. São Paulo, 2008.
Oriented by Professor Doctor Marlise Aparecida Bassani.

## ABSTRACT

The present work had as it aim to understand how the space appropriation in the more significant scale ambient selected by adults with visual impairment occurs and to put forward which other phenomena of Environmental Psychology could be identified in this study. Therefore, we used the concept of space appropriation considered by Pol (2002) that implies in a circular and dual composed model by the dimensions of action-transformation and symbolic identification. We adopted a qualitative investigation approach through case studies. The analysis is taken under the systemic perspective. Three adults with visual impairment, with ages between 28 and 45 years old, from both genders, had participated of this research. We partially applied the methodological proposal of Bassani (2003a, 2004b). The following methods were used: thematic interviews (and clinic), observations (direct and photo shots) and drawings. The current data was collected in the places chosen by the participants. We identified three styles of space appropriation: 1) by resignification: it implies in the conjunction of some aspects as the acceptance and resignification of the visual impairment, the process of rehabilitation, the activation of the senses of perception and cognitive processes. Such aspects had been essential to space appropriation in different space levels. 2) by familiarity: the inter-relations person-environment are marked by the social interactions. The appropriation occurs mainly to places they relate affectively. 3) by property: the action-transformation and symbolic identification are marked by the territoriality. Other phenomena had been identified such as privacy, personal space and agglomeration. Suggestions for future research are presented and the relevance of such studies for promotion of quality of life of this population.

Key Words: space appropriation, environmental psychology, visual impairment, rehabilitation, place attachment.

**SUMÁRIO**

I. INTRODUÇÃO.....1
1.1 Problema de estudo.....4
1.2 Objetivo.....6

II. PSICOLOGIA AMBIENTAL.....8
2.1 Conceituação.....8
2.2 Apropriação de espaço e fenômenos da psicologia ambiental.....11
2.3 Apropriação de espaço: pioneirismo na PUC/SP.....16

III. DEFICIÊNCIA VISUAL.....21
3.1 Conceituação.....21
3.1.1 Definição médica.....22
3.1.2 Definição educacional.....23
3.1.3 Deficiência visual congênita e adquirida.....24
3.2 Prevalência da deficiência visual.....24
3.3 Prevalência da deficiência visual no Brasil.....25
3.4 Deficiência Visual, Percepção e a Questão Espacial.....27

IV. REABILITAÇÃO.....31
4.1 Definições e panorama atual.....31
4.1.1 Inclusão social.....32
4.1.2 Trabalho multidisciplinar.....33
4.1.3 Percebendo a pessoa como um todo.....34
4.2 Reabilitação de deficientes visuais.....36
4.2.1 Redes sociais/familiares.....37
4.2.2 O adulto deficiente visual e o ciclo vital..... 38

V. MÉTODO.....43
5.1 Pressupostos epistemológicos.....43
5.2 Pesquisa qualitativa – estudo de caso.....46
5.3 Participantes.....47
5.4 Métodos de coleta.....53

5.5 Material utilizado.....54
5.6 Local.....55
5.7 Cuidados éticos.....55
5.8 Procedimento.....56

VI. RESULTADOS E ANÁLISE.....58

VII. DISCUSSÃO.....103

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....114

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....117

APÊNDICE A: Roteiro de entrevista

APÊNDICE B: Modelo do Termo de Consentimento

APÊNDICE C: Modelo do Termo de Consentimento em *braille*

ANEXO 1: Parecer do Comitê de Ética da PUC/SP

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação da configuração familiar, Silvia.....059

Figura 2. Recepção da área de reabilitação..... 065

Figura3. Desenho realizado por Silvia: caminho que representa a instituição.....069

Figura 4: Trajeto percorrido no parque.....072

Figura 5: Silvia e Marido ao lado do lago. Em detalhe, o caminhar de Silvia.....072

Figura 6: Armário de CDs localizado no quarto.....075

Figura 7: Adaptação de postes de tempero para leitura em *braille*.....077

Figura 8: Potes de mantimentos, diferentes tamanhos e materiais.....077

Figura 9: Espaço escolhido por Silvia para registro: ao lado do som. Em detalhe, o colchão e o som.....078

Figura 10. Representação da configuração familiar, Alice e Carlos.....079

Figura 11: Sala de televisão. Em detalhe: computador e perspectiva do quarto - sala TV.....092

Figura 12: Cozinha. Em detalhe: perspectiva cozinha - quarto.....093

Figura 13: Frente da casa. Em detalhe: rede, corrimão e piso superior.....094

Figura 14: Árvore da praça. Lugar onde Carlos e Alice se conheceram.....096

Figura 15: Caminhar de Carlos e Alice pela praça.....097

Figura 16: Sala da casa da irmã de Alice.....101

# I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho abarca dois temas de meu interesse que são a psicologia ambiental e a deficiência visual.

Meu interesse pelas questões relacionadas à psicologia ambiental surgiu quando fiz parte do Aprimoramento Clínico “Psicologia e Saúde Ambiental: Qualidade Ambiental, Estresse Urbano e Afetividade” na Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic”, da Faculdade de Psicologia da PUC/SP. A partir desse momento, fui me sensibilizando para os problemas humano-ambientais e a relevância das inter-relações pessoa-ambiente.

Na mesma época, eu realizara um trabalho de atendimento psicoterapêutico em uma instituição de reabilitação voltada para a população de deficientes visuais cegos e com baixa visão. Aqueles que haviam desenvolvido a deficiência no decorrer da vida, especialmente infância e adolescência, demonstravam mais dificuldade na questão da mobilidade quando no seu próprio bairro domiciliar, mais especificamente nas situações que exigiam o treino de uso da bengala. Tal dificuldade, no entanto, quase sempre era denominada como *ter vergonha dos vizinhos* e ansiedade quanto à possibilidade de despertar compaixão ou curiosidade. Por outro lado, as pessoas que haviam adquirido a deficiência, já na fase adulta, apresentavam dificuldades em lidar com as mudanças exigidas em sua autonomia frente às necessidades de ordem prática do cotidiano. Tais relatos nortearam meus questionamentos rumo à problemática aqui apresentada. Dessa maneira, meu interesse de estudo voltou-se para as inter-relações entre ambiente físico e pessoas deficientes visuais à luz da psicologia ambiental.

No século passado, testemunhamos mudanças imensamente significativas nos modos como nossa sociedade é organizada nos mais variados aspectos, econômico, social, político e tecnológico. Talvez fosse

impossível encontrar outra época na história da humanidade cujas transformações sociais, territoriais, espaciais e culturais marcassem tão definitivamente as interações do homem e o meio onde vive. O crescimento populacional, o crescente êxodo rural e a conseqüente aglomeração de população nas metrópoles, assim como a extraordinária revolução tecnológica marcam a necessidade de uma organização ambiental em uma escala nunca antes exigida. Capra (1992) enuncia que a maneira pela qual nossa sociedade se organiza, baseada na exploração dos recursos naturais e comportamento de consumo demasiado, resulta em uma assustadora degradação do planeta onde vivemos. O afamado efeito estufa que outrora fora notícia surpreendente, nova e alarmante, hoje permanece muito discutido, mas nada solucionado.

A maneira como nos relacionamos com o meio-ambiente nos últimos séculos e especialmente no século passado, gerou uma crise ambiental grave. Uma vez que os problemas ambientais são agravados e, também provocados, pelo comportamento das pessoas e que essas alterações ambientais irão inevitavelmente influenciar na sua qualidade de vida, todas as questões ambientais são, na verdade, questões humano-ambientais. Dessa forma, se torna imprescindível que a Psicologia busque compreender o ser humano em relação ao ambiente, não apenas para explicar como se dá essa relação, mas para colaborar indicando soluções e alternativas frente as mais variadas questões humano-ambientais existentes em nossa sociedade atual. Para isso, a Psicologia Ambiental estuda as inter-relações pessoa-ambiente não somente no que diz respeito ao ambiente físico, mas também o ambiente social, tendo em vista que a pessoa atua e modifica o ambiente e é por ele modificada, mutuamente (BASSANI, 2004a).

Moser (2003) nos adverte que nesse princípio do século 21 o desenvolvimento sustentável e a globalização serão os dois grandes marcos de referência na maneira pela qual nossas sociedades irão se desenvolver. O autor defende que a relação harmoniosa entre pessoa-ambiente implica no bem-estar e na qualidade de vida, freqüentemente desafiados pelos processos de globalização. Sugere, ainda, que desenvolvimento sustentável só pode ser alcançado se ocorrer em harmonia e respeito ao meio ambiente ao mesmo

tempo em que as necessidades do indivíduo sejam supridas. É importante manter em mente uma perspectiva circular ao estudar a inter-relação pessoa-ambiente. Dessa forma, é preciso considerar que o ambiente leva a marca do cultural tanto quanto o indivíduo. Dentro de uma perspectiva transacional o ambiente tem uma manifestação física que proporciona significado e promove a identidade social, cultural e econômica à pessoa. Ao mesmo tempo em que o ambiente transmite mensagens e significados continuamente, também incorpora os valores sociais e culturais das pessoas que vivem nele.

No que se refere ao estudo com pessoas deficientes visuais, a ausência da percepção visual implica "[...] *uma completa reorganização perceptiva e, conseqüentemente, um processo perceptivo e cognitivo qualitativamente diferente do dos videntes*" (AMIRALIAN, 1997, p. 75).

Masini (1994) considera que buscar o conhecimento das características perceptivas e cognitivas do deficiente visual pode ampliar o que se sabe sobre a percepção, a cognição e a maneira do ser humano organizar informações e agir no mundo que habita.

Diante de tais considerações, comecei a questionar como a pessoa com deficiência visual percebe e organiza o seu entorno. Quais recursos essa pessoa utiliza nas suas interações com o ambiente e como se caracteriza essa relação recursiva.

Frente a esses questionamentos, a escolha pelo conceito de apropriação de espaço me pareceu bastante relevante e útil para a realização desse estudo. Segundo Pol (2002) a apropriação de espaço é um fenômeno complexo constituído de várias dimensões, e se organiza, necessariamente, em um componente comportamental que supõe ação-transformação e em componente simbólico, a identificação simbólica. É um processo circular, no qual, as duas dimensões são fundamentais e ocorrem concomitantemente.

Acredito que a escolha pelo tema proposto é de extrema importância uma vez que pretende estudar fenômenos inerentes às vivências humanas e que influenciam diretamente na qualidade de vida e bem-estar da pessoa. Reafirmando Pol (2002), compreender certos comportamentos e experiências humano-ambientais, suas reticências e resistências sociais podem nos ajudar a estabelecer estratégias de intervenção e gestão adequadas.

## 1.1 Problema de estudo

Apesar de a demanda de inclusão social dos deficientes visuais estar em destaque nos dias atuais, nos deparamos com uma realidade na qual os espaços de maneira geral são planejados e organizados para atender a população de videntes[1]. Se pensarmos nas vias públicas da Grande São Paulo, percebemos que a maioria das sinalizações de travessias de pedestres é unicamente visual, poucas vias incluem o recurso de sinalização sonora. Além disso, os caminhos normalmente não apresentam nenhuma sinalização tátil. O transporte público também não beneficia o usuário deficiente visual, por exemplo, se não houver outra pessoa no local capaz de ler a informação do destino do ônibus que está por passar, o deficiente visual não será capaz de saber se deve ou não sinalizar sua intenção de prosseguir com aquela condução. Se pensarmos em termos de lazer, podemos apontar algumas barreiras que os deficientes encontram; por exemplo, a exibição de filmes estrangeiros ocupa grande parte das salas de cinema no Brasil, sendo que apenas os filmes infanto-juvenis são dublados para o nosso idioma. As exposições de artes, salvo algumas, coíbem o uso da percepção tátil. Poderíamos indicar várias outras dificuldades enfrentadas pelos deficientes visuais.

Frente às dificuldades que precisa enfrentar no seu cotidiano o deficiente visual pode se sentir desencorajado a apropriar-se de espaços que

[1] Entenda-se por vidente a pessoa que faz uso da função sensorial da visão sem restrições que não possam ser reparadas por meio de recursos ópticos e/ou cirurgia e estão caracterizadas no grupo de pessoas com visão normal. Este termo é muito utilizado tanto pelos reabilitadores como pelos deficientes visuais.

poderiam ou não ser proveitosos no processo de inclusão em seus vários aspectos social, profissional e ambiental. Por isso, compreender quais são os lugares que os deficientes visuais estão mais propensos a se apropriar, ou mesmo, quais os aspectos ou dimensões de um lugar suscitam uma maior apropriação do espaço pelo deficiente visual, pode ajudar no desenvolvimento de estratégias eficazes de inclusão desses nas suas interações com seu meio.

Diante da temática apresentada, formulamos a seguinte pergunta que norteará nosso estudo:

Como ocorre a apropriação de espaço nas escalas ambientais[2] mais significativas selecionadas por adultos com deficiência visual classificada como cegueira ou baixa visão profunda?

O conceito de apropriação de espaço proposto por Pol (2002) consiste em um modelo dual e circular que envolve ação-transformação e identificação simbólica. De alguma maneira, a pessoa sempre interage com o meio físico; e nessa interação, a apropriação do espaço se dá por meio da circularidade entre as ações e transformações realizadas pela pessoa, e da construção da identificação simbólica decorrente e geradora de novas ações/transformações. Mediante a interação com o meio, a pessoa e o grupo transformam o espaço a sua volta e o dotam de significado individual e pessoal, deixando nele a sua marca e ao mesmo tempo incorporando-o em seus processos cognitivos e afetivos. Pela identificação simbólica a pessoa e o grupo se reconhecem no meio atribuindo suas qualidades como definidoras de sua própria identidade. É, portanto essencial manter a perspectiva circular e dual do modelo. O autor ressalta que, durante o ciclo vital, ambos componentes sempre estarão presentes; no entanto, durante a infância há maior ênfase nas dimensões de ação/transformação; e na velhice há maior ênfase nas dimensões simbólicas.

[2] Escalas ambientais referem-se aos lugares ocupados pelas pessoas em suas diversas atividades individuais ou coletivas.

De acordo com Moser (2002) as inter-relações pessoa-ambiente devem ser estudadas dentro de suas dimensões temporais, culturais e espaciais, envolvendo diferentes níveis espaciais: 1) *nível I*, o micro ambiente que são os espaços privados; 2) *nível II*, espaços compartilhados e semi-públicos; 3) *nível III*, espaços públicos coletivos; 4) *nível IV*, o ambiente global e os recursos naturais.

A proposta por espaços significativos não é arbitrária, uma vez que as pessoas tendem a apropriar-se de espaços com os quais se identificam e se relacionam afetivamente.

## 1.2 Objetivo

Face ao problema apresentado, propomos como objetivo apontar quais fenômenos da psicologia ambiental podem ser identificados no estudo do processo de apropriação de espaço da pessoa com deficiência visual classificada como cegueira ou baixa visão profunda e o meio ambiente após o processo de reabilitação.

Para tanto, utilizaremos como quadro de referência o modelo sistêmico, que busca compreender as conexões e interações recíprocas entre todas as partes do fenômeno e suas interações com o meio social e natural. A escolha do referencial teórico é coerente com o conceito de apropriação de espaço adotado, uma vez que ambos são dotados de uma perspectiva sistêmica.

Esse estudo também se justifica como uma replicação dos métodos de coleta de dados propostos por Bassani (2003a, 2004b) detalhados no capítulo V, Método. Salientamos que os resultados das pesquisas de Bassani, Ferraz e Silveira (2004); Bassani, Silveira e Ferraz (2005a) e Bassani (2007), com famílias de agricultores sobre apropriação de espaço são inéditos na literatura sobre este fenômeno e merecem ser retomados em um estudo como o nosso, com população de cegos ou de baixa visão profunda.

Os temas relacionados à problemática do presente estudo foram organizados em capítulos.

O primeiro capítulo consta dos principais conceitos[3] estudados pela Psicologia Ambiental e mais especificamente o conceito de apropriação de espaço.

No segundo capítulo são apresentados alguns dados sobre a deficiência visual (considerações médicas, incidência no Brasil, características da população).

No terceiro capítulo discorremos sobre a reabilitação, seu conceito e implicações.

A perspectiva teórica adotada para a análise deste trabalho é retomada nas considerações metodológicas, no capítulo quatro.

Os capítulos seguintes apresentarão os resultados, a discussão e as considerações finais respectivamente.

[3] Foram apresentados os conceitos dos fenômenos da Psicologia Ambiental que surgiram na coleta de dados e consideramos significativos para a compreensão e discussão do problema e objetivo propostos.

# II. PSICOLOGIA AMBIENTAL

## 2.1 Conceituação

Várias definições de diversos autores corroboram a concepção de que a psicologia ambiental refere-se ao estudo das relações humano-ambientais. A idéia de interações recíprocas é compartilhada pela maioria das definições, e também o especificar como meio o ambiente sociofísico tanto natural quanto construído.

Corral-Verdugo (2001), ao realizar uma revisão sobre definições da psicologia ambiental, observa que tais definições são muito amplas e ao mesmo tempo em que não restringem a disciplina, também não esclarecem qual seu âmbito de estudo. Aragonés e Amérigo (2000) alertam para essa questão ao dizer que a postura cautelosa dos psicólogos ambientais em evitar definir com precisão a área da psicologia ambiental no intuito de impedir a restrição do desenvolvimento da ciência pode também funcionar como revés, pois ao não delimitar claramente a área de atuação corre-se o risco de não saber quais problemáticas devem ser endereçadas e quais não lhe são pertinentes.

Bassani (2001) refere que o pressuposto norteador da psicologia ambiental concebe um caráter bidirecional à relação homem-ambiente, cuja dinâmica consiste no entendimento de que as dimensões do ambiente têm impacto sobre as pessoas e de que as pessoas também impactam o ambiente por meio de suas ações e reações, inclusive modificando-o e sendo modificadas por ele. A autora, em trabalho posterior, sublinha que a relação pessoa-ambiente seria mais interacional do que bidirecional, o que confere ao conceito a perspectiva de interações recíprocas e propõe o uso do termo pessoa, pois tais interações ocorrem com uma pessoa que tem uma história de vida, um conjunto de crenças e valores, possuidora de cognição e afeto e com um identidade social e individual (BASSANI, 2004a).

A psicologia ambiental, segundo Corral-Verdugo (2001), refere-se ao estudo das relações entre o comportamento humano e os problemas do meio visando compreender quais características das pessoas e quais situações no seu meio possibilitam a preservação do ambiente. Assim, a psicologia ambiental seria o ramo da psicologia que se interessa pelo estudo do comportamento próambiental e se define a partir de sua proposta de aplicação prática para abordar e resolver problemas concretos.

Há consenso ao dizer que a psicologia ambiental surgiu no momento de necessidade de soluções para os problemas humano-ambientais. Todavia é preciso ter cuidado para não focar apenas nos aspectos ambientais da inter-relação pessoa-ambiente, pois se pode incorrer no erro de polarizar a problemática conferindo-lhe um olhar causal, e assim atribuir à psicologia ambiental um caráter circunstancial. Pensamos que, para a compreensão dos fenômenos que nos propomos abordar, faz-se necessário manter uma perspectiva ampla e contextual que inclua a noção de sustentabilidade.

Moser (2002) afirma que a psicologia ambiental se caracteriza na medida em que os modos de relação com o ambiente se constituem como um aspecto importante e contribuem para o bem estar da pessoa. O autor menciona o conceito de desenvolvimento sustentável proposto no *Relatório Brudtland* (1987) concebido como um desenvolvimento capaz de satisfazer as necessidades da geração atual sem comprometer as possibilidades das gerações futuras de satisfazer as suas próprias necessidades. O autor acrescenta que ao considerar as necessidades de um desenvolvimento econômico respeitoso com o meio ambiente deve-se igualmente preocupar-se com o bem-estar da pessoa.

As considerações apresentadas sugerem que não se trata de como o ambiente interfere nas experiências humanas e vice-versa, e sim, como se caracteriza essa inter-relação. Segundo Bassani (2004a, p. 153) "*os estudos da Psicologia Ambiental não se centram no ambiente físico em si, mas em suas características e relações que venham a facilitar ou dificultar as interações sociais e necessidades humanas*".

Aragonés e Amérigo (2000) propuseram o termo *ambiente sociofísico*, de modo a incluírem em sua definição os aspectos dos ambientes naturais e construídos e as inter-relações sociais que se desenvolvem nesse contexto.

Para Moser (2001, 2002) o estudo das inter-relações pessoa-ambiente físico e social deve considerar suas dimensões culturais e temporais, levando em conta os níveis espaciais. O autor pontua que essas dimensões inexoravelmente compõem tal interação, conferindo-lhe complexidade e dinamização. A dimensão cultural refere à perspectiva intercultural na qual as necessidades em termos de ambiente variam; há estudos indicando que a necessidade de espaço difere de uma cultura para outra. No que diz respeito à dimensão temporal, o autor afirma que o sistema de interações entre a pessoa e o ambiente é marcado pela temporalidade. A capacidade de a pessoa se projetar em uma perspectiva de futuro pode ajudar na compreensão das condições de adoção de comportamentos ecológicos.

Bassani (2004c) incrementa o conceito ao dizer que as dimensões temporais referem-se tanto às vivências do *tempo horizontal (subjetivo),* que é o tempo medido subjetivamente, como também o tempo *medido pelo relógio (objetivo)*, que diz respeito à informação compartilhada como, por exemplo, dias, semanas e anos. Ambas as perspectivas incluem as referências de passado, presente e futuro.

As dimensões espaciais são relacionadas por Moser (2001, 2002) em quatro níveis espaciais:

1) nivel I – o micro ambiente. São os espaços privados como, por exemplo, a residência, o espaço privado ou particular no ambiente de trabalho.
2) nivel II – nível interpessoal e da comunidade próxima. São os ambientes compartilhados, como os espaços semi-públicos, os condomínios residenciais, a vizinhança, o lugar de trabalho, os parques.
3) nível III – indivíduo comunidade. São os espaços públicos coletivos, como as cidades, o campo, a paisagem.

4) nível IV – nível social. Diz respeito ao ambiente global, tanto natural quanto construído, os recursos naturais.

Considerando as definições e características supracitadas e considerando o pressuposto sistêmico de que ser humano e ambiente constituem um mesmo sistema, concebemos a psicologia ambiental no presente trabalho, como a área da psicologia que estuda as inter-relações pessoa-ambiente; pessoa na sua totalidade integrada e ambiente físico, natural e construído, e ambiente social. E mais, considera que tais interações ocorrem conexas aos contextos e dimensões física, temporal e cultural e busca compreender como as características dessas interações recíprocas vão promover ou não sua sustentabilidade.

## 2.2 Apropriação de espaço e fenômenos da psicologia ambiental

Muitos dos processos estudados pela psicologia ambiental ocorrem simultaneamente em interações recursivas, no entanto, os processos são descritos separadamente no intuito de facilitar sua compreensão. Da mesma maneira, apresentaremos a seguir alguns dos fenômenos estudados que distinguimos em inter-relações com o fenômeno da apropriação de espaço, que é o foco do nosso trabalho.

Alves (2005), ao estudar a apropriação de espaço por pacientes na internação pós-operatória, ressalta que alguns processos psicológicos ocorrem simultaneamente ao se estudar a apropriação de espaço e devem ser considerados em suas mútuas influências. A autora ressaltou privacidade, territorialidade e o espaço pessoal. Em nosso trabalho, iniciaremos as considerações dos fenômenos a partir da percepção ambiental e da cognição ambiental, especialmente, por considerarmos a população-alvo, que é o deficiente visual.

Um dos processos referidos por Bassani (2004a) é a percepção ambiental, que diz respeito ao modo como coletamos e reunimos as informações por meio dos sentidos da visão, olfato, audição, tato e paladar.

Bassani, Ferraz e Silveira (2004), em apresentação dos resultados preliminares de pesquisa piloto com famílias de agricultores em Araras (SP), reiteram como principais características a serem enfocadas na percepção ambiental: (a) ênfase nos cenários de grande escala, que são vistos como um todo; (b) o observador que interage com a cena, sendo parte do ambiente (percepção do ambiente a partir de diferentes perspectivas); (c) o observador está conectado ao ambiente através de um objetivo ou propósito, sejam eles funcionais ou estéticos.

De acordo com Gifford (2002) a percepção de um mesmo ambiente varia conforme a pessoa devido às diversas influências que incidem no processo de percepção. As influências podem ser devido às características pessoais como gênero, educação ou treino, variação na acuidade dos sentidos, experiência prévia, entre outras. O contexto cultural no qual a pessoa está inserida, assim como, os aspectos físicos da cena em questão vão influenciar na percepção que a pessoa tem do ambiente.

A cognição ambiental refere à forma como adquirimos, organizamos, armazenamos e recordamos informações sobre lugares, distâncias e disposição de espaços abertos, vias e edifícios. A memória é essencial tanto para a cognição espacial, que inclui a noção espacial de diferentes lugares e a capacidade de estimar distâncias, quanto para a cognição não-espacial, que ocorre quando as informações estão relacionadas às emoções que o lugar suscita ou outros tipos de informações relativas àquele local e não especificamente às questões espaciais. Assim como na percepção ambiental, a cognição difere de acordo com a pessoa. (GIFFORD, 2002)

Moore e Golledge citados por Aragonés (2000, p.44, tradução nossa) assim definem cognição ambiental:

> O conhecimento, imagens, informação, impressões e crenças que os indivíduos e grupos têm sobre os aspectos elementares, estruturais, funcionais e simbólicos dos ambientes físicos, reais ou imaginários, sociais, culturais, econômicos e políticos.[4]

Bassani (2001) afirma que no processo de avaliação ambiental, a percepção e a cognição estão intrinsecamente relacionadas, pois ao mesmo tempo em que a pessoa percebe o ambiente, ela interpreta seus estímulos segundo suas experiências e limitações. Para a autora é impossível haver uma observação imparcial já que o observador interage com a cena.

Contudo, nesse ponto se faz necessário assinalarmos as diferenças entre o referencial da psicologia ambiental e a abordagem sistêmica adotada nesse trabalho no que concerne aos processos de percepção e cognição. Tal distinção é indispensável, pois caracteriza o olhar que estamos dirigindo ao fenômeno e também a postura que adotamos ao nos referirmos ao presente trabalho como uma produção de conhecimento.

As questões de *como conhecemos* e *o que conhecemos* há tempos integram as argumentações entre os cientistas. No que se refere à concepção de constituição do conhecimento do mundo, o pensamento sistêmico tem sido associado a uma postura construtivista, no sentido de pressuposto epistemológico e não de teoria construtivista propriamente. O que implica em adotar a crença de que o conhecimento é uma co-construção da realidade que se dá na linguagem e é validado através do consenso entre observadores. Tanto Esteves de Vasconcellos (2002) como von Glaserfeld (1996) destacam que a concepção sistêmica, ou construtivista, sobre como conhecemos o mundo adquiriu notoriedade entre os cientistas a partir das considerações feitas pelo físico e ciberneticista von Foerster e pelo biólogo Maturana.

---

[4] "El conocimiento, imágenes, información, impresiones y creencias que los individuos y grupos tienen acerca de los aspectos elementales, estructurales, funcionales y simbólicos de los ambientes físicos, reales o imaginários, sociales, culturales, económicos y políticos".

De acordo com von Glasersfeld (1996), desde a observação feita por von Foerster de que todos os sinais enviados a partir dos elementos sensoriais ao córtex cerebral são iguais, *“carece de fundamento sustentar que distinguimos umas coisas das outras só porque recebemos informação do que resolvemos chamar “o mundo externo”.(p.76)*

Afirma von Foerster (1996) que não vemos aquilo que não compreendemos. Isso implica em dizer que as propriedades atribuídas ao objeto, são na verdade, pertencentes ao observador que as distingue. Assim, o autor propõe a noção de *sistema observante*, no qual, o observador é parte do sistema que ele observa.

Os estudos de Maturana (2004) no campo da visão cromática apontam para a mesma direção e corroboram as afirmações de von Foerster. O autor observou que e a cor dos objetos que vemos não é determinada pelas características da luz que nos chega a partir deles. Os receptores neuronais que supostamente percebem a cor vermelha emitem sinais iguais aos dos emitidos pelos receptores dos verdes. Maturana (2004, p.27) afirma que “*os estados de atividade neuronal deflagrados por diferentes perturbações estão determinados em cada pessoa por sua estrutura individual, e não pelas características do agente perturbador”.* Isso implica dizer que, não há realidade independente da experiência subjetiva do observador.

