

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC
CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - CEAD
ESPECIALIZAÇÃO EM FUNDAMENTOS CURRICULARES DE
EDUCAÇÃO INCLUSIVA**

RICARDO DE ALMEIDA PIMENTA

**PRINCIPAIS BARREIRAS FÍSICAS E ATITUDINAIS PARA A PRÁTICA
DE ATIVIDADES ESPORTIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
VISUAL**

FLORIANÓPOLIS, 2010

RICARDO DE ALMEIDA PIMENTA

**PRINCIPAIS BARREIRAS FÍSICAS E ATITUDINAIS PARA A PRÁTICA
DE ATIVIDADES ESPORTIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
VISUAL**

Monografia apresentada como requisito
parcial para a obtenção do título de
especialista em Fundamentos
Curriculares da Educação Inclusiva

Orientadora: Solange Cristina da Silva

FLORIANÓPOLIS, 2010

RICARDO DE ALMEIDA PIMENTA

**PRINCIPAIS BARREIRAS FÍSICAS E ATITUDINAIS PARA A PRÁTICA
DE ATIVIDADES ESPORTIVAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
VISUAL**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Fundamentos Curriculares de Educação Inclusiva

Banca Examinadora

Orientadora:

Profa. Ms. Solange Cristina da Silva
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Membros:

Profa. Ms. Rose Clér Estivaleta Beche
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Profa. Ms. Ligia Maria Soufen Tumolo
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

Florianópolis, 2010

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar (sempre!) agradeço aos meus pais e minha família. Estão sempre fazendo o possível e o impossível para me apoiar.

Agradeço também a UDESC e o CEAD, assim como os professores e profissionais envolvidos, pela oportunidade da especialização que muito contribuiu para minha formação e atuação profissional.

A Professora Solange por acreditar no trabalho, pela orientação, amizade, paciência e bom humor.

A Carol pela paciência gigante e todo amor e carinho dedicado em mais essa conquista.

A Professora Sonia Melo e a Sonia Wenzel.

Ao Roberto e Marcos e todas as minhas colegas de aula. Adorei o convívio com todos.

Todas as pessoas envolvidas nessa conquista. Agradeço de coração!

Nem toda palavra é, aquilo que o dicionário diz.
Nem todo pedaço de pedra se parece com tijolo ou
com pedra de giz. Tem motivo para viver de novo.
Tem o novo que quer ter motivo. Tem aquele que
parece feio, mas o coração nos diz que é o mais
bonito. E o mundo é perfeito.

Fernando Anitelli - O Teatro Mágico

RESUMO

PIMENTA, Ricardo de Almeida. **Principais barreiras físicas e atitudinais para a prática de atividades esportivas de pessoas com deficiência visual.** 2010. 58 f. Monografia (Especialização em Fundamentos da Educação Inclusiva) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Educação a Distância. Florianópolis, 2010.

Durante muito tempo as pessoas com deficiência ficaram sob a tutela de instituições especiais, porém nos últimos anos, haja vista o processo de inclusão essas pessoas buscam sair e se inserir nos diversos espaços sociais. As leis defendem a acessibilidade desse grupo, mas a realidade vivida por eles ainda apresenta algumas barreiras na sua vida cotidiana, incluindo assim a participação e prática em atividades físicas e esportivas. Diante desse contexto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica objetivando recolher informações e/ou conhecimentos prévios sobre as principais barreiras físicas e atitudinais encontradas para a prática de atividades físicas e esportivas de pessoas com deficiência visual, sendo feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas. Nesse sentido, foram destacadas as principais barreiras físicas e atitudinais encontradas, podendo concluir que a participação em atividades físicas para pessoas com deficiência visual apesar de defendida pelas leis e movimentos internacionais que estão na direção da igualdade de oportunidades e direitos para a participação plena em todos os âmbitos da sociedade, ainda encontra diversas barreiras que podem se tornar fatores limitantes determinantes para essa participação. Faz-se necessário o cumprimento dos direitos garantidos por lei no que se refere a acessibilidade para maior oportunidade de participação esportiva e de lazer em busca de uma melhor qualidade de vida e participação integral dessas pessoas nessa âmbito da sociedade.

Palavras-chave: Acessibilidade, Deficiência Visual, Atividades Física Adaptada.

ABSTRACT

PIMENTA, Ricardo de Almeida. **Main physical and attitudinal barriers to the practice of sports and physical activities for people with visual impairments.** 2010. 58 f. Monograph (Especialização em Fundamentos da Educação Inclusiva) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Educação a Distância. Florianópolis, 2010.

For a long time people with disabilities were under the tutelage of special institutions, but in recent years due to the inclusion process, they are trying to go out and insert themselves into various social spaces. Accessibility is favoured by laws, but the reality experienced by them still has some barriers in their everyday life, including the involvement and practice in physical activities and sports. Given this context, was performed a literature search aimed to collect information and / or prior knowledge about the main physical barriers and attitudinal found for physical activity and sports for people with visual impairments, being made from a survey of theoretical references already analyzed and published. So, it was showed the main physical and attitudinal barriers encountered, and may conclude that participation in physical activities for people with visual impairments despite supported by laws and international movements that are in the direction of equal rights and opportunities for full participation in all spheres of society, still faces several barriers that may become limiting factors and be determining to the participation. It is necessary to the fulfillment of the rights guaranteed by law regarding accessibility for greater opportunity for participation in sport and leisure in search of a better quality of life and full participation of those people in this part of society.

Keywords: Accessibility, Visual Impairment, Adapted Physical Activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma de Revisão de Literatura	15
Figura 2: Causas Congênitas	28
Figura 3: Causas Adquiridas	29
Tabela 1: Concepções de crianças e adolescentes com deficiência física de sua participação em um programa desportivo em relação a categorias e alcance.....	35
Tabela 2: Fatores que podem influenciar para caminhadas por lazer	43
Quadro 1: “Tabela de Restrições dos Usuários”	46
Figura 4. Bicicleta para pessoas com deficiência visual.....	50
Figura 5. Treino de goalball.....	51

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.2 OBJETIVO	Erro! Indicador não definido.
1.3 METODOLOGIA	Erro! Indicador não definido.
2 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL	Erro! Indicador não definido.
2.1 DIFERENTES OLHARES SOBRE A DEFICIÊNCIA	Erro! Indicador não
definido.	
2.2 DEFICIÊNCIA VISUAL.....	Erro! Indicador não definido.
2.3 POSSÍVEIS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA VISUAL	Erro! Indicador não
definido.	
2.4 ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
VISUAL	Erro! Indicador não definido.
3 ACESSIBILIDADE	Erro! Indicador não definido.
3.1 CONCEITUANDO ACESSIBILIDADE.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 BARREIRAS FÍSICAS E ATITUDINAIS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES	
FÍSICAS.....	Erro! Indicador não definido.
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Erro! Indicador não definido.

1 INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência, durante muito tempo, viveram sob a tutela de instituições, especialistas e familiares que os tratavam como alvo de caridade. Ainda nos dias atuais, quando se fala em pessoas com deficiência, muito se associa a pessoa dependente, incapaz e isolado da sociedade.

Situação que inicia-se decorrente do pós-guerra que, segundo Teixeira (2006), criou uma situação de emergência no que se refere à construção de centros de reabilitação e treinamento. Como complemento, a falta de informação e conhecimentos mais precisos sobre as pessoas com deficiência acabou causando durante algum tempo a exclusão social e perda das atividades sociais, recreativas, e até de vida diária. Acreditava-se que esta ausência de oportunidades de práticas esportivas, recreativas e de socialização se dê, em parte, pelas características apresentadas pelas pessoas com deficiência que os impedem ou os limitam de participar da maior parte dos programas de atividades físicas regulares, requerendo propostas diferenciadas (ZUCHETTO, 2007).

Porém, a tendência do novo milênio parece ser a de derrubar barreiras, sobrepor preconceitos ou desinformações. Cada vez mais instrumentos legais têm sido criados com o intuito de oferecer oportunidades indistintas de acesso, independente de possíveis restrições motoras, sensoriais ou intelectuais.

Atualmente, entende-se o fato de não se poder, nunca, prever limites para o desenvolvimento nem classificar pessoas. Caminha-se assim, em uma direção de igualdade de oportunidades e tratamentos. Para isso, muitas iniciativas governamentais ou de outras instituições foram criadas, das quais Gai e Naujorks (2006) destacam a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, ocorrida em 1990, em Jomtien, na Tailândia; a Declaração de Salamanca (1994); a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº9394/96; a Convenção da Guatemala (1999); o Plano Nacional de Educação, artigo 1º, que institui as Diretrizes Nacionais de Educação Especial na Educação Básica, firmado em 2001 e os últimos documentos promulgados pelo MEC.

Os documentos citados esclarecem que precisa-se prover a equiparação de oportunidades a todos os cidadãos nos diversos sistemas da sociedade e do ambiente. Sasaki (2009, p. 9), aponta que é na década de 90 que começou a ficar

cada vez mais claro que a acessibilidade deverá seguir o paradigma do desenho universal, assim, “os ambientes, os meios de transporte e os utensílios sejam projetados para todos e, portanto, não apenas para pessoas com deficiência”. E, com o advento da fase da inclusão, hoje entendemos que a acessibilidade não é apenas arquitetônica, podendo ocorrer também barreiras atitudinais no dia a dia das pessoas com deficiência.

Não diferente, a história das atividades físicas adaptadas vem se transformando com o tempo, e tentando superar atitudes, comportamentos e visões estigmatizadas, caracterizada pela mudança de um modelo médico, onde a preocupação principal era o alívio dos distúrbios, para um modelo educacional e de inclusão social. Tenta-se deixar de lado a visão que acreditava que as pessoas com deficiências teriam melhores resultados caso fossem atendidos por um sistema especial considerando que, em função das limitações, estes não poderiam se engajar irrestritamente, de forma segura e com sucesso, em atividades vigorosas de um programa de educação física convencional.

Porém, não parece suficiente apenas a criação de instrumentos legais que assegurem a igualdade de oportunidades. Como exemplo, Gorgatti (2005) constata que na maioria das vezes, embora o aluno tenha acesso à escola, ele é dispensado das aulas de educação física.

Possibilitar a realização de atividade física adaptada pode contribuir para que esta parcela de cidadãos tenha um ganho significativo no que diz respeito à qualidade de vida e participação ativa na sociedade. Os benefícios da atividade física regular estão estabelecidos e confirmam a importância dos exercícios na manutenção e promoção da saúde global e do bem-estar. Segundo Teixeira (2008), a atividade física para pessoas com deficiência não está preocupada exclusivamente com populações que historicamente vêm sendo denominadas incapaz ou especial. Pelo contrário, a atual ênfase está nas diferenças individuais e interações que afetam a aquisição de um estilo de vida saudável, ativo, com lazer, integração e inclusão.

O carácter educacional da atividade física adaptada proporciona um trabalho que oportunize a esse grupo de pessoas o desenvolvimento e a aprendizagem no que se refere à auto-gestão, a autonomia, ao exercício de seus direitos e deveres de cidadãos, lazer e qualidade de vida.

De acordo com o censo de 2000, (IBGE, 2000), constatou-se que o Brasil possui cerca de 24 milhões de pessoas com pelo menos uma deficiência. Sendo que 16,6 milhões apresentaram deficiência visual, o que, segundo Gorgatti (2008), indicam um significativo aumento na porcentagem de pessoas com deficiência visual, estando essa deficiência na proporção de 1,5/1000, representando 255 mil crianças no Brasil.

Segundo Kirchner e Golfieri (2008), quanto a participação na vida cultural, em recreação, lazer e esporte, destacam que na “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” mencionou-se a necessidade de especial atenção quanto as barreiras físicas, de comunicação e atitudinal que podem impedir ou restringir o desenvolvimento ou a utilização do potencial físico, criativo, artístico ou intelectual dessas pessoas, não somente como espectadores, mas também como protagonistas dessas atividades.

Martson e Golledge (2003) afirmam que a deficiência visual¹ pode restringir ou limitar a participação em atividades externas por causa da falta de acesso a informações e transporte público, assim como sinais e outros facilitadores enquanto deslocam-se, especialmente em áreas desconhecidas.

Almeida e Porto (1999) ao entrevistarem 7 adultos com deficiência visual, destacam algumas reflexões e idéias expressas pelos entrevistados, dentre elas, a atividade física como um componente fundamental para as necessidades motoras, tais como: a locomoção, o equilíbrio, a noção espacial, a conscientização corporal, a agilidade e a amplitude dos movimentos em geral. Estes itens salientados são relacionados com capacidades e habilidades motoras mais comprometidas para o deficiente visual. Os autores ainda se referem a segurança e independência da pessoa com deficiência visual, a importância das atividades físicas no âmbito afetivo e na perspectiva do esporte como meio de profissão, podendo concluir que a atividade motora (e em especial o esporte) contribui significativamente para a vida desses indivíduos, sob diversos aspectos que envolvem o ser humano no seu dia-a-

¹ O entendimento de deficiência visual nesse trabalho tem como base o conceito de Sá, Campos e Silva (2007, p. 15): a deficiência visual é uma limitação sensorial, definida como uma alteração grave ou total de uma ou mais das funções elementares da visão que afeta de modo irremediável a capacidade de perceber cor, tamanho, distância, forma, posição ou movimento em um campo mais ou menos abrangente. Pode ocorrer desde o nascimento (cegueira congênita), ou posteriormente (cegueira adventícia, usualmente conhecida como adquirida) em decorrência de causas orgânicas ou acidentais

dia.

