

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

JOQUEBÉDE SILVA ANTUNES

**ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA À REDE PÚBLICA DE
ATENDIMENTO NAS ÁREAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ NO ANO DE 2008**

FLORIANÓPOLIS

2009/1

JOQUEBÉDE SILVA ANTUNES

**ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA À REDE PÚBLICA DE
ATENDIMENTO NAS ÁREAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ NO ANO DE 2008**

Trabalho de conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito parcial para a
obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Dolores
Thiesen.

FLORIANÓPOLIS

2009/1

JOQUEBÉDE SILVA ANTUNES

**ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA À REDE PÚBLICA DE
ATENDIMENTO NAS ÁREAS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO
JOSÉ NO ANO DE 2008**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela banca examinadora como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Maria Dolores Thiesen – Universidade Federal de Santa Catarina

1º Examinador

Prof. Dr. Ricardo Lara – Universidade Federal de Santa Catarina

2ª Examinadora

Fonoaudióloga Silvia Raquel Borges Tolfo – Fundação Catarinense de Educação Especial

Florianópolis, Julho de 2009.

**Dedico este trabalho ao meu amado filho
Ábner Antunes Rossoni, minha força e
incentivo, a quem devo a conclusão deste.**

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus – Porque até aqui me ajudou O Senhor!

Ao meu filhinho Ábner, fonte de minhas forças e ânimo. Filho, não desisti por você! Obrigada por sua paciência. Amo você!

À minha mamãe, Terezinha de Lourdes Antunes, pelo amor, carinho e por sempre ter incentivado-me aos estudos. Obrigada mãezinha por me sustentar em suas orações!

Ao meu querido irmão, Josué, patrocinador de minha trajetória acadêmica, exemplo de perseverança, bondade e humildade. O meu Diploma também é teu!

Ao meu irmão Samuel, minhas cunhadas Ju e Vé, que sempre me apoiaram nesta jornada.

Aos meus familiares de Florianópolis que estiveram ao meu lado durante todo o percurso, que contribuíram, de alguma forma, para minha formação acadêmica. Em especial às minhas tias Elizete e Eliane.

À Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE, pela oportunidade de estágio.

À Funcionária Raquel, do Setor de Recursos Humanos da FCEE.

À minha Supervisora de Campo, Assistente Social Graziela da Rosa Vieira Ataíde. Você é exemplo de profissional competente a ser seguido.

À toda Equipe de Profissionais do Centro de Avaliação e Encaminhamentos – CENAE, em especial, às minha amigas Suani, Valéria, Karina, Tânia e Terezinha.

Ao Doutor Thiago Demathé, responsável pela discussão que também proporcionou a temática do presente trabalho.

Às Assistentes Sociais Monyk Mafra, Iracema Ap. Fuck Jonck e Adriana Camargo Martendal. Vocês foram peças fundamentais para a elaboração deste.

À minha orientadora, prof^a Dr^a Maria Dolores Thiesen. Professora, teu profissionalismo é motivo de orgulho para a nossa profissão!

À Banca examinadora que aceitou o convite para compor a banca de avaliação deste. Em especial à minha amiga Silvia.

Às minhas queridas amigas e parceiras, Ana Carolina da Silva, Dyane Ayres, Rosângela dos Santos, Aline Paola Nurenberg. Meninas, VALEU! Que nossa amizade perdure pelo infinito! Também, ao meu compreensivo amigo Paulo César Fortkamp, obrigada!

Ao meu grande amigo Carlos Roberto Silva. Te admiro muito. Você é muito especial e importante para mim!

Temos o direito a sermos iguais quando a
diferença nos inferioriza; temos o direito a
sermos diferentes, quando a igualdade nos
descaracteriza.

Boaventura de Souza Santos

“Se planejarmos para um ano, devemos
plantar cereais.
Se planejarmos para uma década, devemos
plantar árvores.
Se planejarmos para toda vida, (...) devemos
educar o homem.”

Kwantsu, Séc. III a.C.

ANTUNES, Joquebéde Silva. **Acesso da Pessoa com Deficiência à Rede Pública de Atendimento nas áreas da Saúde e Educação do Município de São José no ano de 2008.** Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009, 57f.

RESUMO

O presente trabalho originou-se a partir da vivência no campo de estágio e, mais precisamente, através de discussões realizadas em reuniões de Estudo de Caso no ano de 2009, do Centro de Avaliação e Encaminhamentos da Fundação Catarinense de Educação Especial, que suscitou a preocupação da Equipe Técnica Avaliadora em relação ao posterior acompanhamento da Pessoa com Deficiência na Rede Pública de Atendimento nas áreas da Saúde e Educação. A partir dessas discussões percebeu-se a importância e relevância do assunto, pois trata temas da atualidade como a Inclusão Social e Acessibilidade da Pessoa com Deficiência e traz à tona outros direitos fundamentais do cidadão como direito à Saúde e Educação. Com base nisso, torna-se imprescindível desvendar a face da inclusão e a forma de acesso destes sujeitos aos direitos garantidos por Lei. Desta forma, este trabalho busca identificar se estes direitos primordiais são efetivados, e traz ao conhecimento tanto os fatores que contribuem com a Acessibilidade e Inclusão Social da Pessoa com Deficiência, como os fatores que impedem a execução desses direitos inalienáveis. Assim, elaborou-se o trabalho objetivando melhor visualização da realidade da Pessoa com Deficiência no que diz respeito aos seus direitos à Inclusão Social, Acessibilidade, Saúde e Educação no Município de São José, e que contribua para o conhecimento científico. A Saúde e Educação, enquanto direitos garantidos por Lei, continuam a sofrer entraves no que diz respeito à execução da Legislação prevista. Especificamente no que se refere ao direito a Acessibilidade e Inclusão Social da Pessoa com Deficiência no meio social. A indisponibilidade de atendimentos que vão ao encontro das necessidades de Educação e Saúde, revela o quadro que se encontram as pessoas com Deficiência e suas famílias na região de São José. As poucas condições e suportes das Redes Públicas de Atendimento nas áreas da Saúde e Educação destinadas às Pessoas com Deficiência demonstram a fragilidade do funcionamento do Sistema Único de Saúde e da insuficiência de Serviços de Atendimento Educacional Especializado no Município de São José. A defasagem em especialidades médicas, bem como a falta de vagas, o alto índice de demandas e as constantes filas de espera e, associando a isto, a indisponibilidade de colaboração familiar na procura por atendimento, são alguns dos exemplos que contrapõem-se à execução destes direitos. Isto vem a interferir no direito fundamental à Saúde e Educação da Pessoa com Deficiência, fazendo com que outros fatores se desdobrem e interfiram na qualidade de vida destas pessoas.

Palavras-chave: Deficiência Mental. Educação Especial. Saúde. Inclusão Social.

LISTA DE SIGLAS

AAIDD	Associação Americana de Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento
AAMR	Associação Americana de Deficiência Mental
CAS	Centro de Capacitação de Profissionais de Educação e de Atendimento às Pessoas com Surdez
CAESP	Centro de Atendimento Educacional Especializado em Educação Especial
CEDUF	Centro de Educação Física
CENAE	Centro de Avaliação e Encaminhamentos
CENAP	Centro de Ensino e Aprendizagem
CENER	Centro de Educação e Reabilitação
CENET	Centro de Educação e Trabalho
CEVI	Centro de Educação e Vivência
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – Décima Revisão
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde
FCEE	Fundação Catarinense de Educação Especial
GERED	Gerência Regional de Educação
NAAH/S	Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação do Estado de Santa Catarina.
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde
SAEDE	Serviço de Atendimento Educacional Especializado

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
SEÇÃO I – CONCEITUANDO DEFICIÊNCIA.....	12
2.1 Deficiência.....	12
2.1.1 Deficiência Mental.....	15
2.2 Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE.....	18
2.3 Centro de Avaliação e Encaminhamentos – CENAE.....	21
2.4 Encaminhamentos e o Papel da Integradora de Educação Especial e Diversidade.....	22
2.5 O papel da Família na dinâmica dos encaminhamentos.....	24
SEÇÃO II – DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	27
3.1 Direitos da Pessoa com Deficiência	27
3.2 Inclusão Social.....	31
3.3 Direito à Educação Especial.....	33
3.4 Direito à Saúde.....	37
SEÇÃO III – METODOLOGIA.....	39
4.1 Aproximação ao Tema de Pesquisa.....	39
4.2 Metodologia para a sistematização dos dados.....	41
4.3 Análise dos dados junto aos usuários entrevistados.....	43
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
6 – REFERÊNCIAS.....	49
7 – APÊNDICES.....	55
8 – ANEXOS.....	57

1 INTRODUÇÃO

As pessoas com Deficiência no decorrer da trajetória histórica, até momentos atuais, sofreram os reflexos de um sistema que os marginaliza, tornando-os invisíveis aos olhos da sociedade e, além disso, são atendidos através de serviços precarizados e focalizados que não provêm meios de acesso aos espaços sociais de forma independente. É fato, e a história recente deste segmento societário comprova, que várias concepções, estigmas e preconceitos permearam a construção da identidade desses indivíduos. Neste sentido, a questão da Deficiência exige, portanto, sua compreensão enquanto construção histórica.

Contamos com uma gama de legislações, atualmente, em prol da pessoa com Deficiência, que são resultados da luta constante pela Inclusão Social desses cidadãos na sociedade, formando assim, um conjunto de direitos civis, culturais e econômicos, políticos e sociais consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em pé de igualdade com todas as pessoas.

Com base no exposto, é de fundamental importância desvendar a face da Inclusão dessas pessoas no exercício de alguns desses direitos garantidos por Lei. Assim, a proposta de trabalho aqui apresentada foi desenvolvida sob a preocupação de compreender como se dá o acesso das pessoas com Deficiência à rede pública de atendimento nas áreas da saúde e educação no Município de São José.

Nesta perspectiva, pôde-se desenvolver o trabalho em três seções. A primeira trata sobre os conceitos no campo da Deficiência, ressaltando-se o conceito do termo Deficiência Mental e sua interpretação e utilização no âmbito da esfera institucional da Fundação Catarinense de Educação Especial. Na segunda seção, aponta-se os direitos da pessoa com deficiência, tais como a Saúde, Educação Especial, Acessibilidade e Inclusão Social.

Posteriormente, a terceira seção, situa os procedimentos metodológicos, mostrando o desenvolvimento do processo investigativo. Nesta seção discorreremos ainda, sobre os resultados obtidos com a pesquisa, que evidenciaram a dificuldade familiar na busca por atendimento, a falta de suporte das redes públicas de atendimento nas áreas da saúde e educação e, por trás disso, o descaso governamental com as políticas públicas voltadas às áreas da saúde, educação e Inclusão Social da Pessoa com Deficiência. Desta forma, traz-se a

análise de dados junto aos sujeitos que fizeram parte das entrevistas, bem como os procedimentos utilizados para o seu desenvolvimento.

Por fim, tentamos tecer algumas considerações acerca do trabalho, considerando o histórico da realidade das pessoas com Deficiência e o que está assegurado em Lei. Assim, apontamos sucintamente alguns pontos favoráveis e desfavoráveis à garantia dos direitos das pessoas com Deficiência.

SEÇÃO I – CONCEITUANDO DEFICIÊNCIA

2.1 Deficiência

Muitas são as divergências e imprecisões quanto aos conceitos na área da Deficiência. A Organização Mundial de Saúde – OMS¹, é uma das organizações mais importantes que trabalham continuamente sobre uma definição geral da Deficiência. Desde 1980, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID², tem sido o mais importante sistema de classificação no processo de compreender e definir a Deficiência.

Conforme a CIDID, Deficiência consiste na “perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente” (CIDID, 1989). Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão (AMIRALIAN et. al., 2000, p. 98).

No final dos anos 1990, a Classificação foi revisada, dando origem à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF³, em 2001.

Na CIF, a Deficiência é descrita como “as anormalidades nos órgãos e sistemas, e nas estruturas do corpo” (CIF, 2001). No modelo da CIF, o termo Funcionalidade, cobre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividades e percepção social. A Incapacidade é caracterizada como resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que

¹ A OMS é uma agência especializada em saúde, fundada em 7 de abril de 1948. Segundo sua constituição, a OMS tem por objetivo desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos. A saúde sendo definida nesse mesmo documento como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”(www.who.int).

² A CIDID foi um sistema, publicado em 1980, de classificação inserido na Família de Classificações Internacionais desenvolvida pela OMS.

³ A CIF é o novo sistema adotado pela OMS para descrever, avaliar e medir a saúde e a incapacidade nos níveis individual e populacional.

podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (CIF, 2001).

A CIF está baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Sintetizando, assim, o modelo médico e o modelo social numa visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social, (CIF, 2001). Os conceitos Funcionalidade/Incapacidade⁴ apresentados na Classificação introduzem, como afirma Farias e Buchalla (2005),

um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também, pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes participações culturais e atividades em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e legislação. (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 4)

Com isto, compreende-se que, conforme afirma Silva (1987) ao retratar sobre determinantes históricos e culturais referindo-se às práticas da sociedade Pós-Segunda Guerra Mundial, “as sociedades continuam, talvez por falta de atenção ou por mera negligência, a produzir as pessoas com deficiências físicas e mentais, e aquelas que sofrem com os bloqueios de problemas sensoriais, orgânicos, comportamentais e sociais dos mais sérios” (SILVA, 1987, p. 327).