Assinalamos von Glasersfeld (1996) que refuta o pressuposto da existência de um “mundo externo” que possa ser conhecido de modo objetivo, independente do observador. Para o autor, o conhecimento não é uma representação de um “mundo real”, e afirma que “*o conhecimento é construção*” (p.80).

Outro aspecto do enfoque epistemológico sistêmico proposto pelo construtivismo, diz respeito à importância da linguagem na construção do conhecimento. Ressaltamos von Foerster (1996) que descarta a noção da linguagem como uma representação do mundo, e afirma que a linguagem gera o mundo.

A idéia de que o observador constrói o mundo que conhece, implica na noção de auto-referência na construção do conhecimento e também na concepção de que várias interpretações da *realidade* são possíveis. Assim, como assinala Esteves de Vasconcellos (2002, p.141), "*substitui-se a preocupação com a verdade pelo reconhecimento de múltiplas verdades, de diferentes narrativas, não mais sobre a realidade tal com ela existe, mas sobre a experiência*."

Ao abordar a cognição ambiental, estudiosos se depararam com o processo que denominaram como mapa cognitivo. De acordo com Aragonés e Amérigo (2000), mapa cognitivo é um constructo, estudado como processo e como resultado. Os autores sintetizam a conceituação de mapa cognitivo retomando a definição proposta por Neisser (1981) como um esquema de orientação que aceita informações e dirige a ação e a ampliam, destacando que a função dos mapas cognitivos é facilitar a localização e movimento em certo espaço físico, portanto, funcionando como um marco de referência ambiental.

Jacobson (1998), ao realizar uma revisão sobre estudos de mapas cognitivos com população de deficientes visuais, observa que há uma necessidade de combinar variados métodos de observação quando se propõe estudar o tema. O autor afirma que os deficientes visuais utilizam a linguagem, a audição, o tato, o olfato, o paladar e percepção de movimento para obtenção, direta ou indireta, de conhecimento do seu ambiente geográfico. O autor ressalta a importância de haver pesquisas que envolvam o conhecimento de mapas cognitivos com deficientes visuais, para assim, sustentar teoricamente o uso dos referidos junto a essa população específica.

O espaço pessoal é outro fenômeno associado à apropriação de espaço. Refere-se ao espaço objetivo e subjetivo quando as pessoas estão interagindo com outras, uma distância que a pessoa interpreta como seu espaço que, quando ultrapassado por outra, causa desconforto e dificulta a interação.

Como assinala Alves (2005) a territorialidade refere-se aos comportamentos e às atitudes de controle dos espaços físicos, dos objetos pessoais e de idéias, como forma de preservar a identidade pessoal. As pessoas tendem a fazer marcações territoriais na tentativa de garantir o controle de espaços, ou até mesmo de objetos e de idéias. Contudo, muitas vezes tais marcações podem servir como sinais para invasões ao invés de preservar o território individual.

Bassani (2004c) assinala que privacidade está relacionada à capacidade da pessoa poder controlar o acesso de outras pessoas sobre ela mesma ou sobre o espaço. Seria uma maneira de otimizar a comunicação com algumas pessoas ou grupos em detrimento de outros, controlando o acesso das pessoas a características pessoais e expressões do *self*.

Os estudos relacionados à aglomeração, também traduzida como apinhamento, surgiram a partir de preocupações com as conseqüências da densidade populacional para surgimento de mais e mais problemas ambientais, comprometendo a vida no planeta. Aragonés e Amérigo (2000) retomam a diferença apresentada por Stokols (1972) entre densidade e aglomeração (apinhamento): enquanto densidade populacional diz respeito a aspectos físicos e/ou espaciais da situação, podendo ser medida pela relação número de pessoas e unidade espacial, a aglomeração refere-se a um estado subjetivo, à experiência psicológica originada pela demanda por espaço por parte do indivíduo e que excede o disponível.

## 2.3 Apropriação de espaço: pioneirismo na PUC/SP

Os estudos sobre apropriação de espaço tiveram início em 2002,[5] no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, do Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica, também envolveram ensino e pesquisa com alunos da Faculdade de Psicologia da PUC/SP, após o contato pessoal da professora Dra. Marlise A. Bassani, com o professor Dr. Enric Pol, na Espanha.

---

[5] Informações obtidas por entrevista com a Profa. Dra. Marlise A. Bassani e consulta a documentos de suas pesquisas e materiais de ensino produzidos para uso interno na PUC/SP.

O modelo conceitual proposto por Pol (2002) carecia de estudos empíricos que avaliassem o processo de apropriação de espaço, em sua circularidade ação-transformação e identificação simbólica, e suas implicações para a saúde. Assim sendo, Bassani iniciou projetos de pesquisa, aliados à formação em Psicologia Ambiental, que enfocassem a apropriação de espaço com diferentes populações e espaços. Simultaneamente, iniciou projetos voltados para os espaços de atendimento à saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, centros de referência, consultórios e clínicas), e o projeto inédito com a Embrapa (Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária), com famílias de agricultores.

Os primeiros resultados da proposta de pesquisa nos espaços de atendimento à saúde foram apresentados na XIV Jornada de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, realizada em outubro de 2003, cujo tema foi: "*Psicossomática, Psicologia Hospitalar e... Meio Ambiente*". Pela primeira vez era apresentada a inserção da Psicologia Ambiental na Psicossomática e na Psicologia Hospitalar, discutidas questões de interdisciplinaridade, bem como as perspectivas de pesquisas a respeito e a relevância de se estudar a apropriação de espaço em hospitais, unidades básicas de saúde e consultórios.

Diretamente relacionado ao projeto iniciado por Bassani em 2002, está o estudo sobre apropriação de espaço, desenvolvido por Alves (2005), que buscou verificar como os pacientes internados vivenciam a apropriação de espaço nos quartos de um hospital público. Utilizando diversos instrumentos para a coleta de dados em sua pesquisa que envolveu 29 pacientes internados, a autora aponta três níveis de apropriação de espaço: 1) representado pelos sujeitos que vivenciam a internação e doença de maneira apática e passiva; 2) sujeitos que tem consciência de suas avaliações sobre o hospital e os serviços oferecidos, no entanto, são sujeitos passivos com baixa interação com o ambiente por meio da dimensão ação-transformação, pois buscam evitar conflitos com a equipe hospitalar; 3) sujeitos que se percebem como co-responsáveis pela sua recuperação e incorporam o componente ação-

transformação na vivência de internação hospitalar e, portanto, vivenciam a apropriação de espaço nesses termos de forma mais integrada.

Ainda em 2002, surgiu a proposta de um projeto interinstitucional coordenado pelo Dr. Miguel Angelo da Silveira, da Embrapa Meio Ambiente, para sugestão de políticas públicas para a agricultura familiar, que envolveriam três estados brasileiros. O projeto foi alterado, uma vez que não teve aprovação no governo Lula em 2003, apesar de contar com pré-aprovação em 2002 no governo Fernando Henrique Cardoso. Como o Conselho de Ensino e Pesquisa da PUC/SP (CEPE-PUC/SP) já havia aprovado horas-pesquisa para a professora-coordenadora pela Instituição, o projeto foi alterado para *Identificação e avaliação de estratégias de desenvolvimento rural sustentável para a multifuncionalidade da agricultura familiar*, coordenado pelo Dr. Miguel Angelo da Silveira. A proposta por Bassani (2003b) transformou-se em uma pesquisa-piloto com famílias de agricultores no município de Araras (SP), intitulada: *Avaliação de percepção ambiental e apropriação de espaço em famílias de agricultores em São Paulo*, realizada em conjunto com a Embrapa Meio Ambiente, UNICAMP, UFSCar e Prefeitura do Município de Araras (SP). A referida pesquisa inseria-se nas metas de Diagnóstico Sócio Participativo, coordenadas pelo Prof. Dr. José Maria Gusman Ferraz, também pela Embrapa Meio Ambiente. A pesquisa constituiu-se em trabalho pioneiro sobre percepção ambiental e apropriação de espaço por famílias de agricultores, resultando em várias publicações no Brasil e no exterior.

Na primeira publicação de 2003, Bassani, Silveira e Ferraz salientam que "*os espaços ocupados, sejam de forma definitiva ou transitória, estão associados a uma relação afetiva, o apego. O espaço apropriado contribui para a identidade da pessoa e busca um sentimento de segurança"* (s/p). Os autores apresentam o conceito de apropriação de espaço proposto por Pol (2002) explicando-o como segue: "(...) *a apropriação do espaço por alguma pessoa dá-se pela circularidade entre as ações e transformações realizadas por ela em um dado ambiente físico, bem como a construção de identidade simbólica decorrente e geradora de novas ações/transformações" (s/p).*

Os primeiros resultados sobre apropriação de espaço em famílias de agricultores puderam ser publicados no evento que inaugurou o Convênio Interinstitucional Embrapa-PUC/SP, também inédito no País: *I Seminário Internacional de Psicologia Ambiental, Psicossomática e Desenvolvimento Rural Sustentável PUC/SP-Embrapa*, em setembro de 2005 (BASSANI, SILVEIRA E FERRAZ, 2005b).

Bassani, Silveira e Ferraz (2005a) pesquisaram a apropriação do espaço e apego ao lugar com oito famílias de agricultores do município de Araras (SP), sendo que seis das famílias pesquisadas herdaram ou adquiriram sua propriedade de parentes próximos e as duas restantes pertenciam a assentamentos do programa de reforma agrária do estado. Por meio de entrevistas, observação direta, técnica expressiva e redes semânticas naturais os autores concluíram haver diferentes processos de apropriação de espaço pelas famílias no que se refere à dimensão ação/transformação da propriedade, da casa ou da região. Uma das maneiras de apropriação do espaço tem como característica o rompimento com os modelos e tipos de culturas desenvolvidas pelas gerações anteriores. Essa reformulação perpassa a substituição da moradia da família e as decisões relacionadas à propriedade estão centralizadas no casal. Em clara oposição, outro processo identificado tem como características a manutenção das construções anteriores, especialmente as casas, adaptado-as segundo suas necessidades e a participação de toda a família nas decisões concernentes à propriedade. Há também as ações/transformações que advêm das propostas do poder público referentes a comportamentos pró-ambientais. Por outro lado, os autores indicam que a falta de políticas voltadas para o bem-estar e qualidade de vida dessa população podem fortalecer o senso de coletividade, e contribuir para mobilização dos agricultores nas reivindicações e participação comunitária.

Em relação à identificação simbólica, não há diferenças entre as famílias já que em todos os casos são mantidos símbolos de identidade da família e da região. Outro aspecto apontado é a importância do papel desempenhado pela mulher na família para a superação dos momentos de crise.

A importância em estudar o fenômeno da apropriação de espaço é nitidamente evidenciada em ambos os trabalhos relacionados anteriormente. O estudo com as famílias de agricultores revelou a importância de rever as interações de políticas públicas voltadas para essa população no que se refere à sua qualidade de vida e bem-estar. Os resultados da pesquisa com pacientes hospitalizados indicam que há necessidade de mudanças quanto às normas hospitalares, mais especificamente as que dizem respeito à territorialidade, assim como transformações no ambiente físico no sentido de favorecer as interações do paciente com o ambiente hospitalar e possivelmente aumentar a dimensão de ação-transformação. Ambos os trabalhos utilizaram o conceito de apropriação de espaço proposto por Pol (2002), também adotado em nossa pesquisa.

# III. DEFICIÊNCIA VISUAL

## 3.1 Conceituação

Os mais variados termos são utilizados para se referir às pessoas com alguma deficiência, déficit, enfermidade e restrições ou limitações para o desenvolvimento das atividades do dia-a-dia. Muitas vezes, o uso de certos termos acarreta uma perspectiva de desigualdade e preconceitos prejudiciais a essas pessoas, no entanto, não é nossa intenção abordar esse tema que usualmente é mais discutido no meio dos lingüistas. Dessa forma, quando utilizamos o termo *deficiência*, estamos nos valendo das definições amplamente divulgadas e utilizadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e traduzida para a língua portuguesa e publicada em 2003. Deficiência é um termo utilizado para se referir aos problemas nas funções fisiológicas, incluindo as psicológicas; ou nas estruturas do corpo, que são as partes anatômicas como os órgãos, os membros e seus componentes. Esses problemas podem ser caracterizados como algum desvio ou uma perda. O termo *incapacidade* compreende limitação de atividades ou restrição na participação. Isso implica dizer que há aspectos negativos na interação entre o indivíduo com condição de saúde e seu contexto ambiental, social e pessoal.

Em se tratando da deficiência visual estamos falando de um tipo de deficiência sensorial que ocorre com o comprometimento de um dos canais sensoriais utilizados nas trocas de informações com o meio, o visual. Seja qual for o termo utilizado, é essencial manter a perspectiva de que o deficiente visual faz parte de uma população determinada pela especificidade de sua condição, no entanto cada pessoa é única e preserva sua própria identidade.

### 3.1.1 Definição médica

A concepção médica da deficiência visual normalmente se dava a partir de medidas quantitativas no órgão da visão. No entanto, na última década, foi possível observar uma aproximação da concepção médica e da concepção educacional sobre a deficiência visual. É possível encontrar diferentes definições para a deficiência visual, a seguir, apresentaremos algumas da mais utilizadas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) por meio da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10), traz as seguintes definições:

- *Cegueira: acuidade visual no melhor olho, após correção óptica ou tratamento, de 20/400 ou 0,05 ou 1/60 (capacidade de contar dedos a 1 metro) até ausência de percepção de luz.*
- *Visão subnormal ou baixa visão: acuidade visual no melhor olho, após correção óptica ou tratamento, variável entre 20/70 a 20/400 ou 0,3 a 0,05 ou 3/60 a 5/300. (*OMS*,* CID-10, item H54)

As considerações apresentadas na CIF, que fornece dados sobre funcionalidade e incapacidade considerando os vários aspectos da saúde humana, o bem estar e os fatores ambientais e contextuais nos quais a pessoa deficiente está inserida, são complementares às definições apresentadas no CID-10, que fornece uma estrutura de base etiológica na classificação das doenças e distúrbios e problemas relacionados à saúde.

O Conselho Internacional de Oftalmologia em Sidney, Austrália, por meio de Resolução, traz as seguintes definições:

- *Cegueira: acuidade visual menor que 0,02 e maior ou igual SPL (Sem Percepção de Luz)*
- *Baixa Visão (moderada): acuidade visual menor que 0,3 ou maior que 0,125*

- *Baixa Visão (grave): acuidade visual menor que 0,125 e igual ou maior que 0,05*
- *Baixa Visão (profunda): acuidade visual menor que 0,05 e igual ou maior que 0,02.* (ICO, 2002)

Em mesma Resolução, o Conselho Internacional de Oftalmologia definiu os termos:

- *Visão Diminuída: a perda da visão é caracterizada por perda funcional do órgão que pode ser medida quantitativamente por meio da acuidade visual, campo visual etc*
- *Visão Funcional: capacidade do uso da visão nas atividades do cotidiano, das quais muitas podem ser descritas qualitativamente*
- *Perda da Visão: termo geral utilizado tanto para perda total (cegueira) como perda parcial (baixa visão) de acordo com a visão diminuída ou perda da visão funcional.* (ICO, 2002)

O Governo Brasileiro, por meio do Decreto Federal nº 5.296, em 02 de dezembro de 2004, define deficiência visual nos seguintes termos:

- *Cegueira: acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.*
- *Baixa Visão: acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica e/ou quando a somatória da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60º.* (BRASIL, 2004)

### 3.1.2 Definição educacional

A concepção educacional considera as individualidades do deficiente visual na sua caracterização, assim o foco não está na acuidade visual que a pessoa apresenta e sim na sua eficiência na utilização do resíduo visual. Uma vez que a deficiência visual dificulta o acesso à leitura e a movimentação no espaço físico, que de maneira geral é notoriamente projetado

para utilização dos videntes, a maior preocupação com a pessoa deficiente visual, do ponto de vista dos educadores, se refere às condições necessárias para seu desenvolvimento e aprendizagem.

A lacuna existente entre o paradigma médico e o educacional tem sido alvo de discussão entre os profissionais da área de reabilitação há muito tempo. Por isso, a proposta de classificação de funcionalidades e incapacidades da OMS apresentada na CIF encontrou, de maneira geral, a aprovação dos profissionais da área. Lembrando, a CIF classifica os *componentes de saúde* que estão relacionados ao bem estar, e assim, verifica a capacidade e a funcionalidade. Ou seja, busca definir o que uma pessoa com determinado estado de saúde pode fazer, dessa forma classifica de acordo com sua capacidade e não pela incapacidade.

### 3.1.3 Deficiência visual congênita e adquirida

A classificação da deficiência visual congênita não é consenso entre os especialistas da área educacional. Aqueles que adotam um referencial piagetiano acreditam que quando a perda da visão ocorre antes dos cinco anos de idade, a criança não é capaz de reter imagens visuais úteis. Já os que partem de um referencial psicanalítico afirmam que a perda visual antes dos dois ou três anos de idade traz implicações na constituição do sujeito. No entanto, parece haver uma concordância entre os especialistas no que se refere à ocorrência de implicações particulares em decorrência da deficiência visual congênita (AMIRALIAN, 1997).

Em contrapartida, deficiência visual adquirida configura o grupo de pessoas que somente tiveram o comprometimento da via sensorial da visão após seu desenvolvimento infantil.

## 3.2 Prevalência da deficiência visual

Segundo os dados da OMS, em 2002, considerando a população mundial e excetuando *refractive error* (erro de refração) como uma das causas

de deficiência visual, mais de 161 milhões de pessoas apresentam alguma deficiência visual, dos quais 124 milhões têm visão subnormal e 37 milhões são cegos.

Os dados apresentados estão distribuídos da seguinte maneira (OMS, 2002):

- Por idade: Mais de 82% das pessoas deficientes visuais tem idade igual ou superior a 50. No entanto esse número só representa 19% da população mundial. Globalmente, aproximadamente 1.4 milhões de pessoas com idade abaixo de 15 anos são deficientes visuais.
- Por gênero: Em todas as regiões do mundo, as mulheres, independentemente da idade, tem significativamente mais risco de apresentar deficiência visual em relação aos homens.
- Geograficamente: Mais de 90% da população mundial de deficientes visuais vivem em países em desenvolvimento, dos quais 17% se situam no continente africano, 26% estão localizados na região oeste do pacífico e 27% no sudeste da Ásia.

Com exceção dos países desenvolvidos, a catarata configura como a principal causa de deficiência visual no mundo. Em segundo está o glaucoma e em terceiro, a degeneração macular associada ao envelhecimento. Já nos países desenvolvidos, a degeneração macular devido ao envelhecimento é a principal causa de deficiência visual, graças ao crescente número de pessoas com idade acima de 70 anos.

### 3.3 Prevalência da deficiência visual no Brasil

O Censo realizado em 2000 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que 14,5% da população brasileira, estimada em 160 milhões, apresentam algum tipo de deficiência, dos quais 48,1% possuem deficiência visual. Ou seja, aproximadamente 0,5% da população brasileira é constituída por deficientes visuais. No Município de São Paulo, com uma

população de cerca de 10 milhões de habitantes, foram encontrados 10,32 % de pessoas com deficiência, dos quais 6,59% com deficiência visual.

Leal, Tavares, Ventura e Florêncio (1995) analisaram os prontuários médicos dos primeiros 317 pacientes atendidos no Departamento de Visão Subnormal no período de agosto de 1992 a março de 1994. O Departamento de Visão Subnormal surgiu como um núcleo de assistência a portadores de deficiência visual subnormal, tendo sido baseado no projeto piloto iniciado na Clínica Oftalmológica da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo na década de 80.

Foi constatada entre os pacientes, uma grande variação em relação à faixa etária (entre um mês e 89 anos), sendo que 36% dos pacientes pertenciam à faixa etária de zero a seis anos, 25% à faixa etária de sete a 20 anos e 14% à faixa etária de 21 a 40 anos. Também foi observado que dentre as principais causas de deficiência visual, muitos dos fatores etiológicos, como toxoplasmose, citomegalovírus e affecções genéticas, poderiam ter sido evitados através de eficazes projetos de prevenção e saúde pública. Das crianças diagnosticadas com catarata congênita, mesmo tendo sido o maior grupo de causas para a deficiência visual, apenas 38% foram encaminhadas para atendimento ainda no primeiro ano de vida, o que causou um atraso no seu desenvolvimento visual. As autoras apontam para a necessidade da realização do diagnóstico e tratamento precoce dos pacientes portadores de visão subnormal.

No estudo de Veitzman (1992), em um período de dez anos, aproximadamente 400 crianças por ano, com idades entre zero e cinco anos, foram avaliadas e orientadas, assim como suas famílias. Foi observada a importância de um diagnóstico precoce e tratamento adequado das crianças atendidas. Dessa forma, de acordo com a necessidade, cada criança foi encaminhada para o serviço de habilitação adequado. Outra observação feita refere-se à necessidade e urgência da participação dos oftalmologistas em equipes multidisciplinares nos serviços voltados para o atendimento de deficientes visuais.

No estudo de Lucas, Leal, Tavares, Barros e Aranha (2003) foram avaliados 202 pacientes atendidos no Departamento de Visão Subnormal no período de junho de 1997 a julho de 1999. O Departamento de Visão Subnormal é o mesmo citado no estudo de Leal et al (1995). Ambos os estudos tiveram por objetivo, avaliar as doenças mais freqüentes entre os pacientes atendidos. Lucas et al (2003) também buscaram analisar quais as condutas reabilitacionais mais indicadas. Foram realizados exames oftalmológicos completos, diagnóstico definido, anamnese, pesquisa acuidade visual e motivo da procura de atendimento com os pacientes dessa pesquisa. Os resultados obtidos demonstraram que há uma predominância (30,5%) de pacientes da faixa etária de zero a seis anos e pacientes da faixa etária de sete a 19 anos (22,3%). Esses dados consolidam os achados nos estudos de Leal et al (1995) e Veitzman (1992) reafirmando a importância do diagnóstico e tratamento precoce da deficiência visual.

### 3.4 A deficiência visual, a percepção e a questão espacial

Partindo do referencial teórico proposto por Merleau-Ponty, Masini (2007) discute a questão da percepção do deficiente visual. A percepção é compreendida a partir da concepção do corpo como sujeito na totalidade de sua estrutura de relações com as coisas ao seu redor, e seu conhecimento provem da experiência vivida. Para compreender a percepção é necessário considerar o sujeito da percepção, o corpo, e saber de sua experiência perceptiva, que emerge da relação do corpo como sistema de forças no mundo e não como organização das informações recebidas pelos órgãos sensoriais.

> Não se poderia, pois, pensar na percepção senão a partir do ser vivente na sua facticidade. Isso torna claro que é preciso partilhar com o deficiente visual do conjunto dos caminhos de seu corpo, no fazer do dia-a-dia, para saber da sua experiência perceptiva. (MASINI, 2007, p.23).

Masini (1999) buscou fornecer informações do desenvolvimento da eficiência visual no sentido de contribuir na melhora das condições de

avaliações e programas para pessoas com visão subnormal. A autora relatou como a visão se inter-relaciona com a audição, a motricidade e o tato. Foi colocado que o domínio da percepção e orientação visual norteia a percepção auditiva, pois as crianças se viram em direção aos estímulos auditivos que estão próximos e podem ser vistos. Em relação à motricidade, devido ausência de estímulo visual a criança deficiente visual interage menos com o meio, movimenta-se menos e, conseqüentemente, atrasa-se no desenvolvimento motor. Segundo Masini (1999) estudos relatam significativas diferenças existentes na percepção através das vias perceptuais da visão e do tato.

Em relação ao desenvolvimento da eficiência visual, na fase que abarca o recém nascido até a criança em fase pré-escolar, foi observada a importância do diagnóstico do oftalmologista e a avaliação do funcionamento visual, assim como o acompanhamento do desenvolvimento da criança como um todo. As crianças com visão subnormal em fase de escolarização deveriam receber um processo de aprendizagem adequado senão ficariam impossibilitadas de fazer uso de seu resíduo visual. No que se refere ao adulto e ao idoso que adquiriu a doença, o que deveria ser trabalhado seria a reorganização perceptiva, a estimulação de novas funções visuais e o uso de recursos ópticos e não-ópticos, possibilitando a utilização de suas potencialidades. Masini (1999, p.34) ressaltou a relevância do atendimento aos deficientes visuais "[...] *voltar-se para a pessoa, na totalidade de seu viver, e procurar conhecê-la, (no seu sentir, pensar e agir), e saber o que sente e entende de seus pontos de cegueira, ou áreas de visão diminuída.*"

Lima (2002) buscou conhecer as estratégias de locomoção e orientação espacial de deficientes visuais a partir de um referencial sócio-histórico, concebendo que as estratégias desenvolvidas estão articuladas à realidade social de cada um, e, a percepção espacial é vista como meio cultural no qual o individuo se desenvolve assim como as lembranças da percepção. Tal perspectiva inclui as interações sociais, os espaços sociais (escola, casa, rua etc), espaço próximo e distante, objetos de contato. Pautada em uma abordagem qualitativa de estudo de caso e por meio de entrevista semi-estruturada, a autora estudou 10 universitários ou graduados (cinco homens e

cinco mulheres) de diferentes cursos e diferentes faculdades com idades entre 24 e 60 anos e que apresentavam cegueira total (adquirida e congênita), que incluía a não utilização da visão como meio de aprendizado, que usavam a bengala e cujo método de leitura e escrita era o *braille.* É importante ressaltar que das dez pessoas pesquisadas, seis trabalhavam em escolas públicas ou órgãos públicos, dois eram estudantes, um era aposentado e outro não trabalhava. Podemos inferir que devido a sua deficiência e suas conseqüentes restrições, o deficiente visual encontra trabalho em setores públicos com mais facilidade que nos setores privados.

Considerando os resultados obtidos em seu estudo, Lima (2002) observou que no processo de estratégias de locomoção e orientação espacial os deficientes visuais fazem uso das seguintes estratégias:

- Percepção auditiva: por meio dos reflexos auditivos e reconhecimento de sons que batem e voltam de acordo com a circulação do som. Exemplos: pessoas falando ao redor, barulho proveniente de carros, barulho proveniente de lojas, atenção na fala direcionada do outro para si.
- Percepção de obstáculos: por meio do sentido de distância, tipo de terreno onde caminham. Dificuldades encontradas referem-se às barracas de camelôs/ambulantes, buracos e informações dos videntes do tipo: “vire para cá”, “vá para lá”, ou ainda, a indicação com o acenar de cabeça.
- Percepção tátil: por meio de correntes de ar quente e frio, uso da mão à frente do corpo para deslocamento e proteção, reconhecimento tátil de objetos e pessoas.

Em relação ao uso da bengala, os participantes mencionaram sua importância no sentido prático: propicia ritmo, referência dos sons emitidos pela bengala, proteção ao bater em algum objeto possibilitando que a pessoa desvie. E no sentido psicológico, propicia liberdade, segurança, amparo e reconhecimento dos videntes de sua condição física.

A autora observou que a utilização de estratégias de locomoção e orientação espacial é diretamente proporcional às necessidades impostas pelo contexto socioeconômico e cultural dos sujeitos. E nesse sentido, a deficiência visual adquirida e a deficiência visual congênita não são determinantes no desempenho da locomoção e na produção de estratégias. Há sujeitos em ambas condições que realizaram essas atividades de forma independente e autônoma, mas a autora ressalta que a realidade social do indivíduo, sua motivação e interação com o meio, influenciam significativamente seu desempenho nessas atividades. E ainda, o fator gênero também não é determinante na produção de estratégias.

A autora também pôde observar que o treino nas escolas especiais em orientação e mobilidade, associado à experiência cotidiana, contribui para a construção da noção de espaço em deficientes congênitos e propicia um ótimo desempenho. No entanto, a importância do treino é consolidada a partir da participação ativa do sujeito em seu meio social. O estudo destaca a importância da aquisição da capacidade de locomoção independente: "[...] *a locomoção dos deficientes visuais é associada a sua independência e autonomia, melhorando, assim, sua auto-estima, promovendo a conquista de espaços sociais importantes."* (LIMA, 2002, p. 173).

# IV. REABILITAÇÃO

## 4.1 Definições e panorama atual.

O verbete *reabilitação* é definido nos dicionários de língua portuguesa como ato de re-habilitar, ou seja, voltar a habilitar. E *reabilitar* como, restituir à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais; recuperar.

No *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para Personas Ciegas e com Baja Visíon em América Latina*, desenvolvido pela ULAC (Union Latinoamericana de Ciegos), a reabilitação é definida como um processo pelo qual a pessoa com deficiência busca administrar as desvantagens e limitações que sua deficiência ou incapacidade impõem, superando-as ao máximo, no intuito de desempenhar os papéis coerentes com sua idade, sexo e condições psicossociais.