Concordando com o exposto, Diehl (2006), afirma que os espaços de lazer esportivo são um meio de ativar as crianças e jovens cegos para explorarem seu vocabulário corporal, evitando desta forma que estas pessoas se fechem em seu mundo de “barreiras” invisíveis, muitas vezes criadas pela super proteção de seus pais, parentes, amigos, a própria escola, dificultando seu desenvolvimento e sua autonomia. Além do aspecto motor, as atividades esportivas possibilitam momentos de integração social, podendo ampliar o círculo de amizades desses jovens.

O esporte e o lazer podem ter uma importância significativa para o bem-estar e o apoio social de crianças e adolescentes com deficiências. Em um estudo sobre como jovens com deficiências concebiam sua participação em um programa de esportes, Kristén, Patriksson e Fridlund (2002) entrevistaram 20 jovens de 10 a 15 anos. Alguns dos pontos levantados como fatores positivos do esporte pelos jovens com deficiências nas entrevistas foram: fazer novos amigos, aprender novas habilidades, ter o físico mais forte, tornar-se alguém respeitado, experimentar o contato com a natureza e divertir-se. Os autores ressaltaram que a atividade física envolve também, para esses indivíduos, muitos outros fatores positivos, tanto no nível pessoal como social.

Direitos humanos, democracia e acessibilidade são indissolúveis, pois representam o respeito e a valorização da diversidade humana, como instrumento de bem-estar e de desenvolvimento inclusivo. Para ser cidadã ou cidadão, cada pessoa, única e singular, precisa conviver com toda a sociedade e oferecer a todos o seu saber e as suas habilidades, em uma troca de permanente aperfeiçoamento (Brasil, 2005).

Nesse contexto de mudança na perspectiva e objetivos das atividades físicas adaptadas, comecei minha trajetória como bolsista no Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina no Projeto AMA (Atividade Motora Adaptada) e desde então tenho estudado e trabalhado nessa área.

O convívio com os atletas da ACESA (Associação Catarinense de Esportes Adaptados), em especial a equipe de goalball e de natação, me ajudaram a perceber as dificuldades encontradas pelos atletas e também por aqueles que têm interesse em um dia se tornarem pessoas fisicamente ativas para que possam efetivamente participar dessas atividades. Além da dificuldade em manter uma equipe de GoalBall

por exemplo, que dependia da dedicação de alguns bolsistas, professores, técnicos e funcionários da Universidade, mas principalmente do trabalho voluntário dos membros da ACESA, a participação desses atletas pode estar limitada por diversos outros fatores, desde a dificuldade em locomoção de transporte público, acesso aos ginásios e outros ambientes, como também por falta de projetos ou locais que estejam preparados e dispostos a receber esse público.

Entende-se que todas as questões apresentadas apontam para uma tentativa das atividades físicas, assim como de todos os setores da sociedade, em oportunizar a prática por todas as pessoas independente de deficiência. As leis parecem contemplar as necessidades e estabelecer diretrizes para a acessibilidade. Porém, a realidade das pessoas com deficiência visual mostra algumas dificuldades ainda encontradas quanto as barreiras encontradas na sua vida cotidiana. Essa pesquisa justifica-se na medida em que barreiras estão presentes em sua vida diária e existe a necessidade de identificá-las e propor melhores condições de acesso a prática de atividades físicas para essas pessoas.

1.1 OBJETIVO

Identificar na literatura as principais barreiras físicas e atitudinais encontradas para a prática de atividades físicas e esportivas de pessoas com deficiência visual.

1.2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica levantando o conhecimento atual veiculado na literatura especializada mundial (em língua portuguesa e inglesa) sobre o problema de pesquisa apresentado de forma didática. A presente pesquisa bibliográfica procura recolher informações ou conhecimentos prévios sobre as principais barreiras físicas e atitudinais encontradas para a prática de atividades físicas e esportivas de pessoas com deficiência visual, sendo feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos como livros, artigos científicos e revistas especializadas sobre o tema.

Do ponto de vista dos objetivos, Gil apud Silva e Menezes (2001 p. 21) classifica a pesquisa bibliográfica como uma pesquisa exploratória que visa proporcionar maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses.

Pádua (2007) ressalta a importância da identificação e localização das fontes, assim como a definição do tema e de palavras-chave. Para Tomas, Nelson e Silverman (2007) as palavras chave são termos que ajudam a localizar fontes relativas a determinado tópico, sendo objetivo e delimitando a abrangência da pesquisa.

A pesquisa bibliográfica contribuirá segundo Silva e Menezes (2001 p. 38) para: “obter informações sobre a situação atual do tema ou problema pesquisado; conhecer publicações existentes sobre o tema e os aspectos já abordados; verificar opiniões similares e diferentes ao tema ou a aspectos relacionados ao problema de pesquisa”.

Esse estudo foi elaborado a partir de material já publicado constituído de livros, dissertações e artigos científicos de diversos autores. Foram consideradas

também, leis ou dados governamentais, assim como autores ou obras de reconhecida importância para a área estudada. Os materiais foram localizados a partir de palavras-chave, como apresentado na Figura 1:

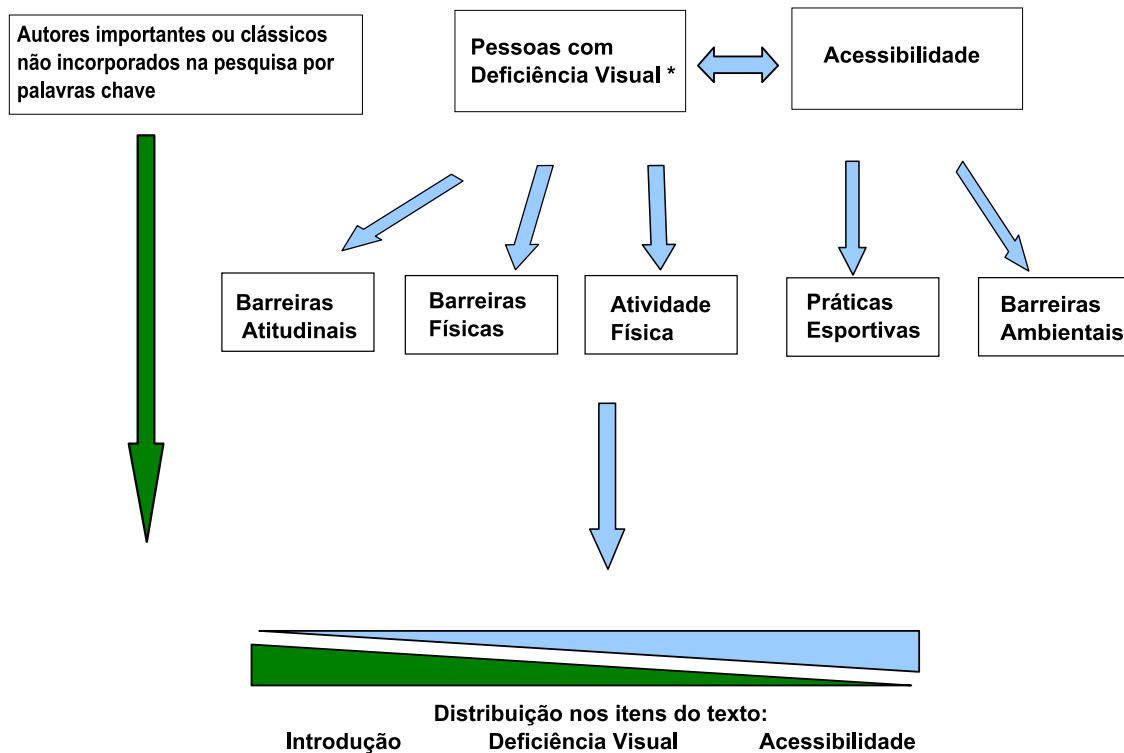


Figura 1: Fluxograma de revisão de Literatura

Os materiais de pesquisa foram selecionados a partir de duas palavras-chave principais: Pessoa com deficiência visual² e Acessibilidade, sendo que a partir dessas, foram consideradas cinco palavras secundárias: atividade física, práticas esportivas, barreiras ambientais, barreiras físicas, barreiras atitudinais. Foram considerados na pesquisa os materiais encontrados que contivessem no título, resumo ou palavras chave pelo menos uma palavra-chave principal e uma secundária associada.

Os autores ou obras de reconhecida importância (em sua maior parte livros) foram mais utilizados na parte introdutória e capítulo inicial, contribuindo para passos fundamentais como levantamentos históricos a definições. Já a pesquisa por palavras chave (maior parte artigos) foi mais utilizadas no capítulo final, abordando

² Foram considerados também outros termos adjacentes como deficiência visual, cegos, pessoa com cegueira, portadores de deficiência visual, que poderiam estar relacionados a uma literatura menos recente, porém de importância para essa pesquisa.

especialmente a atual realidade do problema pesquisado.

Para melhor organização dos materiais encontrados e evitar dispersão e perda de tempo no processo de leitura de textos, Silva e Menezes (2001, p 39) sugerem o levantamento dos aspectos que serão abordados sobre o tema, devendo “elaborar um esquema provisório de sua revisão de literatura, onde listará de forma lógica as abordagens que pretende fazer referentes ao tema ou problema de sua pesquisa”. Assim, essa pesquisa foi desenhada da seguinte maneira:

Tema: Principais barreiras físicas e atitudinais para a prática de atividades esportivas de pessoas com deficiência visual.

Estrutura:

- Deficiência Visual
 - Diferentes olhares sobre a Deficiência;
 - Deficiência visual;
 - Atividades físicas e esportivas para a pessoa com deficiência visual;
- Acessibilidade
 - Conceituando acessibilidade;
 - Barreiras físicas e atitudinais para a prática de atividades físicas e esportivas das pessoas com deficiência visual.

Seguindo o desenho da pesquisa, julga-se necessário nos itens iniciais uma busca por esclarecimento breve dos termos e definições, para que depois os apontamentos possam ser feitos. Assim, no primeiro capítulo busca-se um levantamento histórico sobre a deficiência, baseado especialmente na teoria de Vigotski, e a terminologia (carregada de significados) utilizada ao longo dos anos até os dias atuais para designar as pessoas com deficiência.

2 A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

2.1 DIFERENTES OLHARES SOBRE A DEFICIÊNCIA

A questão das deficiências e da pessoa com deficiência vem sendo amplamente discutida na atualidade, especialmente pela ruptura da aceitação plenamente médica das deficiências (confundida algumas vezes com doença), acrescentando-se um caráter humanitário de entendimento da pessoa como pessoa, antes do olhar para a deficiência. Nesse sentido, Martins (2008 p 28) destaca a importância de salientar “que não se deve colocar a deficiência dentro de uma concepção puramente médica, ficando assim associada à doença. A deficiência não se caracteriza como doença, não devendo, portanto, ser confundida com uma das causas que a podem gerar”.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, texto aprovado no Decreto Legislativo Nº 186, 2008 (BRASIL, 2008, p. 27) apresenta em seu primeiro artigo a definição:

Artigo 1 - Propósito

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Porém, a leitura simples da definição talvez não dimensione a compreensão da deficiência como área de desenvolvimento social e de direitos humanos, conferindo-lhe uma dimensão mais personalizada e social. Martins (2008) afirma que esta concepção traduz a noção de que a pessoa, antes de sua deficiência, é o principal foco a ser observado e valorizado, assim como sua real capacidade de ser o agente ativo de suas escolhas decisões e determinações sobre sua própria vida. Além do mais, a pessoa com deficiência está em interação constante com o meio sócio cultural, atuando e interferindo como sujeito ativo neste contexto, mas também em constante relação com o que o meio oferece de favorável ou desfavorável ao seu desenvolvimento pessoal e social.

Já Andrade e Anjos (2008) ao aproximarem a definição de deficiência da realidade escolar baseado no discurso de professores de sala regular, elaboraram o conceito em três maneiras principais:

Como especificidade de alguns; como característica humana geral; e relacionada com dificuldades de aprendizagem. Quando o conceito de deficiência é descrito como especificidade, é relacionada com apatia, lentidão, isolamento; o aluno é qualificado como “fora do ar”, perdido, esquecido. Quando definida como característica humana geral, mesmo assim se distinguem certos alunos como tendo uma deficiência “mais aguda”. Quando relacionada a dificuldades de aprendizagem, estas aparecem como geradas pelo pouco esforço dos alunos. Isso agrupa alunos deficientes e preguiçosos. (Andrade e Anjos, 2008 p 3)

Acredita-se, portanto, que as deficiências são construídas nas relações sócio-culturais, e assim interiorizadas por seus sujeitos, da mesma maneira que podem ser modificadas e transformadas por meio das constantes produções advindas de interações pessoais e sociais que promovem ou expurgam os preconceitos provenientes de relações que se fundamentam na desqualificação destes mesmos sujeitos (Associação Caminhos para a Vida, 2010). A incapacidade que, segundo Martins (2008) em muito é atribuída à pessoa por conta da deficiência que possui é passível de estigmatizá-la, porém não verdadeiro, ao imputar à pessoa a única e exclusiva responsabilidade para ultrapassar seus limites físicos, sensoriais ou intelectuais. E não atribuindo ao meio social em que a pessoa está em relação, uma responsabilidade inequívoca, ao colocá-la numa situação de maior ou menor desvantagem, por conta de um ambiente mais ou menos favorável a seu desenvolvimento.