Ainda nesse sentido, Ross (1995), ao referir-se aos fatores socialmente construídos, sugere que “desde as percepções mais elementares como o visual, o auditivo, o tátil, até questões como o ser social, a consciência, a omnilateralidade⁵ são processos não materiais, não dados ao homem no seu nascimento. Elas são produtos histórico-sociais e necessariamente mediados pela atividade social dos homens que está em constante transformação” (ROSS, 1995, p. 46).

Quanto à concepção mesma da Deficiência, Vigotski (1995) propõe a noção de Deficiência primária e secundária. Assim, a Deficiência primária compreende as lesões orgânicas, lesões cerebrais, malformações orgânicas, ou seja, as características físicas que a Pessoa com Deficiência apresenta. A Deficiência secundária compreende o desenvolvimento

⁴ A CIF descreve a Funcionalidade e a Incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 3).

⁵ Omnilateralidade expressa a idéia de “todos os pontos de vista” (de todos os ângulos).

do sujeito que apresenta estas características, com base nas interações sociais (VIGOTSKI, 1995). Assim, afirma que

Não é importante saber só qual doença tem a pessoa, mas também que pessoa tem a doença. O mesmo é possível com relação à deficiência. É importante conhecer não só o defeito⁶ que tem afetado uma criança, mas que criança tem tal defeito (VIGOTSKI, 1995, p. 104).

Dessa forma, subentende-se, em Vigotski (1995), que a Deficiência nem sempre tem um substrato biológico específico, mas que, com muita frequência, é o resultado de condições sociais adversas. A influência de um meio desfavorável pode agravar os comprometimentos do desenvolvimento, como também pode ser a desencadeadora de quadros que possam ser classificados como sendo de Deficiência, o que se torna em formas de construção social (ROSS, 1995) da Deficiência, que conferem ao sujeito o status de deficiente.

Com base no exposto, ao retratar sobre o tema Deficiência devemos entender a questão da Deficiência como uma construção histórica. Bianchetti (entre 1995 e 2005) ressalta que a dinâmica da vida em sociedade sempre esteve atrelada ao movimento produtivo, ou seja, ao modo de produção vigente de cada momento histórico⁷. Contudo, a questão da Deficiência também foi subjugada às transformações do mundo do trabalho, pois aquele que não se enquadrasse no modelo de sociedade imposto era considerado “[...] um empecilho, um peso morto, fato que o leva a ser relegado, abandonado sem que isso cause os chamados sentimentos de culpa característicos da nossa fase histórica”. (BIANCHETTI, entre 1995 e 2005, p. 28).

Com isto, é possível perceber que na Sociedade Capitalista Contemporânea – sem desmerecermos o movimento de luta legítima pela Inclusão da pessoa com Deficiência na sociedade – a Deficiência é visualizada ainda sob a lógica do mundo do trabalho, pois a inserção do deficiente na esfera produtiva condiciona direitos sim, mas, por outro lado, satisfaz interesses econômicos, se tornando fonte rentável para movimento do Capital e perpetuação de sua ideologia dominante⁸.

⁶ Vigotski utiliza-se de terminologias como defeito, anormalidade, retardo, entre outros termos que na atualidade têm sido evitados por serem compreendidos como estigmatizadores. Neste trabalho, quando constarem os termos “portador de deficiência” e “pessoa com necessidades especiais”, estes devem ser compreendidos conforme a terminologia atualmente utilizada: “pessoa com Deficiência”.

⁷ Bianchetti (entre 1995 e 2005) divide cada fase histórica em períodos que estrutura em: mundo primitivo, período escravista, período feudal e o modo de produção capitalista.

⁸ Aqui, nos referimos às condições desiguais a que são submetidas as pessoas com Deficiência em relação aos demais trabalhadores, como a base salarial inferior, por exemplo.

Como consequência disso, as pessoas com Deficiência, consideradas fora dos padrões tidos como normais, passam a receber rótulos que acabam por estigmatizar sua condição de peculiaridade e por reforçar as desigualdades, gerando exclusões sociais⁹, pois a pessoa com deficiência é vista como sem identidade.

Neste sentido, compreendemos que vivemos numa sociedade que privilegia alguém por sua capacidade de produção e destaque social, onde o deficiente, pela sua “improdutividade” e pouca valorização, passa a ser cada vez menos privilegiado, principalmente o Deficiente Mental, como veremos no ítem a seguir.

2.1.1 Deficiência Mental

Dentre os tipos de Deficiência¹⁰, encontramos a Deficiência Mental. Conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID-10¹¹, a Deficiência Mental apresenta como características a “baixa capacidade cognitiva e competência social diminuída, que são profundamente afetados por fatores sociais e culturais” (CID-10, 2003). Dessa forma, o diagnóstico para Deficiência Mental consiste na constatação do nível de capacidades cognitivas, que é determinado conforme o Quociente de Inteligência ou a idade mental da Pessoa com Deficiência Mental, e o nível de Competência Social, que identifica o comprometimento comportamental da mesma (CID-10, 2003). Assim, a Deficiência Mental tem sido identificada como uma condição individual, inerente, restrita à pessoa.

Conforme Carvalho e Maciel (2003), a Deficiência Mental está inserida em “sistemas categoriais há séculos, figurando como demência e comprometimento permanente da racionalidade e do controle comportamental”. E que, inclusive, “essa compreensão pode ter

⁹ Sobre exclusões sociais, ver SPOSATI (1999).

¹⁰ Tipos de Deficiência: mental, auditiva, física, visual e múltipla (Ver Decreto n° 3. 298 de 20 de Dezembro de 1999).

¹¹ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão - CID-10 classifica as condições de saúde relacionadas às doenças, transtornos ou lesões e fornece um modelo baseado na etiologia, anatomia e causas externas das lesões. Constitui-se num instrumento útil para as estatísticas de saúde, tornando possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em indivíduos e populações.

contribuído para a manutenção de preconceito e influenciado pensamentos e atitudes discriminatórios¹² acerca da Deficiência Mental, como se verifica em muitas sociedades modernas” (CARVALHO; MACIEL, 2003, p. 148). Com base na metodologia de categorização, a CID–10 classifica a Deficiência Mental como Leve, Moderada, Severa e Profunda¹³.

A classificação da Deficiência Mental, sem especificar nível de comprometimento¹⁴, baseada no conceito publicado em 1992 pela Associação Americana de Deficiência Mental – AAMR (hoje, a atual Associação Americana de Deficiências Intelectuais e de Desenvolvimento – AAIDD¹⁵) – considera a Deficiência Mental não mais como um traço absoluto da pessoa que a tem e sim como um “atributo que interage com o seu meio ambiente físico e humano”, que por sua vez deve adaptar-se às necessidades especiais dessa pessoa, provendo-lhe o “apoio intermitente, limitado, extensivo ou permanente de que ela necessita” para funcionar em pelo menos duas das “dez áreas de habilidades adaptativas: comunicação, autocuidado, habilidades sociais, vida familiar, uso comunitário, autonomia, saúde e segurança, funcionalidade acadêmica, lazer e trabalho” (AAMR, 2002).

Atualmente, a AAIDD estabelece um novo padrão em terminologia para se referir a Deficiência Mental. O termo Deficiência Intelectual¹⁶ vem sendo utilizado com frequência no

¹² No Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001, o termo “discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência” significa toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, conseqüência de deficiência anterior ou percepção de deficiência presente ou passada, que tenha o efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seis direitos humanos e suas liberdades fundamentais (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA, 2001).

¹³ A CID – 10 classifica a Deficiência Mental em níveis de comprometimento, a saber:

Categoria	Retardo Mental	Faixa de QI	Idade Mental (anos)
F70	Leve	50 – 69	9 a menos de 12
F71	Moderado	35 – 49	6 a menos de 9
F72	Severo	20 – 34	3 a menos de 6
F73	Profundo	Abaixo de 20	Menos de 3

Um quarto caractere pode ser usado para especificar a extensão do comprometimento de comportamento associado:

F7x.0: Nenhum ou mínimo comprometimento de comportamento.
F7x.1: Comprometimento significativo de comportamento requerendo atenção ou tratamento.
F7x.8: Outro comprometimento de comportamento.

¹⁴ *Idem* nº. 12 nota de rodapé.

¹⁵ A sigla AAMR deixou de existir oficialmente a partir de 1º de janeiro de 2007. Em Português a sigla AAIDD é Aaidid.

¹⁶ A AAIDD define Deficiência Intelectual como um funcionamento significativamente abaixo da média, concomitante a limitações manifestadas antes dos dezoito anos de idade.

Desvio abaixo da média da população dentro das normas mensuradas (normas e estatísticas estanelecidas pela OMS).

lugar do termo Deficiência Mental. Sasaki (2005) afirma concordar com a utilização da terminologia por duas razões: “a primeira tem a ver com o fenômeno propriamente dito, ou seja, é mais apropriado o termo Intelectual por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo. A segunda razão consiste em podermos melhor distinguir entre Deficiência Mental e Doença Mental¹⁷, dois termos que têm gerado confusão há vários séculos.” (SASSAKI, 2005, p. 2).

Gil (2002), afirma que, segundo as estimativas da OMS, válidas para países de Terceiro Mundo, as pessoas com Deficiência Mental correspondem, aproximadamente, 50% do total das pessoas com Deficiência. Relata que ao longo dos séculos, principalmente a pessoa com Deficiência Mental¹⁸, era discriminada e segregada, pois consideravam-na como “detentora de poderes sobrenaturais, fruto de tragédia familiar, sangue ruim, depositária do mal e outros rótulos, todos muito negativos” (GIL, 2002, p. 3).

Com isto, vemos que a cultura¹⁹, na história da humanidade, tem se constituído sob condições de certa estabilidade e constância do tipo biológico humano. Instrumentos, materiais, adaptações, intelecto, interações, têm sido organizadas com base em um tipo humano que se conhece como o padrão de normalidade. Na forma como a sociedade está organizada, as pessoas com Deficiência encontram muitas dificuldades para se desenvolverem, pois esta é uma organização excludente, que dificulta o acesso à cultura para aqueles que fogem ao padrão de normalidade.

Por isto, costuma-se dizer que aquele sujeito que apresenta dificuldades ou limitações em relação ao padrão considerado normal, **tem** dificuldades e limitações, mas é preciso esclarecer que alguém **tem** dificuldades em um dado momento de sua vida por ter se constituído dessa forma, pois essa dificuldade não lhe é inerente. Assim, é possível pensar que este sujeito pode constituir-se de outras formas, a partir de outras relações.

¹⁷ Sasaki refere-se ao termo Doença Mental enquanto pertencente ao campo da Saúde Mental, área da Psiquiatria. Atualmente, o termo é substituído por Transtorno Mental (OMS, CID – 10).

¹⁸ A autora afirma que a discriminação e preconceito contra a pessoa com Deficiência Mental sempre foi mais acentuada, em relação aos demais tipos de deficiência, devido ao fato da sua baixa capacidade cognitiva, que, erroneamente, a sociedade atribui à falta de capacidade de se desenvolver em sociedade.

¹⁹ Por cultura entende-se qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhado por diferentes membros de um grupo. Neste sentido, a cultura inclui valores, símbolos, regras da vida, e costumes (LANGDON, sl, sd).

Nesse sentido, Vigotski (1995) mostra que “o desenvolvimento cultural é a esfera principal de onde é possível a compensação²⁰ da deficiência. Onde é impossível o desenvolvimento orgânico, ali está aberta de forma ilimitada a via do desenvolvimento cultural” (VIGOTSKI, 1995, p. 153). O autor utiliza-se do conceito de compensação social, que consiste em criar condições e estabelecer interações que possibilitem as pessoas com Deficiência Mental apropriarem-se da cultura. Desta forma, é importante salientar que esta compreensão não tem por objetivo negar as questões orgânicas conhecidas como causas da Deficiência, mas ao contrário, esta é uma compensação que se propõe a discutir o papel das questões orgânicas no desenvolvimento humano, movimento este que se dá socialmente.

Nessa perspectiva, a Fundação Catarinense de Educação Especial trabalha com o intuito de provocar uma metamorfose do senso comum²¹ em relação à Deficiência Mental, no sentido de propiciar sua disseminação em sociedade, como veremos a seguir.

2.2 Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE²²

A Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE foi criada em 06 de maio de 1968, através da Lei nº. 4.156 e regulamentada pelo Decreto nº. 7.443 de 02 de dezembro do mesmo ano. É uma instituição de caráter beneficente, instrutivo e científico, dotada de personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, vinculada a Secretaria do Estado da Educação e do Desporto. A FCEE busca parcerias com órgãos federais, estaduais e municipais, encaminhando projetos para fontes alternativas que permitam a realização de atividades de cunho técnico-pedagógico, inclusas no plano de expansão de serviços e na implantação de suas metas (SANTA CATARINA, 1968).