Para as autoras Borgneth e Hassano (2007, p.5) "*reabilitação é o processo que visa, com fundamentos científicos, o desenvolvimento e/ou a recuperação da funcionalidade do indivíduo, tendo como meta final a sua inserção social.*"

Montilha e Arruda (2007, p.114) conceituam que "[...] r*ealizada por equipe multidisciplinar, a reabilitação é um processo contínuo, coordenado com o objetivo de oferecer condições para que o indivíduo com deficiência possa se reintegrar em seu meio social.*"

A partir da revisão bibliográfica realizada sobre reabilitação, procuramos identificar os pressupostos vigentes sobre o tema resultando nos seguintes: o trabalho multidisciplinar, a inclusão social e a percepção da pessoa como um todo.

### 4.1.1 Inclusão social

No decorrer da história, a exclusão social imposta à pessoa com deficiência se devia, em alguns contextos, como necessidade de sobrevivência do próprio grupo, em outros, devido à rejeição de tudo o que era considerado diferente do *homem ideal*. Atualmente, o discurso de igualdade de direitos inerentes a todos os seres humanos alerta para a necessidade de se promover a inclusão social de toda e qualquer pessoa, independente de suas diferenças de qualquer ordem, seja: raça, credo, etnia, limitações e potencialidades. Diversos autores, entre eles Borgneth e Hassano (2007) e Moura e Defendi (2007), aferem a inclusão social como parte fundamental e constituinte do processo de reabilitação, que deve sempre visar a adaptação da pessoa à realidade a ser vivida, desenvolvendo suas potencialidades e convivendo com suas deficiências da melhor maneira possível.

Entre os maiores desafios da inclusão social está nossa realidade cultural, política e econômica. Um dos aspectos que ressaltamos é o preconceito social dirigido às pessoas deficientes. De maneira geral, as sociedades se organizam segundo regras e valores desenvolvidos em seu contexto sócio-histórico e seus indivíduos são *aceitos* ou não, de acordo com sua adaptação ao padrão estabelecido. Apesar do discurso *somos todos iguais perante a Lei dos homens e de Deus*, as pessoas tendem a reagir de forma negativa frente ao diferente e ao desconhecido. A pessoa com deficiência, por carregar uma marca corporal ou mesmo um objeto que caracterize sua deficiência como, por exemplo, a bengala, pode sofrer preconceito. Não é uma questão de negar as diferenças, mas de reconhecer que a pessoa com deficiência pode ser vista como diferente, mas não necessariamente em desvantagem e nunca como inferior. A nossa sociedade precisa aprender a aceitar e conviver com a diversidade, e é na prática do cotidiano ao exercer nossos direitos e deveres, nas lutas institucionais, na compreensão de que somos seres sociais em constante relação, que vamos alcançar as mudanças que vislumbramos.

Ainda há que se considerar a nossa realidade política na qual há poucos centros de reabilitação devidamente equipados e aptos a realizar um atendimento de qualidade dirigido ao grande contingente de pessoas com deficiências estimadas no Brasil em 14,5% da população, segundo dados do Censo de 2000. (IBGE). Muitas dessas pessoas têm que transpor barreiras geográficas e econômicas a fim de conseguir sua reabilitação, uma vez que grande parte dos serviços e centros de reabilitação modernos e aparelhados concentram-se nas regiões sudeste e sul do país. Moura e Defendi (2007) apontam que apesar das leis de incentivo à inclusão do deficiente na área profissional, a maioria das empresas ainda não desenvolve programas efetivos para a inclusão dessas pessoas. A exclusão na escolarização e educação pode ser vista na baixa escolaridade apresentada pelas pessoas com deficiência, o que dificulta ainda mais sua inserção profissional. A desigualdade social no Brasil alcança todas as classes de pessoas e não é diferente no que se refere aos deficientes visuais, cuja perspectiva de desenvolvimento e ganho financeiro é ainda mais diminuída devido à baixa escolaridade, difícil acesso à reabilitação, e todas as demais dificuldades que devem enfrentar em seu cotidiano. Tudo isso colabora para a perpetuação da exclusão social dos deficientes na nossa sociedade.

### 4.1.2 Trabalho multidisciplinar

Atualmente existe um consenso quanto à importância do trabalho de reabilitação ser realizado por uma equipe multidisciplinar (BORGNETH e HASSANO, 2007; GREVE, 2007; MONTILHA e ARRUDA, 2007). Destacamos Greve (2007) que afirma a crescente participação das equipes de reabilitação no contexto hospitalar e a relevância de serem constituídas por profissionais de diversas áreas. Segundo a autora, a composição da equipe não deve ser arbitrária, mas sim feita segundo a compreensão de quem é a pessoa com deficiência e qual seu tipo de incapacidade.

O conceito de um trabalho multidisciplinar em reabilitação é visto, de maneira geral, como um ganho. A inclusão de outros profissionais em uma área anteriormente dominada pelos médicos, enfermeiros e anestesistas,

contribui para a descentralização de poder, atribuído especialmente aos primeiros. No entanto, ressalvamos que o desdobramento das especialidades, na prática, pode colaborar com a visão segregada e compartimentada do ser humano, que prevaleceu na ciência nos últimos séculos.

Outro aspecto que pode incentivar a segregação é o fato de os centros de reabilitação enfocar o atendimento de populações específicas, provocando como que um *isolamento das deficiências*. Inicialmente, os deficientes, independente de quais fossem suas limitações, compartilhavam os espaços de atendimento à reabilitação, e isso possibilitava o compartilhar de experiências, dificuldades e soluções. Na percepção do outro, a pessoa percebe a si mesma e entende que não está sozinha. Não estamos questionando a importância do trabalho multidisciplinar. Sem dúvidas, a conjunção de pessoas e profissões diversas promove uma diversidade enriquecedora ao trabalho de reabilitação. A nosso ver, talvez o maior desafio aqui seja convergir o trabalho de profissionais advindos de formações e filosofias tão diversas de maneira integrativa e eficaz, sem perder de vista que o fenômeno constitui-se uma rede de relações.

### 4.1.3 Percebendo a pessoa como um todo

A reabilitação pode ser vista sob três prismas distintos. No primeiro, a reabilitação parte de uma visão organicista que busca corrigir ou minorar as perdas fisiológicas individuais por meio de recursos tecnológicos, cirúrgicos, com a finalidade de restaurar as funções comprometidas. A equipe de reabilitadores, nesse caso, é a detentora do saber e sua função é transferir seu conhecimento à pessoa que se encontra em situação de fragilidade devido à deficiência ou desvantagem advinda de algum dano físico. Assim, o deficiente é visto como alguém passivo que recebe o tratamento que a equipe julga mais adequado. A equipe é responsável em transferir seu saber e a pessoa em assimilar e exercer o que aprendeu. Se a pessoa passou pela reabilitação e não conseguiu desenvolver com eficiência a sua participação social, a responsabilidade pelo fracasso pertence a ela.

Há também o modelo de reabilitação que aborda o fenômeno de maneira mais ampla e complexa. De tal modo, não é suficiente contemplar os aspectos fisiológicos da pessoa, mas é necessário também incluir as dimensões social, profissional e pessoal que compõem a vivência humana. Na área da saúde é possível encontrar autores que falam da necessidade de enxergar a pessoa dentro do paciente e sua doença, mas ao mesmo tempo, parecem indicar que o ato de reabilitar é especialidade dos profissionais treinados e envolvidos no processo de reabilitação. Tal perspectiva, a nosso ver, é muita restritiva. Acreditamos que a pessoa com deficiência, suas potencialidades e limitações, seus objetivos e necessidades, suas relações familiares e sociais não apenas fazem parte, mas constituem o processo de reabilitação. O que nos leva ao terceiro ponto de vista.

Nessa concepção a reabilitação é caracterizada como um processo que se constitui na troca do saber dos reabilitadores e do saber do deficiente. Nesse caso, a pessoa em reabilitação, seus sentimentos, necessidades, anseios e conhecimentos são inerentes ao processo, e a pessoa tem um papel ativo e participativo durante todo o processo. Dentro dessa perspectiva, os profissionais de reabilitação não são *experts* e sabem que é na troca que se produz conhecimento e transformação da prática.

É interessante notar que Neder (1959, p.1) já vinha apontando o caminho do que constitui o panorama atual de idéias sobre reabilitação:

> Entendemos que a reabilitação seja a ação coordenada e contínua de uma equipe de técnicos competentes junto à pessoa portadora de deficiência física ou mental, com o fim de auxiliá-la a realizar suas potencialidades e objetivos física, social, psíquica e profissionalmente, de modo a alcançar um melhor controle sobre si mesma e sobre seu ambiente, enfrentando a realidade da vida.

A autora já vislumbrava a importância de se considerar a pessoa como um todo, integrado nas suas várias facetas físico, social/ familiar, psíquico e sua conjunção no trabalho de reabilitação com os profissionais da equipe. Ao nos lembrar que "*as pessoas reagem diferentemente às deficiências*

*e, muitas vezes dependendo do valor atribuído àquela parte do corpo, as conseqüências psíquicas são mais ou menos sérias*" (NEDER, 1973, p.722), a autora ressalta a unicidade do ser humano e como o significado que cada pessoa atribui à deficiência varia de acordo com cada um.

Podemos dizer que algumas mudanças bastante significativas ocorreram no que concerne à concepção do processo de reabilitação. Quando a referência do trabalho de reabilitação deixa de ser pela manutenção da ordem social e perpassa a complexidade das relações sócio-ambientais, a sociedade, o deficiente e a equipe de reabilitadores se tornam o desafio e também a solução para quaisquer dificuldades que possam aparecer. Estamos falando aqui de abandonar o pensamento linear e adotar uma visão complexa acerca do fenômeno que inclui os sistemas e redes sociais da pessoa na sua totalidade, suas necessidades e peculiaridades não apenas fisiológicas, mas também, emocionais, intelectuais e espirituais que compõem a vivência humana em suas relações sociais e ambientais. Dessa forma, a inserção social é constitutiva ao processo de reabilitação e co-responsabilidade de todos. Partindo desse princípio, tal processo inclui necessariamente envolver as diversas redes sociais e considerar as modificações no meio familiar e social em que a pessoa está inserida, visando possibilitar mudanças em todos os níveis.

Enfatizamos que o desenvolvimento da deficiência visual ou sua ocorrência repentina se dá em pessoas que estão inseridas no mundo por meio de suas relações familiares e sociais.

## 4.2 Reabilitação de deficientes visuais

Ao focarmos a reabilitação com deficientes visuais não intencionamos caracterizá-los dentro de um padrão rígido e específico, pois não acreditamos ser possível fazê-lo. Aplicamos o que Neder (1962, p. 40, 41) diz a respeito dos pacientes portadores de paraplegia aos deficientes visuais:

> Se, em reabilitação, tivéssemos que atuar junto a um paraplégico, atribuindo-lhe uma “personalidade paraplégica”, erraríamos com certeza. O “característico” existente é o todo da personalidade, particular de cada pessoa, sendo o que a distingue das demais, sejam elas portadoras de paraplegia ou não, possuam ou não qualquer deficiência física.

O que nos propomos a seguir é apresentar brevemente algumas considerações que acreditamos devam se apreciadas no trabalho de reabilitação com deficientes visuais.

### 4.2.1 Redes sociais/ familiares

Como já mencionamos os contextos: culturais, históricos, políticos, os contextos econômicos e de meio-ambiente, sustentam e fazem parte daquilo que Slusky (1997) denominou como *universo relacional* da pessoa. Todos nós constituímos e somos constituídos por essas inter-relações. Sabendo que a perda funcional seja de ordem motora, sensorial, de linguagem ou psicocognitiva, afeta o portador, sua família e a sociedade, acreditamos que é necessário manter uma perspectiva complexa e integrada na reabilitação do deficiente visual, o que inclui envolver suas redes sociais nesse processo. Slusky (1997, p. 41, 42) definiu como *rede social pessoal:*

> A soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade. Essa rede corresponde ao nicho interpessoal da pessoa e contribui substancialmente para seu próprio reconhecimento como indivíduo e para sua auto-imagem.

A rede social de uma pessoa pode envolver a família, as amizades, suas relações de trabalho e suas relações comunitárias.

Concordamos com a perspectiva que ressalta a relevância da inclusão da família no processo de reabilitação do deficiente visual, inclusive pela importância de seu papel na inserção social do deficiente. Como nos lembra Neder (1973, p. 722):

> Inclusive o equilíbrio familiar está em jogo, digamos que seguindo esse mesmo esquema de organização: doente um membro da família, todo o corpo familiar fica afetado; há um intercâmbio de influências que vão condicionar o processo de aceitação de sua condição de deficiente físico.

Em consonância às considerações apresentadas pela autora, Chacon, Defendi e Felippe (2007) apontam a importância de envolver os familiares nos processos de atendimento, não apenas como suporte ao atendimento com o deficiente, mas também atendendo às necessidades específicas de cada família, como um todo e cada um dos seus membros. Os autores afirmam que no atendimento com famílias de deficientes visuais é necessário conhecer sua dinâmica e seus pontos de resiliência para o planejamento de um trabalho com qualidade.

No que se refere aos deficientes visuais com baixa visão, se faz necessário instruir a família quanto à funcionalidade visual da pessoa. De acordo com Montilha e Arruda (2007), ocorre que a pessoa com baixa visão vai conseguir realizar algumas atividades do cotidiano com mais facilidade e outras não, isso devido o uso funcional do resíduo visual. A funcionalidade visual é uma questão difícil de ser compreendida e se a família não souber que os graus de dificuldades na realização de tarefas variam de acordo com a acuidade visual e também com a funcionalidade visual da pessoa, pode gerar motivos de desconfiança e dificultar os relacionamentos familiares.

### 4.2.2 O adulto deficiente visual e o ciclo vital

Pol (2002) assinala que os pesos das dimensões no processo de apropriação de espaço variam no decorrer do ciclo de vida da pessoa. Segundo o autor, ambas as dimensões estão presentes, no entanto, o componente de ação-transformação é preponderante na infância e vai diminuindo à medida que a pessoa avance nas fases do ciclo vital, de modo que, o componente de identificação simbólica venha a se destacar na velhice.

Face à colocação desse autor, buscamos algumas referências concernentes ao ciclo vital.

Ao realizar revisão bibliográfica, Bee (1997) foca no ciclo vital a partir do desenvolvimento individual considerando as questões biológicas e sociais imbricadas no processo. Inegavelmente ocorrem mudanças ao longo do ciclo de vida das pessoas que caracterizam e são caracterizadas pela etapa específica que estão vivendo naquele momento. Algumas dessas mudanças podem ser compartilhadas por todos os indivíduos da uma espécie, outras mudanças ocorrem mais comumente em subgrupos que compartilham singularidades culturais e geracionais. Há também as mudanças individuais que não são compartilhadas e dizem respeito a eventos singulares. A autora pontua a variabilidade das definições das fases do ciclo vital que se diferem ao longo do tempo histórico assim como entre os subgrupos.

Por outro lado, Carter e McGoldrick (1995) partem do referencial sistêmico ao afirmar que o ciclo de vida individual ocorre dentro do ciclo de vida familiar por ser este, o contexto primário do desenvolvimento humano. Assim, as autoras descrevem os estágios do ciclo vital sob uma perspectiva intergeracional das inter-relações familiares e referem à necessidade de haver mudanças de segunda ordem para uma realização bem sucedida das transições do ciclo de vida.[6]

Cerveny e Berthoud (1997) em seu estudo com 1.105 famílias de classe média do Estado de São Paulo caracterizaram as etapas do ciclo de vida familiar em:

1) Fase de aquisição: caracteriza-se pela formação do novo casal e a chegada dos filhos, que exigem o estabelecimento de regras, normas e rituais que vão organizar a família. Nesse momento as famílias de origem do casal passam a se relacionar e vão interferir na vida desse casal em maior ou menor intensidade de acordo com a dinâmica de

[6] No referencial sistêmico, as mudanças de segunda ordem são aquelas que requerem uma reorganização do sistema.

cada sistema. O estudo revelou que os principais objetivos neste período são: a construção do patrimônio e a promoção dos estudos dos filhos. Há preocupação, principalmente por parte dos pais em relação aos filhos, de cuidar da saúde mental e física. É uma fase marcada pelo caráter empreendedor cuja mobilização é com projetos futuros que visam estabilidade e segurança.

2) Fase adolescente: nessa fase, os adolescentes trazem para o contexto familiar novos valores e novas formas de agir que exigem a reorganização do sistema. Nesse momento, também é comum que o casal busque resignificar sua relação. Tais aspectos produzem alterações nos padrões de relacionamentos intrafamiliares e sociais já existentes.

3) Fase madura: nessa fase os filhos ganham independência saindo de casa. Com o casamento dos filhos novos membros são adicionados à família, o que exige novos arranjos nas mais variadas esferas. Com o nascimento dos netos, os pais tornam-se avós e os filhos tornam-se pais o que propicia novos contextos relacionais cujo foco é a manutenção dos laços afetivos.

4) Fase última: com a chegada da aposentadoria e a ruptura da vida profissional, o casal deve encontrar novas formas de se sentirem ativos socialmente. Com o envelhecimento há perda de autonomia crescente e cabe aos filhos desempenhar agora o papel de cuidadores.

Os assuntos relacionados à perda, doença e morte costumam ser evitados pela maioria da população pesquisada em todas as fases descritas, o que nos remete à situação de crise e necessidade de mudanças estruturais que surgem diante da ocorrência de umas dessas situações.

Consideramos relevante lembrar que tais fases dizem respeito a uma população bastante específica e não contemplam a diversidade das configurações familiares que existem atualmente na nossa sociedade. As

famílias com casais sem filhos, as famílias reconstituídas que são formadas por filhos de uniões anteriores, as famílias com apenas um dos progenitores compartilham certas características das fases mencionadas e incrementam o conceito de ciclo de vida familiar com novos arranjos em seus mais variados aspectos. Slusky (1997), ao falar sobre como o contexto cultural reorganiza a cada vez como a família se define e como nós a representamos, nos lembra da diversidade sempre mutante de formas, redes e contextos sociais.

No que se refere ao ciclo de vida do adulto com deficiência visual, Gonzalez, Benito e Veiga (2003) afirmam que nessa fase da vida, o que se destaca é a necessidade do deficiente buscar expandir-se profissionalmente e a dificuldade de se inserir no mercado de trabalho, que é desenvolvido a partir de uma perspectiva que requer a funcionalidade visual. A inserção no meio social também enfrenta os mesmos obstáculos, dessa forma, são necessários entretenimentos específicos e ajuda técnica e profissional dos serviços especializados em deficiência visual. De acordo com Amiralian (1997) quando a deficiência visual é adquirida na fase adulta, a pessoa tem que lidar, além dos problemas de ordem profissional e econômica, com a manutenção do papel social e familiar desempenhado antes da deficiência. Tal aspecto pode configurar como o maior desafio que a pessoa deficiente visual adquirida na fase adulta pode vir a enfrentar.

Montilha e Arruda (2007) destacam que a pessoa que adquire a deficiência visual na fase adulta vivencia um processo emocional bastante intenso e difícil de aceitação de sua nova condição física. As autoras correlacionam a elaboração da perda da visão com as fases de luto propostas por Bowlby da seguinte maneira:

1) Fase de torpor – nessa primeira fase a pessoa nega a existência do problema. A duração da fase de negação pode variar entre dias, semanas ou meses.

2) Fase de saudade da figura perdida – caracteriza-se por intensa busca de tratamentos para a recuperação da visão. Essa fase é marcada pela esperança de cura.

3) Fase de desorganização – nessa fase os sentimentos de raiva são expressos de forma mais intensa. Há também uma busca por culpados e maiores chances de apresentar depressão.

4) Fase de reorganização-aceitação – quando ocorre a aceitação da perda e maior envolvimento com o processo de reabilitação.

Segundo as autoras, durante esse processo, pode ser um significativo auxílio para o deficiente visual encontrar um lugar no qual seus sentimentos sejam legitimados e seja possível a troca de experiência com outras pessoas com necessidades semelhantes.

# V. MÉTODO

## 5.1 Pressupostos epistemológicos

A abordagem adotada nessa pesquisa será a do pensamento sistêmico. Dentre os principais cientistas que contribuíram para uma visão de mundo sistêmico Capra (1992) distingue os químicos Iliá Prigogin e Manfred Eigen, os biólogos Conrad Wadigton e Paul Weiss, o antropólogo Bateson e os teóricos de sistemas Erich Jantsch e Ervin Laszlo. Por sua vez, Esteves de Vasconcellos (2002) destaca como personagens mais importantes na constituição das teorias sistêmicas os biólogos Bertalanfly e Humberto Maturana, o matemático Wiener, o físico Foerster, além do antropólogo Bateson já citado anteriormente. Diversos autores das mais variadas áreas de conhecimento contribuíram para o desenvolvimento do pensamento sistêmico, no entanto, destacam-se duas teorias: a Teoria Geral dos Sistemas e a Cibernética.

Em relação à Teoria Geral dos Sistemas, idealizada por Bertalanfly, a partir dos escritos de Esteves de Vasconcellos (2002) e Grandesso (2000) destacamos as seguintes características básicas definidoras do sistema:

- Globalidade ou totalidade: o sistema existe a partir das inter-relações entre seus componentes que confere a eles um caráter de interdependência, sendo assim, o sistema não deve ser visto como uma mera soma de suas partes e sim como um todo coeso. Isso implica dizer que se ocorre uma mudança em uma das partes, haverá necessariamente mudanças nas outras partes do sistema.

- Não-somatividade: como o sistema não é a soma de suas partes, deve ser considerado um todo integrado, na sua complexidade e organização. Os elementos do sistema existem em relações e seus comportamentos ficam restritos pelo fato de eles integrarem um sistema.

- Circularidade: os elementos do sistema influenciam uns aos outros de forma bidirecional. Circularidade ou causalidade circular diz respeito a esse tipo de influência bidirecional, na qual os componentes de um sistema interagem como em uma seqüência circular.

- Homeostase: processo de auto-regulação que mantém a estabilidade do sistema e o protege das mudanças que podem vir a destruir sua organização.

- Morfogênese: caracteriza-se pela capacidade dos sistemas abertos (sistemas que mantém a si mesmos em contínua troca de matéria com o ambiente) em absorver os *inputs* do meio e alterar sua organização.

- Equifinalidade: Nos sistemas fechados (aqueles em que não há intercâmbio de matéria com o ambiente) o estado final é determinado pelas condições iniciais e só será alterado se houver mudanças nas condições iniciais ou no curso do processo. Os sistemas abertos apresentam uma organização que garante os resultados de seu funcionamento independentemente de suas condições iniciais ou tempo.

- Retroalimentação ou *feedback*: os mecanismos de feedback garantem a circulação da informação entre os componentes do sistema garantindo assim seu funcionamento circular.

Na cibernética, proposta inicialmente por Norbert Wiener, distintos períodos marcam seu desenvolvimento (Grandesso, 2002). A Cibernética de primeira ordem considera que há no sistema um processo de retroalimentação no qual ocorre uma correção de desvios na busca de manter-se estável, apesar das mudanças do meio, rumo à meta. Em outro momento, a Cibernética propõe que esse processo de retroalimentação além de manter a estabilidade do sistema, também é capaz de modificar sua estrutura básica, ou seja, ocorre uma ampliação, uma transcendência do desvio, uma nova organização que dê conta das demandas do meio. Até esse momento, a Cibernética pressupõe a existência de uma independência entre o observador do sistema e o sistema

observado. Na Cibernética de segunda ordem os sistemas são considerados autopoiéticos[7], auto-organizadores e auto-transcedentes nos quais a mudança ocorre a partir de dentro. Outra característica essencial do sistema é ser auto-referente, ou seja, o observador é parte do sistema e tudo que faz e descreve é feito a partir do próprio ponto de vista. Outros dois conceitos fundamentais são o determinismo estrutural, no qual a resposta do sistema em relação ao meio depende de sua organização e estrutura, e o acoplamento estrutural que pressupõe um ajuste recíproco entre as ações estruturais determinadas de um sistema a as de outro.

Essas teorias sistêmicas foram essenciais para a formação de uma epistemologia sistêmica. Para Esteves de Vasconcellos (2002), compreender o mundo a partir de uma perspectiva sistêmica implica necessariamente em assumir as três dimensões que a constituem:

1. Paradigma da complexidade: manter um pensamento complexo. Isso significa reconhecer a complexidade organizada do universo e pensar as relações em todos os níveis da natureza buscando compreender os fenômenos em relação aos contextos em que ocorrem. O foco de observação deve ser ampliado e ao contextualizar o fenômeno será possível também observar suas interações recursivas e daí perceber não apenas o fenômeno, mas uma rede de fenômenos recursivamente interligados. Em pensando os fenômenos como sistemas amplos, cujas relações se estabelecem de maneira recursiva e circular, a complexidade do sistema será considerada.
2. Paradigma da instabilidade: pensar as relações presentes no sistema em termos de seu dinamismo. O mundo é visto sempre a partir de uma perspectiva processual, ou seja, um sistema auto-organizador em constante processo de mudança e evolução no qual os fenômenos físicos, biológicos e sociais não podem ser previstos e nem controlados. Portanto, o sistema deve ser pensado a partir de suas características de instabilidade, imprevisibilidade e incontrolabilidade.

[7] Autopoise: modo, mecanismo que faz dos seres vivos sistemas autônomos.

3. Paradigma da intersubjetividade: acreditar que não existe uma realidade *a priori*. Nós construímos a “realidade” em espaços consensuais à medida que, em nossa interação com o mundo, vamos definindo situações que se tornam constituintes de nossa realidade, que por sua vez, age recursivamente sobre nossas interações com essas situações. Implica necessariamente na inclusão do observador no sistema distinguido por ele, sabendo que o observado só existe em relação a um observador.

Esteves de Vasconcellos (2004) aponta a *objetividade entre parênteses,* ou seja, a condição do observador como sujeito da situação de observação distinguida por ele, como componente essencial no pensamento sistêmico novo paradigmático. Na verdade, as três dimensões (paradigma da complexidade, o paradigma da instabilidade e o paradigma da intersubjetividade) são constituídas de relações recursivas e articuladoras, sendo que, não há como pensar em termos de complexidade sem considerar a instabilidade e a intersubjetividade e assim por diante. A autora coloca que as teorias e técnicas da ciência tradicional são resgatadas e transformadas com um novo olhar do cientista novo-paradigmático.

## 5.2 Pesquisa qualitativa – estudo de caso

Na intenção de abarcar os objetivos propostos, esse estudo é pautado em uma abordagem qualitativa, delineada como estudo de caso no qual foram utilizados os seguintes métodos de coleta de dados: observação, entrevistas temáticas e expressivos. O delineamento como estudo de caso deve-se ao fato deste se caracterizar também por buscar informações de diferentes fontes. Tal escolha é justificada em razão de a pesquisa qualitativa priorizar uma abordagem individual e diferenciada ao buscar compreender o fenômeno estudado na sua peculiaridade e especificidade (NEDER, 1993). A pesquisa qualitativa, além de possibilitar um plano aberto e flexível, busca uma compreensão complexa e contextualizada de mundo.

Para Stake (2001), estudos de caso são especialmente válidos para refinar uma teoria e sugerir complexidades para futuras investigações, e também para auxiliar no estabelecimento dos limites da generalização. Um caso pode ser um fenômeno simples ou complexo, mas para ser considerado caso ele precisa ser específico. O autor ressalta que a definição do caso não é independente do paradigma interpretativo ou métodos de questionamento. Um caso pode ser visto por diferentes perspectivas, em diversos contextos, assim, o “mesmo” caso é diferente. Stake (2001) coloca que a ênfase no estudo de caso está em aprender o máximo possível sobre o caso individual e o fenômeno, e especialmente sobre o fenômeno, caso as circunstâncias sejam especiais e possam levar à percepções pouco comuns sobre o assunto. A seleção do caso deve ser criteriosa, pois a compreensão do fenômeno pode depender da escolha certa do caso, e, as amostras dentro do caso devem assegurar a variedade, mas não necessariamente a representatividade. Segundo o autor, quando o pesquisador estuda certo número de casos instrumentais conjuntamente com o objetivo de estudar determinados fenômenos, populações ou condições gerais, trata-se de um estudo de caso coletivo. Sendo assim, o presente trabalho se caracteriza por ser um estudo de caso coletivo.

Ludke e André (1986) também destacam o caráter de unicidade desse objeto de estudo e apontam para a necessidade de delimitação do caso e definição dos seus contornos. As autoras mencionam a flexibilidade dessa forma de estudo, que permite ao investigador fazer descobertas de novos elementos que podem surgir durante o estudo.