Portanto, a pessoa com deficiência, é, antes de mais nada uma pessoa com uma história de vida que lhe confere a realidade de possuir uma deficiência, além de outras experiências de vida como estrutura familiar, contexto sócio-cultural e nível econômico. E esta compreensão devolve à pessoa com deficiência uma posição ativa, que normalmente é desconsiderada social e culturalmente, representando-a com uma mobilidade que lhe é negada, e retirando-a da condição de precisar ser tutelada pela família, pelas instituições e ou pelo Estado (Martins 2008; Associação Caminhos para a Vida, 2010).

Essa concepção nos remete aos estudos da teoria de Vigotski. O autor se

opôs à concepção metodológica muito difundida na época de que a evolução psicológica infantil se dava somente por trilhos biológicos, o que fazia crer que o desenvolvimento já estaria dado desde o início e não restaria, portanto, muito a ser feito. Portanto, sendo regido unicamente por determinantes biológicos, nas crianças com deficiência o desenvolvimento possuía uma natureza completamente diferente daquele verificado nas crianças ditas normais.

Porém, Vigotski buscou compreender o desenvolvimento da pessoa com deficiência a partir dos pressupostos gerais que orientavam a sua concepção do desenvolvimento de pessoas consideradas normais. Desses pressupostos destacou os aspectos qualitativamente diversos desses indivíduos, em virtude, não apenas de suas diferenças orgânicas, mas das peculiaridades de suas relações sociais. Fatores esses que fazem com que a pessoa com deficiência seja, não menos desenvolvidas em determinados aspectos que seus pares, mas um sujeito que se desenvolve de uma outra maneira (GAI e NAUJORKS, 2006)

Importante destacar que Vigotsky entende que a mediação social age de forma a promover modificações nos aparatos orgânicos, num processo que os eleva a patamares qualitativamente superiores. Permite maior domínio e autonomia do sujeito diante de sua realidade social. Contrariando a perspectiva do desenvolvimento tomado como se fosse uma coisa e não como um processo, sendo o que havia de primário era tomado como base e diretriz de tudo o que acontecia de posterior no desenvolvimento da criança, e adotando um ponto de vista dialético, Vigotski vai dizer que:

(...) no hay concepción más errónea e incorrecta que ésta, porque precisamente en el proceso de desarrollo, lo primario, que aparece en la etapa temprana del desarrollo, es “superado” reiteradamente por las nuevas formaciones cualitativas que se originan (VYGOTSKI, 1997, p133).

O destino de tais processos é definido, não apenas pela dimensão orgânica do “defecto” (VIGOTSKI, 1997), mas, sobretudo pela realidade social deste. Isto é, depende da realidade social vivida, desenvolvendo vias alternativas orgânicas de forma dialética.

Vê-se, portanto, que Vigotski coloca em primeiro plano a dimensão da personalidade da criança, que se forma a partir das relações sociais em que participa e que se estabelece nas relações dialéticas entre o biológico e o social, sendo que o desenvolvimento de cada uma dessas dimensões possibilita o desenvolvimento da outra, a partir das formas peculiares com que supera os obstáculos impostos pela realidade biológica. É preciso conhecer a personalidade da pessoa e como ela reage, no seu processo de formação, às limitações colocadas pela sua natureza física (VYGOTSKI, 1997).

Gai e Naujorks (2006) citam ainda que o autor apresentou estudos referentes a surdez e a deficiência visual, mais precisamente, a discussão de que estas deficiências não são simplesmente caracterizadas pela ausência dos sentidos da audição e da visão, respectivamente. São sentidos considerados sociais, pois atuam como mediadores entre indivíduo e sociedade, com importante função na comunicação e na interação das pessoas. Torna-se relevante desmistificar a idéia de que as pessoas deficientes têm outros sentidos super desenvolvidos, pois seus órgãos são biologicamente como os das demais, diferenciam-se apenas funcionalmente. Isto porque as mediações sociais permitem adaptações e superações na busca por vias alternativas de desenvolvimento em caminhos diferenciados de utilizações dos órgãos que atuam como vias compensatórias.

A partir disso, pode-se entender, no caso das crianças deficientes, o desenvolvimento do pensamento e da linguagem segue essas mesmas leis. Tanto pensamento, como linguagem e capacidade de comunicação, desenvolvem-se. A relação dialética que dá origem à formação das funções psicológicas superiores ocorre da mesma forma que nas crianças comuns, obedecendo apenas às particularidades específicas concernentes à problemática individual da criança deficiente.

Para Cherobini (2009), a diferença entre a concepção de Vigotski e as presentes até a época eram teleológicas, ou seja, acreditava-se que tal processo de desenvolvimento seguia um objetivo ditado por uma força interna à pessoa, um ímpeto interior, porém, para Vigotski, o desenvolvimento e a compensação é determinada por meio do método dialético entre o orgânico e o social. Sendo assim, há o desenvolvimento de vias orgânicas e sociais alternativas e compensatórias.

As relações vivenciadas pela criança, o vínculo estabelecido entre ela e as

demais pessoas do seu convívio, o papel que ela desempenha na família, as situações sociais que ela tem que enfrentar por causa da sua deficiência, os estímulos que recebe, todos esses fatores irão influenciar na formação da sua personalidade.

No caso da pessoa com deficiência visual, uma vez obstruída a via natural pela qual eram captadas as informações necessárias ao desenvolvimento da capacidade de leitura – no caso, a visão – vias compensatórias e alternativas são construídas e a função psicológica é substituída por outra. Entretanto, não há uma substituição plena na utilização de um órgão pelo outro, mas sim, caminhos diferenciados de utilização dos órgãos que atuam como vias compensatórias.

É de fundamental importância o afeto no relacionamento com as crianças. O afeto estimula a criança a superar as dificuldades. É ele que molda a personalidade da criança, que a faz não desanimar, não fugir das dificuldades, não temer os obstáculos que se lhes surgem no caminho. De acordo com Vigotski, o afeto integra um conjunto de processos envolvidos com o desenvolvimento psicológico. É o afeto uma das funções que ativa os processos psicológicos que conduzem a criança em direção a “un camino de rodeo del desarrollo” (VIGOTSKI, 1997 p 142).

De acordo com a perspectiva vigotskiana, portanto, é preciso para chegar às formas psicológicas mais sofisticadas, internalizar os instrumentos culturais produzidos historicamente pela sociedade humana. As funções psicológicas superiores só surgem a partir desse processo.

Por fim, nesse processo ganha importância primordial o afeto que a criança recebe daqueles que convivem com ela, pois ele será o responsável direto na formação da sua personalidade, bem como dos demais processos psicológicos. É justamente por esse transito histórico e relação com o meio social vigente que parece claro que jamais houve ou haverá um único termo correto ou definição para a deficiência, válido definitivamente em todos os tempos e espaços, ou seja, latitudinal e longitudinalmente. Sasaki (2003 p 12) diz que “a razão disto é que a cada época são utilizados termos cujo significado seja compatível com os valores vigentes em cada sociedade enquanto esta evolui em seu relacionamento com as pessoas que possuem este ou aquele tipo de deficiência.”

Assim, o termo utilizado para designar essa população vem sendo discutido e alterado ao longo dos anos, não simplesmente pelo termo (palavras) em si, mas

pelos significados que são atribuídos. Sassaki (2003) atenta para a evolução do termo e seus significados, sendo a pessoa com deficiência por muito tempo chamada de *inválido*:

os inválidos: O termo significava “indivíduos sem valor”. Em pleno século 20, ainda se utilizava este termo, embora já sem nenhum sentido pejorativo. Aquele que tinha deficiência era tido como socialmente inútil, um peso morto para a sociedade, um fardo para a família, alguém sem valor profissional. (Sassaki 2003 p 14)

Já a partir dos anos 30 até meados dos anos 60 muitos termos foram propostos, como “incapacitados” (incapaz), “defeituosos” e “excepcionais”, dos anos 60 aos anos 80, época marcada pela fundação de associações importantes como Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD (hoje denominada Associação de Assistência à Criança Deficiente), e também as primeiras unidades da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE. (Sassaiki, 2003).

A partir dos anos 80, surgiram dois termos que ainda hoje são utilizados: “Pessoas portadoras de deficiência” e “Pessoas com necessidades especiais”. O primeiro foi utilizado somente em países de língua portuguesa, sendo adotado nas Constituições federal e estadual e em todas as leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluir o termo em seus nomes oficiais.

O “portar uma deficiência” passou a ser um valor agregado à pessoa. A deficiência passou a ser um detalhe da pessoa e contrário a esse indicativo legal, Sassaki (2003) afirma que:

A tendência é no sentido de parar de dizer ou escrever a palavra “portadora” (como substantivo e como adjetivo). A condição de ter uma deficiência faz parte da pessoa e esta pessoa não porta sua deficiência. Ela tem uma deficiência. Tanto o verbo “portar” como o substantivo ou o adjetivo “portadora” não se aplicam a uma condição inata ou adquirida que faz parte da pessoa. Por exemplo, não dizemos e nem escrevemos que uma certa pessoa é portadora de olhos verdes ou pele morena. (Sassaki 2003 p 16).

O segundo surge para substituir a palavra “deficiência” por “necessidades

especiais”, porém, Sasaki (2007) cita que o termo “necessidades especiais” não substitui a palavra “deficiência”, como se imagina. Algumas das pessoas com deficiência podem apresentar necessidades especiais (na escola, no trabalho, no transporte etc.), mas nem todas as pessoas com necessidades especiais têm deficiência. As necessidades especiais são decorrentes de condições atípicas como, por exemplo: deficiências, insuficiências orgânicas, transtornos mentais, altas habilidades, experiências de vida marcantes etc. Estas condições podem ser agravadas e/ou resultantes de situações socialmente excludentes (trabalho infantil, prostituição, pobreza ou miséria, desnutrição, saneamento básico precário, abuso sexual, falta de estímulo do ambiente e de escolaridade). (Sasaki 2003; 2007).

A partir dos anos 90 até os dias atuais, especialmente em função da Declaração de Salamanca – 1994 – e dos diversos eventos mundiais liderados por organizações de pessoas com deficiência, o termo mais utilizado passou a ser “pessoas com deficiência”. O valor agregado, segundo Sasaki (2003 p 14-15) é de que

com o seu poder pessoal, exigem sua inclusão em todos os aspectos da vida da sociedade. Trata-se de: 1) empoderamento (uso do poder pessoal para fazer escolhas, tomar decisões e assumir o controle da situação de cada um); e 2) o da responsabilidade de contribuir com seus talentos para mudar a sociedade rumo à inclusão de todas as pessoas, com ou sem deficiência.

Porém, o mesmo autor em um texto recente alerta que,

No longo caminho da inclusão que estamos percorrendo, precisamos adequar, com urgência, o nosso repertório vocabular aos novos e avançados níveis de compreensão que já atingimos no que se refere à pessoa com deficiência, vista como parte da diversidade humana e como titular dos mesmos direitos humanos das demais partes. É inaceitável que prossigamos repetindo palavras e expressões hoje superadas e reforçando estereótipos e estigmas que estavam inadvertidamente embutidas nas terminologias utilizadas em nossa legislação. (Sasaki 2008 p 10).

No Brasil (e em vários outros países), sob a inspiração de diversos documentos adotados e projetos executados pela Organização das Nações Unidas

(ONU) ao longo dos últimos 60 anos, ficou convencionado que são as seguintes as principais categorias de deficiência: deficiência física, deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual e deficiência múltipla. No Brasil, estas cinco categorias foram reconhecidas, em 1999, pelo Decreto n. 3.298 e, posteriormente repetidas em 2004 no Decreto n. 5.296. (Sassaki, 2008).

A Deficiência visual pode, porém, ter diversas definições, baseada em pressupostos médicos, educacionais ou outros. O capítulo seguinte busca a discussão a cerca do termo e das definições da deficiência visual.

2.2 DEFICIÊNCIA VISUAL

Para Sá, Campos e Silva (2007, p. 15), a deficiência visual é uma limitação sensorial, assim definida:

“ (...) uma alteração grave ou total de uma ou mais das funções elementares da visão que afeta de modo irremediável a capacidade de perceber cor, tamanho, distância, forma, posição ou movimento em um campo mais ou menos abrangente. Pode ocorrer desde o nascimento (cegueira congênita), ou posteriormente (cegueira adventícia, usualmente conhecida como adquirida) em decorrência de causas orgânicas ou acidentais”

Já, Winnick e Short (2001) definem deficiência visual como uma limitação na visão que, mesmo com correção, afeta negativamente o desempenho de uma criança durante a sua educação. Mosquera (2000) acrescenta que a cegueira faz com que o seu portador necessite de recursos específicos para a aprendizagem, tais como o código Braille e o sorobã, e para a sua locomoção, tais como bengalas e guias.