Essa instituição tem por meta atender indivíduos oriundos do Estado de Santa Catarina que apresentem suspeita de Deficiência Mental e/ou outras Deficiências, fundamentando suas

²⁰ Segundo Vigotski, o fator fundamental no desenvolvimento complicado pelo “defeito” é o duplo papel da insuficiência orgânica no processo deste desenvolvimento. Por um lado, o “defeito” é a limitação, a debilidade, a diminuição do desenvolvimento. Por outro lado, ao originar dificuldades, estimula o movimento para o desenvolvimento. Neste sentido, qualquer “defeito” origina estímulos para formar a compensação social.

²¹ Sobre senso comum, ver BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 1995.

²² Texto com base nas documentações apresentadas no Site da FCEE: www.fcee.sc.gov.br

ações no princípio da inclusão, objetivando garantir às pessoas com Deficiência, o direito a cidadania (FCEE, 2004).

A Fundação apresenta como missão fomentar, produzir e difundir o conhecimento científico e tecnológico referente à educação especial, coordenando a definição e implantação da política dessa área no Estado de Santa Catarina. O atendimento dessa instituição é destinado às pessoas, de todas as idades, com Deficiência, condutas típicas e altas habilidades.

A Fundação Catarinense de Educação Especial adota o conceito de Deficiência Mental definido pela Organização Mundial de Saúde. Conforme a Resolução 112, de 12 de dezembro de 2006, Artigo 2º, parágrafo 1º:

Art. 2º As pessoas de que trata esta Resolução são aquelas diagnosticadas com deficiência, condutas típicas e altas habilidades.

§1º. A pessoa com deficiência é aquela que apresenta restrição física, mental ou sensorial²³, de natureza permanente ou transitória, que limita o desempenho de uma ou mais atividades da vida diária (SANTA CATARINA, 2006).

No inciso V da mesma Resolução, a “Deficiência Mental se caracteriza por comprometimento cognitivo relacionado com o intelecto teórico (capacidade para utilização das formas lógicas de pensamento conceitual) que também pode se manifestar no intelecto prático (capacidade para resolver problemas de ordem prática de modo racional) que ocorre no período de desenvolvimento, ou seja, até os 18 anos de idade” (SANTA CATARINA, 2006).

Conforme a Lei Complementar nº. 381, de 07 de maio de 2007, Artigo 97, os objetivos da FCEE estão abordados nos seguintes incisos da referida Lei:

I - desenvolver, em articulação com as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, a política estadual de educação especial e de atendimento à pessoa com deficiência, condutas típicas e altas habilidades;

II - fomentar, produzir e difundir o conhecimento científico e tecnológico na área de educação especial;

III - formular políticas para promover a inclusão social da pessoa com deficiência, condutas típicas e altas habilidades;

IV - prestar, direta ou indiretamente, assistência técnica a entidades públicas ou privadas que mantenham qualquer vinculação com a pessoa com deficiência, condutas típicas e altas habilidades;

V - promover, em parceria com as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional, a articulação entre as entidades públicas e privadas para formulação, elaboração e execução de programas, projetos e serviços integrados, com vistas ao desenvolvimento permanente do atendimento à pessoa com deficiência, condutas típicas e altas habilidades;

VI - auxiliar, orientar e acompanhar as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional na execução das atividades relacionadas com a

²³ Ver Resolução 112, parágrafos 1º, 2º e 3º.

prevenção, assistência e inclusão da pessoa com deficiência, condutas típicas e altas habilidades; e

VII - planejar e executar em articulação com as Secretarias de Estado, as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional e Secretarias Municipais, a capacitação de recursos humanos com vistas ao aperfeiçoamento dos profissionais que atuam com a pessoa com deficiência, condutas típicas e altas habilidades. (SANTA CATARINA, 2007).

Historicamente, no Brasil, o investimento na prática, em saúde e educação, vem sendo marcado pela alternância de acordo com cada momento histórico-social. O desafio do cuidado com a saúde da população no Brasil tem revelado a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas e políticas de saúde e de investimento de novas formas de intervenção com a ampliação e modernização dos serviços, enfatizando a dimensão qualidade²⁴.

Neste cenário de desafios, o Estado de Santa Catarina, através da Secretaria de Estado da Saúde e da Fundação Catarinense de Educação Especial, está avançando no sentido de concentrar esforços, apoiados em critérios de evidência científica, para ampliar com qualidade a prestação de serviços em saúde (FCEE, 2004).

Tendo como referência este contexto, as dinâmicas de produção relacionadas ao atendimento terapêutico estão fortemente voltadas aos novos paradigmas científicos e tecnológicos, fortalecendo os indicadores de avanço significativo na área.

Nesse sentido, a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina implementou, através do Sistema Único de Saúde – SUS²⁵, o Centro Atendimento Educacional Especializado em Educação Especial – CAESP, credenciando a Fundação Catarinense de Educação Especial. Assim, a FCEE, oferece Serviços de Atendimento Educacional Especializado através dos Centros que compõem seu organograma.

A FCEE dispõe dos seguintes Centros de Atendimento Especializados: CAS - Centro de Capacitação de Profissionais de Educação e de Atendimento às Pessoas com Surdez; CEDUF - Centro de Educação Física; CENAE - Centro de Avaliação e Encaminhamento; CENAP - Centro de Ensino e Aprendizagem; CENER - Centro de Educação e Reabilitação; CENET - Centro de Educação e Trabalho; CEVI - Centro de Educação e Vivência; NAAH/S - Núcleo de Atividades de Altas Habilidades/Superdotação do Estado de Santa Catarina.

Permeando as ações das equipes técnicas destes Centros, existem os seguintes Programas de Educação Especial: Programa Pedagógico, Programa Profissionalizante, Programa Reabilitatório e Programa de Assistência Social.

Dentre os Centros que a Fundação Catarinense de Educação Especial mantém em sua Organização, o centro de Avaliação e Encaminhamentos – CENAE tem como objetivo realizar avaliações, orientações e encaminhamentos de pessoas oriundas do Estado de Santa Catarina que apresentem suspeita de Deficiência Mental e/ou outras Deficiências, conforme veremos no próximo item.

2.3 Centro de Avaliação e Encaminhamentos – CENAE²⁶

O Centro de Avaliação e Encaminhamentos é a “porta de entrada” para os atendimentos, pois é o setor que primeiro recebe o usuário para realizar os encaminhamentos. São elegíveis para avaliação no CENAE as pessoas com sinais de comprometimentos significativos nas áreas do desenvolvimento motor, social, cognitivo e da linguagem e/ou em áreas de habilidades adaptativas, sensoriais e físicas.

O processo de avaliação diagnóstica no CENAE engloba os aspectos educacionais, clínicos e sociais, numa dinâmica multi e interdisciplinar nas seguintes áreas específicas: Serviço Social, Pedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Pediatria, Psiquiatria, Neurologia, Audiologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Fisioterapia e Odontologia.

Especificamente para o atendimento no Serviço Social do CENAE, são elegíveis pessoas que necessitem de orientações e encaminhamentos sociais na área da Deficiência. O Assistente Social, assim como os demais técnicos do Centro, realiza Triagem inicial para processo de avaliação diagnóstica, agendando as próximas avaliações necessárias e/ou

²⁴ A dimensão qualidade diz respeito a forma a qual os sistemas e serviços disponibilizam atenção ao indivíduo, ou seja, a forma a qual os sistemas e serviços oferecem suporte às necessidades do indivíduo, durante e após o acesso e execução dos mesmos, com vistas ao acompanhamento, redimensionamento e emancipação do sujeito.

²⁵ Ver WESTPHAL; CHIORO; ZIONI, 1995.

²⁶ Texto com base nos documentos do Caderno Técnico do Centro de Avaliação e Encaminhamentos – CENAE.

orientando e encaminhando o usuário e seu responsável para benefícios ou serviços da rede de atendimento da comunidade.

Realiza também, avaliação social do usuário e sua família/responsável que estejam em situação de vulnerabilidade social ou que necessitem de orientações e encaminhamentos sociais. Assim, o Serviço Social emite relatório da avaliação social e encaminhamentos sociais emergenciais. Após concluir todas as avaliações necessárias, o profissional de Serviço Social participa do estudo de caso com a equipe técnica do Centro, visando a impressão diagnóstica e os encaminhamentos do usuário.

No desenvolvimento de suas atividades cotidianas, efetua constantemente a mediação entre usuário e/ou responsável, instituição (FCEE/profissionais) e a rede de atendimento da comunidade, intermediando e viabilizando o acesso aos direitos e serviços, bem como meios e recursos para sua realização. Realiza também orientações aos usuários quanto aos direitos sociais, programas e projetos disponíveis, democratizando o acesso e encaminhamentos para recursos e atendimentos oferecidos pela comunidade. Também é integrante da equipe responsável pela emissão de laudos para concessão do Benefício da Gratuidade do Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros²⁷ e da Pensão Especial Estadual a Pessoa com Deficiência²⁸ (realiza Visita Domiciliar²⁹ sempre que necessário).

Para melhor compreensão sobre o funcionamento dos encaminhamentos com os quais o Centro de Avaliação e Encaminhamentos lida, reservamos o item a seguir para tratarmos a respeito dessa questão.

2.4 Encaminhamentos do CENAE e o Papel da Integradora de Educação Especial e Diversidade

²⁷ A Lei nº. 8.899, de 29 de junho de 1994, trata do Benefício da Gratuidade do Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros, em que é concedido passe livre às pessoas com deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual.

²⁸ A Pensão Especial Estadual a Pessoa Com Deficiência (instituída pela Lei nº. 6.185 de 01/11/1982, que foi revogada pela Lei nº. 7.202 de 22/08/1989 e regulamentada pelo Decreto de nº. 830 de 08/10/1991, que foi alterado pelo Decreto nº. 251 de 03/08/1995) institui o valor de meio salário mínimo às pessoas com deficiência cujos pais, tutores ou curadores, responsáveis pela sua criação, educação e proteção, residam no Estado de Santa Catarina há pelo menos dois anos e a renda mensal familiar seja igual ou inferior a dois salários mínimos.

²⁹ Visita Domiciliar aqui, pode ser compreendida também como Visita Social.

Como foi citado no item anterior, o processo avaliativo das pessoas com sinais de Deficiência realizado pela Fundação Catarinense de Educação Especial, inicia-se no Serviço de Triagem do Centro de Avaliação e Encaminhamentos.

O objetivo desta primeira etapa, consiste em levantar o quadro do usuário, as aspirações da família e/ou responsáveis e a elegibilidade para seguir o processo avaliativo. O Centro atende as pessoas encaminhadas pelos serviços de saúde, sociais e educacionais da comunidade, por familiares e os triados pelas 36 Gerências Regionais de Educação - GEREDs.

Os educandos que estão matriculados nas escolas da Rede Regular de Ensino (estadual e municipal) ou Centros de Atendimento Educacional Especializados – CAESPs da 18ª GERED são triados pela Integradora de Educação Especial e Diversidade. Os educandos matriculados na rede particular de ensino e os demais usuários que necessitarem de Triagem deverão realizá-la no CENAE/FCEE (CENAE, 2005, p. 38).

Nas demais regiões do Estado, os usuários deverão procurar a Integradora de Educação Especial e Diversidade em sua respectiva GERED para proceder a Triagem.

Com relação aos casos encaminhados ao CENAE que já passaram pelo processo avaliativo e que perspectivam uma reavaliação, procede-se a Atualização de Dados, não sendo necessário o preenchimento do Protocolo de Triagem para Avaliação.

Quando a Triagem é realizada no CENAE, em alguns casos, em caráter emergencial, tais como os de Saúde e de Assistência, os encaminhamentos são efetuados no momento do processo da Avaliação Social concomitante às avaliações específicas. Nos casos de inelegibilidade (transtornos psiquiátricos, dificuldade de aprendizagem e hiperatividade sem Deficiência Mental associada) encaminha-se para recurso da comunidade que melhor atender a necessidade do usuário (CENAE, 2005).

Quando se tratar de Triagens de educandos matriculados no Ensino Fundamental e Médio da rede estadual e municipal de ensino e das escolas especiais, estes deverão ser encaminhados com o respectivo Protocolo de Triagem para Avaliação anexado o Relatório

Pedagógico do Educando Encaminhado para Avaliação no CENAE – CAESPs ou Rede Regular de Ensino, atestados, exames realizados e pareceres técnicos.

Cabe salientar, que as pessoas triadas tanto pelos profissionais do CENAE quanto as encaminhadas pelas Integradoras de Educação Especial e Diversidade, após o processo avaliativo passam pela reunião de Estudo de Caso com a equipe técnica do Centro, objetivando uma impressão diagnóstica inicial, bem como definição dos encaminhamentos necessários, sejam eles educacionais, terapêuticos ou assistenciais.

Após a conclusão do Estudo de Caso dos usuários triados diretamente no CENAE, realiza-se a orientação à família e/ou à escola, sobre a impressão diagnóstica e os encaminhamentos prescritos com concomitante entrega de Relatório das Avaliações realizadas e/ou a Impressão Diagnóstica.

Os relatórios das avaliações dos usuários provenientes das 36 GEREDs, serão encaminhados para as Integradoras de Educação Especial e Diversidade, as quais irão orientar as famílias e/ou escolas e encaminhar para os atendimentos necessários.