## 5.3 Participantes

A instituição na qual os participantes dessa pesquisa realizaram seu processo de reabilitação adota as definições de cegueira e baixa visão propostas pelo Conselho Internacional de Oftalmologia (ICO, 2002). Assim, o presente estudo considera as mesmas definições apresentadas anteriormente no capitulo III.

Para atender aos critérios de inclusão dessa pesquisa, os participantes deveriam apresentar as seguintes características:

- Deficiência visual classificada como cegueira ou baixa visão profunda.
- Idades entre 25 a 45 anos caracterizados na fase adulta (as relações entre a pessoa deficiente visual e o ciclo vital são mencionadas no capítulo IV).
- Serem moradores da Grande São Paulo (município e cidades adjacentes).
- Sexo: ambos, dependendo da disponibilidade da instituição.
- Terem concluído ou estar em vias de concluir a reabilitação (os pressupostos e processo de reabilitação adotados pela instituição são descritos adiante).
- Ausência de qualquer outra deficiência ou doença incapacitante.

A seleção da amostra foi realizada pela coordenadora de reabilitação e pela assistente social. Não havia grande contingente de pessoas que pudessem ser incluídas dentro dos critérios propostos pela presente pesquisa. A coordenadora afirmou que grande parte dos deficientes visuais que estão sendo atendidos na instituição atualmente apresenta alguma outra doença que restringe sua autonomia e/ou compromete seu bem estar e qualidade de vida. Dentre as enfermidades presentes, as que configuram maior número são a diabetes e a pressão alta, que aparecem em quadros que variam entre severo a grave. Notamos ter havido grande preocupação por parte da coordenadora em escolher pessoas que iriam ser mais receptivas à pesquisa. Apesar de termos reiterado os critérios de inclusão propostos, respeitamos a seleção realizada.

No decorrer da análise, percebemos que havia diferenças em relação à acuidade visual entre os participantes com baixa visão. O que nos fez recorrer novamente à coordenadora a fim de obter o diagnóstico preciso de cada um deles. Portanto, participaram da presente pesquisa três pessoas:

1) Silvia[8], 28 anos, sexo feminino, deficiência visual classificada como cegueira;
2) Carlos, 41 anos, sexo masculino, deficiência visual classificada como baixa visão grave;
3) Alice, 45 anos, sexo feminino, deficiência visual classificada como baixa visão profunda.

Os dados complementares de identificação dos participantes são apresentados no capítulo VI, Resultados e Análise. A seguir, são apresentadas características específicas do trabalho da instituição quanto à reabilitação.

A instituição na qual os participantes desse estudo concluíram ou estão concluindo o processo de reabilitação, foi criada em 1946. Atualmente conta com diversos serviços voltados à inclusão social de crianças, jovens e adultos cegos ou com baixa visão por meio de ações educativas e culturais. Os serviços de atendimento especializado disponíveis na instituição atendem o deficiente visual e sua família, e compreende as áreas de: avaliação e diagnóstico, clínica de baixa visão, educação especial, reabilitação e colocação profissional. A instituição produz industrialmente livros em *braille* e também livros falados.

O programa de reabilitação para deficientes visuais da instituição é baseado no *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para Personas Ciegas e com Baja Visíon em América Latina*, desenvolvido pela ULAC (*Union Latinoamericana de Ciegos*), que identifica e recomenda os aspectos que relacionamos a seguir:

a) *Conceituação e pressupostos básicos*

A reabilitação é concebida como um processo no qual o deficiente visual procura administrar as desvantagens e limitações que sua deficiência ou incapacidade impõem, visando desempenhar os papéis coerentes com sua idade, sexo e condições psicossociais. É individual, relativa e não cura a

[8] Os nomes dos três participantes foram alterados com a finalidade de preservar o sigilo.

enfermidade. Para realizar um trabalho de reabilitação adequado, é necessário considerar que os resultados alcançados variam de pessoa para pessoa e o trabalho deve ser realizado apreciando as potencialidades reais de cada um.

*b) Reabilitação integral*

A reabilitação integral compreende a reabilitação básica funcional, e a reabilitação profissional e visual quando necessárias.

*b.1) Reabilitação básica funcional:* Envolve as áreas a seguir e cujos conteúdos devem ser trabalhados de maneira simultânea e inter-relacionada.

Área psicossocial e médica

O psicólogo deve atuar durante todo o processo de reabilitação da pessoa deficiente. É preciso estar preparado para lidar com fatores psicológicos que podem decorrer da deficiência visual como, ansiedade, depressão e baixa auto-estima. Outro aspecto que merece atenção são os fatores cognitivos do deficiente visual. É essencial trabalhar com as idéias, o conhecimento e as atitudes da pessoa frente à sua condição de deficiência.

O psicólogo deve buscar estabelecer um processo dinâmico, coordenado e interdisciplinar para ajudar o deficiente visual a utilizar ao máximo seu potencial, alcançando um ótimo funcionamento do ponto de vista psicológico, familiar, econômico, profissional e lúdico. Para isso, será necessário trabalhar não apenas com o deficiente visual, mas também com sua família, com a instituição de reabilitação e a sociedade como um todo.

No que diz respeito ao médico profissional envolvido no processo de reabilitação, sua função é diagnosticar as condições gerais da saúde do deficiente visual, delinear um prognóstico e desenvolver um tratamento médico adequado. O médico pode ser um profissional externo, que presta serviços à instituição, mas deve manter a perspectiva de um trabalho conjunto, coordenado e colaborativo com toda a equipe de reabilitação.

Área física

Abrange orientação e mobilidade, que busca proporcionar conhecimento e capacitar o deficiente visual em técnicas específicas que promovam um deslocamento de forma segura e independente e facilite a integração social e ambiental e a autonomia da pessoa. Algumas das técnicas utilizadas são: técnicas com guia vidente, técnicas de proteção e orientação espacial, técnicas de uso da bengala em diferentes escalas sociais.

Visando facilitar a orientação e mobilidade, a educação física busca desenvolver resistência, força, flexibilidade, equilíbrio, coordenação (lateralidade e senso de direção) e velocidade.

Atividades da Vida Diária (AVD)

Busca proporcionar ao deficiente visual técnicas e conhecimentos que permitam um bom desempenho e independência nas atividades diárias, seu cuidado pessoal, sua postura e desenvolvimento social, visando a inserção e participação do deficiente na sociedade como membro ativo.

Aspectos que devem ser trabalhados:

- Higiene e apresentação pessoal (ex: cuidar das roupas, pentear os cabelos, saúde bucal).
- Comportamento social (ex: modos à mesa, eventos sociais, jogos de salão, manejo do telefone e dinheiro).
- Cuidados com a casa (ex: limpar, aspirar, arrumar a cama, cuidar das plantas, organizar armários).
- Preparação de alimentos (ex: conhecer e manejar utensílios de cozinha, uso do fogão, elaborar receitas).
- Puericultura, preparar a pessoa para formar uma família (ex: orientação acerca da maternidade e paternidade, cuidados com o bebê).
- Primeiros socorros (ex: conhecimento e uso de medicamentos básicos, medir temperatura, pulso).

- Reparações de manutenção básica (ex: uso de ferramentas, reparação de portas e armários).

Área da comunicação

Envolve o desenvolvimento e domínio do *braille*, adquirir ou melhorar a escrita manual, o uso da máquina de escrever (digitação), conceitos básicos de matemática (aritmética e geometria), o uso do ábaco. Inclui também, quando é o caso, o desenvolvimento da eficiência visual.

Área de desenvolvimento da habilidade manual

Busca desenvolver a habilidade e motricidade manual grossa, média e fina e aspectos senso perceptivos. Para isso, é realizado um trabalho de sensibilização tátil, exercícios dos músculos da mão para acentuar a destreza, coordenação de movimentos e noções elementares de eletricidade.

*b.2) Reabilitação profissional:* A reabilitação profissional é um processo complementar que deve ocorrer em conjunto com a reabilitação integral, quando necessário.

O primeiro momento é caracterizado pela orientação e avaliação profissional, que consiste em ajudar a pessoa a eleger uma ocupação condizente com suas características e oportunidades de emprego, assim como, avaliar as potencialidades totais da pessoa para o desempenho da atividade produtiva eleita pela própria.

A seguir, vem a etapa da adaptação profissional, que prepara a pessoa para adequar-se às exigências do meio profissional e social para desempenhar seu papel de forma produtiva. A formação profissional propriamente dita são as atividades proporcionadas com a finalidade de contemplar a capacitação do indivíduo para desempenhar uma ocupação no mercado de trabalho. Por fim, a colocação profissional, que diz respeito à aplicação das técnicas e procedimentos obtidos, visando à integração da

pessoa a uma atividade produtiva e remunerada. Nesse momento, a instituição pode, em alguns casos, servir como intermediária no processo de oferta e trabalho.

*b.3) Reabilitação visual:* Implica no diagnóstico e prognóstico da doença, assim como na assistência médica adequada. Inclui a prescrição de recursos ópticos, o desenvolvimento da capacitação do uso desses recursos e a avaliação do processo.

**5.4 Métodos de coleta**

No que se refere à apropriação de espaço, utilizaremos o modelo proposto por Pol (2002), já descrito anteriormente no capítulo II. No entanto, não identificamos nenhum caminho metodológico capaz de acessar este processo que tenha sido apontado pelo autor. Por sua vez, Bassani (2006, 2007) em seu trabalho com famílias de agricultores, descrito detalhadamente no capítulo II, indica métodos de coleta de dados possíveis para o estudo do fenômeno. Assim, nos propusemos a fazer uma replicação dos métodos propostos pela autora. De acordo com Bassani (2003a, 2004b) foi proposto um protocolo que conjuga roteiro temático para entrevistas e de observação. Devido à necessidade de levantar dados sobre dimensões temporais envolvidas no processo de apropriação de espaço, o protocolo procura abarcar passado, presente e expectativas de futuro. Os registros de observação foram feitos prioritariamente por fotografias, contudo a pesquisadora salienta utilizar registros em áudio de considerações sobre a cena e de auto-observação. A pesquisadora ressalta a necessidade de combinar métodos para, assim, abarcar a complexidade do fenômeno estudado.

Devido à exigüidade de tempo para a realização da presente pesquisa, foi realizada uma replicação parcial dos métodos propostos por Bassani (2003a, 2004b), ficando excluídas as Redes Semânticas Naturais que exigiria uma amostra maior do que a pesquisada nesse estudo. Os expressivos, que consistem em desenhos, foram utilizados segundo a disponibilidade dos participantes. Ou seja, foi sugerido ao participante que

realizasse o desenho de um dos lugares eleitos como mais significativos, ficando a critério do participante realizá-lo ou não.

Ambas autoras, Lima (2002) e Amiralian (1997), indicam a necessidade de escolher instrumentos de pesquisa adequados para estudar os deficientes visuais. Grande parte das pesquisas realizadas são estudos comparativos que utilizam instrumentos do universo visual sem devida contextualização na avaliação dos resultados. As técnicas de estudo com deficientes visuais devem considerar as particularidades e capacidades dessa população. Acreditamos que os métodos de coleta de dados adotados nesse estudo contemplam os cuidados necessários para estudar a população de deficientes visuais no que se refere aos objetivos propostos. Tais métodos não são compostos por medidas padronizadas e não solicitam recursos inexistentes, e sim, possibilitam uma compreensão complexa, relacional e individualizada de cada participante.

Sendo assim, os métodos de coleta adotados nesse estudo são:

- Observação.
- Entrevistas temáticas (e clínica) – o roteiro de entrevista encontra-se no Apêndice A.
- Expressivos (Desenhos).

**5.5 Material utilizado**

Para a realização da coleta de dados foram utilizados:

- Gravador digital modelo DVR 800-III, *Powerpack* para registro em áudio das entrevistas.
- Maquina fotográfica digital marca *Mitsuca*, modelo DS6073BR.
- Protocolos de registro.
- Lápis, borracha, papel sulfite A4, lápis de cor, canetas esferográficas.
- Prancheta de madeira.

- Prancheta de madeira revestida com tela plástica a ela colada que serve de base para a fixação de uma folha de papel sulfite. Esta prancheta foi idealizada por Amiralian (1997) para a realização de sua pesquisa (no presente trabalho o uso da prancheta foi disponibilizado pela instituição).

## 5.6 Local

Os dados da pesquisa foram coletados nos locais selecionados pelos próprios participantes. Cada participante pôde escolher entre dois e três lugares que estão especificados nos resultados dessa pesquisa.

## 5.7 Cuidados éticos

Stake (2001) ressalta que a pesquisa não deve causar danos às pessoas expostas e como os pesquisadores qualitativos são, muitas vezes, convidados em espaços privados do mundo, as suas maneiras devem ser educadas e seu código de ética sério.

Todas as exigências da *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos serão rigorosamente observadas. As exigências éticas implicam em:

*a) consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade;*
*b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;*
*c) garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);*
*d) relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante*

*a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e eqüidade).*

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido também segue as determinações da Resolução 196/96 e seu modelo consta em Apêndice B. Foi realizada a versão em *braille* do Termo de Consentimento e seu modelo, consta em Apêndice C. A aprovação para realização da pesquisa fornecida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP é apresentada em Anexo 1.

**5.8 Procedimento**

O projeto do estudo, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/SP, foi apresentado à instituição visando obter a permissão para realização da pesquisa na instituição. A permissão foi dada por escrito em duas vias, das quais uma permaneceu com a instituição de ensino (PUC/SP) e a outra com a pesquisadora responsável.

A seleção dos participantes foi realizada pela coordenadora indicada pela instituição seguindo os critérios propostos na pesquisa.

De posse da seleção realizada pela coordenação da instituição, a pesquisadora responsável entrou em contato telefônico com os possíveis participantes e forneceu informações acerca da proposta de trabalho. Como na época do primeiro contato com os participantes a instituição estava em período de férias e fechada ao público, foi sugerido que os participantes escolhessem o lugar que lhes era mais apropriado para a realização da entrevista inicial, na qual os termos e objetivos da pesquisa seriam explicitados mais amplamente. Todos os participantes sugeriram que o primeiro encontro fosse realizado em seus domicílios.

A pesquisadora responsável se encontrou com os participantes em suas residências e esclareceu os objetivos do trabalho e os cuidados éticos adotados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (tinta e *braille*) foi lido e todas as explicações exigidas pelo participante foram devidamente

fornecidas quantas vezes se fizeram necessárias. Após consentirem em participar da pesquisa, os participantes assinaram duas vias do Termo de Consentimento das quais uma cópia permaneceu com o participante e a outra cópia ficou em posse da pesquisadora responsável.

Em um primeiro momento foram realizadas entrevistas temáticas com os participantes. Nesse momento os participantes elegeram os locais de maior significância e juntamente com a pesquisadora, selecionaram os locais e agendaram os dias para a realização da observação. Ressaltamos que as observações realizadas nas casas dos participantes foram concomitantes à entrevista inicial. Ainda que, no caso de Silvia, a casa não tivesse sido o primeiro lugar escolhido.

Em um segundo momento a pesquisadora foi ao encontro dos participantes nos locais selecionados pelos próprios e prosseguiu com a coleta de dados por meio de entrevista e observação com registro fotográfico. Em um terceiro momento, a pesquisadora encontrou-se com a participante que concordou em realizar o desenho na instituição. Importante salientar que foi pedido aos participantes que realizassem um desenho do lugar eleito como o mais significativo, contudo, ficava a critério dos participantes fazer ou não o que foi proposto. Somente um participante concordou prontamente com a sugestão. Os outros dois mostraram-se receosos com a idéia, sendo assim, foram respeitados em sua escolha. Disponibilizamos ao participante o material sugerido no trabalho de Amiralian (1997), e também outros materiais que estimamos úteis para a realização do desenho. Dessa forma, ficou a critério do participante a escolha de qual material deveria ser utilizado.

# VI. RESULTADOS E ANÁLISE

Para a apresentação dos dados optamos em primeiro lugar por introduzir a participante a quem chamamos Silvia e posteriormente os participantes que denominamos Carlos e Alice. Soubemos somente no dia da coleta de dados que ambos pretendiam participar da pesquisa e que formavam um casal. Optamos, então, em aceitar a participação dos dois. Observamos na entrevista inicial que seria desnecessário e mesmo, fragmentador realizar a coleta e apresentar os dados separadamente.

Considerando que temos como objetivos conhecer como ocorre a apropriação de espaço nas escalas ambientais mais significativas selecionadas por adultos com deficiência visual e quais fenômenos da psicologia ambiental podem ser identificados no estudo do processo de apropriação de espaço da pessoa com deficiência visual após o processo de reabilitação, propusemos dois eixos temáticos:

1) história da deficiência visual e reabilitação: focamos o fenômeno a partir das inter-relações sociais e sua relação com a deficiência;

2) apropriação de espaço: o fenômeno é abordado considerando as interações ambientais e demais fenômenos da psicologia ambiental.

A fim de fundamentar os referidos eixos temáticos serão apresentados excertos das transcrições das entrevistas. Também serão inclusos alguns registros de observação, escritos e fotográficos, que realizamos durante a coleta nos locais eleitos, bem como o desenho realizado pela participante Silvia.

A proposta de organizar os resultados dessa maneira visa favorecer o compartilhar dos dados com o leitor. No entanto, se faz necessário ressaltar dois aspectos essencialmente presentes na elaboração desse estudo, cuja leitura se dá a partir de um referencial sistêmico. Primeiro, entendemos que a apropriação de espaço é um processo circular e os fenômenos distinguidos se dão concomitantemente em interações recursivas e

articuladoras. Outro aspecto diz respeito ao fato de que acreditamos que o nosso olhar distingue o fenômeno.

Para tanto o termo *análise*, cujo uso comumente pressupõe abordar um problema a partir da decomposição de um todo ou de partes maiores em parte menores, aqui deve ser compreendido de outra forma. Pensamos o fenômeno na sua complexidade e organização como um todo integrado e não como a soma de suas partes.

**Participante: Silvia**

Idade: 28 anos.
Escolaridade: Segundo Grau completo.
Classificação da deficiência visual: Cegueira por deslocamento de retina.
Perda da visão: janeiro/2002 – 04/ agosto/2005.
Ingresso na instituição: março de 2007
Escalas ambientais em ordem de escolha: instituição, parque público, casa (residência).
Configuração familiar: Silvia, esposo (29 anos), filho do casal (cinco anos).
Casados há sete anos.
Renda familiar: até dois salários mínimos.

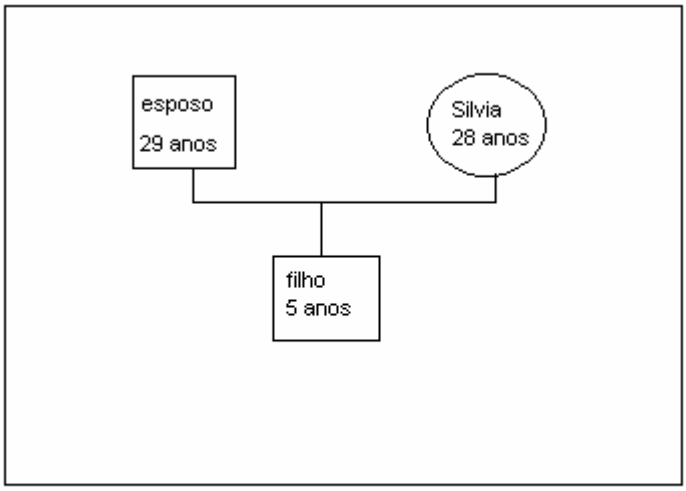


Figura 1. Representação da configuração familiar , Silvia.

**História da deficiência visual e reabilitação**

Tanto a história da perda da visão de Silvia como seu processo de reabilitação são fortemente marcados pela dimensão temporal.

Os marcos temporais[9] das ocorrências que precederam à perda da visão são específicos. O início da perda da visão se deu em janeiro de 2002 com o deslocamento de retina no olho direito. Na época Silvia estava com gestação já avançada (oito meses) e não pôde ser submetida a nenhum tipo de tratamento cirúrgico, que só foi realizado em julho daquele ano. Mesmo diante dos esclarecimentos do médico sobre as limitações na obtenção de resultados satisfatórios, Silvia insistiu no tratamento que não alcançou os resultados desejados e consolidou-se a perda da visão do olho esquerdo. A participante relatou que a partir de 2003 iniciou uma busca incessante para não perder a visão do olho esquerdo que perdurou até o ano de 2005.

"*Daí em março de 2003 começou a do olho esquerdo. Aí começou a batalha né? Deu deslocamento super rápido.*" [10]

"*Porque até dia 22 de agosto foram ao todo seis cirurgias, uma no olho direito, que foi a primeira, e as outras cinco todas no olho esquerdo. Então no dia 22 de agosto de 2005 foi a última. Aí o veredicto final, depois de vários meses esperando né, foi no dia 4 de agosto de 2005. Que ele [médico] disse afinal que "sua retina está toda descolada, ela tá toda furada e infelizmente o que eu vou ter que dizer é que você não volta mais a enxergar.*"

Silvia contou sua primeira reação diante daquilo que nomeou como *veredicto final*, ou seja, o diagnóstico de cegueira:

"*Aí eu fiquei assim, olhando a direção dele né, como se eu tivesse vendo né, embora não tivesse vendo né, assim parada, não tive reação. Não tinha caído a ficha do que ele tava me dizendo. "Ah, vamos esperar então né". Não tinha caído a ficha ainda.*"

---

[9] Os marcos temporais dizem respeito ao nosso olhar quanto às informações fornecidas pelos participantes.

[10] Excertos da transcrição das entrevistas, mantidas as características de expressões verbais dos participantes.

Essa primeira fase foi sucedida por outra, caracterizada por sentimentos de desespero e pela dor:

"*Mas aí depois doeu, doeu muito. Aí veio aquela coisa assim né, como é que eu vou fazer, meu filho tinha três anos nessa época. E agora?"*

"*E eu me esforçando pra não entrar em depressão mesmo. Eu falei assim, não eu não posso. Tá doendo, tá difícil, mas eu não posso, ele tem três anos. Assim como ele precisa do pai que tá enxergando, ele vai precisar de mim também, mesmo que eu não esteja enxergando, não eu não posso. Sabe, eu fui, eu mesmo sendo a minha psicóloga, a minha terapeuta.*"

Nessa fase, sua maior preocupação se referia ao seu papel de cuidadora. No momento da perda total da visão de Silvia, sua família ainda na fase de aquisição, se organizava para cumprir as tarefas características de cuidados com o filho pequeno e sustentabilidade financeira. A capacidade em cumprir as funções maternas foi o principal alvo de seus questionamentos:

*"E se ele cair como é que eu vou poder ajudar? E se ele se machucar. Sabe você pensa nas coisas, coisas simples. E se entrar uma aranha venenosa dentro de casa, como é que eu vou poder matar? Não que eu tenha coragem né (risos) pelo menos espantar né. Ele vai me pedir comida, como é que eu vou dar comida pra ele? Como é que eu vou arrumar um leite, como é que eu vou, ele vai se sujar, como que eu vou dar um banho nele. Eu vou machucar ele, ele vai tá andando eu vou tropeçar nele, ele vai bater, ele vai cair, vai se machucar."*

Outro marco temporal é o dia que seus questionamentos, que até então apontavam para os vários problemas decorrentes da perda da visão, foram direcionados para possibilidades de soluções. A participante contou que por meio de um programa de televisão soube de uma deficiente visual que utiliza variados recursos para exercer a profissão de repórter-jornalista. A partir daí, com a ajuda do esposo, Silvia iniciou sua busca por reabilitação. Essa busca foi marcada inicialmente por certa descrença na possibilidade de acesso devido seus limitados recursos financeiros:

*"Que até então, justo quando tava passando também a novela falando de deficiente e tal né, foi na "América" então metade da novela eu vi, do começo pra até o meio eu vi, do meio pro final eu ouvi né. Ai eu falei assim, não, acho que é só pra rico, a descoberta da bengala, do braile, a menina, o cara*

*mostrando pra ela, não, isso daí não é pra mim não, acho que é só pra quem é rico, não vou ter dinheiro pra isso não. Eu não vou nem pensar nisso né."*

*"Aí depois que eu vi, eu ouvi né, essa reportagem, eu falei pro meu esposo, será que tem alguma coisa pra mim. Aí ele sempre faz pesquisa no, como ele trabalhava no tele centro né, ele tinha acesso à internet né, então ele falou, "não, eu vou procurar lá, eu vou ver o que a gente pode fazer lá, você quer mesmo estudar?"Eu falei, ah eu quero, se tiver ou de graça ou dentro de uma coisa que a gente possa pagar, no caso só ele trabalha né, e a gente mora de aluguel, então desde que caiba dentro do nosso orçamento que já é pequeno né, aí eu falei, bom vou tentar né."*

O processo de reabilitação de Silvia é também marcado por vários outros aspectos. Um deles é a forte determinação que a participante mostrou desde o início, com a aprendizagem do *braille*. A primeira tentativa em ingressar na instituição de reabilitação na qual Silvia atualmente freqüenta, foi impossibilitada devido o conflito entre o horário de trabalho do esposo e o horário de atendimento da instituição. Com a ajuda do esposo, a participante buscou alternativa e encontrou uma oportunidade que exigia grande dedicação de sua parte.

*"A gente foi na escola e ela [a professora] falou, "no outro dia você começa", foi no dia 13 de setembro de 2006. Então, um mês e pouquinho depois do veredicto final, acho que eu parei alguns dias só fiquei naquela melancolia, depois eu encarei e fui em frente... "Só que você tem", isso foi no dia 13 de setembro, "você tem até o dia 20 de dezembro pra aprender o braille, é o tempo que eu tenho pra te ensinar. Aí agora vai ser você porque", ela falou, "é pouco demais você não aprende nem a metade mas é o tempo que eu tenho pra você"... Aí resumindo a história, eu tinha até o dia 20 de dezembro pra aprender tudo do braille... E quando foi no dia 28 de novembro eu terminei."*

Depois disso, a participante ingressou na instituição de reabilitação e mencionou detalhadamente as datas de início de cada atividade.

Outra característica que destacamos é a motivação. Como apontamos anteriormente, na fase em que se encontrava de seu ciclo vital, Silvia era solicitada a cuidar do filho pequeno. Tal necessidade fomentava sua motivação em readquirir autonomia e independência para realizar as tarefas do cotidiano. Como podemos notar quando ela falou sobre o que a levou a buscar reabilitação:

*“Ah, a liberdade. Quando eu vi que não enxergava e meu filho pequeno, então, teve até um dia que ele [o filho] tomou um tombo e ele ficou com febre e eu esperando meu marido chegar pra levá-lo ao médico. Às vezes tava aqui e precisava comprar um leite, comprar um pão e precisava esperar meu marido chegar... Eu falei, não dá não. Eu tenho que me mover. Eu não consigo ficar nessa prisão não. Minha casa se tornou uma prisão.”*

Há também, no processo de reabilitação de Silvia, o aspecto que diz respeito ao apoio familiar. A participante relatou que o envolvimento do esposo foi essencial para que ela pudesse ter acesso à reabilitação:

“*Meu marido vinha me pegar e me levar na escola. Ele saía do serviço lá, e eu ficava lá duas horas e meia, ele ficava lá me esperando, depois voltava e ia trabalhar. Ele trabalha no shopping (nome do lugar) e a escola fica ali atrás do shopping, só que ele vinha aqui, me pegava, voltava, esperava lá, voltava me trazia, depois ia trabalhar... Todo dia.”*

Outra forma de apoio é fornecida pela mãe da participante que cuidava do neto no dia da semana que a filha ia à instituição de reabilitação.

Nos exemplos relatados abaixo, podemos notar como nossa organização política e social propicia espaços compartilhados que nem sempre favorecem a mobilidade das pessoas, deficientes ou não. Apontamos também que a inserção social perpassa o acesso às informações sobre as deficiências e a aceitação das diferenças.

*“Principalmente quando eu venho lá da (instituição de reabilitação), é um horário terrível né, seis horas né, ônibus, parece que todo mundo resolveu pegar aquele mesmo ônibus, às vezes anda três pontos até a gente conseguir mexer o pé do lugar de tão cheio, cheio é pouco, lotado. Esprimido parece um monte de sardinha na lata. Aí, pessoa mais de idade assim né fala, porque que não fica em casa, não sei o que tá fazendo na rua uma hora dessas. E eu bem lá sossegada comigo, ouvindo o meu radinho.”*

*“Bairro é sempre mais difícil, bairro é, “você é doida de sair na rua, vem um carro e passa por cima de você, você cai num bueiro”... E bairro assim, as pessoas são muito alvoroçadas sabe, você vai atravessar um farol, abriu o farol ah é rapidinho não demora não senão vem um carro e passa por cima de você... Agora aqui, eu vou ficar o dia todo ali esperando, ninguém me atravessa, vamos voltar pra trás de novo... Pelo contrário eles ficam te olhando pra ver você cair pra poder dar risada.”*

**Apropriação de espaço**

Os espaços que Silvia elegeu como mais significativos são apresentados segundo a ordem de escolha da participante.