Munster e Almeida (2005) consideram de forma separada os conceitos de pessoa com baixa visão e de pessoa com cegueira. Para os autores, pessoa cega é aquela que pode até apresentar percepção luminosa, no entanto essa percepção não é suficiente para auxiliar em seus movimentos e orientação de forma irrestrita,

assim como para a aprendizagem por meios visuais. Dessa forma, o portador³ de cegueira necessitaria de instrumentos específicos para a aquisição de conhecimentos, tais como o código Braille e outras dicas táteis e auditivas.

Gorgatti (2005 p 53), baseada na classificação educacional define cegueira e baixa visão como

Cegueira: representa a perda total ou o resíduo mínimo da visão. O indivíduo cego, embora em alguns casos até tenha uma percepção de luz que possa ajudá-lo, não consegue utilizá-la em seus movimentos, na sua orientação e na aprendizagem por meios visuais. Esse indivíduo necessita do código Braille como meio de leitura e escrita, além de outros recursos didáticos e equipamentos especiais para sua educação.

Baixa visão ou visão subnormal: representa a existência de resíduo visual, que permite ao educando ler impressos a tinta, desde que com recursos didáticos e equipamentos especiais. A pessoa com baixa visão possui dificuldade em desempenhar tarefas visuais, mesmo com a prescrição de lentes corretivas, mas pode aprimorar sua capacidade de realizar tais tarefas com a utilização de estratégias visuais compensatórias e modificações ambientais.

De acordo com o Decreto nº 3.298/99 e o Decreto nº 5.296/04 (BRASIL, 2007 p 24) conceitua-se como deficiência visual:

Cegueira – na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

Baixa Visão – significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; Ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

As pessoas com baixa visão são aquelas que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato, ou implantes de lentes intra-oculares, não conseguem ter uma visão nítida. As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade, dependendo da patologia causadora da perda visual.

Para que possa ocorrer um bom entendimento das classificações da deficiência visual faz-se necessário o entendimento das funções visuais que a abrangem, segundo Muster e Almeida (2005 p 587)

³ “Portador de cegueira” – termo utilizado pelos autores do artigo original.

acuidade visual (capacidade de distinguir detalhes, dada pela relação entre o tamanho do objeto e a distância onde está situado), a binocularidade (é a capacidade de fusão da imagem proveniente de ambos os olhos em convergência ideal, o que proporciona a noção de profundidade), o campo visual (é avaliado a partir da fixação do olhar, quando é determinada a área circundante visível ao mesmo tempo), a visão de cores (capacidade para distinguir diferentes tons e nuances das cores), a sensibilidade à luz (capacidade de adaptação frente aos diferentes níveis de luminosidade do ambiente) e a sensibilidade ao contraste (habilidade para discernir pequenas diferenças na luminosidade de superfícies adjacentes)

De acordo com Russo Junior e Santos (2001), a maior parte das informações que chegam ao indivíduo são trazidos por estímulos captados pela visão. O homem utiliza a visão como o principal sentido receptor, desde o início de sua vida, acompanhando todo seu desenvolvimento, seu relacionamento familiar, sua vida acadêmica, sua integração social e sua emancipação profissional.

Já ao nascer, a criança que enxerga estabelece uma comunicação visual com o mundo exterior desde os primeiros meses de vida porque é estimulada a olhar para tudo o que está à sua volta, sendo possível acompanhar o movimento das pessoas e dos objetos sem sair do lugar. Sá, Campos e Silva (2007), apontam que a visão reina soberana na hierarquia dos sentidos e ocupa uma posição proeminente no que se refere à percepção e integração de formas, contornos, tamanhos, cores e imagens que estruturam a composição de uma paisagem ou de um ambiente. É o elo de ligação que integra os outros sentidos, permite associar som e imagem, imitar um gesto ou comportamento e exercer uma atividade exploratória circunscrita a um espaço delimitado.

Porém, ao nascer com cegueira ou adquiri-la nos primeiros anos de vida, muitas vezes a criança encontra-se privada de uma série de oportunidades para o seu pleno desenvolvimento motor e social. Embora a cegueira ou a visão subnormal não traga em si tal prejuízo para a criança, a falta de informação por parte dos pais e professores pode contribuir para essa situação. A reação e o apoio dos pais com relação aos seus filhos cegos pode ter influência decisiva em sua auto-estima e aceitação social (Gorgatti, 2008).

2.3 POSSÍVEIS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA VISUAL

Segundo Mosquera (2000), a cegueira congênita, é quando a criança nasce sem resíduos de visão, ou perde a visão até os 3 anos de idade. Nesta idade a criança ainda não grava imagens e forma conceitos. A partir dos 3 anos de idade é considerada cegueira adquirida.

Sobrinho (2006) aponta como causas da cegueira congênita as anomalias congênitas, presentes no nascimento, devem-se a alguma irregularidade nos processos de desenvolvimento intra-uterino, podendo ser citados entre os casos, fatores genéticos e ambientais, bem como suas interações. Entre os fatores ambientais podem ser citados os agentes: físicos, químicos ou infecciosos, que podem provocar alterações no desenvolvimento intra-uterino.

O autor ainda fala que as anomalias no desenvolvimento da gravidez são dividida em 3 etapas (p 28): “Germinativas ou gametogênicas (nitidamente hereditárias); Organogênicas (da 2ª a 6ª semana); Fetais (do 3º ao 6º mês).” Sendo que as duas últimas são causadas por influências ambientais, tais como: rubéola, sífilis, toxoplasmose, tuberculose, etc. Porém quanto mais precoce incidir um destes agentes, mais sério poderá ser o comprometimento. (SOBRINHO, 2006).

As maiores causas da cegueira no adulto, de acordo com Sobrinho (2006) e Diehl (2006), são o diabetes, o glaucoma e a degeneração macular senil. Outras doenças comuns na deficiência visual são: catarata, doenças degenerativas da retina, descolamento de retina, nistagmo e traumatismos nos olhos.

Adams et al (1985), comenta que o diabetes é a dificuldade de metabolização e aproveitamento dos alimentos, ocorrendo à presença de grande quantidade de açúcar no sangue e na urina. Entre várias complicações decorrentes do diabetes, quando não cuidado de forma correta, a retinopatia diabética aparece como uma delas.

Diehl (2006) menciona que ela causa alteração dos pequenos vasos sangüíneos da porção interna do globo ocular que causam dilatação, vazamento e hemorragia, podendo levar a cegueira. Sendo que ela esta entre as maiores causas de cegueira no mundo. A retinopatia diabética possui dois tipos: não proliferativa que é caracterizada pelo estreitamento ou enfraquecimento gradual dos pequenos vasos

sangüíneos do olho e proliferativa, caracterizada pelo entupimento dos vasos, podendo evoluir para um vazamento para o interior do globo ocular. Os primeiros sintomas das doenças são: visão embaçada, dificuldade para enxergar à noite e dificuldade para ler. O diagnóstico pode ser feito mesmo antes da doença se manifestar, através de um exame de fundo de olho. Uma vez instalada a retinopatia diabética ela é irreversível.

Crós et al (2006 p 1) apresentam de forma separada em congênicas ou adquiridas as principais causas associadas ou que podem se associar a deficiência visual. Os autores apresentam na Figura 2 as “causas congênicas” e na Figura 3 as “causas adquiridas”.

Albinismo: patologia caracterizada pela deficiência na pigmentação da íris, o que resulta em grande sensibilidade à luz.

Anirídia: ausência ou má formação da íris, resultando na deficiência visual.

Atrofia óptica: deterioração de parte ou de todas as fibras nervosas do nervo óptico.

Catarata: opacidade do cristalino, causando o embaçamento da visão, pode ser congênita ou adquirida.

Corriorrentinite Macular: inflamação da coróide e retina, atingindo a mácula, geralmente causada por toxoplasmose.

Estrabismo: os olhos encontram-se desalinhados impedindo a fusão da imagem.

Glaucoma: aumento anormal da pressão intra-ocular.

Hipermetropia: erro de refração que dificulta a focalização de objetos próximos.

Miopia: dificuldade para enxergar a distância.

Retinose Pigmentar: degeneração e atrofia da retina iniciando na região periférica conduzindo ao afunilamento gradativo da visão.

Rubéola Materna: infecção febril e virótica que pode resultar na deficiência visual, na perda auditiva e em déficits mentais e neurológicos quando a mãe sofre o contágio no primeiro trimestre de gestação.

Sífilis: é um doença infecciosa que pode causar a paralisia do nervo oculomotor.

Toxoplasmose: pode causar inflamação na retina, resultando na deficiência visual.

Figura 2. Causas Congênicas. Fonte: Crós et al (2006 p 1)

Ambliopia ou *olho preguiçoso*: baixa acuidade visual em decorrência do estrabismo.

Anisometropia: é a diferença acentuada de grau entre os olhos.

Astigmatismo: são variações na curvatura dos meridianos da córnea que podem causar distorção e embaçamento da visão.

Catarata: pode se corrigida através de cirurgia com implante de uma lente artificial na parte interna da estrutura capsular do cristalino.

Conjuntivite: inflamação na conjuntiva.

Descolamento de retina: é a separação entre as diferentes camadas da retina, decorrente de inflamações e infecções.

Diabetes: doença metabólica que pode levar a diversas alterações visuais.

Glaucoma: pode ser congênito ou adquirido.

Presbiopia ou *vista cansada*: perda da capacidade de acomodação da lente decorrente do processo de envelhecimento, resultando em limitações visuais.

Retinoblastoma: doença manifestada por presença de tumor maligno na retina de um ou dos dois olhos, aparece geralmente antes dos cinco anos.

Retinopatia da prematuridade: neurovascularização dos vasos retinianos por excesso de oxigenação em bebês prematuros mantidos em incubadoras, há formação de uma membrana pós-cristalina e geralmente provoca deslocamento da retina.

Sarampo: doença aguda virótica, com evolução febril que pode levar a cegueira.

Subluxação do cristalino: deslocamento parcial do cristalino afetando os principais mecanismos de refração e acomodação podendo causar hipermetropia.

Toxoplasmose: pode ser congênita, através da transmissão da mãe ao feto durante a gestação ou adquirida, através do contato com fezes de animais contaminados ou da ingestão de carne crua ou mal cozida infectadas pelo protozoário *Toxoplasma gondi*.

Traumatismos diversos: causados por acidentes de automóvel, de trabalho ou com arma de fogo, quedas, perfurações, queimaduras, entre outros.

Figura 3. Causas Adquiridas. Fonte: Crós et al (2006 p 1)

Teixeira e Alegre (s/d), apresentam de forma detalhada, dentre essas causas, as três mais importantes e com mais frequência verificadas nas pessoas com deficiência visual:

Cataratas congênitas - É uma afecção normalmente herdada, mas que também pode ser causada pelo vírus da rubéola, por medicamentos ou por má nutrição durante a gestação. As lentes do cristalino apresentam-se opacas e impedem a passagem da luz para a retina. A visão periférica é normalmente afetada, tendo como consequência problemas a nível de mobilidade. Exigem-se cuidados na iluminação, bom contraste nos materiais escritos apresentados e o uso de ajudas ópticas.

Nistagmo - É o movimento involuntário e convulsivo dos globos oculares de um lado para o outro ou de cima para baixo. Pode aparecer isolado ou associado a outras doenças. A incapacidade de manter uma fixação estável resulta numa acentuada ineficiência visual, sobretudo da visão de longe. Causa problemas de postura, tensão e cansaço porque, normalmente, a visão apresenta-se mais estável se a criança mantiver a cabeça inclinada para o lado. A luz deve ser adequada à sensibilidade individual e a impressão deve ser

feita em papel baço e com bom contraste.

Retinopatia - A maior parte dos casos é de retinopatia pigmentar. É uma doença hereditária, normalmente progressiva, que afeta a retina. Começa por prejudicar a visão periférica, mas pode progredir até resultar em visão tubular e cegueira noturna. Quando afeta a mácula, passa a haver grandes dificuldades nas tarefas que exigem visão de perto (leitura e escrita). A acuidade visual pode começar por ser boa, apesar do campo visual ser extremamente reduzido e o jovem, eventualmente, acabar por perder todos os restos visuais. Isto acontece normalmente na adolescência, sendo em muitos casos necessário iniciar nessa altura o ensino do braille. Surgem, freqüentemente, problemas de desajustamento emocional e comportamental agravados pela idade.

Segundo Conde (1981), a criança que nasce com deficiência visual ou adquire nos primeiros anos de vida, geralmente apresenta desempenhos inferiores nas áreas motora, cognitiva e social-afetiva. Porém, Mosquera (2000) cita que a deficiência não é por si a única responsável pelos eventuais atrasos no desenvolvimento de crianças cegas. Durante os primeiros anos de vida, ao ser superprotegida ou pouco estimulada pelos pais, a criança cega deixa de ter acesso a uma imensa variedade de vivências motoras e sensoriais.