Nos casos avaliados em que o encaminhamento refere-se ao atendimento nos Centros do campus da FCEE (Centro de Ensino e Aprendizagem - CENAP, Centro de Educação e Trabalho - CENET, Centro de Educação e Vivência - CEVI e Centro de Educação e Reabilitação - CENER), realiza-se uma reunião de Estudo de Caso com a equipe do respectivo Centro para discussão e orientação quanto aos aspectos observados na avaliação.

A Gerência Regional de Educação, através da Integradora de Educação Especial e Diversidade, realiza um processo junto à unidade escolar, encaminha a FCEE, para análise e parecer da equipe.

Com a instituição da Política de Educação Especial, as Salas de Recursos e os Serviços de Apoio Pedagógico foram redimensionados, passando a ser denominados de Serviços de Atendimento Educacional Especializado - SAEDE, e em sua especificação pela área de atendimento, Centro de Atendimento Educacional Especializado em Educação Especial – CAESP (FCEE, 2007, p. 21).

O SAEDE é a atividade de caráter pedagógico, prestado por profissional da Educação Especial voltado ao atendimento das especificidades dos alunos com Deficiência, condutas típicas e altas habilidades, matriculados na Rede Regular de Ensino (FCEE, 2007, p. 22).

O Serviço de Atendimento Educacional Especializado para a área da Deficiência Mental consiste em serviço direcionado ao aluno com diagnóstico de Deficiência Mental, e tem por objetivo qualificar a estrutura do pensamento do educando para o desenvolvimento dos processos mentais superiores, através de metodologias, estratégias e recursos pedagógicos, que possibilitem a apropriação de conhecimento científico (FCEE, 2007, p. 30).

Com base no exposto, convém ressaltar, que os encaminhamentos são realizados com vistas à efetivação de direitos aos quais as pessoas com Deficiência possuem. Sendo assim, no ítem a seguir, retratamos um pouco sobre a importância do papel da família neste processo.

2.5 O papel da Família na dinâmica dos encaminhamentos

Em cada cultura, sociedade ou época, vamos encontrar uma definição distinta de família. Muitos profissionais que trabalham com este tema, tendem a conceituá-la a partir de sua própria família ou de laços consangüíneos. Isso é um equívoco, pois de acordo com a cultura, com a classe social e econômica, e com as transformações ao longo do tempo, é que vão sendo definidas as formas e arranjos familiares (MIOTO, 1997).

Cabe ressaltar, que não existe um modelo de família padrão. Conforme Lima (2006), a família se constitui como um “universo amplo e complexo, em constante transformação, não sendo possível aprendê-la como totalidade, através de um único olhar ou direção” sendo, dessa forma, uma “construção historicamente condicionada” (LIMA, 2006, p. 14).

Assim, compreende-se que a família é um espaço de proteção e socialização dos indivíduos ao mesmo tempo que precisa de cuidados e proteção, motivo pelo qual é centralidade nas ações da Política de Assistência, parafraseando Mioto (2005), por família se entende:

[...] um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos, [tendo] como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido (MIOTO, 1997, p. 43).

De acordo com o Artigo 226 da Constituição Federal de 1988, a família é base da sociedade, e por este motivo deve ser protegida pelo Estado. Apesar do reconhecimento da família como base de proteção, as ações são direcionadas ao “indivíduo-problema”, ou seja, são centradas nos indivíduos e não na família em sua totalidade. Esse paradoxo se manifesta ao passo que, mesmo diante do reconhecimento da família como base de proteção, o número de famílias “desprotegidas socialmente” aumenta cada vez mais no país (MIOTO, 2006).

Essa desproteção se dá a medida que o Estado somente intervém após se esgotarem os dois canais “naturais” – via mercado e a própria família – de satisfação das necessidades, intervindo nas famílias que em seu entedimento, são “incapazes” de garantir o bem estar social dos seus membros.

Ainda de acordo com Miotto (1997), atualmente percebe-se que a qualidade de vida das famílias depende da articulação que as mesmas fazem entre as demandas internas, as demandas que vem da sociedade e a forma de lidar com as inúmeras transformações das relações homem/mulher, pais/filhos. A família, também está incluída nesta realidade, em que o cumprimento de suas tarefas básicas fica comprometido pelas condições econômicas insuficientes (MIOTO, 1997). Neste norte, Miotto (1997) mostra que “tendo em conta a fragmentação dentro da qual a família é tratada, é necessário esforço no sentido de articular e integrar as políticas setoriais, para que possam facilitar e melhorar a qualidade de vida das famílias” (MIOTO, 1997, p. 127).

Conforme Miotto (2000) e Carvalho (1995), as políticas sociais públicas atuais têm se tornado reprodutoras e mantenedoras das desigualdades sociais. Elas são seletistas, tutelares, elitistas, residuais, não universalizantes e discriminatórias, se investem de medidas paliativas que não alteram o quadro de pobreza e exclusão (MIOTO, 2000; CARVALHO, 1995).

Com essas considerações, Lima (apud MIOTO, 1997) diz que “a família pode ser tomada como lugar privilegiado de preservação da vida. É nesse espaço que se evidencia o cuidado entre as gerações, onde pessoas aprendem a ser e a conviver em sociedade” (LIMA, 2006, p. 9 apud MIOTO, 1997).

Neste sentido, Lima (2006) afirma que “a forma de viver em família e o exercício da proteção social no âmbito familiar modificam-se nas diversas sociedades, e estão intimamente conectadas com as determinações econômicas, políticas e culturais. As transformações sociais contemporâneas alteram os modelos tradicionais de família, modificando não só a estrutura e

a dinâmica de seu funcionamento e organização, mas também as relações e a forma de convivência no ambiente doméstico” (LIMA, 2006, p. 9). Com isto relata que

As mudanças atuais são propulsoras de maior liberdade e autonomia dos indivíduos no âmbito familiar, por outro elas tornam mais frágeis as organizações familiares no que se refere ao desenvolvimento das funções de cuidado e proteção, pois a família pode contar menos com a rede familiar. As famílias pobres tornam-se mais vulneráveis nesse contexto, pois estão mais expostas aos riscos de um sistema econômico competitivo e excludente (LIMA, 2006, p. 9).

Assim, através do direcionamento neoliberal, constata-se a desresponsabilização pela área social, levando a organização de sistemas de proteção social insuficientes, que apostam na capacidade de proteção e cuidado da família através da participação no mercado.

Nesse sentido, todos os países têm reconhecido a família como uma instituição de primeira importância, como suporte para o bem-estar individual e coletivo. Dessa forma, o Estado ao efetivar mecanismos de proteção social, como afirma Lima (2006), “não alivia o peso da família em relação ao cuidado e proteção de seus membros, mas acaba lhe imputando toda uma gama de responsabilidades e deveres, as quais nem sempre ela corresponde” (LIMA, 2006, p. 10). Desta forma, mostra que

Podem ser encontrados por um lado sistemas de proteção social onde a família tem maior apoio do Estado no desempenho de suas funções e por outro, sistemas reduzidos e insuficientes, ficando a família com a função de dar conta das necessidades familiares, sem contar com o suporte do Estado.

Diante disto, Lima (2006) afirma que a família é retomada como “âncora principal para a sociabilização de seus membros e na garantia de vínculos relacionais que previnam os riscos de ruptura e de isolamento social decorrentes das transformações da sociedade. Assim, as famílias que passam por situações de vulnerabilidade social, são constantemente cobradas e responsabilizadas na sua função de cuidar e proteger” (LIMA, 2006, p. 10).

Por isso, no entendimento da sociedade, a responsabilidade pela busca da efetivação dos encaminhamentos que o Centro de Avaliação e Encaminhamentos sugere, recai inteiramente sobre a família, sem que haja a compreensão de que a mesma necessita de meios para buscar esses encaminhamentos, os quais se concretizam enquanto direitos, como veremos na próxima seção.

SEÇÃO II – DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.1 Direito da Pessoa com Deficiência

O exercício dos direitos gerais, bem como dos direitos específicos das pessoas com Deficiência, está diretamente ligado à criação de condições que permitam o seu acesso diferenciado ao bem-estar econômico, social e cultural. Os direitos específicos das pessoas com Deficiência estão diretamente ligados à vigência dos Direitos Humanos Fundamentais. Assim orientada, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu, em 1975 – após muita luta empreendida pelos movimentos sociais ligados à pessoa com Deficiência – a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes³⁰ e tornou-se, em todo mundo, o ponto de partida para a defesa da cidadania e do bem-estar dessas pessoas, assegurando os seguintes direitos:

- O direito essencial à sua própria dignidade humana, independente de sua origem, natureza e gravidade de suas incapacidades;
- Direitos civis e políticos. O parágrafo 7º da Declaração dos Direitos do Deficiente Mental indica a possibilidade de limitar ou de suprimir tais direitos no caso das pessoas com Deficiência Mental;
- O parágrafo 7 da Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas estabelece: “Sempre que pessoas mentalmente retardadas forem incapazes devido à gravidade de sua deficiência de exercer todos os seus direitos de um modo significativo ou que se torne necessário restringir ou denegar alguns ou todos estes direitos, o procedimento usado para tal restrição ou denegação de direitos deve conter salvaguardas legais adequadas contra qualquer forma de abuso. Este procedimento deve ser baseado em avaliação da capacidade social da pessoa mentalmente retardada, por parte de especialistas e deve ser submetido à revisão periódica e ao direito de apelo a autoridades superiores”;
- O direito de desenvolver capacidades que as tornem, tanto quanto possível, autoconfiantes;
- O direito ao tratamento médico, psicológico e reparador, incluindo próteses e órteses, visando a sua reabilitação, bem como o acesso a serviços que as habilitam a desenvolver capacidades voltadas para sua integração ou reintegração social;
- Direito à segurança social econômica e a um nível de bem-estar digno. Têm o direito, segundo suas capacidades, ao emprego ou de participar de ocupação útil e remunerada;
- O direito a que suas necessidades especiais sejam incluídas no planejamento econômico e social;

³⁰ Resolução elaborada pela Organização das Nações Unidas, aprovada pela sua Assembléia Geral e mundialmente enfatizada em 1981 – o Ano Internacional da Pessoa Deficiente (AIPD), que teve como tema Participação e Plena Igualdade.

- As pessoas com deficiência têm o direito de viver com sua família e de participar das atividades sociais. Elas não serão submetidas, mesmo em suas residências, a tratamento diferente (discriminatório) que não seja o necessário para melhorar o seu bem-estar. Se a sua permanência em instituição especializada for indispensável, o ambiente e as condições deverão ser as mais próximas da vida normal;
- O direito à proteção contra toda a exploração e todo o tratamento discriminatório, abusivo e degradante;
- As pessoas com deficiência têm o direito ao apoio jurídico qualificado quando tal apoio mostrar-se indispensável para sua proteção. Se processos judiciais forem estabelecidos contra elas, o procedimento legal respeitará as suas condições físicas e mentais;
- As organizações das pessoas com deficiência devem ser consultadas em todos os assuntos que dizem respeito aos direitos mencionados;
- As pessoas com deficiência, suas famílias e a comunidade devem ser plenamente informadas, pelos meios apropriados, dos direitos contidos na Declaração. (DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 1975).

Acompanhando esse movimento mundial de luta pela Inclusão Social da pessoa com Deficiência, no Brasil, em 1989, o então Presidente da República José Sarney, sancionou a Lei 7.853, publicada em 24 de outubro, dispondo sobre o apoio às pessoas com Deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE)³¹, instituindo a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplinando a atuação do Ministério Público e definindo crimes (BRASIL, 1989).

O texto legal estatuiu que na sua aplicação e interpretação seriam “considerados os valores básicos da igualdade de tratamento e oportunidade, da justiça social, do respeito à dignidade da pessoa humana, do bem-estar, além de outros, indicados na Constituição ou justificados pelos princípios gerais de direito” (BRASIL, 1989).

A legislação em pauta visou garantir às pessoas com Deficiência as ações governamentais necessárias ao pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo, à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico, afastadas as discriminações e os preconceitos de qualquer espécie. Ademais, alçou a matéria à obrigação a cargo do Poder Público e da sociedade, criando um direito público subjetivo (BRASIL, 1989).

³¹ A Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, é o órgão de Assessoria da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, responsável pela gestão de políticas voltadas para integração da pessoa portadora de deficiência, tendo como eixo focal a defesa de direitos e a promoção da cidadania. (Lei nº 7.853/89 e Decreto nº 3.298/99).

Regulamentando a lei em questão, foi publicado o Decreto 914, de 06/12/93, posteriormente, revogado pelo atual Decreto 3298/99, que instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência que objetivou assegurar o pleno exercício dos direitos sociais e individuais dessas pessoas. A evolução histórica dos direitos das pessoas com Deficiência demonstra, como afirma Ribeiro (2002), que “o indivíduo julgou insuficiente a garantia de direitos pelo Estado, exigindo uma atuação efetiva daquele, ou seja, uma prestação positiva” (RIBEIRO, 2002, p. 6).

No Artigo 1º da Constituição, são mencionados dois dos fundamentos que amparam os direitos de todos os brasileiros, incluindo, obviamente, as pessoas com Deficiência: Cidadania e Dignidade.