Instituição

Em termos de escala ambiental, distinguimos este local como nível II de dimensão espacial que concerne os espaços semi-públicos de ambientes compartilhados. Não sabemos se o local segue todas as normas de adequação predial de acessibilidade, exigidas nas leis brasileiras, mas pudemos observar algumas características muito específicas que indicam o planejamento voltado para o atendimento de deficientes visuais. Há piso tátil (*guia* na denominação da participante) no chão percorrendo toda a extensão dos caminhos e corredores que são amplos e bem iluminados. O piso tátil é utilizado como referência também para marcar os degraus das escadas e entradas das portas. As rampas e escadas são circundadas de/por corrimões e as portas de vidros são sinalizadas com grandes adesivos nas cores vermelho e amarelo. As paredes são pintadas com cores claras e as portas receberam um tratamento com cores mais escuras proporcionando um contraste entre ambas, facilitando assim, sua discriminação.

A participante referiu positivamente às peculiaridades de planejamento do espaço:

*"É tudo muito adaptado pra gente aqui né, a gente acaba levando isso pra nossa casa."*

Nesse caso, a apropriação transcende os limites da instituição e fica patente nas ações e transformações realizadas na residência. A participante comentou como o aprendizado sobre a organização espacial auxiliou o seu cotidiano:

*"Tirar tudo da frente. Tirar tudo que atrapalha, que incomoda. Tirar do meio mesmo, a gente tem o costume quando chega, de deixar o sapato no meio sabe. A organização da casa, embora grande parte eu já fazia né, mas organizar a sala, colocar em caixinhas... linhas de costura organizar pela cor né, põe braille para identificar a cor, coisas assim."*

**Figura 2:** Recepção da área de reabilitação.

A vizinhança também desempenha uma função importante, seja pela organização espacial ou nas inter-relações sociais:

*"É calçada pra dar e vender né, calçada larga, às vezes a gente até se perde na calçada, sabe, as pessoas são mais acostumadas."*

*"A gente recebe muita ajuda, as pessoas querem ajudar mais do que é necessário, mais do que a gente pode aceitar. Porque a gente tá em treinamento a gente tem que descobrir. Algumas coisas a gente tem que fazer sozinho porque não é toda hora que vai ter alguém ali. As pessoas são mais receptivas, a gente chega pra atravessar a rua aparece cinco braços pra te ajudar, quase te carregam no colo."*

Quanto aos fenômenos da percepção e cognição ambiental identificamos que no processo de apropriação desse espaço, Silvia utilizou

marcos específicos do ambiente como a parede e o piso tátil, assim como os sentidos da audição e tato. Durante todo o trajeto realizado, Silvia utilizou a bengala. A participante relatou que, no início, para sua mobilidade naquele espaço, utilizava mais da percepção tátil por meio do piso tátil e das paredes. Com a prática e o tempo, foi desenvolvendo e utilizando outros aspectos do ambiente como o barulho, o vento e a aglomeração. Interessante, também, é a utilização da troca de informações entre os deficientes na construção de seus mapas cognitivos.

*"Por causa do barulho ali né a (nome da funcionária) falando no telefone, as pessoas no balcão falando. A gente nem se guia por ali porque dá muito congestionamento de bengala... Andar aqui acaba ficando meio natural né, no começo a gente segue a guia, mas na prática a gente vai fazendo meio que natural né."*

*"A primeira referência é a parede. Depois é pela guia né, às vezes a gente não vai pela guia, vai beirando pelo balcão, daí tem que usar a audição porque pode ter alguém né, precisa usar a percepção né. Com o tempo a gente vai aprendendo né. Primeiro a gente aprende o caminho que é pela escada né, mas depois um fala, vamos por tal caminho e outro fala, não vamos por aqui, é assim."*

Silvia foi incisiva ao apontar a instituição de reabilitação como primeira escolha de lugar. A apropriação de espaço por Silvia na instituição é fortemente marcada pela identificação simbólica e dimensões temporais. Percebemos que o caminho que percorremos e os lugares que a participante escolheu para mostrar como referência de espaço são marcas territoriais permeados pela identificação simbólica e marcações temporais. A participante começou nossa visita pela porta de entrada da instituição:

*"Começa por essa porta aqui. É onde começa a encarar a nossa nova realidade né, então começa quando a gente passa por aquela porta. A gente não vem simplesmente só por vir. A gente vem aqui por que a gente tá buscando. A gente esta buscando se adequar a nossa nova realidade. Aqui é o lugar que a gente tá reiniciando, é o lugar que a gente tá buscando começar nova vida, então é essa porta, é dali pra cá. É aqui que a gente vai começar uma nova vida né."*

Vemos que a porta é um marco dotado de significado, é como um portal simbólico o qual você cruza em busca de um começo para *uma nova vida*.

Em seguida, a participante mostrou o lugar, *o corredor*, a que se referiu como o *alicerce* de tudo aquilo que ela considerava mais importante naquele lugar e o espaço pelo qual mais ansiou. Diz respeito às atividades de orientação e mobilidade:

*"É a sala que mais dá frio na barriga, pra você conseguir ir seguir em frente é daqui que você vai receber a orientação primeiro... Porque pra chegar num lugar eu preciso andar sozinha, ter essa autonomia de poder andar, sabe, poder ir e vir e não ficar dependendo... Então se eu tenho a orientação e a mobilidade, faça chuva ou faça sol eu quero vir, eu venho ... Então essa é a sala que marca."*

A importância que Silvia atribuiu a esse corredor dentro do espaço da instituição está diretamente relacionada com sua motivação em buscar reabilitação:

*"A primeira pergunta que as pessoas fazem aqui é "qual é o seu objetivo"... e no meu caso o que eu falei pra ela foi que eu vim aqui por que eu quero andar sozinha, quero ter de novo a liberdade de poder ir e vir, então essa liberdade ela faz aqui nesse corredor."*

A visita continuou pelas salas que compõem aquilo que a instituição denomina como setor de reabilitação, a participante mostrou mais especificamente a sala da assistente social, onde também era realizado um grupo de música do qual Silvia fazia parte, a sala de fisioterapia e a sala de AVD (atividades da vida diária).

Outro aspecto que queremos ressaltar é a relevância das relações interpessoais no processo de apropriação de espaço. Ao mostrar os espaços, Silvia sempre se referia aos profissionais nas salas de atendimento citando o nome de cada um, a orientação proporcionada por eles e sua importância no processo de reabilitação.

*“Valeu a pena investir e tal. Ver assim que, poxa valeu a pena, eles me ensinaram tanto, a me locomover. É assim, você não enxerga mais, mas a vida não se reduz a ficar só dentro da sua casa, dentro do seu quintal. Tem muito mais lá fora. Eu precisava dessa orientação de como me virar do portão pra fora porque do portão pra dentro eu já sabia. E a gente vê que tem possibilidades muito maiores sabe, que a gente consegue ir muito mais longe... E cheguei muito mais longe do que eu podia imaginar sabe, por dentro e por fora, você se descobre novamente através da orientação, dos profissionais daqui. Eu hoje eu aprendi novamente a viver.”*

A participante também mencionou o apreço pelos colegas de instituição e a importância de estar em relação com pessoas deficientes visuais e da troca que se estabelece com essas pessoas. Quando indagada sobre seu lugar favorito para passar o tempo livre excetuando as atividades, Silvia respondeu:

*“A recepção lá embaixo, com os colegas. É onde a gente conhece mais pessoas né. Assim como eu cheguei aqui pela primeira vez, muitas pessoas também estão chegando pela primeira vez, estão começando a passar por todo o processo que eu já passei. Vão passar pelo que eu passo ainda hoje... E poder me relacionar com pessoas diferentes, a gente conversa com outras pessoas, “onde você mora, nossa nunca ouvi falar”, conhecer pessoas, novas possibilidades.”*

Desenho

Foi pedido à participante que realizasse um desenho que representasse o lugar eleito como mais significativo dentre os previamente escolhidos por ela para esse trabalho e posteriormente, pedimos à participante que falasse sobre seu desenho. Esse procedimento foi realizado nas dependências físicas da instituição e somente após a coleta de dados nos três lugares indicados, a saber, a instituição, o parque e a casa. Os materiais utilizados estão descritos no item material utilizado do capítulo V.

Silvia utilizou a prancheta de madeira revestida com tela plástica que serve de base para a fixação de uma folha de papel sulfite, uma folha do referido papel e um lápis de cor cinza. O desenho que apresentamos a seguir foi reproduzido em folha transparente para posterior transposição em folha de papel sulfite.

O desenho realizado por Silvia expressa o processo de identificação simbólica na apropriação de espaço e o marco temporal que implica no ingresso das atividades de reabilitação.

A instituição foi representada de forma gráfica como um caminho para alcançar um objetivo. O caminho foi representado por duas linhas traçadas paralelamente e o objetivo foi representado no topo da folha por um símbolo. A participante mencionou que os traços aos lados do caminho diziam respeito às dificuldades vividas no processo de reabilitação. E os traços perpendiculares que cortavam o caminho representavam os vários obstáculos enfrentados por ela.

Interessante notar que o caminho iniciou-se a partir do momento que a participante foi incluída na atividade de orientação e mobilidade. Destacamos que seu processo de reabilitação começou na sua busca pela inserção social e mais especificamente na aprendizagem do *braille.* No entanto, ao indicar que o início do caminho representado em seu desenho se deu em 10 de abril de 2007, Silvia ressalta novamente que, pessoalmente, o mais importante nesse processo foi a reconquista de sua mobilidade.

Parque

O segundo local escolhido por Silvia foi o Parque do Ibirapuera. Tal parque fica localizado na região sul da cidade de São Paulo e é freqüentado por milhares de pessoas provenientes das mais variadas regiões da cidade. Este local constitui na dimensão espacial distinguida como nível II ou nível da vizinhança-comunidade que concerne os espaços semi-públicos de ambientes compartilhados.

Silvia chegou ao parque acompanhada de seu marido, que estava de férias do trabalho. Seu esposo parecia estar muito interessado no nosso trabalho de pesquisa e disse que ao assistir-nos ele aprendia muito sobre como fazer perguntas. Ele nos conduziu pelo caminho todo e se propôs a ficar em

silêncio. A participante e seu esposo andaram de braços dados lado a lado e ele se mostrou muito atencioso com ela. Quando chegamos ao lago, ele se afastou para que pudéssemos conversar a sós. A nosso ver, perecia que ele gostaria realmente de ter feito parte do trabalho.

Silvia contou que esse lugar é constituinte da história de vida do casal. Foi ali que eles começaram a namorar. Ela quis percorrer o mesmo trajeto que eles faziam quando vinham na época de namoro e quis ficar no mesmo lugar que costumavam ir.

*“A gente entrou aqui como, nem amigos né, como dois colegas, duas pessoas que acabaram de se conhecer e saímos daqui como namorados.”*

*“Foi aqui que eu conheci, pode se dizer que foi aqui que eu conheci a pessoa que no momento mais difícil que foi a perda da visão, ficou comigo, não mudou comigo, como as outras pessoas mudaram, algumas se afastaram né, outras mudaram. Ele do mesmo jeito que era comigo quando a gente se conheceu aqui, ele continua comigo do mesmo jeito, do mesmo modo, ele não mudou, ele não me tratou com dó, não me tratou com desprezo. Então esse lugar vai ser sempre importante por que foi aqui que eu conheci, digamos assim, o homem da minha vida.”*

*“E a gente ficava sempre no mesmo lugar. Lá na beira do lago, lá.... Porque é um lugar assim aberto sabe. Tava lá os patinhos né, mas é um lugar aberto, ficar olhando sabe. Um lugar calmo pra poder conversar... Um lugar do tamanho que é o Ibirapuera e você ficar parado só num lugar né, mas porque, porque não tem como explicar, um lugar que eu gosto, que eu gostava de ficar e assim, ali no parquinho e tal, mas o lugar mesmo era o lago sabe, aquelas árvores assim, que transmite calma né, paz.”*

**Figura 4:** Trajeto percorrido no parque.

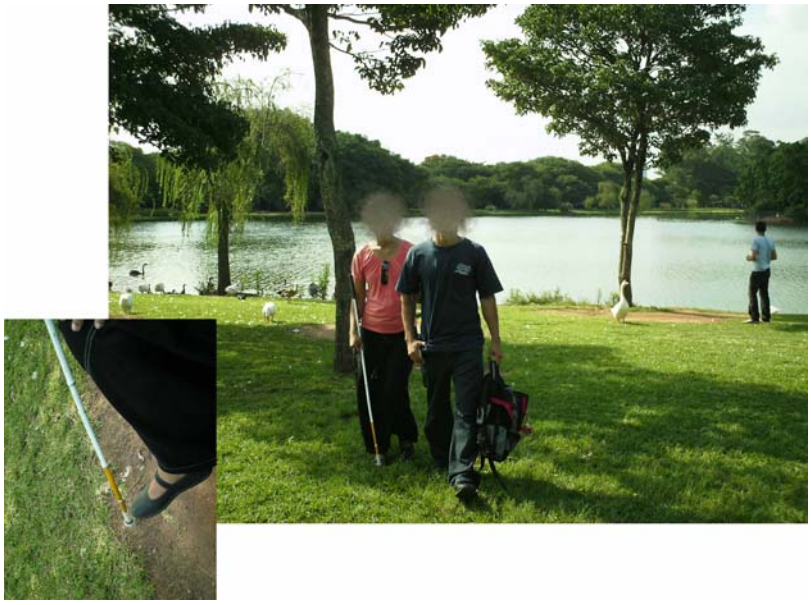

**Figura 5:** Silvia e Marido ao lado do lago. Em detalhe, o caminhar de Silvia.

A participante relatou que a última vez que vieram ao parque foi antes de engravidar, há aproximadamente sete anos atrás. Depois disso, começou o processo de perda da visão e sua mobilidade ficou mais restrita.

*"Logo antes dele [o filho] nascer que começou esse problema na visão e eu ficava com medo de sair e tropeçar ou bater em alguma coisa e perder a última visão que eu tinha... Eu ficava com medo de sair e de repente eu tá com ele e perder minha visão e ficar sozinha no meio da rua sabe, tem todo aquele trauma né. Medo de perder a única que eu tinha... E se eu tiver na rua com ele e eu perder minha visão e eu vou precisar de ajuda aí alguém vem pra ajudar pega e rouba meu filho, aí o que eu vou fazer. Dá aquela neurose assim, você*

*começa a ficar meio abalada com tudo assim, tem medo... Eu até diria que hoje eu tô mais saidinha do que antes né."*

O processo de apropriação desse espaço iniciou-se há sete anos como um marco territorial dotado de afeto e boas recordações. Novamente podemos notar que a identificação simbólica é um forte componente na apropriação do espaço eleito, no entanto, não devemos nos esquecer da circularidade do processo que envolve também as ações-transformações da inter-relação pessoa-ambiente. Nesse caso, a reorganização da percepção ambiental de Silvia foi fundamental para que isso ocorresse. A participante relatou como se deu essa interação:

*"Você vê, quando eu vim aqui eu tava enxergando ainda né... E depois de sete anos eu estou vindo de uma outra forma, digamos que mesmo sem enxergar, tentando enxergar o Ibirapuera de outra maneira né, enxergar o Ibirapuera com, ouvindo né, na verdade, sabe tipo, tentar enxergar com o ouvido sabe."*

*"A princípio é você poder ouvir, sabe, tem um barulho de pássaro, ouvir o barulho das árvores, uma folha batendo, você tá aqui pisando no chão, sabe, às vezes é terra, às vezes é mato ou o calçamento. Aí você ouve as pessoas conversando também, passeando como você tá no momento. Ou devem estar espalhados pelos gramados aí né? Música. Então você saber que dá pra você passar por esse lugar e sentir bem mesmo sem você poder enxergar, mas você se sente bem no lugar. Não fica assim como um peixe fora d´água. Dá pra ficar legal, dá pra se sentir bem sabe, ouvir o lugar, sentir o vento do lugar."*

*"Eu estou me sentindo super bem, como eu te falei né, eu pensava "como vai ser o dia que eu voltar lá, porque a última vez que eu fui até aquele lugar eu via". Sabe, gostoso porque assim, eu tô enxergando o Ibirapuera de uma outra maneira, sentindo o sol, sentindo o ar, ouvindo os patinhos, rindo porque ele correu atrás de algumas pessoas. Sabe, divertido, legal, uma coisa gostosa, uma sensação muito boa. Estar de uma outra maneira, mas estar aqui de qualquer forma."*

A importância dada à mobilidade na apropriação do espaço foi uma constante no discurso de Silvia, e com certeza influenciou todo o processo:

*"Agora é só aprender um novo jeito. Tive que aprender como andar, como ler, escrever, como se eu tivesse voltado a ser criança. Então hoje em dia já tô dando meus passos aí né. Mas perde o medo, você começa ficando a se sentir um pouco mais solta, começa a se sentir um pouco mais livre. Tendo lógico*

*que passado pelo treinamento né. Não dá pra pegar a bengala e sair no meio da rua né, que não vai ser uma coisa muito proveitosa. Tenho vontade de sair pros lugares assim né, agora eu tenho que, eu fiquei muito tempo querendo saber isso, poder pegar um ônibus como pegar um metrô. Porque no nosso caso, tem que perguntar e você não vai achar sozinho nem que queira né, só se for vidente, tem algum dom especial né, mas, e algumas vezes eu fico, "ah não vou não, tô cansada". Sabe agora que tem, você fica restringindo assim sabe, como restrição, "ah não vou não". Mas também quando dá vontade vai mesmo. Agora é liberdade."*

Podemos perceber que algumas situações mencionadas pela participante demonstram como a deficiência visual restringe parcialmente sua apropriação desse espaço. Ao mencionar se ela perdeu algo em relação às outras vezes que havia ido ao parque ela disse:

"*Só a liberdade de eu ir sozinha aonde eu quiser ir aqui, sabe, "ah não quero mais ficar aqui, quero ir lá ao parquinho lá na frente", ou "quero ir até o banheiro, ou lá na parte onde o pessoal fica lendo", sabe. Só isso."*

E, ainda, quanto à possibilidade de Silvia ir ao parque acompanhada somente pelo filho:

*"Seria difícil, não impossível. Vir com uma criança, que nem no meu caso, ele vai querer ir entrar, chega ali, bateu o olho no parquinho com certeza vai querer ir pra lá, ele não fica só em um, ele fica em vários né."*

<u>Casa</u>

A residência foi o terceiro lugar escolhido por Silvia. Essa escala ambiental é caracterizada como nível I de dimensão espacial que se refere ao espaço privado. São três os cômodos que compõem a residência, sendo que dois destes compartilham distintas funções. O quarto é usado como dormitório para o casal e o filho, e, é também o lugar onde assistem televisão; a cozinha é onde está o colchão no qual Silvia fica grande parte de seu tempo, e também, funciona como sala de visitas. Um pequeno espaço de extensão da cozinha é a área da lavanderia e logo em seguida está o banheiro. Tivemos acesso apenas aos cômodos que referimos como quarto/TV e cozinha/sala.

A territorialidade e a privacidade foram os fenômenos mais percebidos na apropriação desse espaço. A participante destacou os objetos de uso e a organização desses como marcas territoriais. Como exemplo, a participante mencionou que recentemente viajou com o filho e o marido ficou em casa sozinho. Quando ela retornou de viajem, as coisas na cozinha estavam “fora do lugar” e sua primeira ação foi reorganizar tudo.

*“Eu cheguei na sexta feira né, aí quando foi no sábado ele sai pra trabalhar cinco horas da manhã ai eu falei é hoje, é agora. Nem descansei, dormi até aquela hora e tava ótimo. Pus tudo no lugar.”*

Os objetos mais valorizados por Silvia são seus rádios e seu colchão. Existe uma marcação de território no que se refere a certos espaços como, por exemplo, o armário no qual ela guarda seus CDs, localizado no quarto.

*“Cada vez que eu quero o CD tal, cantora tal, aí eu pego pela ordem eu sei onde tá cada um deles. Agora o resto ele [marido] mexe mais, então eu tenho que ficar perguntando às vezes, onde é que está tal CD... digamos que é a parte que me corresponde.”*

**Figura 6:** Armário de CDs localizado no quarto.

Pudemos observar que o componente de ação-transformação está significativamente presente na organização espacial dos móveis e mudanças estruturais da casa, como por exemplo, a porta do banheiro, transformando o espaço e adaptando-o a sua nova condição física e o rearranjo da mobília. Silvia ainda comentou sobre as outras ações-transformações que realizou no processo de apropriação desse espaço:

*"Joguei tudo pro canto... Tinha uma mesa aqui... Então, eu batia muito na mesa, porque eu vou aqui e por ali e tal, mas a mesa ficava aqui e pelo pouco espaço que ficou aqui dentro... Tinha uma cama de casal. Ai eu batia muito também, batia as canelas né, porque eu gosto de andar apressado aqui dentro né e batia muito. E ficava difícil pra limpar também. Eu gosto de fazer, não tô vendo mais eu gosto de varrer, de passar pano. Aí eu abaixava pra passar pano debaixo da cama e batia a cabeça. Aí eu falei, não, tudo o que me atrapalha e me incomoda eu vou rifar. O colchão eu deixo no chão porque eu me sento e levanto beleza, não me atrapalha, não esbarro nele, sabe, mas é isso. Que eu mudei mesmo foi isso, agora o resto, quanto aos afazeres é a mesma coisa. O modo de fazer comida é a mesma coisa."*

A família participa diretamente das transformações nos arranjos espaciais e nas soluções criativas para as questões que surgem no cotidiano:

*"Meu marido já sabe, "se você mexer aí você põe no mesmo lugar tá?"Ele já sabe, quando ele pega alguma coisa, às vezes eu mesmo deixo jogado sabe, principalmente celular né, aí ele fala, "peguei seu celular e pus aqui em cima em tal lugar", ou então, "peguei aqui o cartão telefônico e coloquei aqui no armário embaixo do pano", sabe ele fala. Onde você pôs o cartão, "ah tá em cima do armário", daí tem vários lugares no armário, tem que ficar procurando. Ele não, ele fala "tá em cima do armário embaixo do pano". Ou às vezes, "sua revista veja chegou, tá aqui perto do rádio". Ou é "achei sua carteirinha no chão e coloquei dentro da segunda gaveta da cômoda". Aí "lavei toda a louça, tá tudo aí dentro só não tá em ordem."*

*"Esses são meus ingredientes, meus temperos... Então eu coloquei braille por que eu tava cansada de pôr o mesmo tempero sempre na comida né. Aí eu organizei os potinhos... Essa idéia nem foi minha, foi do meu marido. Porque eu teimava em deixar assim na ordem, mas eu mesma tirava da ordem, e eu ficava assim "que cor é essa? O pacotinho marrom ou o vermelho?"Aí ele falou "porque você não põe assim". Aí eu não, não, e acabei colocando. Então eu acho o tempero que eu quero, o sabor."*

A respeito da participação do marido em relação às mudanças realizadas no espaço, Silvia mencionou:

*“Ele apoiou... Falou assim... “A gente vai fazer aquilo que é melhor pra você, pra que você se sinta bem aqui no espaço onde você vive, se você não tá sentindo bem, se tá te machucando, a gente faz.”*

Quanto às alterações de percepção, a participante ainda mencionou o aprimoramento da percepção tátil e olfativa:

*“Aqui os meus, coisas assim, arroz, feijão, eu sei que esse aqui é o feijão, esse é o arroz e esse é o café... Esse aqui tem um jeito [bate no plástico] até que meio proposital né, latas diferentes. E café, você pegou, e pelo cheiro já sentiu né.”*

*“Minhas roupas eu sei por pano, né, tecido, eu sei onde eu guardo né, separada por cor: branca, azul, vermelha né.”*

**Figura 7:** Adaptação de postes de tempero para em *braille*.

**Figura 8:** Potes de mantimentos, leitura diferentes tamanhos e materiais.

Em relação à privacidade, Silvia comentou como gostaria de mudar-se para uma casa maior na qual ela poderia ter um quarto para ela e outro para o filho e também outro cômodo para uso pessoal.

*“Ter um quarto assim, tipo um quarto de uma sala pra ter o rádio, a TV, um espaço pra ler mesmo, sabe, ficar ali sossegada.”*

Interessante notar como o espaço conceitual da casa está intimamente relacionado ao significado dado às relações familiares. Quando indagada acerca do que ela considerava como mais importante na sua casa, a participante perguntou: *"tirando o marido e o filho?"*

Por fim, gostaríamos de ressaltar como a apropriação desse espaço implicou na sua re-significação, o que antes foi considerado como uma *prisão* agora foi definida como:

*"Minha casa é o meu espaço, onde quando eu quero as minhas coisas eu sei que tá ali... Onde eu me encontro, eu me sinto bem. Minha casa, meu colchãozinho."*

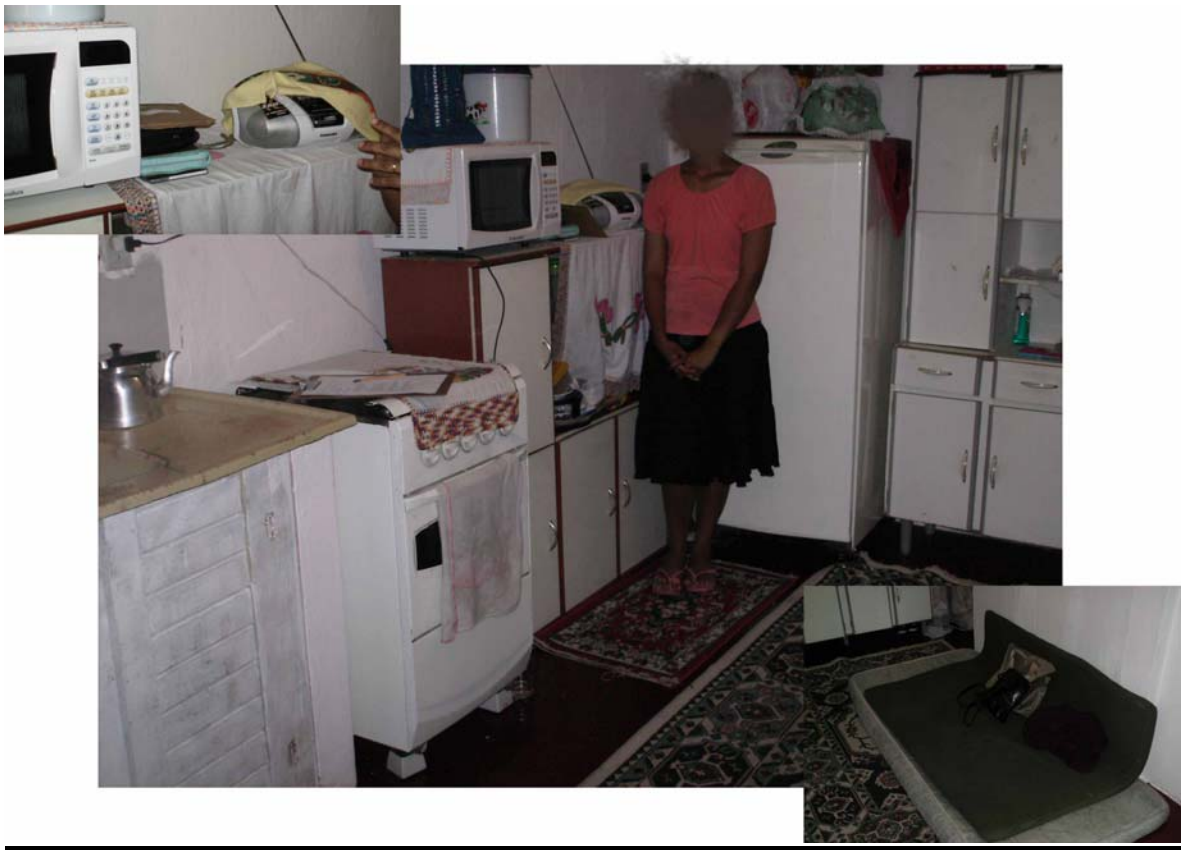

**Figura 9:** Espaço escolhido por Silvia para registro: ao lado do som. Em detalhe, o colchão e o som.

**Participante B (Alice)**

Idade: 45 anos.