Quanto menos a criança cega interage fisicamente no ambiente, menos ela experimenta situações de aprendizagem, menos oportunidades ela tem de formar conceitos básicos, menos ela relaciona-se com o ambiente e com as pessoas (Conde, 1981), o que para Sá, Campos e Silva (2007) compromete a imitação e demais estímulos e deixa um vazio a ser preenchido com outras modalidades de percepção, podendo manifestar maneirismos, ecolalia e comportamentos estereotipados.

O desenvolvimento motor da criança cega apresenta-se com frequência as seguintes defasagens: equilíbrio, mobilidade, esquema corporal e sinestésico não internalizado, locomoção, expressão corporal e facial, postura e lateralidade (Conde, 1981; Navarro et al, 2004)

Navarro et al (2004) constatou em sua pesquisa que as crianças com deficiência visual possuem dificuldades em conhecer seu próprio corpo, objetos a sua volta e parâmetros espaciais imprescindíveis para locomoção independente. Os autores avaliaram o desenvolvimento neuropsicomotor de um grupo de 20 crianças de sete anos de idade com deficiência visual congênita em comparação a crianças com visão normal, pareadas por idade e sexo, e constataram que as crianças com

deficiência visual tiveram pior desempenho na maioria das provas, especialmente quanto ao equilíbrio e coordenação motora.

Como resposta, apresentam frequentemente o medo de situações e ambientes não conhecidos, insegurança em relação as suas possibilidades de ação física, dependência, isolamento social e desinteresse pela ação motora. (Conde, 1981)

Haja visto as possibilidades de atraso no desenvolvimento apresentadas, fica claro a importância das atividades físicas motoras para a pessoa com deficiência visual, porém, é importante ressaltar que a possibilidade de atraso é inerente a qualquer criança, seja ela deficiente visual ou vidente, que não for estimulada adequadamente. Assim, as atividades físicas e esportivas podem englobar uma gama de exercícios e vivências para estimular o desenvolvimento das capacidades psicomotoras além de proporcionar a inclusão e participação em diversos ambientes da sociedade.

2. 4 ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTIVAS PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Como parte de um vasto programa de reabilitação, as atividades físicas e esportivas repentinamente foram vistas como um auxiliar importante na recuperação de veteranos de guerra que se tornaram portadores de deficiências. Porém, com o passar dos anos, essas pessoas foram conquistando seus direitos na sociedade, buscando espaço e participação ativa como cidadão em todos os ambientes. Assim, vivemos um momento de importante evolução nas atividades físicas adaptadas que passa pela mudança de um modelo médico, onde a preocupação principal era o alívio dos distúrbios, para um modelo educacional e de inclusão social.

Considerava-se que, em função das limitações, que essas pessoas não poderiam se engajar irrestritamente, de forma segura e com sucesso, em atividades vigorosas de um programa de educação física convencional. Porém, nos dias atuais exige-se mudanças ou ajustes de metas, objetivos e instruções, e já é sabido de muitos exemplos de sucesso em atividades físicas e esportivas entre pessoas com deficiência (Gorgatti, 2005).

Acompanhando a perspectiva de inclusão em que não se pode mais pensar

em educação de maneira separada entre especial e educação geral, o mesmo ocorre com a educação física adaptada, que no entendimento atual não pode mais ficar desvinculada da educação física e das atividades físicas regulares (Costa e Souza, 2004).

Costa e Souza (2004) ainda afirmam que a inclusão, veio de certa forma questionar as práticas sociais existentes, entre elas as práticas realizadas pela educação física, que neste novo paradigma “inclusivista” não se refere apenas as pessoas com deficiência, mas refere-se ao trabalhar no mesmo espaço e tempo com as crianças que possuem as mais diferentes formas de habilidades, capacidades, comportamentos e história de vida.

Acompanhando as tendências inclusivas, as atividades físicas adaptadas se propõem a democratizar e diversificar as práticas para a igual participação de todos. Kristén, Patriksson e Fridlund, (2002), perceberam que apesar de existir um crescente número de crianças e adolescentes participando de programas esportivos e de atividade física, ainda existe uma disparidade nas possibilidades encontradas por aqueles que não têm deficiência. Também mostram que apesar de bons exemplos de programas esportivos inclusivos, essas crianças e adolescentes dificilmente participam de atividades físicas ou esportes de forma sistemática, dependendo essa participação de diversos fatores como: acessibilidade, habilidade específica requerida, dependência de transporte ou disponibilidade de programas ou profissionais preparados, limitando assim sua prática.

A pessoa com deficiência visual como qualquer outra pessoa deve praticar regularmente atividade física. O esporte, a recreação e a dança são componentes fundamentais para a melhoria de algumas necessidades básicas na vida de todos os seres humanos. Sendo que as atividades esportivas, recreativas e expressivas proporcionam experiências corporais necessárias à saúde física e mental. Além disso, os momentos de lazer esportivo serão criadas situações na qual os indivíduos deverão aprender como superar obstáculos, lidar com a competição, saber cooperar e outras situações que contribuirão para seu crescimento individual como cidadão (DIEHL, 2006). Porém, segundo Martson e Golledge (2003) a pessoa com deficiência visual pode estar restringida ou limitada para a participação em atividades externas por causa da falta de acesso a informações e transporte público, assim como sinais e outros facilitadores enquanto deslocam-se, especialmente em áreas

desconhecidas.

Em um estudo com crianças e adolescentes com diversos tipos de deficiências, com idades entre seis e 20 anos, Longmuir e Bar-or (2000) verificaram que aqueles com deficiências visuais apresentavam níveis mais baixos de atividade física habitual, quando comparados a outros com deficiências motoras. Além disso, também aqueles com deficiências visuais percebiam uma maior limitação para a prática de atividades físicas junto com crianças sem deficiências, em situações inclusivas de ensino.

De acordo com Oliveira Filho (2003), a atividade física é hoje um dos principais elementos na busca de uma qualidade de vida melhor, sendo que sua prática leva desde a melhora das capacidades físicas de seus praticantes, até uma melhor interação nas relações sociais. A autora ainda fala que para colaborar com o desenvolvimento de uma vida saudável para as pessoas com deficiência visual há necessidade de fazer atividades que desenvolvam aptidões voltadas para a saúde como: força, flexibilidade, agilidade, resistência muscular localizada e resistência cardiorrespiratória. Sendo assim, a prática da atividade física adaptada é um meio de proporcionar ao aluno deficiente condições de aumentar seu repertório motor.

De acordo com Rose apud Diehl (2006), os fatores emocionais, cognitivos e perceptivos não estarão sendo estimulados corretamente se as pessoas forem excluídas de ambientes de prática esportiva ou de práticas recreativas, sendo que o ambiente é importante para ampliar o repertório motor. Diehl (2006), afirma que a atividade física e o esporte beneficiam crianças e jovens com deficiência, possibilitando que percebam e mostrem aos outros que são como qualquer pessoa, possuindo capacidades e limitações. Desta forma a atividade física e o esporte farão aumentar suas possibilidades de conquista de espaços como cidadãos que são.

Conde (1981) enfatiza que a pessoa com deficiência visual,

partindo do conhecimento e domínio deste corpo, ela usa o movimento controlado como meio, o respeito absoluto a individualidade do aluno como estratégia básica, o prazer da descoberta de poder fazer como reforço, tendo como fins o alicerçamento e a potencialidade de seu desenvolvimento geral, buscando propiciar condições favoráveis à sua trajetória acadêmica e, futuramente, à sua emancipação social

Almeida e Porto (1999) realizaram pesquisa referente à importância da prática

de atividades motoras para o deficiente visual, partindo de uma única pergunta. Que seria a importância da prática para a vida dos deficientes visuais?. Foram entrevistados 7 alunos praticantes de atividades físicas, sendo que os autores constataram que a atividade física é um componente fundamental para as necessidades motoras, tais como: a locomoção, o equilíbrio, a noção espacial, a conscientização corporal, a agilidade e a amplitude dos movimentos em geral. Estes itens salientados são relacionados com capacidades e habilidades motoras mais comprometidas para o deficiente visual. Eles ainda se referem a segurança e independência do deficiente visual para se movimentar cada vez mais e melhor, surge em consequência do domínio e da ampliação do repertório motor destes indivíduos.

Nesta pesquisa, Almeida e Porto (1999) ainda encontraram, por parte dos entrevistados, a importância das atividades físicas no âmbito afetivo, na perspectiva do esporte como meio de profissão e no âmbito social. Desta forma, eles ainda citam que a atividade motora, e em especial o esporte, é um fator positivo e relevante para os deficientes visuais, trazendo os mais diversos benefícios.

Gorgatti et al (2008), ao avaliar a tendência competitiva em 29 atletas de esportes adaptados, sendo 12 com deficiência visual e 17 com deficiência física, pode concluir que o atleta com deficiência concentra-se na busca em superar limites pessoais e dificuldades impostas pela deficiência, já os atletas profissionais, sem deficiência, apresentam-se mais propensos a direcionar seu comportamento à vitória em detrimento ao estabelecimento de metas. Apesar de menor que os atletas com deficiência física, os atletas com deficiência visual também se caracterizaram por assumirem perspectivas internas de melhores resultados, desejo de melhora e superação.

Segundo Silva apud Rodrigues e Vasconcelos (2003/2004, p. 58),

a pessoa com deficiência, através do desporto, descobre os seus limites e potencialidades, ultrapassa algumas barreiras impostas pela sociedade, relaciona-se e troca experiências com os outros. Assim, as suas limitações e habilidades são postas à prova para o encorajar e para que alcance os seus limites, valorizando as suas ações. Estas, no desporto, são tomadas de decisões rápidas, que a própria tem de escolher, desenvolvendo, assim, a sua autoconfiança, autonomia e liberdade

Segundo Gândara (1992), a busca do equilíbrio e a harmonia de viver corporalmente bem é direito de todos. Os deficientes visuais também possuem o direito de correr, caminhar, saltar e expressar suas manifestações corporais. A pessoa que nasce com uma deficiência visual, necessita de cuidados especiais acerca de seu desenvolvimento, para crescer plenamente. Assim o trabalho desenvolvido por uma equipe multidisciplinar é extremamente importante nesta estimulação inicial na vida desta criança.

Ao entrevistar 20 adolescente com deficiência, Kristén, Patriksson e Fridlund (2002), puderam constatar a importância das práticas de atividades físicas regulares e participação em programas esportivos para o bem-estar e a construção do suporte social. Os autores categorizaram as respostas em seis itens, como apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Concepções de crianças e adolescentes com deficiência física de sua participação em um programa desportivo em relação a categorias e alcance

Categorias	Alcance
Fazer novos amigos	Fazer novos amigos tanto para uma questão social (ter amigos para outras atividades) como para a prática esportiva junto com outras pessoas. Ter com que praticar atividades físicas.
Aprendizado	Ganhos concretos nas atividades. Aprendizado de novas habilidades motoras, além de melhoras em habilidades para seu lazer e outras práticas esportivas. Realização concreta dos conhecimentos.
Reforço Físico	Conseguir uma melhora funcional e na saúde. Melhor condicionamento físico
Tornar-se alguém	Melhor auto-estima e confiança. Ser aceito no grupo. Competência social e expressão criativa.
Experiência natureza	Obter satisfação e mover-se livremente em ambientes externos. Melhora nas habilidades motoras e sensoriais.
Divertir-se	Diverti-se. Sentir prazer compreendendo regras formais e informais.

Adaptado de Kristén, Patriksson e Fridlund (2002)

A educação física adaptada à criança cega trabalha abrangendo o seu desenvolvimento, não só na área psicomotora, como também os aspectos cognitivos, sociais, afetivos e sensoriais. Utiliza-se o corpo da criança como instrumento, como ferramenta mor. Partindo do conhecimento e domínio deste, avança-se para o movimento controlado, mantendo o respeito absoluto a individualidade do aluno como estratégia básica, o prazer da descoberta e de poder fazer como reforço, e tendo como fins a potencialidade de seu desenvolvimento

geral, buscando propiciar condições favoráveis à sua trajetória acadêmica e, futuramente, à sua autonomia nas atividades de vida diária. A criança cega tem absoluta necessidade de descobrir, conhecer, dominar e relacionar o seu corpo com o ambiente e com as pessoas (CONDE, 1981).

Porém, apesar de todo o exposto, a participação dessas pessoas com deficiência visual ainda é limitada por diversos fatores, desde a dificuldade em locomoção de transporte público, acesso aos ginásios e outros ambientes, como também por falta de projetos ou locais que estejam preparados e dispostos a receber esse público. As leis parecem ser favoráveis a acessibilidade, mas a realidade vivida por essas pessoas apresenta algumas barreiras para sua vida cotidiana, incluindo assim a participação e prática em atividades físicas e esportivas.

Dada a importância da acessibilidade para esse contexto, percebe-se a necessidade de no próximo capítulo conceituar e identificar essas barreiras e apresentar as perspectivas para o acesso à prática de atividades físicas para essas pessoas.