Cidadania supõe a qualidade de cidadão e cidadão é o indivíduo no gozo de seus direitos civis, políticos, econômicos e sociais numa Sociedade, no desempenho de seus deveres para com esta. A Dignidade significa a honra e a respeitabilidade devida a qualquer pessoa provida de cidadania. São fundamentos que orientam os objetivos de nossa República, tais como, “construir uma sociedade livre, justa e solidária”; “erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais” e “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A expressão “o bem de todos” indica que os direitos e deveres da cidadania pressupõem que todos são iguais perante a Lei, com a garantia de que são invioláveis o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1998).

Todavia, as pessoas com Deficiência possuem necessidades especiais que as distinguem das outras. Dessa forma, é importante compreender que, além dos direitos relativos a todos, as pessoas com Deficiência devem ter direitos específicos, que compensem, na medida do possível, as limitações e/ou impossibilidades as quais estão sujeitas.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela ONU, em 1948 relaciona os seguintes direitos que valem para todos, isto é, os chamados direitos humanos:

Direitos Civis: direito à liberdade e segurança pessoal; à igualdade perante lei; à livre crença religiosa; à propriedade individual ou em sociedade; e o direito de opinião (Art. 3º ao 19).

Direitos Políticos: liberdade de associação para fins políticos; direito de participar do governo; direito de votar e ser votado (Arts. 20 e 21).

Direitos Econômicos: direito ao trabalho; à proteção contra o desemprego; à remuneração que assegure uma vida digna, à organização sindical; e direito à jornada de trabalho limitada (Arts. 23 e 24).

Direitos Sociais: direito à alimentação; à moradia; à saúde; à previdência e assistência; à educação; à cultura; e direito à participação nos frutos do progresso científico (Art.25 ao 28). (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, ONU, 1948).

Esses direitos foram conquistados paulatinamente nos últimos 200 anos. Contudo, segundo as condições históricas de cada país, podem ser descumpridos ou bastantes fragilizados, o que indica que o esforço do Estado e da Sociedade por sua vigência deva ser permanente. Quando isto não ocorre, os direitos de todos perdem as suas forças e, em consequência, os direitos específicos das pessoas com Deficiência igualmente será fragilizado ou mesmo negado.

Neste sentido, a Declaração / Programação de Ação da Conferência Mundial sobre Direitos Humanos de Viena (1993), ratificou o princípio da Diversidade e estabeleceu, ao lado do direito à igualdade, o direito à diferença: “o reconhecimento da pluralidade de sujeitos portadores de direitos e de seus direitos específicos como parte integrante e indivisível da plataforma universal dos Direitos Humanos” (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS DE VIENA, 1993).

Isto significou o rompimento de um paradigma centrado na idéia de integração das pessoas com Deficiência, que visava aproximá-las dos padrões de normalidade vigentes, em favor de um outro, centrado na mudança radical das práticas sociais com respeito à diferença (MENDES, 1999). Essa mudança traz nova ética³², a Ética da Diversidade, que rompe com a idéia de um modelo de humanidade e de seres humanos (MEC, 2004).

Além disto, o direito de Acessibilidade da Pessoa com Deficiência representa a implementação, a efetivação dos princípios e objetivos traçados pela própria Constituição Federal de 1988.

³² Ver SANCHES VÁZQUEZ, 1970, p. 12.

Conforme o Decreto nº 5. 296, Capítulo III, Artigo 8º, Inciso I, por Acessibilidade se compreende

I – condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informações, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

Convém ressaltar, que não basta apenas que a pessoa com Deficiência exerça seu direito à acessibilidade, mas perceber sob que forma este acesso acontece, se de maneira que realmente produza modificações significativas na vida dessas pessoas. Dessa forma, no ítem que prossegue, trazemos o significado do termo Inclusão, a fim de compreendermos melhor que sentido requer a acessibilidade e inclusão social da pessoa com Deficiência em seus direitos.

3.2 Inclusão Social

Incluir significa fazer parte, inserir, introduzir. E inclusão é o ato ou efeito de incluir. Assim, a Inclusão Social das pessoas com Deficiências significa torná-las participantes da vida social, econômica e política, assegurando o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público.

O movimento de Integração Social surgiu por volta do final da Década de 60 e procurava inserir as pessoas com Deficiência no trabalho, na escola, no lazer. A Década de 80 impulsionou este movimento e a ONU decretou 1981 como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes e, a partir de então, a luta pelos direitos ganhou força (SASSAKI, 1997).

Em consequência das conquistas e da experiência acumuladas nesse processo, estudiosos e organizações compostas por pessoas com Deficiência começaram a perceber que a prática da Integração Social era insuficiente para acabar com a discriminação e para garantir a verdadeira participação, com oportunidades iguais.

Isto, porque a Integração Social representa o esforço de inserir a pessoa com Deficiência na sociedade. Assim, o esforço, como aponta Gil (2002), era feito “apenas por parte do deficiente, sua família e profissionais especializados – a sociedade permanecia do

mesmo jeito, alterando pouco (ou nada) suas atitudes, espaços físicos e práticas sociais” (GIL, 2002, p. 3).

Os conceitos autonomia/independência, *empowerment* e equiparação de oportunidade, apontam para a Inclusão Social e consideram que a sociedade deve ser modificada para atender às necessidades de todos os seus membros.

A Inclusão parte do pressuposto da Integração, que é o direito da pessoa com Deficiência ter igualdade de acesso ao espaço comum da vida em sociedade. Diferem, entretanto, no sentido de que o paradigma de serviços³³, onde se contextualiza a idéia de Integração, pressupõe o investimento principal na promoção de mudanças do indivíduo, na direção de sua normalização (MENDES, 2002).

Para Sasaki (1997), o princípio da normalização "tinha como pressuposto básico a idéia de que toda pessoa com necessidades especiais, especialmente aquela portadora de deficiência mental, tem o direito de experienciar um estilo ou padrão de vida que seria comum ou normal à sua própria cultura". A idéia inicial foi, então, a de normalizar, mas isso foi confundido com a noção de "tornar normais as pessoas com necessidades especiais" (SASSAKI, 1997, p. 31).

Assim, Gil (apud Mantoan, 1997), diz que “a inclusão causa uma mudança de perspectiva educacional”. Dessa forma, compreende-se que para construir relações e vivências de caráter inclusivo, conforme afirma a autora, “é preciso que a diversidade seja aceita, como parte integrante da natureza humana”, e propõe que “a diversidade seja aceita com naturalidade e tranqüilidade” (GIL apud MANTOAN, 1997, p. 4).

Sasaki, assegura que a Integração e a Inclusão, ambos enquanto processos sociais são muito importantes e que

estamos na fase de transição de um paradigma para outro. O processo de Integração Social terá uma parte inclusiva a cumprir, cobrindo situações nas quais ainda haja resistência contra a adoção de medidas inclusivistas. De fato, nem todas as pessoas deficientes necessitam que a sociedade seja modificada, pois algumas estão aptas a se integrarem na sociedade como esta se encontra. Mas as outras pessoas com necessidades especiais não poderão participar plena e igualmente da sociedade se esta não se encontra inclusiva (SASSAKI, 1998, p. 4).

³³ Paradigma de Serviços, ver ARANHA, 2000.

Afirma ainda, que o surgimento da filosofia de Inclusão deu-se na definição do conceito de equiparação de oportunidade³⁴

O processo mediante o qual os sistemas gerais da sociedade, tais como o meio físico, a habitação e o transporte, os serviços sociais e de saúde, as oportunidades de educação e trabalho, e a vida cultural e social, incluídas as instalações esportivas e de recreação, são feitos acessíveis para todos. Isto inclui a remoção de barreiras que impedem a plena participação das pessoas deficientes em todas as áreas, permitindo-lhes assim, alcançar uma qualidade de vida igual à de outras pessoas (SASSAKI, 1998 apud SASSAKI, 1997, p. 39).

Aranha (2001) aponta que “a idéia de inclusão se fundamenta numa filosofia que reconhece e aceita a diversidade na vida em sociedade. Isto significa garantia de acesso de *todos a todas* as oportunidades, independentemente das peculiaridades de cada indivíduo ou grupo social” (ARANHA, 2001, p. 2 [grifos nossos]).

Nesse sentido, a Educação Inclusiva vem sendo uma proposta da aplicação prática ao campo da educação ou um movimento mundial, denominado como Inclusão Social, que é proposto por um novo paradigma que implicaria na construção de um processo bilateral no qual as pessoas excluídas da sociedade buscam, em parceria, efetivar a equiparação ou oportunidades para todos (SASSAKI, 1997, p. 5). Neste norte, retratamos o direito à Educação Especial, no item que sucede, para compreendermos como este direito se efetiva enquanto tal.

3.3 Direito à Educação Especial

O movimento mundial pela Educação Inclusiva é uma ação política, cultural, social, e pedagógica, em defesa do direito de todos os alunos de estarem, juntos, aprendendo e participando, sem nenhum tipo de discriminação.

A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de Direitos Humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à idéia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão³⁵ dentro e fora da escola.

³⁴ Conceito firmado na Declaração de Princípios de 1981, Disabled People's International – DPI, Organização Não-Governamental criada por líderes deficientes (in SASSAKI, 1997, p. 39).

³⁵ Produção da exclusão: Ver Yazbeck, 1993 e Sposati, 1999.

Conforme Mendes (1999) a Educação Especial começou a ser traçada no Século XVI, nascendo com uma ênfase no Ensino Especial. O acesso à educação das pessoas com Deficiência vai sendo paulatinamente conquistado e na metade do Século XX, se constata uma resposta mais ampla das sociedades para os problemas da educação das crianças e jovens com necessidades educacionais especiais (MENDES, 1999, p. 2).

Mendes (1999) relata ainda que, com a institucionalização da escolaridade obrigatória, se passou a triar muitos casos de crianças que não avançavam na escola regular e fez surgir as classes sociais nas escolas públicas, já no século XIX. As provisões educacionais para deficientes eram voltadas para crianças e jovens, que eram ou impedidos de acessar a escolas comuns do Ensino Regular ou para aquelas retiradas das classes comuns por não avançarem no processo educacional, e a segregação era realizada sob o argumento de que eles seriam melhor atendidos em suas necessidades educacionais se fossem encaminhados para classes ou escolas especiais (MENDES, 1999, p. 2).

Argumentos morais, racionais e científicos fundamentaram as práticas integradoras, que por sua vez, contribuíram para reforçar o movimento de defesa pela Integração, ações políticas de diferentes grupos organizados. Além disso, Mendes (1999) relata que “outro fato crucial que influenciou a mudança na filosofia de serviços foi o custo dos programas segregados, no contexto da crise mundial do petróleo. Passou a ser conveniente adotar práticas educacionais integradoras, também pela economia que elas representariam para os cofres públicos” (MENDES, 1999, p. 3).

A Lei assegura o direito à Educação às pessoas com Deficiência. A Constituição da República, quando adota como princípio a “igualdade de condições para o acesso e permanência na escola” (Art.24), compreendido como efetivação do objetivo de “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988), prevê uma escola aberta para todos (BRASIL, 1999).

A importância de fazer do direito de todos à educação um movimento coletivo de mudança aponta para a adoção de políticas educacionais inclusivistas, para as transformações escolares e, também, para a transformação das práticas sociais, como as relações com a família e a comunidade (MEC, SEESP, 2004).

O Artigo 1º da Resolução do Câmara da Educação Básica do Conselho Nacional de Educação – CNE/CEB, nº 2, que institui as “Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, na Educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades” (BRASIL, 2001, Res. CNE/CEB nº 2, Art. 1º), preconiza em seu Artigo 3º que,

Por educação especial, modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais³⁶, em todas as etapas e modalidades da educação básica (BRASIL, 2001).

Quanto ao Serviço de Atendimento Educacional Especializado, o Artigo 10 desta Resolução determina que “os alunos que apresentem necessidades educacionais especiais e requeiram atenção individualizada nas atividades da vida autônoma e social, ajudas e apoios intensos e contínuos, bem como adaptações curriculares tão significativas que a escola comum não consiga prover, *podem ser atendidos, em caráter extraordinário, em escolas especiais públicas ou privadas, atendimento esse contemplado, sempre que necessário e de maneira articulada, por serviços das áreas de Saúde, Trabalho e Assistência Social*” (BRASIL, 2001, Res. CNE/CEB nº 2, Art. 10 [grifos nossos]).

Ainda nesse sentido, o Capítulo V e Artigo 58 da Lei 9.394/96 diz que “entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais” (BRASIL, 1996).

A Constituição Federal também estabelece o direito de as pessoas com Deficiência, receberem educação preferencialmente na Rede Regular de Ensino (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988). Apesar da integração dessas pessoas no sistema de ensino regular ser uma diretriz constitucional que faz parte da política governamental há pouco mais de uma década,

³⁶ Resolução CNE/CEB nº 2, Artigo 5º: “Consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais os que, durante o processo educacional, apresentem:

I – dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos:

- a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica;
- b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências;

II – dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis;

III – altas habilidades/superdotação, grande facilidade de aprendizagem que os leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes.

tal diretriz ainda não produziu uma mudança necessária na realidade escolar, de sorte que todas as crianças, jovens e adultos com Deficiência sejam atendidas em escolas regulares, sempre que for recomendado pela avaliação de suas condições pessoais.