Escolaridade: primário incompleto.

Classificação da deficiência visual: baixa visão profunda por retinose pigmentar.

Perda da visão: progressiva.

Ingresso na instituição: março de 2007.

Escalas ambientais em ordem de escolha: casa (residência) e casa da irmã.

**Participante C (Carlos)**

Idade: 41 anos.

Escolaridade: primário incompleto.

Classificação da deficiência visual: baixa visão grave por retinose pigmentar.

Perda da visão: progressiva.

Ingresso na instituição: março de 2007.

Escalas ambientais em ordem de escolha: casa (residência) e praça pública.

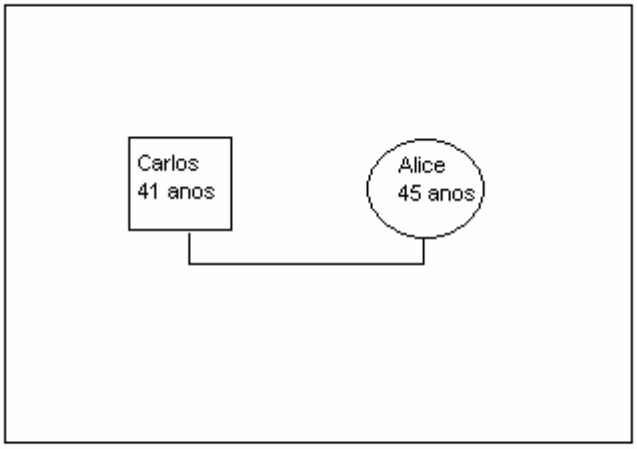


Figura 10. Representação da configuração familiar, Alice e Carlos.

Configuração familiar: Alice e Carlos.

São casados há 20 anos e não possuem filhos.

Renda familiar: até dois salários mínimos.

**História da deficiência visual e reabilitação**

A perda progressiva da visão, tanto de Carlos como de Alice, não propiciou que se definissem marcos temporais específicos. Ambos relataram que desde jovens percebiam restrições no seu sentido da visão sem, no entanto, saber muito sobre a própria deficiência visual. A experiência de ambos participantes assim como seu baixo nível de escolaridade nos mostra como o atendimento à saúde e à educação no Brasil, especialmente no que se refere aos deficientes visuais, pode ser precária e ineficaz.

*"Nem sei quanto de visão eu tenho, porque da última vez que eu passei no médico ele não falou... Eu gosto de médico assim que pergunta, né quer saber do seu problema, mas um que nem olha pra você não gosto, aí assinou o atestado já e saí fora... No hospital (nome do hospital A)." (Alice)*

*"Na fundação a gente passou por avaliação com o doutor (nome do médico)... Ele é um médico legal, só que ele não falou, ele é, fez os testes, mas ele não falou o grau, o que é, quanto eu tenho de visão." (Alice)*

*"Eu trabalhava de costureira... Tinha dificuldade no começo, né. Depois eu comecei a sentir que eu não conseguia mais enxergar a linha na agulha... Aí eu falava pras minhas colegas que eu não tava enxergando, elas davam risada. "Não, você tá ficando louca, você enxerga sim". Eu falei, gente eu não tô mentindo, eu não tô enxergando. Aí, até que eu fui pro médico né, pro oftalmo. Aí ele colocou o quadro lá e perguntou a letra pra mim de longe, da distância que eu tava eu não via a letra pequena né, aí ele falou pra mim que eu fugi da escola. Aí eu fiquei nervosa e falei pra ele quem fugiu da escola foi sua mãe..." (Alice)*

Quanto à percepção da perda da própria visão, os participantes relataram:

*"17, 18 eu já sentia dificuldade, tipo assim, andar no escuro. Quando começava a escurecer eu sentia sabe, eu não falava nada pra ninguém, mas eu sentia assim tipo sumindo a minha visão. Eu tava vendo uma coisa lá na frente ao mesmo tempo eu não estava vendo."(Alice)*

*"Desde moleque eu já tinha... Olha a minha deficiência demorou deu descobrir assim realmente o que eu tinha. Mas com o tempo eu fui percebendo que minha visão, que a perca é muito grande mais a noite... [quando algum médico diagnosticou deficiência visual]... Olha, eu acho que foi em 95, né?" (Carlos)*

Nesse momento a esposa continuou o relato de Carlos:

*“Até então a gente sabia que tinha um problema, mas não diagnosticaram o que era. A gente não sabia o que a gente tinha. A gente tinha uma perda de visão, nem o oftalmo falava olha seu problema é uma retinose, nunca nenhum médico falou... Aí ele passou no hospital (nome do hospital A) e o médico já falou que era isso aí. Primeiro você passou no (nome do hospital B) né?” (Alice)*

Outro aspecto que distinguimos e acreditamos dificultar a inclusão social é a falta de conhecimento da sociedade como um todo no que se refere à deficiência visual. Há diferenças significativas de acuidade visual entre cegueira e os níveis de baixa visão, e também, há variações expressivas relacionadas ao uso funcional da visão entre os deficientes. Os participantes relataram situações nas quais a falta de informação propiciou desconfiança e discriminação em relação a eles. Tal característica pôde ser notada mesmo dentro da família dos participantes.

*“A gente fica de saco cheio de explicar o que é uma baixa visão. E a pessoa não entende o que é uma baixa visão. Entende o que é cego.” (Alice)*

*“Eles [família] sabem que a gente tem problema, mas não se conscientizam o tanto que a gente enxerga e não enxerga né.”(Alice)*

*“Agora, agora que a gente começou a ir na (nome da instituição) que eles viram que não é uma mentira, que é uma verdade, que a irmã dele se conscientizou.”(Alice)*

*“A minha irmã entendeu mais rápido. As minhas sobrinhas e os meus sobrinhos começaram a entender a minha dificuldade mais rápido né. Mas a minha mãe, ela acha que, não é que ela não aceita, ela não sabe né.” (Carlos)*

A acuidade visual e sua funcionalidade são distintas entre os participantes. Alice possui baixa visão profunda e Carlos possui baixa visão grave e sua reabilitação não incluiu a aprendizagem do *braille*. No entanto, o referido participante utiliza a lupa como recurso óptico. Interessante notar que ambos fazem uso funcional do resíduo visual de maneira distinta e bastante complementar.

*“Agora um ajuda o outro né. O que eu não vejo ela [esposa] vê e me ajuda né... Tipo tá indo eu e ela aqui agora, você passa do outro lado, ou você tá vindo na minha direção e eu tô vendo você já, aí eu conheço você e falo. Agora se tiver distante ela não vê. Agora se tiver muito distante, como se tivesse daqui no portão lá na esquina eu já não sei quem é, eu sei que é uma pessoa que tá vindo, mas eu não sei. Agora quando aproxima um pouquinho, um ajuda o outro né.”(Carlos)*

*“Mesmo com a bengala um mostra um buraco pro outro ... Sabe o que é, antes de começar a usar a bengala a gente tinha esse hábito de um ajudar o outro. Olha tem um postinho ali, vamo por aqui. Alguma coisa assim né, cuidado se não você vai dar trombada no fulano. Tem uma senhora, uma criança, ou uma mala na frente, uma bolsa né.” (Carlos)*

*“É tem gente que tá conversando e larga a mala no meio, aí ele [marido] vai e “brem” na mala. Pra isso não acontecer eu falo “bem, tem uma mala no meio”... ou senão ele esquece das criança ne, eu falo “bem, tem uma criança correndo pra lá e pra cá, fica atento né”. Ai ele já fica atento né. Mas a (nome da reabilitadora) falou que não é pra mim fazer isso.”(Alice)*

*“Ele [marido] vê pra mim as datas de consulta, algum remédio que eu não sei o nome, às vezes tá tudo misturado eu peço pra ele ver, datas assim, ele vê direitinho pra mim. Quando ele não consegue ver, pede pra vizinha.” (Alice)*

Ambos participantes consideraram que as interações sócio-ambientais podem ser desfavoráveis ou favoráveis. As inter-relações pessoa-ambiente ocorrem dentro do contexto social no qual a pessoa está inserida. No caso dos deficientes visuais, tais interações podem ser caracterizadas como situações de constrangimento, mas outras interações podem ser percebidas como situações de cooperação.

*“Tinha que entrar pra pagar uma conta no banco eu resistia, eu não ia porque eu tinha medo de bater a cara na vidraça. Com medo de tudo, resistindo e entrava, mas aquele medo sabe. Eu transpirava de medo. Até que eu entrava, clareava as vistas, olhava onde tava o caixa e tudo. Até então as pessoas olhavam estranho pra mim, se eu perguntasse alguma coisa, “ah ta perguntando pra quem? Pra mim?”Aí outra pessoa falava assim “por que, você não sabe ler?”Essas respostas vai deixando a gente constrangido. Eu tinha medo até de tá no ponto de ônibus e perguntar o nome do ônibus. Tinha medo de tudo.”(Alice)*

*“Você vai pegar um ônibus, aí você vai pedir ajuda, aí, “você não sabe ler? Você não enxerga? Por que você não usa óculos?” É terrível. Tem uns que já tem a boa vontade de “ah, você não enxerga bem”. Eu só enxergo quando*

*chega aqui, daí já foi. Só se alguém for descer, aí eu vejo, por que senão quando eu vou dar sinal ele já foi embora."(Carlos)*

*"Ainda bem que os motoristas daqui já conhecem a gente né. Porque tem um sinal aqui em cima né. Aí, daqui pra gente não ir a pé lá pro centro, a gente pega o ônibus aqui. Daí quando a gente tá no ponto, fica olhando tentando enxergar, daí eles já olham e vê que é a gente eles param né."(Alice)*

*"Vou perguntar pro menino que arruma as prateleiras né. Aí eu chego "filhinho, faz um favor pra mim?"Aí ele olha pra mim rápido, "eu quero enxergar isso aqui, mas é impossível, não consigo, dá pra você ver a validade pra mim, por favor?"Aí ele vê numa boa, aí eu não tenho vergonha de perguntar né. Aí a (nome da reabilitadora) fala pra mim... "Não tem que ter vergonha tem que perguntar, as pessoas tem que te enxergar do jeito que você é". Então, a gente já tá mostrando no mercado aqui próximo que a gente não enxerga direito né. Às vezes eu tô lá na prateleira, já vem um, "tia você quer que eu veja pra senhora?"Eu falo, faz favor meu amor. A pessoa é educada com você, você tem que ser educada também, né? Porque vai indo se entende né." (Alice)*

*"Outro dia mesmo eu entrei num banco, nessa época eu ainda não tava aceitando a (instituição de reabilitação), então fiquei ligado, só que eu entrei no banco, e aquele vidro é escuro né, com esse sol quente assim, aí eu entrei e deu, acho que qualquer um sente e eu senti mais ainda, só que eu não sabia onde era o fim da fila, aí eu fui pro começo da fila. Aí perguntaram se eu tava passando mal, eu falei, "não eu tô procurando onde que é, meu deus do céu, o fim da fila" punha a mão assim e ficava olhando, eu já tava ficando com vergonha né, aí até que enfim eu achei o fim da fila. Aí perguntaram se eu quisesse passar na frente, se eu tava passando mal, falei assim, "não é as minhas vistas que demora de voltar e enxergar, localizar o fim da fila." (Carlos)*

*"Na Marisa a mesma coisa, nas Pernambucanas aqui tem uma mocinha ela não quis entender meu problema né, aí eu peguei e fui lá sabe aonde? No gerente, "olha eu sou cliente dessa loja há muito tempo, eu mereço ter o mínimo de respeito aqui", "ah, mas o que esta acontecendo"? Aí eu expliquei pra ele né. Aí ele pegou e chamou ela, atenção né. Aí agora quando eu chego lá ela, "oi minha querida, oi meu amor", e falsidade... Porque se você é cliente da loja o que você quer? Quer ser bem atendido né. Não quero que me paparica não, eu quero que tenha educação comigo né. Acho que qualquer um."(Alice)*

Alice e Carlos souberam da instituição de reabilitação por meio de programa televisivo. A motivação em buscar a reabilitação está ligada à fase do ciclo vital de ambos, na qual começam a pensar nas mudanças que advêm com a próxima fase, assim como da diminuição da acuidade visual. Alice destacou o fato de não terem filhos de quem possam depender, portanto sua

busca por reabilitação é também uma busca por autonomia. Carlos destacou que o principal motivo que fez com que ele buscasse reabilitação refere-se a sua crescente dificuldade na mobilidade, que foi mencionada em várias ocasiões. O participante também se referiu à possibilidade de ampliar sua rede social como fator importante para a reabilitação.

*"Por que é tipo assim, enquanto você tava bem você não tava se importando o que vai acontecer daqui um ano, mas quando a gente viu a reportagem na televisão e viu que tinha recurso pra nós à gente foi atrás... Imagina só, só eu e ele, nós não temos filhos, nós temos sobrinhos né e vizinhos, e parentes família grande, mas só que na hora que você precisa de um favor, não tem aquele que vem correndo, socorrer, então eu achei que tava na hora da gente se reabilitar, então nós fomos lá procurar, eu fui primeiro, eu com minha irmã que também tem a mesma deficiência que eu, e ele ficou resistindo não queria ir, aí quando eu comecei a ir ele se interessou aí ele falou assim "ah tá eu vou querer ir fazer também." (Alice)*

*"Eu fiz mais por que também, no caso assim, pra andar, dando muita trombada no pessoal né, fica esbarrando num e noutro, aí eu achei que se eu entrasse ali eu achei que ia me dar bem, e também conhecer bastante gente diferente né, ter contato com pessoas novas né. Porque fica só dentro de casa né." (Carlos)*

Carlos e Alice resistiram à idéia de procurar reabilitação mais cedo, talvez porque sua deficiência visual foi se desenvolvendo de maneira gradual e lenta, mas definitivamente a aceitação da própria deficiência faz parte de sua história e seu processo de reabilitação. Ambos relataram que desde o início de seu relacionamento desconheciam a deficiência um do outro e tentavam escondê-la do cônjuge.

*"A gente nunca conversamos a respeito de visão. Aí depois que começou a surgir mais dificuldade, a gente começou a ir no oftalmo, começou a ir atrás, correr atrás, aí um foi falando pro outro. Você tem eu também tenho, a gente tem que se dar as mãos." (Alice)*

*"E foi difícil pra mim, até aceitar, a se aceitar com deficiência. Eu achava que, esperei ela entrar, fiquei olhando tudo e depois que aceitei. Porque eu tava vendo que já não tinha jeito né. Devido a essa dificuldade toda, até pra mim trabalhar eu tive que parar, porque eu saia de madrugada." (Carlos)*

*"Quando nós se conheceu nenhum sabia da dificuldade do outro né. No namoro quando era hora de ir embora eu pegava um taxi pra levar ela na casa dela né, para ela não descobrir que eu tinha deficiência. Daí chegava na casa*

*dela e depois pegava um ônibus pra minha casa (risos). Na época eu ganhava bem, razoavelmente bem né, e daí acabava "pagando de gatão", mas era porque eu não queria que ela soubesse. Às vezes pisava num buraco e falava, "ops, não tinha visto esse buraco, tô distraído" (risos)." (Carlos)*

Reconhecer a própria deficiência foi um caminho árduo para ambos e a aprendizagem do uso da bengala deflagrou todos esses sentimentos de rejeição. Carlos mencionou que além da própria aceitação teve que lidar com a vergonha que sentia em relação aos outros.

*"Pra mim também foi difícil. Assim, você nunca ia imaginar você usando uma bengala né... Quem tem uma baixa visão também precisa usar a bengala. Demorou pra entrar na minha cabeça, mas depois eu fui aceitando... Eu me preocupava muito com os vizinhos, fulano, cicrano. O que eles iam falar, o que eles iam achar... Mas eu não fecho minha bengala não, porque se eu me preocupar com eles, aí eu vou colocar em risco eu né, se eu fecho a bengala, vai que abriram um buraco novo no meio da rua e eu caio dentro do buraco. Vou ficar pensando nos vizinhos, tenho que pensar primeiramente em mim." (Carlos)*

*"A primeira vez que a (nome da reabilitadora) me deu uma bengala eu chorei tanto, eu não quero isso eu não vou usar isso. E fiz cara feia pra bengala, pra (nome da reabilitadora), e fiquei encostada na parede que eu não queria usar aquela bengala. E ela "tá bom (o apelido de Alice), eu entendo, não vou forçar você". Aí foi indo, ela foi conversando comigo. Aí eu fui aceitando. Por que até então eu endurecia tanto isso daqui, meu braço, por causa da bengala, que eu não conseguia andar direito com a bengala, não era (nome do marido)? Nos últimos treinamentos que eu soltei que eu aceitei. Eu falei, eu tenho que aceitar porque é pro meu bem né? Então põe na cabeça que eu tenho que aceitar isso. E eu aceitei numa boa agora, ela falava "você tem vergonha?" Eu falava, eu não tenho vergonha... Já coloquei até um nome, é a Jeanne (nome dado à bengala). Por que eu gostava da Jeanne é um gênio. Então, ela é um gênio pra mim. Eu aceitei de coração já a minha bengala. Tipo assim, eu não tinha vergonha de chegar na rua e abrir a bengala. Não tinha e nem tenho. As pessoas olham? Olham, é normal. Eu preciso da bengala? Preciso. Não tenho mais." (Alice)*

Alice e Carlos contaram qual considerava ser o principal papel que a reabilitação desempenhou e desempenha na vida deles:

*"Tinha medo de tudo. Aí depois que eu comecei a ir na (instituição de reabilitação), daí eu comecei a voar (risos) Aí eu não tinha mais medo. Não tenho mais medo de andar, não tenho mais medo de sair à noite." (Alice)*

*“Pra mim foi assim, pra sair né, mesmo à noite, tardezinha. Não tem mais problema de cair nos buraco.” (Carlos)*

*“Pra mim a reabilitação ajudou mais foi com a cabeça, aceitar as coisas. Antes dava uma revolta com as pessoa quando diziam as coisa né. Agora não. Eu entendo que as pessoas não são obrigadas a entender seus problema, as vezes não conhece né.” (Alice)*

**Apropriação de espaço**

A seguir apresentaremos os principais fenômenos estudados pela psicologia ambiental identificados em entrevista e observação que não estão especificamente relacionados aos espaços escolhidos pelos participantes. Outra situação imprevista na coleta de dados foi o trajeto que percorremos juntos entre um município e outro, ambos adjacentes a São Paulo. Durante todo percurso, cuja duração foi de aproximadamente duas horas e foi realizado no período matutino, trocamos informações e observações que relacionamos abaixo.

Os participantes aludiram sobre as transformações que realizaram em relação à aprendizagem em orientação e mobilidade que adquiriram na instituição. Alice por várias vezes alertou Carlos sobre a presença de buracos e outros obstáculos físicos do ambiente apesar desse comportamento ser coibido pela reabilitadora. Carlos, por sua vez, em nenhum momento pediu pela ajuda de pessoas videntes para travessias de vias públicas.

Outro aspecto interessante que pudemos observar concerne à percepção ambiental dos participantes quando estão deslocando pela cidade. Há diferenças significativas entre a vizinhança, no bairro onde residem o tráfego de carros e ônibus é tranqüilo, e os centros urbanos com maiores movimentações. Na vizinhança andamos pela rua e Alice foi apontando os prédios que utilizam como referência para realizar o trajeto até a estação de trem. Ao chegar à estação, andamos até um ponto da plataforma na intenção de entrar em um determinado vagão, pois como explicou Alice, assim fica mais fácil desembarcar na estação central de metrô (Estação Sé). Ou seja, os

participantes elaboraram um trajeto para sua mobilidade dentro da cidade que diz respeito ao mapa cognitivo. A esse respeito Alice afirmou:

*“Eu tenho como que um mapa na minha cabeça. É um mapa, assim eu sei onde tenho que ir.” (Alice)*

Ao entrarmos no segundo vagão, Alice explicou que o primeiro vagão é reservado para uso exclusivo dos deficientes no horário de pico. No entanto, Alice e Carlos disseram não utilizá-lo, pois tem gente muito mais necessitada que eles, como por exemplo:

*“Peguei uma vez [vagão], mas não gostei não. É muito triste.” (Alice)*

*“...cadeirante, muleta, esses sim tem que usar. A gente não precisa.” (Carlos)*

Alice comentou que evitam andar em horários muito movimentados, mas se há necessidade eles o fazem. E contou ainda que quando ela desce em um *lugar errado* ou se perde, pede informações principalmente aos seguranças. Somente quando chegamos à estação central de metrô, Carlos abriu sua bengala.

Quando chegamos ao nosso destino, Carlos parou por um momento e olhou para os lados a fim de recordar o caminho até a praça, um dos lugares eleitos. Enquanto caminhávamos em direção à referida, Carlos sugeriu fechar a bengala e quando indagado o motivo, ele afirmou que já não havia mais necessidade dela. No entanto, Alice falou que ele estava com vergonha. Ele manteve a bengala aberta até sairmos da praça e seguirmos até a casa da irmã de Alice.

No caso de Carlos, pudemos observar que o uso da bengala está relacionado às suas necessidades específicas, como por exemplo, lidar com espaços onde há maior aglomeração. O próprio participante relatou situações relacionadas a esse aspecto:

*“Mas com o tempo eu fui percebendo que minha visão, que a perca é muito grande mais à noite. Em locais que tem muito movimento. Pegar uma condução... Esses locais pra mim são terríveis. Meu corpo endurece tudinho de medo. Dou muita trombada nos outros. Dava né, porque agora não acontece mais isso.” (Carlos)*

*“Por aqui a gente anda sem a bengala, mas chegar ali no (nome de bairro da zona leste da cidade de São Paulo) já abre a bengala, porque ali é um lugar que tem muito movimento já. E parece que eu dou uma sorte de esbarrar em pessoas de idade, aí fica complicado né... Outro vem e esbarra em mim. Então pra evitar esse tipo de transtorno que eu já fui xingado, brigaram comigo. Ninguém sabe qual é a minha deficiência, porque olhando pra mim você não vê... Daí então eu já ando com a bengala pra evitar.” (Carlos)*

A utilidade do uso da bengala também foi referida por Alice ao lidar com os obstáculos físicos do ambiente, nesse caso as vias públicas.

*“E os inimigos né, os postinhos da rua. Eu falei pra (nome da reabilitadora), se eu fosse uma vereadora eu ia mandar arrancar esses postinhos que tem na rua... Aqueles que põem placa, nome de rua, são aqueles postinhos finos de ferro né. Aqui em (nome da cidade onde mora) tem um monte. Aqueles lá são os meus inimigos, porque quando o sol tá muito quente não olha se tem ferrinho na sua frente... Quando eu não usava bengala. Agora eu já pego a bengalinha e vamo embora.” (Alice)*

Alice também mencionou outras situações do cotidiano que requerem o uso da percepção e cognição ambiental:

*“Tipo assim, quando eu vou no mercado sozinha, quando ele [marido] não vai comigo, porque ele ainda vê preço com a lupa né, e eu não vejo, só se tiver a plaquinha né, mas esse negócio de validade, é ruim pra quem não enxerga nada... Aí você quer ver a validade do produto... Tipo assim, você quer comprar uma azeitona, a letra é minúscula, até quem enxerga tem dificuldade né.”(Alice)*

*“Tipo assim, quando eu entro num lugar eu visualizo bem, o que eu tô enxergando, eu procuro decorar o que eu tô vendo, onde é, o começo, onde é o caixa, sabe, eu visualizo assim rapidinho pra quando eu entrar outra vez eu já não ter problema, já sei pra onde eu vou, eu tenho tudo isso na minha memória né? E pra entrar numa loja eu já quero saber onde é caixa, fico rodando assim, procurando, procurando.” (Alice)*

A questão da privacidade e do espaço pessoal são uma constante nas interações sócio-ambientais. A seguir apresentamos um exemplo que destacamos no relato de Alice:

*“Aí se ela [funcionária] vê que eu tô com uma bengala na mão e vem todo mundo atrás de mim né, ai meus deus... numa parte é bom, que você, é tipo assim, vista, a pessoa tá te vendo, que você tá com uma bengala na mão e vem te oferecer ajuda, mas do outro lado é ruim que a pessoa fica no teu pé igual um chulé. Você não sabe vê nada, ai você pára pra olhar alguma coisa e daí. Agora eu mudei a tática né, eu entrei na loja aí a vendedora vê que eu tô com a bengala na mão, aí ela vem, “oi querida tá precisando de ajuda?” Eu falo tô, “que você tá precisando?”Eu quero ver o preço dessa roupa. “Você quer experimentar?”Ah eu quero sim, ela vai lá pega leva lá pra mim, eu vou experimento.” (Alice)*

Podemos dizer que os fenômenos de aglomeração, privacidade, espaço pessoal, percepção e cognição ambiental, especialmente no que se refere aos mapas cognitivos, são fortemente vivenciados pelos participantes em suas interações com o meio. Ocorrem variações nas características das interações e fenômenos, de acordo com cada nível espacial.

Referindo-se aos lugares considerados mais significativos, Alice mencionou sua casa e a casa da mãe, que mora no estado da Paraíba. Explicamos que seria necessário para a realização do presente trabalho que fossemos aos locais escolhidos. Assim, a participante escolheu sua casa, depois a casa da irmã e a casa do irmão respectivamente. Suas escolhas se basearam naquilo que ela denominou como *sentir-se em casa.* Ela ainda mencionou a instituição de reabilitação, que naquela época se encontrava fechada ao público devido ao período de férias, por isso não pudemos incluí-la na coleta de dados. A ida à casa do irmão também ficou impossibilitada devido à sua intensa agenda de trabalho e conseqüente restrição de alternativas para dias de visita, combinada às limitações na agenda da própria pesquisadora responsável.

Carlos elegeu como lugares mais significativos primeiramente sua casa e em seguida uma praça pública, lugar no qual conheceu sua esposa Alice.

Relacionamos os lugares e apresentamos a seguir primeiramente a casa (residência), que foi a primeira escolha de ambos participantes, em

seguida a praça pública, que foi a segunda escolha de Carlos, e então a casa da irmã da Alice.

Casa

Este espaço é compartilhado intensamente por Carlos e Alice e pode ser definido como um espaço nível I de dimensão espacial, que se refere ao espaço privado. A residência é composta de: quarto, sala, cozinha, banheiro, área de serviço/varanda, quintal e laje.

Carlos contou que compraram um lote juntamente com o marido da irmã de Alice, um ao lado do outro, pois sua intenção era serem vizinhos. Contudo o cunhado morreu antes mesmo de começarem a construir. Na época, Carlos e Alice moravam na casa da irmã de Alice e seu marido, os participantes contaram como foi o processo de mudança para a casa própria:

*"[depois da morte do cunhado] Nós esperamos um tempo até mudar pra nossa casa, pra ficar com a (nome da irmã de Alice) e os sobrinho, mas depois a gente queria ir pro nosso canto, nosso espaço né." (Alice)*

*"Quando nós viemos pra cá as parede ainda tava no reboco assim, não tinha nem janela." (Carlos)*

Podemos observar que ambos componentes de ação-transformação e identificação simbólica estão substancialmente presentes desde a aquisição do lote e iniciação da construção da casa, da fundação até os dias atuais. A territorialidade daquele espaço foi marcada desde a ação de separar o lote, a parte deles e a que pertencia ao cunhado:

*"A primeira coisa que eu fiz foi subir o muro. Daí construí o fundo [cozinha, quarto e banheiro, há 15 anos quando vieram morar na casa] depois [há aproximadamente sete anos] construí a sala e a lavanderia, a laje foi no ano passado." (Carlos)*

A nosso ver, a territorialidade e a apropriação desse espaço são distintamente marcadas na fala de Alice que manifestou o orgulho que eles têm

em serem proprietários, apesar do preconceito que ela sentiu por parte dos vizinhos:

*“[a relação com os vizinhos] É boa. Às vezes tem umas coisa, assim, já perguntaram se a casa é alugada, eu falo, “a casa é nossa mesmo, somos proprietário” Como se nós não tivesse condição de ter uma casa própria.” (Alice)*

Os participantes mencionaram alguns cuidados e adaptações feitas na casa por conta da deficiência visual, tanto em relação à construção quanto à decoração e arranjos dos móveis.