3 ACESSIBILIDADE

3.1 CONCEITUANDO ACESSIBILIDADE

Embora a Constituição Federal de 1988 preconize que cabe ao Estado construir uma sociedade livre, justa, solidária e igualitária, que reduza as desigualdades sociais, sem distinção de origem, raça, sexo, cor, idade, promovendo o acesso ao lazer, à cultura, à educação, à saúde e a moradia, cabe um questionamento sobre em que condições essas questões estão para as pessoas com deficiência. Sasaki (2006) lembra que com o passar dos anos, as pessoas com deficiência foram conquistando seus direitos na sociedade e chamando atenção para temas como a Acessibilidade:

Na década de 80, impulsionado pela pressão do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (1981), o segmento de pessoas com deficiência desenvolveu verdadeiras campanhas em âmbito mundial para alertar a sociedade a respeito das barreiras arquitetônicas e exigir não apenas a eliminação delas (desenho adaptável) como também a não-inserção de barreiras já nos projetos arquitetônicos (desenho acessível). Pelo desenho adaptável, a preocupação é no sentido de adaptar os ambientes obstrutivos. Já pelo desenho acessível, a preocupação está em exigir que os arquitetos, engenheiros, urbanistas e desenhistas industriais não incorporem elementos obstrutivos nos projetos de construção de ambientes e utensílios (Sasaki, 2006 p 10).

Porém, tanto no desenho adaptável como no acessível, o beneficiado específico é a pessoa com deficiência, o que foi de grande valia pra chamar a atenção para as necessidades e direitos de acesso as pessoas com deficiência a todos os âmbitos da sociedade. Segundo o mesmo autor, é na década de 90 que começou a ficar cada vez mais claro que a acessibilidade deverá seguir o paradigma do desenho universal, assim, “os ambientes, os meios de transporte e os utensílios sejam projetados para todos e, portanto, não apenas para pessoas com deficiência” (Sasaki, 2006 p 11). E, com o advento da fase da inclusão, hoje entendemos que a acessibilidade não é apenas arquitetônica, pois existem barreiras de vários tipos também em outros contextos que não o do ambiente arquitetônico.

Nesse contexto, o Decreto 5296, de 2 de dezembro de 2004, regulamenta as

Leis números 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas, descrita na lei como portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

O mesmo decreto, no Art. 8, para os fins de acessibilidade, considera:

acessibilidade: condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2005).

Outros pontos importantes a serem destacados nesse decreto são os itens seqüentes definição de acessibilidade, consideradas como “condições gerais de acessibilidade”:

i) barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação; ii) elemento da urbanização; iii) mobiliário urbano; iv) ajuda técnica: os produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida; v) desenho universal: concepção de espaços, artefatos e produtos que visam atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade (BRASIL, 2005 p 154).

Atualmente, pode-se destacar a “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” e seu respectivo Protocolo Facultativo que foram ratificados pelo Congresso Nacional em 09/07/2008 pelo decreto legislativo nº 186/2008.

ARTIGO 9 - ACESSIBILIDADE

- A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver com autonomia

e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes deverão tomar as medidas apropriadas para assegurar-lhes o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ou propiciados ao público, tanto na zona urbana como na rural. Estas medidas, que deverão incluir a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, deverão ser aplicadas, entre outras, a:

- Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações internas e externas, inclusive escolas, moradia, instalações médicas e local de trabalho; e
- Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência;
- Os Estados Partes deverão também tomar medidas apropriadas para:
 - Desenvolver, promulgar e monitorar a implementação de padrões e diretrizes mínimos para a acessibilidade dos serviços e instalações abertos ou propiciados ao público;
 - Assegurar que as entidades privadas que oferecem instalações e serviços abertos ou propiciados ao público levem em consideração todos os aspectos relativos à acessibilidade para pessoas com deficiência;
 - Propiciar, a todas as pessoas envolvidas, uma capacitação sobre as questões de acessibilidade enfrentadas por pessoas com deficiência;
 - Dotar, os edifícios e outras instalações abertas ao público, de sinalização em braile e em formatos de fácil leitura e compreensão;
 - Oferecer formas de atendimento pessoal ou assistido por animal e formas intermediárias, incluindo guias, leitores e intérpretes profissionais da língua de sinais, para facilitar o acesso aos edifícios e outras instalações abertas ao público;
 - Promover outras formas apropriadas de atendimento e apoio a pessoas com deficiência, a fim de assegurar-lhes seu acesso a informações;
 - Promover o acesso de pessoas com deficiência a novos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, inclusive à internet; e
 - Promover o desenho, o desenvolvimento, a produção e a disseminação de sistemas e tecnologias de informação e comunicação em fase inicial, a fim de que estes sistemas e tecnologias se tornem acessíveis a um custo mínimo. (Brasil, 2008).

Porém, para Sasaki apud Vivarta (2003, p 24-25), para dizer que uma sociedade é acessível, é preciso verificar sua adequação de acordo com seis quesitos básicos, descritos a seguir conforme o autor:

- Acessibilidade arquitetônica: não há barreiras ambientais físicas nas casas, nos edifícios, nos espaços ou equipamentos urbanos e nos meios de transporte individuais ou coletivos.
- Acessibilidade comunicacional: não há barreiras na

comunicação interpessoal (face-a-face, língua de sinais), escrita (jornal, revista, livro, carta, apostila, incluindo textos em braile, uso do computador portátil) e virtual (acessibilidade digital).

- Acessibilidade metodológica: não há barreiras nos métodos e técnicas de estudo (escolar), de trabalho (profissional), de ação comunitária (social, cultural, artística etc) e de educação dos filhos (familiar).

- Acessibilidade instrumental: não há barreiras nos instrumentos, utensílios e ferramentas de estudo (escolar), de trabalho (profissional) e de lazer ou recreação (comunitária, turística ou esportiva).

- Acessibilidade programática: não há barreiras invisíveis embutidas em políticas públicas (leis, decretos, portarias) e normas ou regulamentos (institucionais, empresariais etc).

- Acessibilidade atitudinal: não há preconceitos, estigmas, estereótipos e discriminações.

O propósito do desenho universal é atender às diversas necessidades e viabilizar a participação social e o acesso a bens e serviços à maior gama possível de usuários, contribuindo para que pessoas impedidas de interagir com a sociedade passem a fazê-lo. Exemplos de grupos que frequentemente são excluídos: pessoas pobres, pessoas marginalizadas por sua condição cultural, racial, étnica ou religiosa que difere daquela da maioria da população, pessoas com deficiência, pessoas obesas, mulheres grávidas, meninos e meninas, pessoas muito altas ou muito baixas, jovens cumprindo medidas socioeducativas, comunidade carcerária, entre outras. O conceito de desenho universal se propõe a gerar ambientes, serviços, programas e tecnologias acessíveis, utilizáveis equitativamente, de forma segura e autônoma por todas as pessoas – na maior extensão possível – sem que precisem ser adaptados ou readaptados especificamente.

Cotidianamente são vistos como que separados dos processos sociais por conta das marcas e do estigma que a condição de “deficiência” produz no outro e no próprio sujeito. No entanto é preciso referir, como alerta Kern (2005) que atualmente todas estas garantias constitucionais são reforçadas pela *Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Pessoa Portadora de Deficiência*, celebrada na Guatemala (1999), do qual o Brasil é país signatário, com documento aprovado pelo Congresso Nacional (Decreto legislativo 198, de 13 de junho de 2001) e promulgado pela Presidência da República (Decreto 3.956, de 8 de outubro de 2001). A Convenção da Guatemala, como vem sendo nomeada, tem fundamental importância nas diretrizes nacionais da atualidade em nosso país. A

Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (2004) enfatiza:

Sua importância está no fato de que deixa clara a IMPOSSIBILIDADE de diferenciação com base na deficiência, definindo a discriminação como toda diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, antecedente de deficiência, consequência 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 seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais (art. 1, n 2, "a") (p.12).

Todas as questões são pertinentes e as leis parecem contemplar as necessidades e estabelecer diretrizes para a acessibilidade. Porém, a realidade das pessoas com deficiência visual mostra algumas dificuldades ainda encontradas quanto a acessibilidade na sua vida cotidiana e para a prática de atividade física, já que isso pode ocorrer em diversos ambientes, como casas, academias, vias públicas, parques e locais de trabalho.

Diante desse contexto, discutiremos no próximo item as barreiras físicas e atitudinais para prática de atividades físicas vividas pelas pessoas com deficiência visual.

3.2 BARREIRAS FÍSICAS E ATITUDINAIS PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS

Diversos fatores afetam a participação em atividades físicas. Um estilo de vida fisicamente ativo pode ser determinado por características demográficas, conhecimento, atitudes e crenças sobre exercícios físicos, assim como fatores ambientais. Fatores ambientais são característicos do meio ambiente que podem influenciar no comportamento para a prática de atividade física. Algumas destas variáveis ambientais poderão interagir com a própria atividade física para alterar suas consequências. Altas temperaturas e terrenos acidentados podem criar alguma espécie de punição na experiência de realizar atividades físicas, enquanto belos cenários podem servir como reforçadores (Sallis e Hovell, 1990).

Já nos anos 80, McLeroy et al (1988) baseado no modelo ecológico do

comportamento humano focalizava a atenção nos fatores ambientais e nos indivíduos para a promoção à saúde. Os autores assumiram que "mudanças apropriadas no meio social podem produzir mudanças nas pessoas, e que o apoio de indivíduos em uma população é essencial para implantar mudanças ambientais" (McLeroy et al, 1988 p 351, tradução nossa).

Neste modelo foram propostos (McLeroy et al., 1988 p 355) cinco níveis de barreiras comportamentais: 1) Fatores intra-pessoais (Abrange desde o conhecimento, atitudes, comportamento, habilidades, etc; Inclui o desenvolvimento da história pessoal); 2) processos interpessoais e grupos sociais (família, amigos e colegas de trabalho; rede social formal e informal); 3) fatores institucionais (trabalho, escolas, academias; instituições com regras e regulamentos para funcionamento); 4) fatores comunitários (relacionamento com organizações e instituições); 5) políticas públicas (leis, política local, estadual, nacional e outros níveis).

As percepções sobre as barreiras ambientais podem esclarecer alguns hábitos sobre a prática de atividades físicas, mas nem sempre elas refletem a realidade. Por isso, as medidas objetivas sobre o ambiente são necessárias para realizar uma melhor avaliação sobre quais são os empecilhos para realizar atividades físicas. Em um estudo para identificar quais locais os adultos escolheriam para se exercitarem, Sallis e Owen (1999) identificaram como resultado desta pesquisa que os adultos fisicamente ativos eram mais propícios a pagarem por um local perto de suas casas para se exercitarem do que os sedentários, independentemente da idade, educação e inconveniências. Isto demonstra que pessoas em locais com acessos convenientes para realização de atividades físicas tornarem-se mais ativas.

A expressão "barreiras para atividade física" descrita por Sallis e Owen (1999) significa razões e motivos descritos para justificar uma decisão positiva ou negativa em relação a prática de atividades físicas. Estas razões e/ou motivos são classificadas, pelos mesmos autores, em: a) demográficas e biológicas; b) psicológicas; c) cognitivas e emocionais; d) atributos comportamentais; e) habilidades culturais e sociais; f) características da atividade física e g) ambiente físico.

Marcus (1995), após realizar uma revisão com diversos estudos na área de aderência à prática de atividades físicas, relatou alguns possíveis indicadores de

barreiras ambientais. Um destes indicadores seria composto pelo tipo, complexidade, conveniência e custos de um programa de atividades físicas por causa da localidade e da intensidade desta atividade. A qualidade e a proximidade de ambientes seguros e de fácil acesso à comunidade também podem ser considerados como importantes influências para a participação na prática de atividades físicas. Muitos indivíduos acreditam que quanto maior a quantidade de facilidades para a prática esportiva mais fácil será seu envolvimento em atividades regulares.

Pikora et al. (2003), em um estudo de revisão verificaram que os fatores que mais levam as pessoas a realizarem atividades física no seu cotidiano são: disponibilidade ou proximidade de locais apropriados; disponibilidade de calçadas ou trilhas para caminhadas/corridas; controle de tráfego para diminuir o fluxo de veículos; proximidade comercial e facilidade; locais com áreas atrativas, com ruas arborizadas, campos verdes e/ou parques; áreas seguras para realização de atividades físicas, e pouco barulho de tráfego.

Fatores que podem influenciar para caminhadas por lazer, apresentadas como as caminhadas por iniciativa própria e não em função de transporte ou trabalho, são descritos por Pikora et al (2003 p 168-169) divididos em dois fatores fundamentais: funcionais e segurança. Esses fatores são representados na tabela 2, descritos pelos fatores acima citados e os elementos a que se referem.

Tabela 2. Fatores que podem influenciar para caminhadas por lazer

Funcionais				Segurança	
Superfície de caminhada (Tipo de Caminho – calçadas e ruas; tipo da superfície; manutenção e conservação)	Ruas (Largura – entendido como todo o espaço entre as casas. Inclui ruas e calçadas)	Tráfego (Volume; Velocidade; Dispositivos de controle como radares, semáforos e faixas)	Mobilidade (Desenho das ruas; Acesso a outras ruas; Acesso a outros pontos importantes como ônibus)	Pessoal (Iluminação; segurança – policiamento)	Tráfego (Faixas e locais próprios para atravessar; sinalização; largura das calçadas.