A Lei de Diretrizes e Bases 9.394/96 em seu capítulo V coloca que a educação das pessoas com Deficiência deve se dar de preferência na Rede Regular de Ensino, o que traz uma nova concepção na forma de entender a educação e integração dessas pessoas. Mas, o mero fato de constar em Lei, não significará muito se as ações ensejadas para a Inclusão das pessoas com Deficiência não sejam planejadas e estruturadas de modo que elas tenham seus direitos plenamente respeitados.

Desse modo, admitir que a criança/adolescente tenha apenas acesso ao atendimento educacional especializado, seja ele prestado em uma escola especial, seja em escola regular, significa conceder tratamento diferenciado unicamente em razão da Deficiência, excluindo o exercício do direito fundamental à educação. A segregação das pessoas com Deficiência em escolas especiais ou em classes especiais, ainda que nas escolas regulares, é uma forma de exclusão social violando frontalmente os princípios da dignidade da pessoa humana, da cidadania e da igualdade.

O atendimento educacional especializado não se constitui em um sistema paralelo de ensino com níveis e etapas próprias. Com efeito, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional define tal atendimento como uma modalidade educacional que perpassa por todos os níveis escolares, desde a Educação Infantil até o Ensino Superior. Dessa forma, o referido atendimento diferencia-se substancialmente da escolarização, devendo ser oferecido em horário diverso dessa, justamente para possibilitar que os alunos nela atendidos possam frequentar as turmas de ensino regular, não podendo o mesmo funcionar como um substitutivo da educação escolar.

Tal modalidade educacional deve ser entendida como um instrumento, um complemento que deve estar sempre presente na Educação Básica e Superior para os alunos que dela necessitarem, visando à melhoria da qualidade das respostas educativas que a escola pode oferecer e à conseqüente facilitação do processo de aprendizagem.

Assim, a efetiva Inclusão do estudante com Deficiência implica possibilitar o acesso ao ensino e não apenas à escola. Portanto, não basta a simples inserção dos educandos com

Deficiência nas escolas regulares. Há de se proporcionar o acesso pleno à sala de aula regular e às demais atividades oferecidas pela escola, favorecendo o acesso total ao conhecimento.

Com base no exposto, percebe-se que é tempo de mudar as escolas, as atitudes, os pensamentos, o ambiente como um todo. Inclusão significa transformação. Sem esse redimensionamento no atual panorama escolar, poder-se-á falar em outra coisa, mas não de inclusão. Nesse mesmo sentido que a inclusão da pessoa com Deficiência requer na acessibilidade à Educação Especial, assim também, necessita ser exercido o direito à saúde. Sob essa perspectiva, discorreremos no próximo item, sobre este direito inalienável.

3.4 Direito à Saúde

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, define, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com Deficiência; reabilitar a pessoa com Deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

Conforme mencionado anteriormente no item 3.1, o principal objetivo desta Política é propiciar atenção integral à saúde da pessoa com Deficiência, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários. Sendo assim, suas diretrizes, a serem implementadas nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços.

Nessa direção, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência relata que os Estados Partes reconhecem que as pessoas com Deficiência têm o direito de gozar o melhor estado de saúde possível, sem discriminação baseada na Deficiência e que os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com Deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação (CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2007).

A Constituição Federal dispõe um Capítulo sobre saúde, do Artigo 196 ao 200, em que retrata também sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Este, apresenta, em suas premissas aprovadas, que o sistema deve ser universal, integral e equânime, além de hierarquizado e controlado pela sociedade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, Art. 198). Como afirma Da Ros (2004), “a inscrição desses pressupostos no documento maior do Brasil foi uma grande vitória do movimento, mas cedo descobriu-se que só estar escrito na Constituição era pouco. Precisava-se de leis que organizassem os artigos” (DA ROS, 2004, p. 69).

Nesse sentido, o autor afirma que a primeira Norma Operacional Básica - NOB, aprovada em 1991, “ainda violentava o princípio de equidade da Constituição” e que somente em 1993 “[...] depois da 9ª Conferência, que é aprovada a primeira NOB, que garante um repasse equânime de recursos para os municípios. Ou seja, o SUS é um projeto recentíssimo” (DA ROS, 2004, p. 69).

Com isso, compreendemos que o SUS, ainda está em processo de implementação, mas que também, não é fato recente que a área da saúde encontra-se em crise, pois, conforme aponta Mendes (1999), “a crise da saúde não constitui privilégio do Brasil, nem se quer dos países em desenvolvimento, sendo, portanto, universal. [...] ela manifesta-se nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública” (MENDES, 1999, p. 15). Dessa forma, a questão da saúde advém de um problema estrutural, de ausência da satisfação das necessidades sociais de saúde, que são, na realidade, condicionadas pelo modo de vida, ou seja, pelo conjunto de condições e estilos de vida dos grupos sociais. Assim, todo o aparato legal estatuído necessita, para a cristalização do direito à saúde, de atitudes concretas do Poder Público.

Tendo em foco os direitos que foram abordados anteriormente, passaremos, na seção que segue, a correlacioná-los em vista aos dados da pesquisa que realizamos para compor a elaboração do presente trabalho.

SEÇÃO III – METODOLOGIA

4.1 Aproximação ao Tema de Pesquisa

Durante o desenvolvimento do Estágio Curricular Obrigatório I e II³⁷, realizado na Fundação Catarinense de Educação Especial, no Centro de Avaliação e Encaminhamentos, constatamos através dos atendimentos realizados³⁸ pelo Setor de Serviço Social, que algumas famílias das pessoas com Deficiência (sem especificá-la), relataram a dificuldade encontrada na efetivação dos encaminhamentos sugeridos por este Centro.

Os principais apontamentos relatados por essas famílias atendidas, se deram na área da Saúde e Educação e que dizem respeito à falta de suporte das redes públicas de atendimento nestas respectivas áreas.

Na área da Educação foi mencionada a falta de vaga para atendimento na Educação Especial, que se coloca como fator limitador do direito à educação, sendo que houve a necessidade de algumas famílias acionarem ao Conselho Tutelar para garantirem o direito da criança/adolescente com Deficiência à Educação. Outro fator apontado, foi em relação à localização das Instituições de Ensino que oferecem os serviços de Educação Especial, pois dificilmente as famílias residem em suas proximidades. Esse fator, na maior parte dos relatos, foi a justificativa das constantes alterações de endereços residenciais, aos quais as famílias se submetem na tentativa de inserir a criança/adolescente no ensino. Essas constantes mudanças residenciais, por sua vez, fragiliza os vínculos sociais que a criança com Deficiência e sua família construíram.

No caso de algumas crianças/adolescentes com Deficiência Mental que apresentam outra Deficiência associada, de modo a limitar sua locomoção, não acessam os serviços de educação por quanto requerem, necessariamente, o transporte veicular adequado. A infraestrutura das instituições escolares no Município de São José, ainda é insuficiente e não dispõe de condições adequadas que absorvam a demanda atual existente e as necessidades das pessoas com Deficiência.

³⁷ Estágio desenvolvido no período de agosto de 2008 à junho de 2009.

³⁸ Atendimentos que objetivavam, em sua maioria, solicitação de reavaliação no CENAE ou Atualização de Dados Cadastrais, por exemplo.

Além desse fato, as condições sócio-econômicas familiares são, na maior parte dos casos, insuficientes. Outra questão que foi colocada, diz respeito aos casos de algumas famílias em que a responsabilidade dos cuidados pela criança/adolescente com Deficiência Mental fica ao encargo dos avós ou de idosos, os quais se encontram em condições físicas reduzidas, o que prejudica ainda mais a locomoção das mesmas às instituições Educacionais.

O quadro efetivo de profissionais especializados em educação especial é insuficiente em vista da demanda. Conforme relatos, também houve casos em que os profissionais formados em educação especial se negam em continuar atendendo as crianças/adolescentes com Deficiência que ofereceram, em algum momento (exemplo: em momento de surto), algum tipo de risco à integridade física e psicológica de tal profissional. Por causa disso o serviço é suspenso, pois não há profissionais que o substituam.

Outras famílias, não efetivam os encaminhamentos, pois executam as avaliações para constatarem “*apenas*” o diagnóstico, ou esperam com que a criança/adolescente com Deficiência apresente melhor desenvolvimento e evolução, com os serviços realizados. Caso isto não ocorra, são retiradas do serviço educacional.

Na área da Saúde, houve apontamento quanto à questão da falta de vaga para atendimentos em especialidades médicas. Assim, o número de profissionais não é suficiente para absorver a demanda existente. Por esse motivo, assim como na área da educação, há falta de vagas, espera nas longas listas para atendimento e, morosidade da execução destes. Sem contar com outra realidade que identificamos como a falta mesmo de interesse por parte dos profissionais/funcionários e por conta da burocracia existente no sistema de atendimento, como a questão da municipalização e zoneamento, por exemplo.

Com estes indicativos apontados como dificultadores de acesso à saúde e educação no Município de São José e, com as discussões realizadas em Reunião de Estudo de Caso do CENAE – que demonstrou a preocupação dos profissionais da Equipe Técnica em relação ao posterior acompanhamento da pessoa com Deficiência na rede pública de atendimento nestas áreas – percebeu-se a importância do assunto por tratar de direitos inalienáveis a esses cidadãos e por retratar temas da atualidade, como a Acessibilidade e Inclusão Social da pessoa com Deficiência na sociedade.

Assim, entender o problema vivenciado pelas pessoas com Deficiência requer reconhecer a importância da reflexão sobre os aspectos da vida em sociedade para, a partir de

então, estabelecer um estudo que dê suporte para a análise da realidade cotidiana e a descoberta de dados que expliquem e dêem subsídios para futuras ações em determinadas áreas.

4.2 Metodologia para a sistematização dos dados

Através de pesquisa documental objetivamos o levantamento dos encaminhamentos realizados pelo Centro de Avaliação e Encaminhamentos que apresentaram maior demanda nas áreas da saúde e educação. Escolhemos analisar os documentos do ano de 2007, pois, subentende-se que desse prazo de tempo até o momento de realização da pesquisa, as pessoas avaliadas *deveriam* ter realizado os encaminhamentos sugeridos. Para tanto, analisamos os registros nas Atas de casos estudados na Reunião de Estudo de Caso, em que foi verificado também o número de pessoas avaliadas no período supracitado.

No ano de 2007, a Fundação Catarinense de Educação Especial, através do Centro de Avaliação e Encaminhamentos, realizou 414 avaliações técnicas em pessoas oriundas das 36 Gerências Regionais de Educação – GERED³⁹, distribuídas pelo Estado de Santa Catarina, que apresentam suspeita de Deficiência, Condutas Típicas e Altas Habilidades. Deste montante, 221 são residentes dos Municípios pertencentes à 18ª GERED⁴⁰, da qual São José também faz parte. Em São José foram avaliadas 100 pessoas com sinais de Deficiência (sem especificá-la), das quais 17 obtiveram Laudo-Diagnóstico de Deficiência Mental.

Após realizar o levantamento dos encaminhamentos mais sugeridos, selecionou-se critérios para delimitar a pesquisa, como a procedência, o diagnóstico e a idade dos usuários

³⁹ Pessoas atendidas por região:

Município	Nº de Pessoas atendidas
Antônio Carlos	03
Biguaçu	09
Florianópolis	59
Governador Celso Ramos	04
Palhoça	45
Santo Amaro da Imperatriz	01
São José	100

avaliados no CENAE. Selecionou-se crianças e adolescentes⁴¹ entre 06 (seis) e 14 (quatorze) anos de idade, provenientes do Município de São José e que apresentam Laudo-Diagnóstico de Deficiência Mental, seja nos graus Leve, Moderada, Severa e Profunda/F-70 a F- 79 (OMS, CID-10, 2001).

Após a delimitação da pesquisa, os resultados obtidos através dos critérios foram de 17 crianças e adolescentes com idade entre 06 e 14 anos, provenientes dessa região, ou seja, 100% dos que apresentam Laudo-Diagnóstico de Deficiência Mental, conforme dados citados anteriormente.

Os encaminhamentos mais demandados na área da saúde (considerando as 414 avaliações) foram: Serviço de Atendimento Especializado – SAESP – atendimentos clínicos e reabilitatórios – Fonoaudiologia, Equoterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia (individual e extensivo à família), Neurologista (sistemático), Otorrinolaringologia, Audiologia, Ortodontia, Oftalmologia, Ortopedia, Fisioterapia, Psicopedagogia, Endocrinologia.

Os encaminhamentos mais demandados na área da educação (considerando as 414 avaliações) foram: Ensino Regular, Serviço de Atendimento Educacional Especializado - SAEDE, 2º professor, Recursos da Comunidade.

Uma das técnicas de coleta de dados voltadas para a pesquisa foi a entrevista semi-estruturada com as famílias⁴². Além da indisponibilidade de tempo necessário ao qual a pesquisa merecia, alguns empecilhos surgiram durante a busca pelas entrevistas. Os dados de três famílias não correspondiam aos fornecidos ao CENAE. Também não foi possível contatar 07 famílias que encontravam-se indisponíveis. Duas famílias não concordaram em participar da pesquisa. E uma família mudou-se para outro Estado.

As dificuldades nos limitaram a entrevistar unicamente 04 famílias. Assim, foi possível obter os seguintes resultados, em que cada família entrevistada apontou dados diferentes, conforme relatado a seguir.

⁴⁰ A 18ª GERED abrange 13 Municípios, a saber: Águas Mornas; Angelina; Anitápolis; Antônio Carlos; Biguaçu; Florianópolis; Governador Celso Ramos; Palhoça; Rancho Queimado; Santo Amaro da Imperatriz; São Bonifácio; São José; São Pedro de Alcântara.

⁴¹ Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, “é considerada criança a pessoa até dezoito anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990, Lei nº8.069).

⁴² Objetivamos também realizar entrevista com a Integradora de Educação Especial e Diversidade responsável pelos encaminhamentos originários da Fundação Catarinense de Educação Especial, mas devido a indisponibilidade do prazo de tempo ao qual merecia este trabalho, não foi possível realizá-la.

4.3 Análise dos dados junto aos usuários entrevistados

A primeira família entrevistada recebeu os seguintes encaminhamentos: Frequentar Ensino Regular; Frequentar Serviço de Atendimento Educacional Especializado – Deficiência Mental; Acompanhamento fonoaudiológico e psicológico (extensivo à família). A família realizou todos atendimentos na área da educação. Na área da saúde, não efetivou o acompanhamento psicológico, devido à falta de vaga na rede pública de atendimento. A família aguarda atendimento na fila de espera desde 2007.

Neste caso, a família obteve acesso ao direito à educação, tanto a nível escolar comum como de Educação Especial. Um dado importante a ser mencionado aqui, diz respeito à proximidade residencial da família à escola. Conforme relatos, este fator contribuiu para o ingresso no ensino. Como o direito à educação foi efetivado, espera-se que o mesmo tenha sido executado com vistas ao desenvolvimento de novas relações e vínculos sociais da criança, bem como ao estímulo de suas potencialidades.

No que se refere à saúde, vimos que o direito à mesma foi violado em virtude da falta de vaga na rede pública de atendimentos à saúde. Desta forma, a criança e sua família foram privadas de acessar o direito inalienável à saúde, conforme garantido em Lei. O motivo que levou a não execução do acesso à saúde, foi o fato de não haver um quadro de profissionais da saúde suficiente na rede de atendimento público, via Sistema Único de Saúde, para absorver a demanda existente. Isto, ocasiona imensas listas e filas de espera para atendimento, principalmente na área da psicologia, especialidade tão requisitada nos dias atuais.

A segunda família entrevistada recebeu os seguintes encaminhamentos: Permanecer no Ensino Regular; Frequentar Serviço de Atendimento Educacional Especializado – Deficiência Mental; Acompanhamento neurológico; Avaliação fonoaudiológica, via comunidade. A família não conseguiu atendimento no Serviço de Atendimento Educacional Especializado – Deficiência Mental, por conta da questão do zoneamento. Na área da saúde, efetivou todos encaminhamentos sugeridos, embora tenham afirmado que houve morosidade para sua execução.

No caso dessa família, o direito a saúde foi executado, garantindo-se, dessa forma, o previsto em Lei. A questão da morosidade para os atendimentos também é reflexo da insuficiência de profissionais na área da saúde, conforme citado anteriormente.

Relativo ao direito à educação, o mesmo foi executado parcialmente, pois a criança permanece no sistema regular de ensino, mas não ingressou na educação especializada. Conforme afirmou a família, em entrevista, a questão do zoneamento interferiu para a efetivação dessa modalidade de ensino. Cabe relatar, que a família desejava que o atendimento educacional especializado fosse desenvolvido em uma instituição de ensino pertencente, legislativamente, à uma região que não a sua. A justificativa da família em relação à essa decisão, foi devida ao fato de que, supostamente, neste sistema educacional, o ensino tem por base a dimensão qualidade. Como o ingresso na referida instituição não foi viabilizado, a família não inseriu a criança no sistema de educação especializado, sob o senso comum de que outras instituições não são qualificadas no quesito que desejava a família: a dimensão qualidade.

A terceira família entrevistada recebeu os seguintes encaminhamentos: Frequentar Ensino Regular; Frequentar Serviços de Atendimento Educacional Especializado – Deficiência Mental; Acompanhamento psicodagógico, fonoaudiológico, neurológico e outros atendimentos clínicos. A família realizou todos os encaminhamentos na área da saúde e educação. Em entrevista, a família demonstrou satisfação quanto aos atendimentos, uma vez que afirmou ter encontrado facilidade no acesso aos direitos à saúde e educação.

Felizmente, essa família obteve sucesso no acesso aos direitos à saúde e educação e, o que nos parece positivo e animador, este acesso se deu sob a forma de direito e acessibilidade desejada pelo cidadão e conforme o que prevê as legislações, bem como todo o movimento em busca da Inclusão Social e Acessibilidade da pessoa com Deficiência nos sistemas sociais. Assim, podemos compreender este caso como reflexo de avanço no sentido das políticas sociais voltadas à saúde e educação e, que o engajamento para a ampliação dos mesmos não é mera utopia.

A quarta família entrevistada recebeu os seguintes encaminhamentos: Permanecer no Ensino Regular; frequentar Serviço de Atendimento Educacional Especializado – Deficiência Mental; Acompanhamento de segundo professor em Turma; Acompanhamentos clínicos nas áreas de neurologia, oftalmologia e ortopedia. A família realizou todos os encaminhamentos

sugeridos, pois dispõe convênio médico e acesso à rede privada de ensino. Em entrevista, a família afirmou que “se empenhou economicamente para adquirir plano privado de saúde e educação, pois, se dependessem unicamente do Sistema Único de Saúde, talvez não os tivesse realizado” – SIC/sir.

Nesse caso, os direitos à saúde e educação foram acessados e, conforme mencionado pela família, transcorreu na perspectiva mesmo da dimensão qualidade. Para o que nos interessa analisar, cabe verificar que o direito foi viabilizado por meio do sistema privado e não através da rede pública de atendimento à saúde e educação, no sentido ao qual este trabalho se propôs a analisar. Dessa forma, o exemplo deste caso nos serve de parâmetro para compreendermos a questão, mais uma vez, da falta de suporte das redes de atendimento à saúde e educação do Município de São José.

Assim, com base no exposto até aqui trabalhado, percebemos que estas questões são reflexos de uma estrutura complexa maior, em que o Estado, enquanto provedor na área da saúde e educação, se minimiza em suas obrigações, lançando-as sobre o indivíduo e a sociedade, de forma que perpetua toda lógica neoliberal contemporânea, como traremos nas considerações a seguir.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a questão da Deficiência enquanto construção histórica, permite entender a trajetória de preconceito e violência, pelos quais as pessoas com Deficiência foram submetidas ao longo dos tempos e, infelizmente, o são até os dias atuais. Também, compreendemos que a luta incessante pela Inclusão Social desses sujeitos vem sendo engendrada paulatinamente, se refletindo através da legislação e do esforço por uma mudança em sociedade, com vistas à aceitação da diversidade.

A Inclusão Social da pessoa com Deficiência na sociedade, requer a compreensão sob o prisma, de que forma esta Inclusão está se efetivando e, de que forma o seu acesso aos direitos estão se gerindo. Pode-se perceber, que a Inclusão Social das pessoas com

Deficiência depende do seu reconhecimento enquanto pessoas, que apresentam necessidades especiais geradoras de direitos específicos, cuja proteção e exercício dependem do cumprimento dos Direitos Humanos fundamentais.

Considerando a inclusão no sistema de ensino, cabe observar que os muitos obstáculos, como a ausência de vagas para crianças com Deficiência no sistema de educação especializada, formação insuficiente de professores da sala regular, condições precárias das escolas, inadequação do material didático e pedagógico, “indiferença” dos educadores e “desconhecimento” quanto às condições perceptivas dessas crianças, colocam-se como limitadores à Inclusão entendida no aspecto que preconizam as legislações.

Além disso, com base no que visualizamos da realidade, muitos educadores não se perceberam como agentes de mudança em direção à Inclusão, mas como expectadores que dependem de fatores externos, como por exemplo, vontade política, financiamento da educação e formação para atuar com crianças com necessidades educacionais especiais. Há também, falta de escuta e acolhida dos pais e crianças com Deficiência, de reflexões sobre as atitudes, posturas e adequação da prática pedagógica para o atendimento das necessidades educacionais especiais.

A participação da família da pessoa com Deficiência é decisiva no processo de Inclusão e indispensável para um construir-se pessoal e participante da sociedade. A escola, em conjunto com a família, deverá implementar as melhores estratégias de ensino-aprendizagem para que o aluno com Deficiência dela se beneficie e nela permaneça.

Pois, a inclusão das pessoas com Deficiência é um processo que requer, para sua consolidação, a concorrência de múltiplos esforços e a participação de todos os segmentos da sociedade de forma que se crie uma consciência social. Isto é de extrema importância para que o processo de inclusão se efetive de maneira que os indivíduos se beneficiem e busquem a emancipação e a cidadania.

Através da dificuldade de acesso à saúde com vistas à dimensão de qualidade, podemos visualizar a mercantilização e privatização do sistema público de saúde. A falta de apoio governamental e o desinteresse das Prefeituras em assumir suas responsabilidades enquanto provedores nas áreas da saúde e educação nos permitem entender, como afirma Cavalheiro (2000), que “qualquer análise sobre a situação das políticas sociais, e em especial da saúde, não pode descuidar o fato de que o setor que mais favorece a acumulação, nos dias

atuais, é o setor terciário da economia, sendo a saúde a área de maior dinamismo nesse processo” (CAVALHEIRO, 2000, p. 31). Além disso, visualizamos também, como vem crescendo o número de estabelecimentos, lojas e setores especializados na comercialização de artigos e equipamentos ortopédicos e fisioterápicos.

Nesse sentido, considerando a ausência do Estado em suas obrigações, Montañó (1999) diz que:

Se por um lado o Estado tem de “prover serviços que o mercado não pode fornecer”, ou, em outros termos, prover serviços e assistência (marginais) para as populações carentes que não podem obtê-los no mercado, como forma de evitar um aumento dos conflitos sociais, por outro o neoliberalismo quer um “Estado mínimo”, “sem interferir na economia” e na vida social das pessoas – o que significaria coartar a “liberdade individual” –, pretendendo assim, um Estado fundamentalmente como organização política, cuja função seja a de garantir a “liberdade” no mercado, e apenas a *política formal* (que canaliza, regimenta, encobre e diminui os impactos dos conflitos sociais, especialmente as lutas de classes), para além dos serviços sociais marginais, na órbita estatal (MONTAÑO, 1999, p. 59).

Braga e Silva (2001, p. 33), reforçam afirmando que “diz-se indevidamente, do imperativo macroeconômico de controle das despesas nacionais com a função da saúde como se fosse uma ‘naturalidade’ impostas pelas ‘leis econômicas’. Se há uma certa ‘crise do modelo administrativo burocrático’, e isso parece que sim, como entendê-la sem cair naquilo que é o senso comum – a congênita ineficiência estatal? [...] Cabe lembrar que a cultura que se fala é a cultura da mercantiliação” (BRAGA; SILVA, 2001, p. 33).

Nesse sentido, compreendemos que vivemos na fase de um sistema cada vez mais perverso, em que prioriza, acima de tudo, a acumulação do capital e mais valia, em detrimento do acesso, com qualidade, à saúde e educação da pessoa com Deficiência.

Dessa forma, para ir ao encontro ao que está posto, cabe ao assistente social estar atento à leitura precisa da realidade sem perder de vista a questão social⁴³ como pano de fundo. Assim, cabe ressaltar que é de fundamental importância o profissional dispor de um referencial teórico crítico para a interpretação social da realidade a fim de analisar fatores passíveis de intervenção, no sentido de emancipação e autonomia socioeconômica dos indivíduos, pois segundo Iamamoto (1998) “as bases teórico-metodológicas são recursos essenciais que o assistente social aciona para exercer o seu trabalho: contribui para iluminar a leitura da realidade e imprimir rumos à ação, ao mesmo tempo em que a molda”. (IAMAMOTO, 1998, p. 63).

⁴³ Ver YAZBECK, 2004; NETTO, 2004.

Nesse sentido, a atuação do Serviço Social enquanto trabalho qualificado no que diz respeito aos encaminhamentos é fundamental, pois visam à inserção do usuário na vida social e comunitária. Pois, dessa forma, as escolas e a família a qual o usuário está vinculado, são orientadas com intuito de fortalecer as relações de convívio da pessoa com deficiência. Por isso, se faz necessário buscar todos os recursos e benefícios existentes, até que se esgotem, para atender os direitos do usuário que chega ao Serviço Social e buscar novas estratégias de respostas que atendam às questões emergentes.

Assim, compreende-se que o profissional de Serviço Social deve estar também capacitado para criar e executar programas e projetos que busquem atender essas necessidades emergentes que chegam ao Serviço Social, pois o Assistente Social é um trabalhador qualificado que detecta na realidade “tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas pelo profissional, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho” (IAMAMOTO, 1998, p. 68).

Isso tudo, sem cair no messianismo e sem perder de vista que o Serviço Social passou a ser requisitado para atender as múltiplas expressões da questão social no sentido de atenuá-las, e que, o Assistente Social, enquanto trabalhador inserido na divisão sócio-técnica do trabalho – sujeito também às mesmas lógicas mercantis – é chamado para subsidiar meios de remediar as consequências da questão social, junto ao Estado através de políticas socioassistenciais, e à sociedade, através de programas e projetos sociais.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (Orgs) **Gestão de Serviços de Saúde Descentralização/Municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC. ABRASCO, 1995.

AMIRALIAN, Maria L. T. et. al. Conceituando deficiência. **Revista Saúde Pública, Secretariado Nacional de Reabilitação**, 2000. 34 (1):97 – 3. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 15 maio 2009.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Inclusão Social e Municipalização. In. E. J. MANZINI (Org.) **Educação Especial: Temas Atuais**. UNESP. Marília – Publicações, 2001.

BIANCHETTI, Lucídio. Um olhar sobre a diferença as múltiplas maneiras de olhar e ser olhado e suas decorrências. **Revista Brasileira de Educação Especial**, nº 8, p.1-8, entre 1995 e 2005.

BOCK, A. M. B., FURTADO, O. e TEIXEIRA, M. De L. **Psicologias**. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. **Resolução CNE/CEB nº 2, de 11 de Setembro de 2001**. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. CNE. Diário Oficial da União. Brasília Brasília, Mimeo, 2001.

_____. **Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência**, 14 de Setembro de 2001

_____. **Decreto nº 3.076, de 01 de junho de 1999**. Cria, no âmbito do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência – CONADE, e dá outras providências.

_____. **Decreto nº 3.298/99, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999. Mimeo.

_____. **Decreto nº 3.952, de 04 de outubro de 2001**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD.

_____. **Decreto nº 5. 296 - Acessibilidade 2004**. Brasília, 2004. Mimeo.

_____. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes e dá outras providências. Brasília, 1989. Mimeo.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, Mimeo, 1996.

_____. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Estabelece normas e critérios básicos para a Promoção da Acessibilidade das Pessoas Portadoras de Deficiência ou com Mobilidade Reduzida.

_____. Ministério da Educação. **Direito à Educação. Subsídios para a gestão dos sistemas educacionais: Orientações gerais e marcos legais /** organização e coordenação Marlene de Oliveira Gotti... et. al. _ Brasília: MEC, SEEP, 2004.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** LDB 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

_____. Ministério da Educação. **Saberes e práticas da inclusão. Estratégias para a educação de alunos com necessidades especiais.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2003.

_____. SEESP/MEC. **Educação inclusiva: a fundamentação filosófica.** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2004, v. 1.

BRASÍLIA. **Educação Inclusiva: Atendimento Educacional Especializado para a Deficiência Mental.** Ministério da Educação e Cultura, Secretaria de Educação Especial, Brasília 2005.

CARLO, Marysia M. **Se essa casa fosse nossa**[S. l. : s. n.]

CARVALHO, M. C. B. de. A priorização da família na agenda da política social. In: CARVALHO, M. C. B. (org.). **A família contemporânea em debate.** São Paulo: EDUC, 1995.

CARVALHO E. N. S. & MACIEL D. M. A. **Nova concepção de Deficiência Mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002.** Temas em Psicologia da SBP, 2003, Vol. 11, nº. 2, p. 147– 156.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. CID – 10. **Critérios Diagnósticos para Pesquisa** / Organização Mundial de saúde; trad.: Lúcia Domingues; - Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS DE VIENA, 1993

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA. **Resolução nº 112, de 12 de dezembro de 2006**. Fixa normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Educação de Santa Catarina.

DA ROS, M. A. ; COELHO, E. B. S.; PEREIRA, M. J. L. **Da Proposta à Ação: Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC**. Editora da UFSC, 2004.

LIMA, Eliete. A família em questão. In: **A proteção social no âmbito da família: Um estudo sobre famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. UFSC, 2006. p. 9-43.

FARIAS, N. & BUCHALLA, C. M. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: conceitos, usos e perspectivas**. Rev. Bras. Epidemiol. 2005; 8(2): 187-93.

FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. **Programa Pedagógico**. São José, Dezembro de 2007.

GIL Marta. Deficiência Mental e Inclusão Social. **Espaço de inclusão PGM 2: Série Saci**. 2002. Disponível em: www.saci.org.br. Acesso em: 15 maio 2009.

LANGDON, E. J. **O conceito de cultura**. (mimeo) sl, sd.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Diretrizes e Parâmetros curriculares nacionais e a Educação Especial: inclusão ou exclusão da diversidade? In: **Formação do educador e a avaliação educacional**. São Paulo, Editora UNESP, 1999.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Perspectivas para a construção da escola inclusiva no Brasil. In: PALHARES, M. S.; MARINS, S. (Orgs.). **Escola Inclusiva**. São Carlos: EdUFSCar, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. A crisada saúde e as reformas do setor. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda para a Saúde**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 1999. P. 15-55.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social. Contribuição para o debate. In: **Serviço Social & Sociedade n.º 57**. São Paulo: Cortez, 1997. P. 114-130.

_____. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar: In: SALES, A. (org.) **Política Social, família e Juventude. Uma questão de direitos**. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 43-59.

MONTAÑO, Carlos. Das “lógicas do Estado” às “lógicas da sociedade civil”: Estado e terceiro setor em questão. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n.º 59, ano XX, mar, 1999. p. 47-79.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a Propósito da “Questão Social”. **Temporalis Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. 2 ed. Ano 2, n. 3 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia 2004.

OPAS, OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a revisão (CID-10), vol.1. 8a ed. São Paulo: Editora da USP; 2000.

[OMS] ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

RIBEIRO, Valéria Cristina Gomes. O direito à inclusão social das pessoas portadoras de deficiência: um caminho para o exercício da democracia. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 53, jan. 2002. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=2546>. Acesso em: 11 jun. 2009.

ROSS, Paulo Ricardo. **Deficiência uma questão natural ou social**. Editora da UFPR Educar, Curitiba, n.º 10, 1995.

SÁNCHEZ VÁZQUEZ, A. **Ética**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1970.

SANTA CATARINA. **Constituição do Estado de Santa Catarina**. Florianópolis: Assembléia Legislativa/IOESC, 1989.

_____. **Decreto nº. 251 de 03 de agosto de 1995.** Aprova a Pensão Especial Estadual a Pessoa Com Deficiência.

_____. **Decreto nº 3.623, de 23 de dezembro de 1998.** Aprova o Estatuto Social da Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE.

_____. **Decreto nº 3.624, de 23 de dezembro de 1998.** Aprova o Regimento Interno da Fundação Catarinense de Educação Especial - FCEE.

_____. Fundação Catarinense de Educação Especial. **Centro de Avaliação e Encaminhamento:** Caderno Técnico. Mimeo. São José: FCEE, 2005.

_____. **Lei nº. 8.899, de 29 de junho de 1994.** Trata do Benefício da Gratuidade do Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros.

_____. **Lei Complementar nº. 381, de 07 de maio de 2007.** Artigo 97 – Trata dos objetivos da Fundação Catarinense de Educação Especial – FCEE.

_____. Secretaria da Educação e do Desporto. **Fundação Catarinense de Educação Especial.** São José: FCEE, 2004.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SASSAKI, Romeu kazumi. **A inclusão precisa sair do papel.** Revista Autonomia, Maio de 2004. Disponível em www.entreamigos.com.br/Semimagem/textos/xdocentes/xnormas.htm. Acesso em: 15 maio 2009.

SASSAKI, Romeu kazumi. Atualizações Semânticas na Inclusão de Pessoas: Deficiência Mental ou Intelectual? Doença ou Transtorno Mental? Artigo publicado na **Revista Nacional de Reabilitação**, ano IX, nº 43, Março/Abril de 2005, p 9 -10.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Deficiência Mental ou Deficiência Intelectual. s.l., **Revista Nacional de Reabilitação**, dez. 2004.

SILVA, Otto Marques da. **A Epopéia Ignorada – A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e Hoje.** São Paulo – CEDAS, 1987.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**, in Veras, M.P.B. (ed.e org.) Por uma sociologia da exclusão social - O debate com Serge Paugam. Educ.SP, 1999, p. 126-138.

VIGOTSKI, L. S. **A Formação Social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores** / L. S. Vigotski, [organizadores Michael Cole ...et. al.; tradução José Cipolla Neto. – 5ª ed.] – São Paulo: Martins Fontes, 1994.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

YASBEK, M.C. **Classes subalternas e assistência social**. Cortez Ed.SP,1993.

YAZBECK, M. C. Pobreza e exclusão social: Expressões da questão social no Brasil. **Temporalis Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. 2 ed. Ano 2, n. 3 (jan/jul. 2001). Brasília: ABEPSS, Gráfica Odisséia 2004.

APÊNDICES

Apêndice A – Carta de Apresentação

Carta de apresentação

Prezado (a) senhor (a)

Solicito de Vossa Senhoria a participação na entrevista que trata de questões referentes as condições que as pessoas com Deficiência possuem para terem acesso à Rede Pública de Atendimento nas áreas da Saúde e Educação. Esta pesquisa tem o objetivo de colher dados que identifiquem a realidade vivida por estes sujeitos no Município de São José a fim de contribuir com o Trabalho de Conclusão de Curso na área de Serviço Social, trabalho este que possa evidenciar a ausência da garantia das necessidades especiais e a obrigação de se garantir condições para que estes sujeitos tenham acesso à Saúde e Educação sem sofrerem restrições. As questões da referida entrevista terão como norte o seguinte objeto de pesquisa: “Como se dá o acesso das pessoas com Deficiência à Rede Pública de Atendimento nas áreas da Saúde e Educação do Município de São José?”.

Tendo em vista a importância da contribuição para a referida entrevista espero sua colaboração garantindo, para isso, o anonimato de nomes, bem como a devolução dos dados através da apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso.

Na oportunidade, espera-se contar com sua valiosa colaboração e antecipo o meu mais sincero agradecimento.

Observação: Você será livre para decidir se poderão ou não, serem apresentados os dados referentes à idade e grau de Deficiência. Se tais dados poderão ser apresentados assine ao lado, por favor. Ass: _____

Atenciosamente,

Joquebéde Silva Antunes - Acadêmica de Serviço Social

Assinatura da entrevistadora

Assinatura do entrevistado

Data da entrevista: __/__/____

Apêndice B: Roteiro de Entrevista

IDADE

() Anos e () Meses

LAUDO-DIAGNÓSTICO

- () Deficiência Mental Leve
- () Deficiência Mental Moderada
- () Deficiência Mental Severa
- () Deficiência Mental Profunda

ENCAMINHAMENTOS SUGERIDOS

- () Centro de Atendimento Educacional Especializado – CAESP: _____
- () Serviço de Atendimento Educacional Especializado - DM
- () APAE
- () Ensino Regular
- () Recurso da Comunidade
- () Segundo Professor em Turma
- () Conselho Tutelar
- () PET
- () IATEL
- () Cidade da Criança
- () Sentinela
- () Apoio Pedagógico
- () Serviço de Atendimento Especializado – SAESP: _____
- () Cardiologia
- () Psicologia
- () Psiquiatria
- () Fonoaudiologia
- () Neurologia
- () Odontologia
- () Ortodontia
- () Audiologia
- () Oftalmologia
- () Endocrinologia
- () Ortopedia
- () Fisioterapia
- () Ginecologia
- () Pedagogia
- () Nutricionista
- () Serviço Social
- () Terapeuta Ocupacional
- () Otorrinolaringologia
- () Geneticista
- () Pediatria
- () Implante Coclear
- () AASI
- () Próteses: _____
- () Outros: _____

REDE DE ATENDIMENTO PROCURADA

- () Posto de Saúde
- () Hospital: _____
- () Prefeitura
- () Secretaria Municipal: _____
- () APAE

- () Univeridade: _____
 () Recursos da Comunidade
 () Outros: _____

1. ATENDIMENTOS REALIZADOS

2. ATENDIMENTOS NÃO REALIZADOS

- () Centro de Atendimento Educacional Especializado – CAESP: _____
 () Serviço de Atendimento Educacional Especializado - DM
 () APAE
 () Ensino Regular
 () Recurso da Comunidade
 () Segundo Professor em Turma
 () Conselho Tutelar
 () PET
 () IATEL
 () Cidade da Criança
 () Sentinela
 () Apoio Pedagógico
 () Serviço de Atendimento Especializado – SAESP: _____
 () Cardiologia
 () Psicologia
 () Psiquiatria
 () Fonoaudiologia
 () Neurologia
 () Odontologia
 () Ortodontia
 () Audiologia
 () Oftalmologia
 () Endocrinologia
 () Ortopedia
 () Fisioterapia
 () Ginecologia
 () Pedagogia
 () Nutricionista
 () Serviço Social
 () Terapeuta Ocupacional
 () Otorrinolaringologia
 () Geneticista
 () Pediatria
 () Implante Coclear
 () AASI
 () Próteses: _____
 () Outros: _____

JUSTIFICATIVA (ATENDIMENTOS NÃO REALIZADOS) _____

ANEXOS

Anexo A: FLUXOGRAMA FCEE