*“O mesmo pedreiro que faz tudo porque a gente confia nele. Ele já sabe do nosso problema e ele entende né. Daí ele faz alguma coisa e chama a gente e diz, “olha aqui o que eu fiz, e mostra de pertinho, é assim e assim, vocês gostaram.” (Alice)*

*“Eu não deixo nada no meio do caminho. É tudo encostado, porque senão o (nome do marido) tropeça. Que nem outro dia ficou um banquinho aqui no meio [da cozinha] e ele quase foi parar lá embaixo [no quintal].” (Alice)*

*“Então aí, o quarto, você vê que a casa da gente aqui, a gente procurou colocar tudo cor clara pra deixar tudo assim, bem arrumado e tudo fácil né.” (Carlos)*

De maneira geral, os componentes físicos que constituem a casa decorreram de escolhas compartilhadas. Observamos que as marcas territoriais estão muito relacionados à utilização que os participantes fazem do espaço. Alice disse que sua parte preferida na casa era a cozinha, cuja marca mais significante era o fogão. As expectativas de ações-transformações para o futuro também estão relacionados a esse espaço. Por sua vez, Carlos mencionou que o lugar onde ele mais permanecia era na sala, da qual escolheu todos os móveis e onde colocou seu computador. O computador foi um presente que Carlos ganhou de seu antigo empregador e motivo, para ele, de muito orgulho.

*“[na cozinha] Eu quero colocar armário. Não tem lugar pra guardar as coisas e que nem, quando tem muita gente, e tamo preparando as coisa, alguém tira uma coisa da geladeira e põe no chão porque a pia e a mesa já tão cheia. A gente já olhou pra comprar mas vamo esperar mais um pouco. A mesa também, é muito grande, não posso nem trocar de posição que daí fica no meio do lugar.” (Alice)*

*“Só meu fogão, que nem quando vem muita gente e daí uns vão ajudar a fazer as coisas, eu não gosto que suja o fogão, eu falo, “ai meu deus cuidado pra não sujar tudo.” (Alice)*

*“[quem escolheu a estante] Foi o (nome do marido). É muito grandona. Os sofá também. Eu queria outro, esse é muito grande, ocupa o espaço todo. Não tem nem como colocar em outra posição, mas ele quis esse daí.” (Alice)*

*“Eu queria muito deitar no sofá e ficar tranquilão deitado, relaxando.” (Carlos)*

**Figura 11:** Sala de televisão. Em detalhe: computador e perspectiva do quarto - sala TV.

**Figura 12:** Cozinha. Em detalhe: perspectiva cozinha - quarto.

Carlos mencionou que em 2007 tiveram problemas com infiltração no teto da sala e fizeram um empréstimo bancário para construção de uma laje em cima da casa, que era utilizada apenas por Carlos. Uma vez que não havia corrimão na escada e o parapeito não havia sido colocado, Alice não se sentia segura em subir naquele espaço. A importância para o casal em compartilhar os espaços da casa foi mencionado novamente:

*"Tem que colocar o corrimão e a grade e subir o muro pra (nome da esposa) subir. Pelo menos isso quero ver se faço esse ano porque senão (nome da esposa) não pode subir daí é ruim né... Eu subo e fico aqui deitado na rede. Mas eu quero que ela (esposa) vem aqui também." (Carlos)*

As inter-relações participantes-casa são marcadas pelas interações sociais. Ambos mencionaram que gostavam de receber visitas nesse espaço, que era compartilhado principalmente com a família de Alice. Uma das mudanças que Alice considerava importante realizar na casa diz respeito à regulação da privacidade e o espaço pessoal. No entanto, segundo sua perspectiva, tal necessidade de mudança consistia em um conflito:

*“Eu queria que tivesse uma porta no quarto. Quando tem muita gente aqui, as pessoa tem que trocar de roupa no banheiro porque não tem porta. E também quando vem gente que não é próximo da gente, aí eu não queria que o quarto ficasse assim à mostra... [não dá pra colocar uma porta] porque aí fica muito escuro.” (Alice)*

O foco nas inter-relações sociais e o uso desse espaço privado assim como as expectativas de uso futuro, são constantemente observadas no relato do casal.

*“[querem construir na laje em cima da casa] Um quarto e banheiro pra quando tiver hóspede. Que nem quando veio esse monte de gente agora, ficaram tudo espalhado. Desse jeito vai ter mais conforto... a gente gosta de ter gente aqui.” (Alice)*

*“Esse ano foi marcante. Eu nunca ia imaginar que minha casa cabia tanta gente. Foi sofá pra fora. Tinha colchão daqui até na cozinha. Nossa que maravilha!” (Carlos)*

*“[querem construir na laje em cima da casa] O quarto aqui em cima da cozinha e o banheiro aqui em cima do outro, daí aproveita o encanamento. E ali uma churrasqueira e área de lazer, já tem a rede.” (Carlos)*

**Figura 13:** Frente da casa. Em detalhe: rede, corrimão e piso superior.

No que se refere às expectativas de futuro, percebemos que ao mesmo tempo em que os participantes compartilhavam projetos e planos para casa, também questionavam seu uso no futuro. Carlos relatou que pretendiam construir uma outra casa onde ficava o quintal, mas isso impediria que ele continuasse desfrutando de um dos seus lugares favoritos da casa. No quintal, ficavam os cachorros com quem eles se relacionavam afetivamente e as hortaliças e flores que o Carlos gostava de cultivar. Caso decidissem ir adiante com a decisão de construir, eles pensavam em alugar a parte que já estava construída ou mesmo chamar alguém da família para vir morar com eles. As pessoas com as quais eles mais se relacionavam, que era a família de Alice, moravam em outra cidade, também adjacente a São Paulo, e às vezes eles consideravam a hipótese de irem morar perto deles. Mas, como isso implicaria em vender ou alugar sua casa, os participantes adiavam essa decisão.

Observamos que, a apropriação dessa escala ambiental por parte dos participantes, é marcada intensamente tanto pela ação-transformação como pela identificação simbólica. Notamos, também, que suas inter-relações com o ambiente são constituídas pela importância que os participantes atribuem às suas interações sociais.

Praça

Em termos de escala ambiental, este local se constitui como nível II de dimensão espacial que concerne os espaços semi-públicos de ambientes compartilhados.

A escolha de Carlos é marcada pelo valor simbólico atribuído a este lugar. Quando Carlos indicou esse espaço como um dos lugares para realização da coleta de dados, Alice imediatamente contou que era o lugar onde eles haviam se conhecido. Segundo Alice mencionou, essa praça era um *point* aonde as pessoas iam para paquerar.

Notamos que, atualmente, a apropriação desse espaço por Carlos é solidamente marcada pela identificação simbólica. No momento que

chegamos à praça, Carlos procurou orientar-se buscando o lugar exato, a árvore que constitui um marco territorial, no qual ele havia visto e conversado com sua esposa pela primeira vez. Então ele propôs que tirássemos fotos registrando aquela ida à praça ao lado da árvore.

*“Foi aqui perto dessa árvore... Eu vinha sempre passear... eu vi ela, eu tava ali [onde ficava o pipoqueiro naquela época]... Fiquei um tempão olhando para ela mas sem coragem de chegar. Daí quando ela tava quase indo embora criei coragem, eu vim e perguntei se ela queria pipoca.” (Carlos)*

**Figura 14:** Árvore da praça. Lugar onde Carlos e Alice se conheceram.

Contudo, percebemos que atualmente houve pouca interação com o ambiente no que se refere às ações-transformações. Assim que terminamos de fazer os registros fotográficos junto à árvore delimitada, Carlos

propôs que fôssemos embora. O participante sequer cogitou a idéia de andar pela extensão da praça. Todavia, Alice sugeriu que déssemos uma volta e ele assentiu.

*“Pronto, tá bom? Vamo embora?” (Carlos)*

*“Mas já? Não vamo dá nem uma volta pela praça?” (Alice)*

Carlos parecia confuso e demorou algum tempo para encontrar o lugar onde eles conversaram pela primeira vez. Ele permaneceu algum tempo olhando de um lado para outro e mencionou várias vezes que estava tudo muito diferente. As referências que ele usava na interação com o lugar estavam modificadas e isso parece ter lhe causado certo desconforto.

*“Tá diferente agora. Mudou muito... Essa entrada era diferente, eu não tô reconhecendo... Tinha mais árvores... Tá mudado aqui. Não tô reconhecendo. Acho que ali, onde tá aquele prédio, acho que ali antes tinha os banheiros público. Acho que era. O que é agora. Dá pra ver?... Acho que era ali sim. Tá tudo diferente.” (Carlos)*

**Figura 15:** Caminhar de Carlos e Alice pela praça.

Alice também mencionou as mudanças físicas no ambiente indicadas por Carlos e acrescentou:

*“É que as árvores cresceram. E tinha uma fonte ali, era ali né bem? Mas não tem mais... Acho que tiraram.” (Alice)*

Os participantes mencionaram que quando vinham namorar na praça, há aproximadamente 20 anos, eles costumavam caminhar por todo o lugar. Pelo relato deles, podemos inferir que a ação-transformação era mais intensa quando eles eram jovens e se sentiam mais *familiarizados* com aquele espaço.

Durante o caminho que percorremos pela praça Alice se incomodou com o *comentário* que algumas pessoas fizeram em relação à bengala:

*“Como as pessoas ficam olhando... A bengala. Parece até que é coisa de outro mundo. Impressionante!... [Pesquisadora pergunta como ela percebe] Eu vejo o povo olhando, comentando.” (Alice)*

Consideramos interessante apontar que, apesar de estarmos ao lado de Alice naquele momento, não vimos e nem ouvimos aquilo que foi percebido, por ela, como um comentário inconveniente.

Quando indagamos aos participantes se eles se ressentiam de alguma mudança ocorrida no lugar, ambos responderam afirmativamente. Carlos ressaltou aspectos relacionados às interações sociais:

*“Eu gostava das crianças brincando de um lado pra outro. Antes o lugar era mais família.” (Carlos)*

*“Eu senti falta do pipoqueiro e do algodão doce.” (Alice)*

Casa da irmã de Alice

Essa é uma escala ambiental de dimensão espacial nível I, que se refere ao espaço privado.

Relembramos que, enquanto escolhia quais lugares iria indicar, Alice mencionou que estava elegendo aqueles que a faziam *se sentir em casa.* De fato, pudemos observar similaridades no modo de apropriação de espaço da sua própria casa e a casa da irmã.

Contudo, antes de apontarmos as semelhanças que distinguimos nessas interações, relataremos brevemente a narração de Alice que relacionamos a essa escala ambiental.

A participante contou que veio morar em São Paulo ainda bastante jovem, aproximadamente com 12 anos de idade, na casa de uma tia. Quando estava com 17 anos foi morar na casa dessa irmã, a quem chamaremos de "Cida", e ali permaneceu até se casar, aos 24 anos. No entanto, não passou muito tempo até que Alice, já casada com Carlos, voltasse a morar na casa de Cida. Os participantes contaram que quando eles se casaram foram morar em uma chácara, afastada da cidade, onde já moravam a mãe e irmã de Carlos. Na primeira visita que Cida e seu marido fizeram ao novo casal, os convidaram para morar com eles:

*"Meu cunhado que convidou. Eles (Irmã de Alice e cunhado) ficaram horrorizado com a condição que a gente tava vivendo e convidou pra morar com eles. O (nome do marido) aceitou na hora mesmo. Nem precisou pensar pra responder." (Alice)*

*"Não, nem pensei nada. Falei, "é pra já!" (Carlos)*

Na frente do portão da casa tinha uma escada que levava ao piso superior e ao lado do portão tinha uma porta, à direita, que levava à parte da casa onde Alice e Carlos moraram. No momento da coleta de dados, essa parte da casa estava sendo alugada por outra família e, portanto, não tivemos

acesso. A parte da casa ocupada por Cida era composta por: cozinha, sala, quarto, banheiro e laje sobre toda a extensão da casa, na qual funcionavam a lavanderia e o depósito.

Como mencionamos anteriormente, os participantes e seus referidos familiares, planejavam construir casas em terrenos vizinhos, mas a morte do cunhado (marido de Cida) impossibilitou a realização dos planos. Segundo Alice nos contou, para casar com Carlos teve que enfrentar a oposição do cunhado. No entanto, quando os participantes foram morar na cada dos familiares, Carlos e o cunhado "*se tornaram melhores amigos, como irmãos mesmo!".*

Assim como Alice, Cida também era deficiente visual e juntas foram procurar por reabilitação. No entanto, somente Alice prosseguiu com o processo.

A identificação simbólica de Alice com esse espaço está intimamente relacionada com a dimensão temporal e as inter-relações sociais. Como foi relatado, no passado esse lugar significou, não apenas moradia, mas também encontro familiar e resgate de uma situação de extremo desconforto. Atualmente, o foco nas interações sociais permaneceu:

*"[lugar de maior permanência na casa]... Na cozinha. Fico cozinhando, conversando, senta gente aí [aponta pra mesa e cadeiras]. E a gente fica aqui um tempão papeando." (Alice)*

*"Eu também fico mais aqui [na cozinha], ouvindo o "ti-ti-ti", brincadeira, batendo papo também." (Carlos)*

*"Aqui [na sala] é o lugar onde nós fica espalhado no chão. Quando junta todo mundo, colocamo os colchões no chão, juntamo os sofá e todo mundo dorme ali, e ficamo batendo papo até tarde, é muito bom. Quando as minhas sobrinhas sabem que a gente tá vindo, desce todo mundo pra cá."(Alice)*

A disposição dos móveis da sala, assim como na casa de Alice, foi organizada de modo que os móveis ficavam todos encostados na parede e o centro do ambiente ficava vazio. Em outro momento Carlos mencionou que

os espaços privados, que não foram adaptados para quem apresenta alguma deficiência visual, também podem ter obstáculos físicos:

*“Quando eu vou na casa do meu cunhado, irmão dela, eu já aviso que tô indo e peço pra tira a mesinha que fica na sala, sabe aquelas mesinha pequena, baixa assim. O povo tem costume de colocar no meio da sala, não sei pra que isso, (risos) elas são o grande inimigo das minhas canela.” (Carlos)*

**Figura 16:** Sala da casa da irmã de Alice.

Interessante notar que quem apontou a demarcação de territorialidade e privacidade desse espaço foi Alice:

*“Ali [no quarto] é o lugar só da (nome da irmã). É onde ela se tranca quando cansa da bagunça (risos). Daí ninguém vai lá perturbar.” (Alice)*

Como estávamos sendo esperados para o almoço e chegamos um pouco mais tarde do que o esperado, enquanto Cida nos mostrava o quarto e seus objetos preferidos, Alice esquentou a comida e arrumou a mesa. Os participantes pareciam realmente bastante à vontade naquele espaço.

Carlos e Cida nos mostraram a laje, que era o último piso da casa, e relataram as transformações ocorridas naquele espaço, enquanto Alice lavava a louça do almoço.

Podemos dizer que tanto o componente de identificação simbólica quanto de ação-transformação estão significativamente presentes na apropriação desse lugar, por ambos os participantes. Observamos, na coleta de dados dessa escala, que as atividades e ações realizadas pelos participantes refletiam a narrativa, na qual se destacava a importância atribuída a esse lugar e a participação do casal em suas sucessivas transformações.

# VII. DISCUSSÃO

O presente trabalho justifica sua relevância uma vez que não encontramos na literatura científica, estudos sistematizados envolvendo deficientes visuais e apropriação de espaço. Dessa forma, também não há sugestões de instrumentos que lidem com esse tipo de realidade, ou seja, a distinção que fazemos aqui, e nem de fenômenos que estariam envolvidos. Assim, buscamos referenciar metodologicamente nosso trabalho contemplando as produções realizadas pelo grupo de pesquisas, iniciado na Faculdade de Psicologia da PUC/SP em 1977 e, que a partir de 2000, no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar, na Pós Graduação em Psicologia Clínica, vem produzindo estudos sistematizados que focam as inter-relações pessoa-ambiente e saúde.

Partindo de uma perspectiva sistêmica, consideramos que os aspectos dos processos de apropriação de espaço que distinguimos a seguir são mutáveis, uma vez que estão inter-relacionados a realidades mutáveis de contextos variados e dimensões temporais e espaciais diversas. Também, não acreditamos ser possível conhecer e distinguir qualquer fenômeno independente do olhar daquele que conhece. Com isso queremos dizer que, nossa compreensão do fenômeno necessariamente nos implica. Tal perspectiva fundamentalmente inclui o respeito a outras possíveis concepções ou leituras sobre o fenômeno, e, o convite para compartilhar conhecimentos e *verdades*.

Podemos destacar duas situações que exemplificam e sustentam nossa postura epistemológica. Na primeira, a participante Silvia relatou que após nossa visita a sua casa, ela decidiu estender as identificações em *braille* realizadas nas caixas de temperos também às caixinhas de CDs de uso comum e que freqüentemente acabavam ficando desorganizadas. Esse exemplo nos mostra como o observador interage com a cena, segundo assinala Bassani (2004a). A outra circunstância ocorreu no momento de coleta de dados na praça pública com o casal, Carlos e Alice. Na ocasião, Alice

observou que havia pessoas comentando sobre a bengala usada por Carlos. É interessante notar que, apesar de estarmos ao lado da participante, não observamos nenhuma reação explícita das pessoas em relação à bengala. Isso nos remete à proposta de von Foerster (1996) que afirma a nossa condição como *sistema observante*, no qual, o modo de observação modifica o observado. Reconhecemos que, como observadores, somos parte das observações que fazemos. Ambas as situações relatadas denotam a impossibilidade de neutralidade por parte do observador (ESTEVES DE VASCONCELOS, 2002).

Primeiramente, gostaríamos de elucidar algumas especificidades de aspectos metodológicos desse estudo. A proposta inicial desse trabalho inclui a participação de pessoas com deficiência visual, no entanto, dois dos três participantes se constituíam como um casal. Em momento algum, notamos qualquer intenção do casal em participar da pesquisa separadamente. Nesse caso, se trata de um casal bastante complementar e se propuséssemos realizar a coleta de dados individualmente, estaríamos artificializando os dados. Estaríamos abordando o fenômeno como se fosse um experimento de laboratório e tal procedimento experimental perderia a dinâmica característica do casal. Assim, a coleta de dados precisava ser o mais fidedigna possível ao cotidiano dos participantes, pois a apropriação de espaço é um fenômeno inerente ao cotidiano. Se pensarmos que objetivamos o estudo da apropriação de espaços considerados significativos, podemos inferir que tais lugares estão propensos a serem compartilhados pelos casais. Contudo, oferecemos ao casal a possibilidade de eleger os lugares que lhes eram propícios destacar.

Diante disso, e buscando manter coerência teórica, optamos por proceder com as participações de Silvia e o casal, Alice e Carlos. As articulações e apresentações dos resultados são diferentes, não só porque são pessoas diferentes, cada qual com suas peculiaridades, mas também, porque a coleta de dados foi diferenciada.

Notamos, também, que os métodos de coleta adotados nesse estudo propiciaram material necessário para a sustentabilidade desse tipo de abordagem do fenômeno. Isso indica que, os métodos propostos por Bassani

(2003a, 2004b) abarcam a complexidade daquilo que propusemos como objeto de estudo, assim como observado nos trabalhos de Bassani, Ferraz e Silveira (2005a) e Bassani (2007).

Retomamos o problema de estudo: compreender como ocorre a apropriação de espaço nas escalas ambientais mais significativas selecionadas por adultos com deficiência visual classificada como cegueira ou baixa visão profunda. E o objetivo proposto: apontar quais fenômenos, da psicologia ambiental, podem ser identificados no estudo do processo de apropriação de espaço da pessoa com deficiência visual classificada como cegueira ou baixa visão profunda e o meio ambiente após o processo de reabilitação.

Ao focar a apropriação de espaço, não devemos nos esquecer da complexidade do fenômeno que envolve a pessoa, o ambiente social e físico nas suas dimensões culturais, temporais e espaciais. Nesse caso, ao mesmo tempo em que focamos nas inter-relações pessoa-ambiente, buscamos relacionar os aspectos envolvidos e constitutivos dessa interação, ampliando sua compreensão a partir do referencial de complexidade. Para tanto, procuramos conhecer a história da deficiência visual e do processo de reabilitação para sabermos se tais aspectos corroboram, ou não, os fenômenos da Psicologia Ambiental priorizados na apropriação de espaço em suas dimensões.

No caso de Silvia, identificamos, em seu relato, a ocorrência das fases de elaboração da perda da visão propostas por Montilha e Arruda (2007). Interessante notar, que os marcos temporais relacionados à perda da visão são específicos e podemos relacioná-los ao processo de apropriação de espaço. Nas primeiras fases da perda da visão, a casa de Silvia tornou-se um espaço não apreciado. A participante relacionou algumas interações com esse espaço, como por exemplo, chocar-se freqüentemente com os móveis, e também, a impossibilidade de sair sozinha, atribuindo-lhe um significado de *prisão*. O parque, o qual deixou de freqüentar tão logo começou seu processo de perda da visão, foi outro lugar cuja interação foi alterada. No entanto, na medida em que Silvia aceitava sua perda e buscava se re-organizar frente ao inevitável,

deu início seu processo de reabilitação e re-significação tanto da deficiência como dos significados e afetos relacionados a esses espaços.

No que se refere a Carlos e Alice, a perda da visão se deu de modo progressivo e lento. Talvez por isso, eles foram se adaptando paulatinamente às mudanças sucessivas e, assim, as fases não são identificáveis em termos de marcos temporais específicos. A nosso ver, as ações-transformações relacionadas ao ambiente foram ocorrendo ao longo do ciclo de vida do casal. Assim, podemos dizer que, para compreender as inter-relações participantes-ambiente devemos nos atentar mais minuciosamente à dimensão temporal constituinte dessa interação.

Percebemos pela história de Carlos e Alice como as relações interpessoais são valorizadas por eles. Todo percurso e situações que eles relacionam à deficiência são marcados pelas interações com amigos, familiares, vizinhos e mesmo desconhecidos, o que nos faz pensar que suas inter-relações com o ambiente, entre outros processos, são mais marcadas pela privacidade. Regular o acesso de outras pessoas sobre si mesmo e sobre seu espaço não é algo fácil de realizar quando estamos em níveis ambientais públicos ou semi-públicos (MOSER, 2002). Parece que os participantes encontram dificuldades expressivas ao lidar com a privacidade e espaço pessoal nessas interações sócio-ambientais. Dentre as situações que contribuem para isso podemos ressaltar a falta de conhecimento das pessoas sobre a deficiência visual e a capacidade funcional como geradoras de circunstâncias bastante perturbadoras e desconfortáveis. Nossos achados corroboram as considerações de Montilha e Arruda (2007) que mencionam como a falta de informação e conhecimento sobre a acuidade e funcionalidade da visão, pode ser fonte de discriminação e desconfianças tanto no que se refere às redes sociais mais amplas como nas mais próximas, como a família.

Nossos resultados também indicam que a participação da família pode desempenhar um papel fundamental no processo de reabilitação e apropriação dos espaços. No caso de Silvia, o apoio recebido pelo marido foi essencial nas ações-transformações realizadas na sua casa e na re-

significação desse espaço, que implicou na sua identificação simbólica. A participante também contou com o auxílio do marido na busca de autonomia e apropriação de espaços semi-públicos como, a instituição e o parque. No caso de Carlos e Alice, as interações familiares são constitutivas do processo de apropriação dos espaços escolhidos, que são dotados de identificação simbólica e ações-transformações. Tais dados nos levam a concordar com os apontamentos feitos por Neder (1973) e Chacon, Defendi e Felippe (2007) sobre a importância em incluir a família no processo de reabilitação. Partindo do pressuposto que nos relacionamos afetivamente com os lugares e compartilhamos nossos espaços com aqueles que formam nossa rede social, pensamos ser inevitável relacionar a apropriação desses espaços às interações sociais e familiares que constituem essa inter-relação.

Outro aspecto que identificamos diz respeito ao processo de reabilitação ser perpassado pela aceitação da deficiência e pelas fases do ciclo vital. No caso de Silvia, devemos considerar que a perda da visão foi completa e se deu de modo relativamente repentino. Tal perda ocorreu em uma fase de seu ciclo vital na qual se destaca a necessidade de cumprir seu papel de cuidadora e, também, que suas ações estejam direcionadas na busca de estabilidade e segurança, caracterizada de acordo com a fase de aquisição proposta por Cerveny e Berthoud (1997).

Por outro lado, a história da perda de visão de Carlos e Alice foi progressiva e, ainda assim, ambos possuem baixa visão e utilizam sua capacidade funcional. Outra característica que diferencia o casal, da participante anterior, é a fase do ciclo vital na qual se encontram. Com o agravamento da deficiência visual e o fato de não terem filhos, os participantes demonstraram que sua maior preocupação se refere em manter sua autonomia e independência, nessa fase e nas futuras.

Não foi possível relacionarmos as inter-influências do ciclo vital na apropriação de espaço, segundo assinalado por Pol (2002). Relembramos que o autor aponta que os pesos das dimensões no processo de apropriação de espaço variam no decorrer do ciclo de vida da pessoa. Segundo o autor, o

componente de ação-transformação é preponderante na infância e, o componente de identificação simbólica é mais preponderante na velhice. No caso de Silvia, o processo de apropriação de espaço está intimamente relacionado à recente perda da sua visão e a deficiência mudou significativamente os aspectos de sua relação com o ambiente. Talvez fosse possível, ou não, notar as inter-influências da apropriação desses espaços de acordo com seu ciclo vital nas fases decorrentes. Em relação ao casal, Carlos e Alice, os pesos dos componentes não variam significativamente no decorrer de seu ciclo vital no que se refere aos espaços privados. No entanto, a reabilitação propiciou que as ações aumentassem no âmbito dos espaços semi-públicos compartilhados.

Assim, podemos dizer que o ciclo vital está relacionado ao processo de apropriação de espaço, mas não pudemos correlacionar as dimensões de identificação simbólica e ação-transformação com pesos distintos no decorrer do ciclo vital, segundo proposto por Pol (2002).

As diferenças entre os participantes, tanto no que se refere às deficiências quanto às fases do ciclo vital, talvez possam esclarecer seu momento de busca por reabilitação. No caso dos três participantes, a motivação em buscar reabilitação incluía principalmente aquilo que eles denominaram como *autonomia e liberdade*, que pudemos relacionar com sua necessidade de mobilidade e orientação espacial. No que se refere à Silvia e Carlos, a reabilitação e a apropriação dos espaços estão densamente relacionados à aprendizagem de mobilidade e orientação. Particularmente em Carlos, ressaltamos como a aceitação da própria deficiência desempenhou um papel definitivo na apropriação de espaços públicos e semi-públicos compartilhados, como, por exemplo, o banco, a vizinhança etc, e nas inter-relações sociais e familiares. Neder (1973) pontua que o intercâmbio de influências entre as especificidades de cada pessoa e seu contexto sócio-ambiental vão caracterizar o processo de aceitação deficiência pela pessoa e sua implicação no processo de reabilitação. No caso de Alice, o processo de reabilitação e apropriação de espaço parece estar mais relacionado às interações sociais. Como pudemos perceber, para Alice, o apropriar-se dos

espaços compartilhados implicou em rever usas interações sociais e sua deficiência.

Interessante observarmos que Carlos e Alice são bastante complementares quanto à sua funcionalidade visual. O casal demonstrou ter bastante cumplicidade com as questões do cotidiano que envolvam a acuidade e funcionalidade visual, inclusive transformando e adaptando à sua realidade a aprendizagem recebida na instituição. Podemos inferir que os participantes mantêm uma postura ativa em seu processo de reabilitação. Tal postura é compartilhada por Silvia, que inclusive pontua que sua reabilitação começou com o aprendizado proporcionado pela instituição, mas seguirá incluindo os vários outros aspectos de inserção social. Entretanto, consideramos que a postura em relação ao processo de reabilitação varia de acordo com as características de cada pessoa e seu contexto sócio-ambiental. No trabalho de Alves (2005), foram identificados três níveis de apropriação do quarto de hospital, por pacientes hospitalizados: aqueles que vivenciam a internação e doença de maneira inteiramente apática e passiva; aqueles que são passivos, pois buscam evitar conflitos com a equipe hospitalar; e aqueles que são ativos e se percebem como co-responsáveis pela sua recuperação. Pensamos que, talvez, se o número de nossa amostra fosse significativamente maior, poderíamos notar diferentes posturas quanto ao processo de reabilitação e apropriação de espaço, assim como observado por Alves (2005) em relação aos pacientes hospitalizados.

Para compreender a apropriação de espaço por deficientes visuais, é imprescindível abordar as dimensões desse fenômeno que incluem a pessoa, e suas especificidades, em interação com seu ambiente, físico e social.

Por isso, ao mencionarmos os modos de apropriação de espaço tanto de Silvia, como de Carlos e Alice, estamos incluindo em nossa compreensão, suas características pessoais e suas interações recursivas com seu meio.