Adaptado de Pikora et al (2003 p 168-169)

Malavasi (2006 p 8) em sua revisão encontrou que o planejamento urbano e

transporte são fatores favoráveis para o deslocamento ativo (caminhada e andar de bicicleta). Os fatores positivos apresentados foram: “presença de árvores, parques, espaço aberto, vista agradável, sombras para fuga do sol e/ou calor, bancos ou locais para descanso, ruas e calçadas com baixo ruído, prédios ou bairros históricos, segurança contra crimes”. Porém, são desfavorecedores em muitos casos quanto “as condições da qualidade do ar, presença de lixo, cruzamentos perigosos, grande volume e velocidade do tráfego, barulho de tráfego, calçadas mal-cuidadas, e presença de ciclistas ou skatistas em cima das calçadas”.

Um dos principais problemas apresentados é a grande prevalência de carros e falta de segurança quanto ao tráfego de veículos. Quanto a isso, Sallis e Orleans apud Malavasi (2006) relataram que os pesquisadores da área de planejamento urbano e transporte têm estudado a utilização de terra, desenho comunitário e sistema de transporte para verificar as alternativas sobre a independência de carros. O enfoque destes profissionais em relação ao ambiente construído é na direção dos bairros com maior acessibilidade, ou seja, levar a acessibilidade para próximo das pessoas. Assim, as pessoas teriam mais acesso e mais segurança próximas de si encorajando-as. Esses bairros são aqueles que possuem lojas ou comércio próximos às residências, alta densidade residencial e as ruas têm desenho em grade, o que permite haver diversas rotas diretas, que levam a qualquer local desejável.

Vivarta (2003 p 27-28) apresenta algumas dificuldades apontadas por pessoas com deficiência visual nas vias públicas e transporte, são elas:

Pegar ônibus fora dos terminais; Entrada dos transportes e compra de passagem; Degraus e assentos sempre ocupados; Arquitetura interna dos ônibus e superlotação; Obter informações de motoristas e passageiros; Falta de preparo de funcionários e da população em geral para conduzir uma pessoa com deficiência visual; Cabines telefônicas e lixeiras sem sinalização; Veículos estacionados irregularmente; Obras sem proteção ou cordão de isolamento; Esgoto e bueiros abertos, dejetos, buracos, sacos de lixo, entulhos, pisos quebrados; Cartazes, placas publicitárias, mesas e cadeiras nas calçadas; Falta de sinais sonoros nas ruas; Toldos baixos avançados nas calçadas e outros obstáculos aéreos; Camelôs, bancas de frutas, carrinhos de pipoca e de cachorro-quente; Pavimentação irregular, calçadas com aclives e declives; Portões abertos ou que abrem automaticamente; Barras de ferro, postes metálicos finos e de difícil localização pela bengala; Falta de alinhamento na construção dos edifícios; Excesso de ruído

próprio dos centros urbanos; Elemento surpresa como andaimes nas calçadas; Falta de sinais de trânsito nas ruas e avenidas mais movimentadas; Falta de faixas de segurança com sinaleira para travessia de pedestre; Inexistência de calçamento, degraus nas calçadas; Semáforos com pouca luz.

Ely et al (2006) apresenta a “Tabela de Restrições dos Usuários⁴”, elaborada pelos autores, em que foram identificadas as limitações apresentadas pelas pessoas com deficiência visual (ou portadoras de restrições sensoriais, físicas e psicocognitivas) no uso de espaços livres públicos, verificando-se ainda as exigências da NBR 9050 (Norma Brasileira de Acessibilidade) e buscando minimizar ou apresentar possíveis soluções.

	Restrição/Atividade	Necessidades Espaciais	NBR9050	Sugestões
Informação/Orientação	Saber chegar em seu destino e localizar-se no espaço.	Prever a legibilidade do ambiente a partir da informação arquitetônica (estrutura dos caminhos, organização dos ambientes, etc.) e das informações adicionais (pisos texturizados, mapas e maquetes táteis, placas e demais sinalizações táteis, sonoras e olfativas) passíveis de serem percebidos pelos demais sentidos (audição, háptico, olfato e equilíbrio).	Planos de mapas táteis em Braille inclinados e instalados à altura entre 0,9m e 1,10m. NBR (5.11). Presença de pisos táteis, guias e alertas. NBR (5.14) e NBR (6.1.3).	Uso de referenciais não visuais advindo dos demais sentidos sensoriais (olfato, som, equilíbrio, tato). São exemplos: piso texturizado, mapas e maquetes táteis, sons provenientes da água ou vegetação em acessos, implantação de árvores que atraíam a fauna, etc.
	Perceber placas de sinalização, e ler suas informações.	Colocar placas e oferecer informações através do método Braille.	Informação em Braille junto com caracteres, ou figuras em relevo. NBR (5.6.1).	Criação de terminais de informação que contenham mapas em Braille ou figuras em relevo e sinalização sonora. Colocação de piso sinalizador perto de placas, avisando sua existência.
	Orientar-se corretamente na mudança de direções.	Mudança de direção indicada.	Presença de piso alerta, NBR (5.14), e de mecanismo que emite sinal sonoro entre 50dBA e 60dBA. NBR (9.9.2).	Uso de piso que se diferencie do piso alerta para identificar o cruzamento de rotas.
	Locomover-se com segurança	Caminhos e percursos sinalizados e livres de obstáculos.	Obstáculos suspensos entre 0,6m e 2,10m com volume superior maior	Projeto de faixas livres nos passeios públicos com piso diferente das áreas onde há

⁴ Tabela apresentada conforme formatação original. Fonte: Ely, V.H.M.B, Souza, J.C., Dorneles, V.G. et al. **Acessibilidade e inclusão em espaços livres e públicos**. XI Encontro Nacional de tecnologia no ambiente construído. Disponível em < <http://www.arq.ufsc.br/petarq/wp-content/uploads/2008/02/entac-19.pdf>> Acesso em: 19 dez 2010.

Desl oca men to			que na parte inferior devem ter piso alerta a 0,6m da parte mais afastada da base.	obstáculos.
	Perceber dimensões do percurso	Diferença no tratamento do piso nas extremidades do percurso.	Utilização de piso tátil de alerta nas bordas das vias. NBR (6.1.2). O desnível entre a superfície do piso existente e a do piso implantado deve ser chanfrado e não exceder 2 mm. NBR (5.14).	Colocar níveis mais altos nas bordas dos percursos ou pisos táteis (como o piso alerta).

Quadro 1: "Tabela de Restrições dos Usuários". Fonte: Ely et al. (2006 p 2756-57)

Como não podem dirigir, as pessoas cegas encontram muitas barreiras para se locomover, assim, uma das tarefas mais difíceis dizem respeito a encontrar os locais, tais como portas de plataforma ou portas, paradas de ônibus e áreas de embarque, problemas associados à descoberta do veículo correto (especialmente identificação do ônibus) e a segurança e eficiência na transferências entre os modos de transporte. As dificuldades relatadas são causadas pela falta de acesso a mapas, cartazes e informações sobre a localização espacial (Martson e Golldegt, 2003).

Porém as barreiras não se limitam as barreiras físicas. No caso da pessoa com deficiência o fator da motivação e incentivo pode ser determinante para a prática de atividades físicas. Martins (2000) relatou que a falta de suporte por parte da família ou de pessoas próximas é uma barreira para realizar atividades físicas; mas por outro lado se houver incentivo, reconhecimento, ou participação na prática de atividades físicas, é considerado como um facilitador.

Ao adquirir uma deficiência, o indivíduo experimenta uma série de perdas motoras e normalmente diminui seu nível de prática de atividades físicas (Gorgatti et al, 2008). Esta redução pode ser devido as diversas barreiras arquitetônicas e psicológicas, principalmente no que se refere à auto-confiança e auto-estima, falta de acesso a informações e transporte público. (Martson e Golledge 2003; Gorgatti et al, 2008).

A fim de tornar viável a superação das barreiras, é preciso que alguns esforços sejam empenhados, já que apenas instrumentos legais não podem garantir o sucesso, visto que, antes, é preciso modificar atitudes, valores e visões estigmatizadas. A formação aos professores também parece um ponto importante

na maior participação de pessoas com deficiência visual em atividades físicas. O professor desempenha um papel fundamental encorajando a participação dos alunos nas atividades propostas, porém precisa estar preparado e conhecedor das diversas possibilidades de trabalho (Gorgatti 2005).

Algumas atitudes simples podem ser tomadas no sentido de aumentar a segurança e estimular a participação dessas pessoas em atividades físicas em ambientes comuns a qualquer pessoas. Gorgatti (2005) destaca que é importante a familiarização com o ambiente, espaço físico, percursos, inclinações do terreno e diferenças de piso. Estas informações são úteis, pois previnem acidentes, lesões e quedas. É preciso também mostrar ao aluno onde ficam as instalações como salas, banheiros, quadras, entre outras.

Segundo Craft (1995), a educação física pode ajudar os pais a perceberem o potencial de seus filhos e superar a barreira da super proteção. A variabilidade das atividades é uma estratégia que pode ajudar na motivação, no entanto, cabe ressaltar que as instruções devem ser oferecidas de forma sinestésica e auditiva.

As barreiras atitudinais, porém, nem sempre são intencionais ou percebidas. Exemplos de algumas dessas barreiras atitudinais são a utilização de rótulos, de adjetivações, de substantivação da pessoa com deficiência como um todo deficiente, entre outras. Assim, Lima e Silva (s/d p 6-7) listaram uma série de barreiras atitudinais encontradas no ambiente social e apresentadas na forma de:

Ignorância: desconhecer a potencialidade do aluno com deficiência.

Medo: ter receio de receber a um aluno com deficiência; temer em “fazer ou dizer a coisa errada” em torno de alguém com uma deficiência.

Percepção de menos-valia: avaliação depreciativa da capacidade, sentimento de que o aluno com deficiência não poderá ou só poderá em parte.

Inferioridade: acreditar que o aluno com deficiência não acompanhará os demais. Isso é incorrer num grave engano, pois todas as pessoas apresentam ritmos de aprendizagem diferentes.

Piedade: sentir-se pesaroso e ter atitudes protetoras em relação ao aluno com deficiência.

Adoração do herói: considerar um aluno como sendo “especial”, “excepcional” ou “extraordinário”, simplesmente por superar uma deficiência ou por fazer uma atividade qualquer; elogiar, exageradamente a pessoa com deficiência pela mínima ação realizada.

Exaltação do modelo: usar a imagem do estudante com deficiência como modelo de persistência e coragem diante os demais.

Efeito de propagação (ou expansão): supor que a deficiência de um aluno afeta negativamente outros sentidos, habilidades ou traços da personalidade. Por exemplo, achar que a pessoa com deficiência auditiva tem também deficiência intelectual.

Estereótipos: pensar no aluno com deficiência comparando-o com outros com mesma deficiência, construindo generalizações positivas e/ou negativas sobre as pessoas com deficiência.

Compensação: acreditar que os alunos com deficiência devem ser compensados de alguma forma; achar que os alunos com deficiência devem receber vantagens.

Substantivação da deficiência: referir-se à falta de uma parte ou sentido da pessoa como se a parte “faltante” fosse o todo. Ex: o deficiente mental, o cego, o “perneta”, etc. Essa barreira faz com que o aluno com deficiência perca sua identidade em detrimento da deficiência, fragilizando sua auto-estima e o desejo de aprender.

Adjetivação: classificar a pessoa com deficiência como “lenta”, “agressiva”, “dócil”, “difícil”, “aluno-problema”, “deficiente mental”, etc. Essa adjetivação deteriora a identidade dos alunos.

Assistencialismo e super proteção: impedir que os alunos com deficiência experimentem suas próprias estratégias de aprendizagem, temendo que eles fracassem; não deixar que os alunos com deficiência explorem os espaços físicos por medo que se machuquem; não avaliar o aluno pelo seu desenvolvimento, receando que ele se sinta frustrado com alguma avaliação menos positiva.

As barreiras de maneira geral podem parecer concretas ou aparentes, mas nem sempre são. Muitas barreiras estão no cotidiano de todas as pessoas e não são percebidas pela maioria das pessoas. Porém, para a participação ativa e efetiva de pessoas com deficiência visual em atividades físicas regulares e esportes é de extrema necessidade que essas barreiras continuem a ser identificadas e superadas.

Alternativas no sentido de superação dessas barreiras vêm sendo criadas nas práticas esportivas, como por exemplo do futebol de cinco e o goalball. De maneira adaptada, o futebol de cinco para pessoas com deficiência visual pode ser praticado apenas com bandas que impedem que a bola saia do campo e dêem segurança aos jogadores e com a bola com guizos internos para que os atletas possam localizá-la. O goalball já exige algumas adaptações maiores como equipamentos de proteção dos jogadores e uma bola com tamanho e especificações próprias, além do guizo.

O atletismo (que pode ser pensado também não como forma de competição, mas sim como caminhadas ou apenas pequenos exercícios de movimentação) é a modalidade que pode ser praticada sem nenhum recurso especificamente adaptado, já que a guia pode ser feita com qualquer corda ou pedaço de cordão. Porém, independente se não é preciso de adaptação ou das adaptações necessárias que muitas vezes existem e estão a disposição para serem adquiridas para a formação de equipes ou simplesmente para oportunizar as pessoas com deficiência visual práticas de atividades físicas e esportivas, ainda é preciso pensar na formação de pessoas ou criar oportunidades em clubes e projetos para aqueles que tem formação para tal poderem desenvolver seu potencial.

Exemplos de matérias disponíveis:



Figura 4. Bicicleta para pessoas com deficiência visual. Fonte: www.deficienteciente.com.br/2010/09/bicicleta-chega-aos-deficientes-visuais.html



Figura 5. Treino de goalball. Fonte: http://acesasc.blogspot.com/2010_05_01_archive.html

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes que o tempo, a clave. Sustenidos e bemóis.
Antes do inteiro, a metade. Uma outra parte de nós.
Antes do vôo, o tombo. Luta pra não chorar.
Antes tarde do que nunca, pra nunca mais demorar.
Antes do homem o medo
Antes do medo o amor
Antes do amor a dúvida...
E tudo que eu criar pra mim
Vai me abraçar de novo. Vai me negar também.
Semana que vem.

Fernando Anitelli - O Teatro Mágico

Partimos do princípio que todas as pessoas são diferentes e únicas como seres humanos. Entende-se também que o termo deficiência está pontuado em um determinado tempo histórico e cultural, passível de ser modificado, assim como as barreiras identificadas no presente estudo que podem ser superadas na busca por maior igualdade e participação integral dos sujeitos na sociedade.

Quanto a participação em atividades físicas para pessoas com deficiência visual, entende-se que as leis e movimentos internacionais estão na direção da igualdade de oportunidades e direitos para a participação plena em todos os âmbitos da sociedade. Porém para isso, é necessário o cumprimento e exercício da acessibilidade - cumprimentos dos direitos garantidos por lei – para maior oportunidade de participação esportiva e de lazer em busca de uma melhor qualidade de vida. Além disso, é preciso atenção aos materiais e recursos humanos já disponíveis mas que ainda estão bastante distantes das realidades dos clubes e projetos voltados para essas atividades físicas e esportivas. As iniciativas partem de partes isoladas que tentam de alguma maneira propor alternativas para a participação dessas pessoas nas atividades esportivas.

As principais barreiras físicas encontradas referem-se a situações do dia-a-dia, como sair de casa e caminhar até um ponto de ônibus. Porém, a partir do momento que isso se torna um obstáculo, devem ser observadas possibilidades de adaptações para o desfrute de todos. As barreiras físicas referem-se a atitudes governamentais, destacando-se a manutenção e sinalização das ruas e calçadas e

acesso ao sistema de transporte público, mas também passam pelas atitudes das pessoas em geral, como lixeiras e lixo na calçada, placas de comércio e conservação de calçadas e espaços públicos. Um fator muito observado foi a questão do tráfego.

Já quanto as barreiras atitudinais, destacam-se as estereotípias e conceitos já formados sobre a situação de conviver com uma pessoa com deficiência. Assim, faz-se necessário um exercício diário de mudança de paradigmas para que a pessoas com deficiência visual possam ter participação e desenvolver seus potenciais como qualquer outra pessoa que assim deseje.

Pode se concluir a importância da igualdade de tratamento e oportunidades, visando o desenvolvimento das mais diversas capacidades para todas as pessoas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAMS et al **Jogos, esportes e Exercícios**: Para o Deficiente Físico. 3° ed. Trad. Ângela G. Marx São Paulo: Manole, 1985.
2. ALMEIDA, J. J. G. E PORTO, E. T. R. **A pessoa deficiente visual**: revelações sobre a atividade motora. Benjamin Constant: publicação técnico-científica do Centro de Pesquisa, Documentação e Informação do Instituto Benjamin Constant/Mec – Ibcentro, Rio de Janeiro, 1999.
3. ANDRADE, E.P., ANJOS, H.P. A concepção de deficiência no discurso dos professores da sala regular, **Anais do Congresso brasileiro de educação especial**, São Carlos, 2008.
4. ASSOCIAÇÃO CAMINHOS PARA A VIDA. **Projeto político pedagógico**. 2010.
5. BRASIL, **Programa brasileiro de acessibilidade urbana**. Brasil Acessível: Caderno 2 – Construindo uma cidade acessível. Brasília, 2005.
6. _____, **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Brasília, 2007.
7. _____, **DECRETO LEGISLATIVO Nº 186, 2008**, 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Congresso/DLG186-2008.htm> Acesso em: 30 nov 2010.
8. CHEROBINI, D. **O desenvolvimento psicológico das crianças com necessidades especiais**: aproximações à teoria de Lev S. Vigotski. Texto de apoio – Especialização em Atividade Física e Saúde. Florianópolis, 2009.
9. CONDE, M.J. Atividades Físicas adaptadas ao Deficiente Visual. **Revista Integração – Edição Especial**, MEC/Brasília, 1981.
10. COSTA, A.M., SOUSA, S.B., educação física e esporte adaptado: história, avanços e retrocessos em relação aos princípios da integração/inclusão e

- perspectivas para o século XXI. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 25, n. 3, p. 27-42, 2004.
11. CRAFT, D. The visual impaired. In.: WINNICK, J.P. **Adapted physical education and sports**. Champaign: Human Kinetics, 1995.
 12. CRÓS, C.X. et al. Classificações da deficiência visual: compreendendo conceitos esportivos, educacionais, médicos e legais. **Efdeportes.com / Revista Digital** - Buenos Aires - Año 10 - N° 93, 2006.
 13. DIEHL, R. M. **Jogando com as diferenças**. São Paulo: Phorte, 2006.
 14. ELY, V.H.M.B. (et al) **Acessibilidade e inclusão em espaços livres públicos**. XI Encontro Nacional de Tecnologia no Ambiente Construído. Florianópolis, 2006.
 15. GAI, D.N., NAUJORKS, M.I., Inclusão: contribuições da teoria sócio-interacionista à inclusão escolar de pessoas com deficiência. **Revista do Centro de Educação/UFSM**. v. 31, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://coralx.ufsm.br/revce/revce/2006/02/a15.htm>>. Acesso em: 12 out 2010.
 16. GÂNDARA, M. **A expressão corporal do deficiente visual**. Campinas, SP: M. Gândara, 1992.
 17. GORGATTI, M.G., Educação física escolar e inclusão: uma análise a partir do desenvolvimento motor e social de adolescentes com deficiência visual e das atitudes dos professores. <Tese de Doutorado> São Paulo, USP; 2005.
 18. _____. Deficiência Visual. In: TEIXEIRA, Luzimar. **Atividade Física Adaptada e Saúde: da teoria à prática**. São Paulo: Phorte, 2008.
 19. GORGATTI, M.G., et al. Tendências competitivas de atletas no esporte adaptado. **Arq Sanny Pesq Saúde** 1(1):18-25, 2008.
 20. IBGE, **Censo Demográfico 2000**: Características gerais da população – Resultados da amostra. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2000.

21. KIRCHNER, B., GOLFIERI, M. Artigo 30 - Participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte. In: RESENDE, A. P. C., VITAL, F. M. P. (Org.) **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: CORDE, 2008.
22. KRISTEN L, PATRIKSSON G, FRIDLUND B. Conceptions of children and adolescents with physical disabilities about their participation in a sports programme. **European Physical Education Review**. 8(2):139, 2002.
23. LIMA, F.J., SIVA, F.T.S. **Barreiras atitudinais: obstáculos à pessoa com deficiência na escola**. Texto eletrônico (s/d). Disponível em: <<http://www.adiron.com.br/site/uploads/File/Barreiras%20Atitudinais.pdf>> Acesso em: 22 de Fev. 2010.
24. LONGMUIR, P.E.; BAR-OR, O. Factors influencing the physical activity levels of youths with physical and sensory disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v.17, 2000.
25. MALAVASI, L.M. **Escala de mobilidade ativa em ambiente comunitário (news - versão brasileira): validade e fidedignidade**. Tese de Doutorado. Florianópolis: UFSC, 2006.
26. Marcus, B. H. Exercise Behavior and Strategies for Intervention. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, 66(4), 319-323, 1995
27. MARSTON J. R, GOLLEDGE R. G. The Hidden Demand for Participation in Activities and Travel by Persons Who Are Visually Impaired. **Journal of Visual Impairment & Blindness**. 97(8):475, 2003.
28. MARTINS, L.P. Artigo 2 – Definições. In: BRASIL. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília: CORDE, 2008.
29. MARTINS, M. O. **Estudos dos fatores determinantes da prática de atividade física de professores universitários**. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: UFSC, 2000.
30. McLEROY, K.R. et al., An ecological perspective on health promotions

- programs. **Health education quarterly**. V(15)-4; 351-377, 1988.
31. MOSQUERA, C. **Educação física para deficientes visuais**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.
32. MUNSTER, M.A.; ALMEIDA, J.J.G. Atividade física e deficiência visual. In: GORGATTI, M.G.; COSTA, R.F. **Atividade física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. São Paulo: Manole, 2005.
33. NAVARRO, A.S. et al., Coordenação motora e equilíbrio não são totalmente desenvolvidos em crianças cegas com 7 anos de idade. **Arq Neuropsiquiatr** 62(3-A):654-657; 2004.
34. OLIVEIRA FILHO, C. W. Atividade Físico-esportiva para Pessoas Cegas e com Baixa Visão. In: DUARTE, E. LIMA, S. M. T. **Atividade Física para Pessoas com Necessidades Especiais: Experiências e Intervenções Pedagógicas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003.
35. PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico-prática**. 13ª ed., Campinas, SP: Papyrus, 2007.
36. PIKORA, T., et al. Developing a framework for assessment of the environmental determinants of walking and cycling. **Social Science & Medicine**, v.56, 2003.
37. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular**. 2ª ed. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal, 2004.
38. RODRIGUES, N. E VASCONCELOS, O. Goalball: modalidade específica da deficiência visual. **Revista Integrar**. Lisboa, 2003/2004.
39. RUSSO JÚNIOR, W. E SANTOS, L.J.M. O Judô como atividade pedagógica desportiva complementar, em um processo de orientação e mobilidade para portadores de deficiência visual. **Efdeportes.com / Revista Digital** - Año 7 - N° 35, 2001.

40. SÁ, E.D., CAMPOS, I.M. & SILVA, M.B.C., **Atendimento Educacional Especializado** - Deficiência Visual. Brasília/DF: SEESP/SEED/MEC, 2007.
41. Sallis, J. F.; Hovell, M.F. Determinantes of Exercise Behavior. **Exercise and Sports Science Review**, 1990.
42. Sallis, J. F.; Owen, N. **Physical Activity & Behavior Medicine**. California: Sage Publication. 1999
43. SASSAKI, R.K. **Vida Independente**: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003.
44. _____, Educação Profissional: Desenvolvendo Habilidades e Competências. **Anais do III Seminário Nacional de Formação de Gestores e Educadores**. Brasília, 2006.
45. _____, O direito à educação inclusiva, segundo a ONU. In: **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada**. Brasília: Corde, 2007.
46. _____, Questões semânticas sobre as deficiências visual e intelectual na perspectiva inclusiva. **Revista Reação**, São Paulo, ano XI, n. 62, p 10-16, 2008.
47. _____, Inclusão: Acessibilidade no lazer, trabalho e educação. **Revista Nacional de Reabilitação (Reação)** Ano XII, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.unimep.br/inclusao/texto.html>> Acesso em 18 out 2010.
48. SILVA, E. L., MENEZES E. M. **Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertações** 3 ed. Florianópolis: UFSC/PPGEP/LED, 2001.
49. SOBRINHO, A. S. O esporte adaptado e paraolímpico como direito da criança e do adolescente. In: CONDE, A. J. M. **Manual de Orientação para os professores de Educação Física**: Introdução, Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006, p.24-48.
50. TEIXEIRA, Luzimar. Atividade física adaptada e saúde: atualidades e perspectivas. **Informe PHORTE**, ano 8 n. 19, 2006. Disponível em:

http://www.phorte.com/informephorte/materias.php?in_id=21&mat_id=53

Acesso em: Acesso 13 dez. 2009.

51. _____, **Atividade Física Adaptada e Saúde: da teoria à prática**. São Paulo: Phorte, 2008.
52. TEIXEIRA, L., ALEGRE, M.J. **A deficiência visual**. Texto de apoio – Especialização em Actividade Física e Saúde. Comíbra (s/d).
53. THOMAS, J. R., NELSON, J. K., SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
54. VIVARTA, V. (org) **Mídia e deficiência**. Brasília: Andi: Fundação Banco do Brasil, 2003.
55. VYGOTSKI, L. S. **Obras escogidas. Fundamentos de defectologia**. Vol. 5. Visor, Madrid, 1997.
56. ZUCHETTO, A.T. **Programa AMA (Atividade Motora Adptada)**. Projeto entregue ao DAEx/UFSC, 2007.