As escolhas de Silvia prioritariamente por escalas ambientais de dimensões espaciais de espaços semi-públicos (instituição e parque), indicam sua necessidade de apropriação dos referidos espaços, especificamente. Notamos a marcante presença do componente de identificação simbólica na apropriação desses espaços semi-públicos. Como afirma Pol (2002), a identificação simbólica supõe na identificação da pessoa com o espaço, incluindo seus processos afetivos, cognitivos e interativos.

No que se refere à instituição podemos dizer, que o processo de apropriação por Silvia desse espaço, incluiu a re-significação da deficiência, suas limitações e possibilidades. Identificamos, também, a ligação afetiva que a participante estabeleceu com o lugar; seja na busca de autonomia, mais especificamente relacionada à aprendizagem de mobilidade e orientação, seja nas possibilidades de interações com outras pessoas. Outro aspecto que relacionamos, diz respeito ao agir da participante sobre o entorno, o que incluiu alterações de percepção do ambiente. A nosso ver, a ativação dos sentidos tátil, auditivo e olfativo desempenhou um papel fundamental na apropriação desse espaço por Silvia. Assim, podemos apontar que ambos componentes de ação-transformação e identificação simbólica estão/estiveram presentes ao mesmo tempo na apropriação desse espaço, conferindo circularidade ao fenômeno.

Também identificamos o processo de apropriação de espaço, que inclui a identificação simbólica, por meio de re-significação, e as ações-transformações, por meio das alterações de percepção, na escala ambiental que se refere ao parque. Nesse caso, a dimensão temporal é um aspecto relevante para compreender a apropriação desse espaço por Silvia. O significado atribuído a esse lugar se deu, e permanece através dos processos de interação social, mais especificamente à valorização da relação afetiva com seu marido. Ao eleger esses espaços semi-públicos, Silvia demonstrou como se relaciona afetivamente com eles.

Na dimensão espacial que se refere ao nível do espaço privado - a residência - observamos que as ações e transformações realizadas por Silvia

no ambiente, foram essenciais no processo de apropriação desse espaço. Se olharmos rapidamente, podemos pensar que as ações e transformações drásticas realizadas pela participante nesse lugar são análogas às ações-transformações de rupturas com os modelos anteriores observadas nos trabalhos de Bassani, Ferraz e Silveira (2005a) e Bassani (2007) com famílias de agricultores. Contudo, conforme os autores assinalam, a ruptura se dá a partir de decisões e escolhas externas e, no caso de Silvia, a deficiência é algo inerente e permeia todo seu processo de apropriação do espaço. A territorialidade, a privacidade, a percepção foram os fenômenos da psicologia ambiental que mais identificamos nesse contexto. A apropriação desse espaço se deu por meio de interações recursivas de identificação simbólica e ações-transformações do ambiente, concomitantemente à re-significação da deficiência visual e ao processo de reabilitação. Tais interações possibilitaram à participante transformar, o que foi considerado uma *prisão*, em um *lar.*

As apropriações dos lugares eleitos por Carlos e Alice denotam a importância das interações sociais nas inter-relações pessoa-ambiente. Ambos os participantes escolheram lugares com os quais se relacionam afetivamente, e com os quais se sentiam *familiarizados.* Outro aspecto que identificamos concerne à intrínseca relação da apropriação desses espaços à dimensão temporal. Talvez, tais aspectos estejam relacionados à paulatina adaptação da pessoa ao ambiente, exigida pela deficiência visual progressiva.

A apropriação de Carlos pelo espaço semi-público compartilhado de dimensão espacial, a praça, se deu prioritariamente por meio do componente de identificação simbólica. Em contrapartida, no passado, a apropriação desse espaço era bastante marcada também pelas ações. Podemos inferir que essa relação de pesos entre os componentes está relacionada à perda progressiva da visão e também, a impossibilidade de controle nas transformações nos ambientes públicos. Em relação à vizinhança, a apropriação de espaço por Alice e Carlos se deu concomitante à aceitação da deficiência e do processo de reabilitação. Nesse caso, identificamos que os fenômenos estudados pela psicologia ambiental que propiciam a apropriação desses espaços referem-se aos processos cognitivos, mais especificamente os

mapas cognitivos e o uso da funcionalidade visual. Por outro lado, o controle da privacidade e do espaço pessoal, a aglomeração e a percepção dos obstáculos físicos do ambiente, parecem dificultar o desenvolvimento do referido processo.

Quanto aos espaços privados eleitos por Carlos e Alice - a própria residência e a residência de familiares - podemos dizer que tanto o componente de identificação simbólica quanto de ação-transformação estão significativamente presentes na apropriação desses lugares. Em relação à residência dos familiares, tanto atualmente como no passado, o significado afetivo atribuído a esse lugar está atrelado às interações sociais/familiares.

O processo de apropriação por Carlos e Alice da própria residência, também é marcado pelo significado dado as interações sociais. A importância atribuída pelos participantes em compartilhar o espaço com outras pessoas, e entre eles, é referencial ao processo de apropriação. Algumas das ações-transformações realizadas no espaço estão relacionadas à deficiência visual, outras não. Nesse sentido, os participantes não diferem das outras pessoas que organizam seu entorno de acordo com suas necessidades e preferências. Identificamos marcas territoriais específicas, e destacamos o sentido de propriedade como marco territorial mais substancial na apropriação desse espaço. Notamos também que, de maneira geral, a complementaridade no casal faz parte do processo de apropriação dos níveis espaciais referidos.

A partir dessas considerações, identificamos três estilos de apropriação de espaço pelos participantes. Tais estilos podem, ou não, compartilhar características entre si:

1) por re-significação: implica na conjunção de vários aspectos como a aceitação e re-significação da deficiência visual, o processo de reabilitação, a ativação de outros sentidos da percepção e os processos cognitivos. Tais aspectos são essenciais na apropriação de espaços, nos diferentes níveis espaciais.

2) por familiaridade: as inter-relações pessoa-ambiente são significativamente marcadas pelas interações sociais. A apropriação se dá prioritariamente em lugares com os quais se relacionam afetivamente. O foco está no interpessoal.
3) por propriedade: as ações-transformações e identificação simbólica são marcadas pela territorialidade.

A condição sócio-política do Brasil no que se refere à educação e ao atendimento à saúde de deficientes visuais é desalentadora. As experiências relatadas pelos participantes Carlos e Alice indicam a fragilidade da nossa sociedade em atender, compreender e incluir todas as pessoas sejam elas deficientes ou não. No caso de Silvia, notamos que um maior nível de escolaridade e o acesso ao atendimento à saúde via convênio particular, possibilitaram que seu processo de aceitação da deficiência fosse diferente do casal.

Outro aspecto que identificamos no relato dos participantes se refere à importância na acessibilidade de informações que viabilizem a inserção social dos deficientes visuais. Os três participantes desse estudo obtiveram informações acerca de reabilitação por meio de programas veiculados em canais de comunicação privados. Isso nos leva a pensar que o atendimento à saúde, nesse caso tanto público como privado, atribui a responsabilidade de informar e reabilitar a cargo da iniciativa privada, por meio dos canais de comunicação e das ONGs.

Pensando nos níveis de dimensões espaciais, podemos dizer que o planejamento espacial público não favorece a mobilidade dos deficientes visuais. Os três participantes dessa pesquisa se referiram aos obstáculos físicos do ambiente e a aglomeração como dificuldades significativas no processo de apropriação de espaços públicos compartilhados. Tais considerações nos fazem retomar as análises de Bassani, Ferraz e Silveira (2005a) e Bassani (2007) quanto à intervenção do Estado na apropriação de espaço. Segundo os autores, algumas das ações/transformações no espaço advêm das propostas imperativas do poder público e outras advêm da carência de políticas públicas que visem à qualidade de vida e bem-estar da população

de famílias de agricultores. Propomos então, uma analogia: da mesma maneira que o Estado intervém na apropriação de espaço através de políticas públicas compulsórias, a deficiência visual intervém na apropriação de espaços pelos deficientes visuais, uma vez que a deficiência é algo que não podem escolher e é inexorável à pessoa.

# VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaríamos de arrazoar que, nosso problema de estudo e objetivo foram contemplados. Ressaltamos, também, que os métodos de coleta adotados nesse trabalho foram suficientes para abarcar o estudo do fenômeno proposto.

Identificamos que os processos de apropriação de espaço são diferenciados, assim como as deficiências visuais. O modo de perda da visão, progressiva ou repentina, e também o tipo de deficiência, as características de acuidade visual e funcionalidade, influenciam nos modos de apropriação de espaço. No caso de cegueira repentina, a apropriação de espaço se dá prioritariamente face às ativações dos outros sentidos da percepção e à organização dos processos cognitivos, no que se refere aos mapas cognitivos, à mobilidade e orientação espacial. Outros fenômenos da psicologia ambiental que identificamos no estudo do processo de apropriação de espaço da pessoa com deficiência visual e o meio ambiente são: territorialidade, espaço pessoal, privacidade, aglomeração.

Tais considerações nos levam a sugerir que futuras pesquisas incluam pessoas com diferentes tipos de deficiência visual.

Notamos, também, que o processo de apropriação de espaço é permeado pelas inter-relações sociais e pelo processo de reabilitação. Partindo dos seguintes pressupostos: a) a apropriação de espaço é essencial para a qualidade de vida e; b) o processo de reabilitação necessariamente inclui as inter-relações pessoa-ambiente, consideramos que a reabilitação com deficientes visuais deve conter as considerações dos estudos com a apropriação de espaço. Outro aspecto imbuído nesse processo implica na aceitação da própria deficiência e em sua re-significação quanto às suas capacidades e limitações. Assim, recomendamos que estudos posteriores contemplem observações sobre o processo de reabilitação, desde seu início.

Notamos que os participantes elegeram lugares aos quais atribuem expressivo valor afetivo. Pressupondo que, nos relacionamos afetivamente com os lugares e tendemos a compartilhá-los com as pessoas que compõem nossa rede social mais próxima, sugerimos que novas pesquisas sejam realizadas incluindo o sistema familiar e as redes sociais significativas.

Ressaltamos a importância da apropriação por deficientes visuais de lugares referentes ao nível II de dimensão espacial, que abarca os espaços semi-públicos de ambientes compartilhados. Podemos dizer que, apesar de as ações-transformações sobre o espaço público e semi-público compartilhado estarem restritas ao controle de outros, o espaço apropriado desempenhou um papel fundamental nos processos cognitivos, afetivos e simbólicos dos deficientes visuais.

Os resultados apontam para sugestões para que, políticas públicas que almejam a promoção de qualidade de vida da população de deficientes visuais, devam primeiramente certificar-se de suas necessidades e anseios, para então, propor e implantar alternativas. Sendo assim, compreender o processo de apropriação de espaço por deficientes visuais é essencial para as sugestões de políticas públicas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Maria Cherubina de L. *Apropriação de espaço*: vivências dos pacientes hospitalizados. Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós Graduados em Psicologia Clínica da PUC/SP. São Paulo, 2005.

AMIRALIAN, Maria Lúcia T. M. *Compreendendo o cego:* uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos-estórias*.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ARAGONÉS, Juan I. Cognición ambiental. In: ARAGONÉS, Juan I.; AMÉRIGO, Maria. (Coord.). *Psicología Ambiental*. Madri: Pirâmide, 2000. pp. 43-58.

ARAGONÉS, Juan I.; AMÉRIGO, Maria. Psicología Ambiental. Aspectos conceptuales y metodológicos. In: _____. (Coord.). *Psicología Ambiental*. Madri: Pirâmide, 2000. pp. 23-29.

BASSANI, Marlise A. Fatores psicológicos da percepção da qualidade ambiental. In: MAIA, Nilson B,; MARTOS, Henry L.; BARELLA, Walter (Orgs.). *Indicadores Ambientais: conceitos e aplicações*. São Paulo: EDUC, 2001, pp. 47-57.

_____. *Avaliação de percepção ambiental e apropriação de espaço em famílias de agricultores em São Paulo*. São Paulo. Projeto de Pesquisa horas/doutor. CEP. PUC-SP, 2003(a).

_____. Psicologia Ambiental e os espaços de atendimento à saúde. In: *XIV Jornada de Psicossomática e Psicologia Hospitalar.* São Paulo: PUC/SP, outubro de 2003(b).

_____. Psicologia Ambiental: Contribuições para a Educação Ambiental. In: HAMMES, Valéria S. (Org.). *Educação Ambiental para o Desenvolvimento Sustentável* – Proposta Metodológica de Macroeducação. São Paulo, 2004(a). v. 2, pp. 153-157.

_____. *Avaliação de percepção ambiental e apropriação de espaço em famílias de agricultores em São Paulo*. São Paulo. Relatório de Pesquisa horas/doutor. CEP. PUC-SP, 2004(b).

_____. *Temas em psicossomática: psicologia ambiental e os espaços de atendimento à saúde*. Anotações da disciplina ministrada no Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP, 2004(c).

_____. Family Farmers, Space Apropriation and Rural Sustainable Development in São Paulo, Brazil. In: 19th IAPS INTERNATIONAL CONFERENCE: Environment, Health and Sustainable Development, Alexandria, Egypt, 2006.

_____. Family Farmers, Space Apropriation and Rural Sustainable Development in São Paulo, Brazil. In: XXXI CONGRESO INTERAMERICANO DE PSICOLOGÍA. Ciudad de México, 1-5 julio, 2007. *Anais...*

BASSANI, Marlise A.; FERRAZ, José M. G.; SILVEIRA, Miguel A. Percepção Ambiental e Agroecologia: considerações metodológicas em Psicologia Ambiental. In: II CONGRESSO BRASILEIRO DE AGROECOLOGIA; V SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AGROECOLOGIA; VI SIMPÓSIO ESTADUAL DE AGROECOLOGIA. Porto Alegre (RS), 2004. *Anais...*

BASSANI, Marlise A.; SILVEIRA, Miguel A.; FERRAZ, José M. G. Por um estado de espírito agroecológico consciente. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE AGROECOLOGIA, IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE AGROECOLOGIA E V SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE AGROECOLOGIA, Rio Grande do Sul, 2003, *Anais*...

_____. Psicologia ambiental e Agroecologia: apropriação de espaço por famílias de agricultores. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE AGROECOLOGIA; VI SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE AGROECOLOGIA; VII SIMPÓSIO ESTADUAL DE AGROECOLOGIA. Florianópolis (SC), 2005(a). *Anais...*

_____. Questões e reflexões para o avanço da pesquisa em psicologia ambiental e suas interfaces com o desenvolvimento sustentável da agricultura familiar. In: I SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA AMBIENTAL, PSICOSSOMÁTICA E DESENVOLVIMENTO RURAL SUSTENTÁVEL PUC/SP-EMBRAPA*.* São Paulo, TUCA-PUC/SP, 23 de setembro de 2005(b). *Anais...*

BEE, Helen. *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BORGNETH, Lívia R. L.; HASSANO, Alice Y. S. Equipe de reabilitação. In: GREVE, Júlia Maria D. (Org.) *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo: Editora Roca, 2007, pp. 5-7.

BRASIL. *Congresso Nacional*. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/servlets/NJUR>. Acesso em: 12 fev.2005.

CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Editora Cultrix, 23ª edição, 1992.

CARTER, Betty; McGOLDRICK, Monica. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, Betty e McGOLDRICK, Monica (Orgs.) *As mudanças no ciclo de vida familiar*: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2ª edição, 1995, pp. 7-29.

CERVENY, Ceneide M. O.; BERTHOUD, Cristiana M. E. et col. *Família e ciclo vital*. Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CHACON, Miguel C. M.; DEFENDI, Edson L.; FELIPPE, Maria Cristina G. C. A família como parceira no processo de desenvolvimento e educação do deficiente visual. In: MASINI, Elcie F. S. (Org.) *A pessoa com deficiência visual:* um livro para educadores. São Paulo: Vetor Editora, 2007, pp.131-174.

CORRAL-VERDUGO, Victor. *Comportamiento proambiental.* Una introduccíon al estúdio de lãs conductas protectoras del ambiente. Santa Cruz de Tenerife, Espanha: Resma, 2001.

ESTEVES DE VASCONCELLOS, Maria José. *Pensamento sistêmico*. O novo paradigma da ciência. Campinas: Editora Papirus, 2002.

_____. Pensamento sistêmico novo-paradigmático: novo-paradigmático, por quê? *Família e Comunidade*, São Paulo, NUFAC – Núcleo de Família e Comunidade da PUC-SP, vol. 1, n. 1, maio/2004, pp. 91-104.

FOERSTER, Heinz von. Visão e conhecimento: disfunções de segunda ordem. In: SCHNITMAN, Dora F. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, pp. 59-74.

GIFFORD, Robert. *Environmental Psychology*. Principles and practice. Boston: Optimal Books, 3. Ed., 2002.

GLASERSFELD, Ernst von. A construção do conhecimento. In: SCHNITMAN, Dora F. (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, pp. 75-83.

GONZALEZ, Rafael P.; BENITO, Javier C.; VEIGA, Pura D. Deficiência Visual. Aspectos Conceptuales y Repercusiones Funcinales. In: BENITO, Javier; VEIGA, Pura; GONZÁLEZ, Rafael (Coord.) *Psicologia y ceguera.* Manual para la intervención psicológica em el ajuste a la deficiência visual. Madri, 1ª edição, 2003.

GRANDESSO, Marilene A. *Sobre a reconstrução do significado:* uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

GREVE, Júlia Maria D. Equipe Multidisciplinar. In: GREVE, Júlia Maria D. (Org.) *Tratado de medicina de reabilitação*. 1ª edição, São Paulo: Editora Roca, 2007, pp.13-14.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: www.ibge.gov.br.

INTERNACIONAL COUNCIL OF OPHTALMOLOGY (ICO). *Visual Standards*: aspects and ranges of vision loss with emphasis on population surveys. Report prepared for the Internacional Council of Opthalmology at the 29th International Congresso of Ophtalmology Sidney, Austrália, April 2002.

JACOBSON, R. Dan. Cognitive mapping without sight: four preliminary studies of spatial learning. *Journal of Environmental Psychology*. v. 18, pp. 289-305, 1998.

LEAL, Daena B.; TAVARES, Suely S.; VENTURA, Liana O.; FLORÊNCIO, Telma. Atendimento a portadores de visão subnormal: estudo retrospectivo de 317 casos. *Arq. Bras. Oftal*. v. 58, n. 6, pp. 439-442, Dez/1995.

LIMA, Priscila Augusta. *A produção de estratégias de locomoção e de orientação espacial*: um estudo com universitários cegos. 2002. 189 p. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

LUCAS, Micheline B.; LEAL, Daena B.; TAVARES, Suely S.; BARROS, Eveline A.; ARANHA, Silvana T. Condutas reabilitacionais em pacientes com baixa visão*. Arq. Bras. Oftal.* v. 66, s/n, pp. 77-82, 2003.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em Educação:* abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MASINI, Elcie F. S. *O perceber e o relacionar-se do deficiente visual*: orientando professores especializados. Brasília: Editora Corde, 1994.

_____. A pessoa com baixa visão: desenvolvimento de sua eficiência visual. *Temas desenvolv.* v. 8, n. 46, pp. 28-34, 1999.

_____. As especificidades do perceber: diretrizes para o educador de pessoas com deficiência visual. In: MASINI, Elcie F. S. (Org.) *A pessoa com deficiência visual:* um livro para educadores. São Paulo: Vetor Editora, 2007, pp. 19-35.

MATURANA, Humberto R.; VARELA, Francisco J. *A árvore do conhecimento*: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athenas, 4ª edição, 2004.

MONTILHA, Rita de Cássia I.; ARRUDA, Sonia Maria C. P. Habilitação e reabilitação de adultos e idosos com deficiência visual. In: MASINI, Elcie F. S. (Org.) *A pessoa com deficiência visual:* um livro para educadores. São Paulo: Vetor Editora, 2007, pp. 113-128.

MOSER, Gabriel. Psicologia Ambiental no novo milênio: integrando a dinâmica cultural e a temporal. In: TASSARA, Eda (Org.). *Panoramas interdisciplinares para uma psicologia ambiental do urbano.* São Paulo: EDUC, 2001, pp. 189-210.

_____. La psicología ambiental: Del análisis a La intervención dentro de La perspectiva Del desarrollo sustentable. In: GUEVARA, Javier; MERCADO, Serafin. (Orgs.). *Temas selectos de Psicologia Ambiental*. México: UNAM, Greco, Fundación Unilibre, 2002, pp. 235-261.

_____. Examinando a congruência pessoa-ambiente: o principal desafio para a Psicologia Ambiental. Tradução José Q. Pinheiro. *Estudos de Psicologia (Natal).* v.8, n.2, Natal, maio/ago, 2003.

MOURA, Rosalina J.; DEFENDI, Edson. Reabilitação e inclusão social da pessoa com deficiência. In: GREVE, Júlia Maria D. (Org.) *Tratado de medicina de reabilitação*. São Paulo: Editora Roca, 2007, pp. 24-26.

NEDER, Mathilde. Psicologia em reabilitação. In: *Seminário de Reabilitação – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. Apresentado em 28/nov/1959.

_____. Aspectos psicológicos da reabilitação nas paraplegias. In: I Congresso Brasileiro de Medicina Física e Reabilitação, III Seminário do Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo, 1961, São Paulo. *Anais... Revista Brasileira de Reabilitação*, v. 3, 1962, pp. 39-49.

_____. Implicações psicológicas em casos de amputação de mão. In: XIV Congresso Interamericano de Psicologia, 1973, São Paulo. *Anais*... São Paulo, Sociedade Interamericana de Psicologia, 1973, pp. 719-723.

_____. O Psicólogo e a Pesquisa Psicológica na Instituição Hospitalar. *Revista de Psicologia Hospitalar***,** n. 2, pp. 2-4, jul./dez. 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (Coord.). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde:* CID-10. Décima revisão; 8ª ed., vol. 1, São Paulo: EDUSP, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Estimativas apresentadas pela OMS sobre a população mundial, 2002. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (Org.) *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*: CIF. Tradução Cássia Maria Buchalla (Coord.). São Paulo: EDUSP, 2003.

POL, Enric. El modelo dual de la apropiación del espacio. In: MIRA, Ricardo G,; CAMESELLE, José M. S.; MARTÍNEZ, José R. (Eds). *Psicologia y Medio*

*Ambiente*: Aspectos psicosociales, educativos y metodológicos. A Coruña: Unidad de Investigación Persona-Ambiente, Universidade de A Coruña, Universidad de Santiago de Compostela, 2002.

SLUZKI, Carlos E. *A rede social na prática sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1ª edição, 1997.

STAKE, Robert E. The case study method in social inquiry. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). *The American tradition in qualitative research*. vol. II. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2001.

UNION LATINOAMERICANA DE CIEGOS – ULAC. *Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para Personas Ciegas e com Baja Visíon em América Latina*. [S.l.: s.n.]. [entre 1998 e 2006]. 94 p.

VEITZMAN, Silvia. O papel do oftalmologista numa equipe multidisciplinar para a habilitação de crianças deficientes visuais. *Arq. Bras. Oftal.* V. 55, n. 5, pp. 215-217, 1992.

**APÊNDICE A**

ROTEIRO DE ENTREVISTA – Adaptado de Bassani (2003a, 2004b)

I – Identificação:

Dados do participante (nome, idade, configuração familiar, escolaridade, renda familiar, profissão.

Levantamento das escalas ambientais mais significativas.

II – Dimensão Temporal: passado

Deficiência visual adquirida
Progressiva ou repentina?

Reabilitação
Por que buscou (motivação)
Duração do processo

O que você mudou neste lugar? Por quê?
O que você teve que mudar e não gostou? Ou gostou?
Perdeu algo que para você "tinha a sua cara"?
Você fez alguma coisa para mudá-lo?

III – Dimensão Temporal: presente

Auto-observação
O que você mais gosta nesse lugar? Por quê?
O que nesse lugar tem mais "a sua cara"?
Tem algo nesse lugar que você não goste? Por quê?
Precisa fazer (outras) modificações? Quais? Por quê?
Como você utiliza o espaço? Com que freqüência?
Quem compartilha?
Qual a importância desse lugar na sua vida?

Representação (desenho) do espaço eleito como o mais significativo
História das ações/transformações nos espaços escolhidos
Comentários da pesquisadora/observação

IV – Dimensão Temporal: futuro

O que você pretende fazer no futuro em relação a este lugar?
Você acredita que este lugar vai continuar sendo significativo para você no futuro?
Como você imagina este lugar no futuro?

V – Níveis Espaciais:

**APÊNDICE B** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa está sendo realizada pela psicóloga Marina Paranhos, CRP 06/69332, aluna de mestrado do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, sob orientação da Profª Drª Marlise A. Bassani.

O objetivo da pesquisa com título provisório *Apropriação de espaço sob a perspectiva de adultos com deficiência visual* visa conhecer com ocorre a apropriação de espaço nas escalas ambientais mais significativas selecionadas por adultos com deficiência visual classificada como cegueira ou baixa visão profunda.

Considerando a natureza descritiva da pesquisa, os riscos são baixos de ocorrerem danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual dos sujeitos/ participantes em qualquer uma de suas fases e dela decorrentes.

A proposta de estudo desta pesquisa é de grande relevância científica, pois constatamos não haver dados na literatura referentes ao estudo do fenômeno de apropriação de espaço na população de deficientes visuais, e também de relevância social, uma vez que poderá levantar informações referentes a características deste fenômeno inerente às vivências humanas e que influencia diretamente na qualidade de vida e bem-estar da pessoa.

Ao consentir na participação, os sujeitos/participantes serão entrevistados pela pesquisadora responsável, sendo que todas as entrevistas serão gravadas digitalmente e transcritas para estudo e pesquisa. Também serão realizadas sessões de observação com registros fotográficos. A pesquisadora responsável solicitará que cada participante realize um desenho gráfico, que deverá ser feito somente mediante concordância do participante. Os procedimentos serão executados rigorosamente em consonância com as exigências éticas e científicas propostas pela *Resolução 196/96* do Conselho Nacional de Saúde, dessa forma, fica assegurada a preservação do respeito e a dignidade dos sujeitos/participantes.

Tendo como premissa que a participação é voluntária, os sujeitos/participantes podem se recusar a participar ou retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa.

O material coletado tem única e exclusivamente finalidade científica, sendo portando de uso exclusivo da pesquisadora.

Fica assegurada a privacidade dos sujeitos/participantes quanto aos dados confidenciais, envolvidos na pesquisa. Dessa maneira, os nomes dos sujeitos/participantes, ou quaisquer outros dados que possam identificá-los não serão utilizados nos documentos pertencentes a este estudo e o sigilo dos seus registros será garantido.

No caso do material ser utilizado para publicações científicas ou atividades didáticas, serão usados procedimentos que assegurem o sigilo, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos sujeitos. Sendo assim, os sujeitos/participantes desta pesquisa concedem sua permissão para a publicação dos resultados obtidos por meio deste estudo em meios acadêmico-científicos.

A pesquisadora responsável se compromete a fornecer devolutiva dos resultados e análise para os sujeitos/participantes em dia e horário acordado.

Dados da pesquisadora responsável para contato:

Telefone: (11) 84478644
Endereço eletrônico: marina_paranhos @hotmail.com

Tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, eu, _____, RG _____ , autorizo a utilização, nesta pesquisa, dos dados por mim fornecidos.

Data: _____ Assinatura:_____

_____
Pesquisadora responsável: Marina Paranhos CRP 06/69332

## APÊNDICE C

Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - versão em *braille*

**ANEXO 1**: Parecer do Comitê de Ética da PUC/SP

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP

**Protocolo de Pesquisa Nº 282/2007**

**Programa de Estudos Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC-SP**
**Orientador(a): Profa. Dra. Marlise Aparecida Bassani**
**Autor(a): Marina Paranhos**

**Parecer sobre o Projeto de Mestrado intitulado *Apropriação de espaço sob a perspectiva de adultos com deficiência visual***

Em conformidade com os critérios da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), a relevância social, a relação custo/benefício e a autonomia dos sujeitos pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

No nosso entendimento, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

Face ao parecer consubstanciado apensado ao protocolo de pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP aprova o projeto de pesquisa.

Protocolo de Pesquisa submetido e aprovado na Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP do dia 10/12/2007.

São Paulo, 10 de dezembro de 2007.

**Prof. Dr. Paulo-Edgar Almeida Resende**
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP**

Rua Ministro de Godoy, 969 – Sala 63-C – Bairro Perdizes – CEP 05015-001
Tel.: (0xx11) 36708466 - FAX (0xx11) 36708466 - e-mail: cometica@pucsp.br

# Livros Grátis

( http://www.livrosgratis.com.br )

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo