



ESTUDO» A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS E A PROMOÇÃO DA VIDA INDEPENDENTE

AUTORES

PAULO PEDROSO (COORD.)

TATIANA ALVES

JOÃO ELYSEU

CÁTIA JOÃO

Lisboa 2012

Estudo realizado pela PPLL Consult para a Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO) no âmbito do Projecto nº 000357402011 e realizado com o apoio do Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT), cofinanciado pelo Fundo Social Europeu (FSE) e o Governo de Portugal.



Agradecimentos

Os autores agradecem à Direcção da ACAPO e a toda a estrutura técnica da associação que esteve envolvida no projecto o apoio e confiança na realização do estudo, bem como a disponibilidade para partilhar ideias e reflexões.

Um agradecimento é igualmente devido ao Professor Doutor Luís Capucha e à Dra. Ana Salvado, do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia da ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa por terem aceite discutir as ideias centrais do trabalho a partir de um apuramento preliminar de resultados.

Este trabalho não teria sido possível sem o empenhamento e apoio contínuo das técnicas da ACAPO, Anabela Miranda, Cláudia Candeias e Sónia Anjos, que acompanharam a sua realização, na direcção nacional e a quem agradecemos a cooperação, disponibilidade e paciência, nem sem os técnicos e técnicas que aplicaram os questionários e ajudaram a seleccionar os participantes nos *focus-groups*. A todas e todos agradecemos encarecidamente.

Mas, sobretudo, este estudo não teria sido possível sem a activa cooperação e o tempo disponibilizado pelos cidadãos portadores de deficiência visual que se prontificaram a partilhar connosco as suas experiências, opiniões e informações sobre as várias dimensões da sua vida, de um modo que ficou inscrito nas memórias de todos os que com eles contactaram. Muito obrigado a todas e todos.

O resultado a que chegámos, se beneficia do contributo de todos, apenas responsabiliza os autores. As ideias nele expressas não vinculam a ACAPO nem a sua direcção e as eventuais falhas, erros ou omissões são da exclusiva responsabilidade dos autores.

ÍNDICE

Índice de Tabelas	6
Introdução	9
I. Qualidade de vida e vida independente – a situação social dos deficientes visuais.....	12
1.1 Modelo relacional de deficiência, qualidade de vida e vida independente.....	12
1.2 Estatuto socioprofissional, meio de vida e inserção no mercado de trabalho	15
1.3 Pertenças e trajectórias sociais.....	18
1.4 Participação no mercado de trabalho	22
1.4.1 Desigualdade de oportunidades de acesso.....	22
1.4.2 Apoios ao emprego	38
1.5 Afectos, família e sociabilidades.....	40
1.5.1 Constituir família e coabitar	40
1.5.2 Integração em redes sociais informais.....	43
1.5.3 Vida social quotidiana, sociabilidades e lazer	45
1.6. Escolarização, autonomia e participação social e política.....	49
1.6.1 Sucessos e dificuldades na escola inclusiva	50
1.6.2 Domínio do braille, uma vantagem educativa.....	55
1.6.3 Participação associativa, sindical e política	57
1.7. Uma tipologia de situações sociais e qualidade de vida de cidadãos com deficiência visual em Portugal.....	60
1.7.1 dimensões diferenciadoras da qualidade de vida	60
1.7.2. Tipos sociais de qualidade de vida.....	64
II. Os serviços prestados pela ACAPO e as transformações na vida dos utentes – aproximação à associação e avaliação dos serviços recebidos.....	70
2.1 A Aproximação à associação	70
2.2 Denominador comum – ter beneficiado de serviços.....	75
2.3 Classificação dos serviços por disponibilidade e utilidade	80
2.4. O serviço mais importante de que beneficiou	85
2.5 Lacunas e desigualdade de respostas	92
2.6 Uma tipologia da satisfação com os serviços e dos impactos na vida dos utentes.....	93
III. Crescer, alargar o campo de acção, adequar a estrutura aos novos desafios – Uma proposta de estratégia para a ACAPO	101
3.1 A ACAPO na visão de sócios e utentes.....	101
3.1.1 Identidade: uma associação representativa e prestadora de serviços	101

3.1.2 Envolvimento e participação: aspecto a reforçar	104
3.2. Proposta de estratégia de médio prazo.....	108
3.2.1 Situação actual e objectivos de mudança.....	108
3.2.2 Foco de acção	113
3.2.3 Prioridades	117
Conclusão	120
Bibliografia	134

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Inquiridos e população que não consegue ver, segundo o sexo	16
Tabela 2. Inquiridos, segundo a idade de aquisição da deficiência visual	16
Tabela 3. Inquiridos, segundo a causa da deficiência visual	17
Tabela 4. Inquiridos, segundo a tipologia de alterações nas funções	17
Tabela 5. Inquiridos e população residente maior de 15 anos, segundo a categoria socioprofissional e índice de sobre-(sub)representação	18
Tabela 6. Inquiridos, segundo a classificação socioprofissional do agregado doméstico de origem, a idade de aquisição da deficiência e a trajetória social intergeracional.....	19
Tabela 7. Inquiridos em idade activa, segundo o meio de vida principal.....	20
Tabela 8. Inquiridos, segundo a importância de ter emprego e de não depender economicamente de outros	21
Tabela 9. Inquiridos, segundo a condição actual perante o trabalho.....	22
Tabela 10. <i>Gaps</i> de actividade e de emprego.....	23
Tabela 11. Inquiridos, segundo a condição perante o trabalho e propriedades sociais	25
Tabela 12. Preditores de emprego dos inquiridos - Regressão logística binária	27
Tabela 13. Inquiridos, segundo os problemas sentidos no actual ou no último emprego e a idade de aquisição da deficiência visual.....	36
Tabela 14. Inquiridos, segundo o benefício de apoios à criação de emprego para cidadãos em idade activa e a idade de aquisição da deficiência.....	39
Tabela 15. Inquiridos, segundo a importância atribuída aos afectos, à autonomia familiar e ao convívio social.....	40
Tabela 16. Inquiridos e população residente com mais de 16 anos, segundo o estado civil e índice de sobre(sub)representação	41
Tabela 17. Inquiridos com idade superior a 30 anos, segundo o estado civil e a idade de aquisição da deficiência	42
Tabela 18. Inquiridos, segundo a intensidade de contactos face-a-face com pessoas com quem não coabitam.....	43
Tabela 19. Inquiridos segundo a possibilidade de ter conversas íntimas ou sair para lazer com alguém além do cônjuge.....	44
Tabela 20. Inquiridos, segundo a possibilidade de ter conversas íntimas com alguém além do cônjuge e idade.....	44
Tabela 21. Inquiridos, segundo a possibilidade de sair com alguém para lazer além do cônjuge e idade	45
Tabela 22. Inquiridos, segundo o Índice de vida social quotidiana e a idade de aquisição da deficiência.....	46
Tabela 23. Inquiridos, segundo a frequência de Sociabilidades intra-domiciliares e práticas culturais domésticas ou de saída.....	47
Tabela 24. Inquiridos que adquiriam a deficiência visual antes dos 15 anos, e população residente, segundo o nível de escolaridade	51
Tabela 25. Inquiridos que adquiriam a deficiência antes dos 15 anos, segundo as causas de abandono escolar, idade de aquisição e tipo de deficiência visual	54
Tabela 26. Inquiridos que dominam o braille, segundo a idade e idade de aquisição da deficiência.....	55

Tabela 27. Inquiridos que adquiriram a deficiência visual antes dos 15 anos, segundo o nível de escolaridade e o domínio do braille.....	56
Tabela 28. Inquiridos empregados e população empregada em Portugal, segundo o nível de sindicalização	58
Tabela 29. Inquiridos maiores de 18 anos, segundo o nível de interesse por política e o nível de escolaridade.....	59
Tabela 30. Necessidades humanas e indicadores analisados na tipologia de qualidade de vida	62
Tabela 31. Tipos sociais de qualidade de vida dos deficientes visuais.....	66
Tabela 32. Inquiridos, segundo a forma como tomaram conhecimento da ACAPO.....	70
Tabela 33. Inquiridos, segundo o primeiro contacto com a ACAPO	71
Tabela 34. Inquiridos, segundo o tempo decorrido entre aquisição da deficiência e primeiro contacto	72
Tabela 35. Inquiridos, segundo o objectivo do primeiro contacto e os anos de contacto com a ACAPO	73
Tabela 36. Inquiridos, segundo a entrevista com os técnicos e os anos de contacto com a ACAPO.....	74
Tabela 37. Inquiridos, segundo o tipo de participação no plano de prestação de serviços e os anos de contacto com a ACAPO	74
Tabela 38. População inquirida por frequência de contacto com técnicos no último ano, por relação com a ACAPO	75
Tabela 39. Inquiridos, segundo a relação com a ACAPO, usufruto de serviços, tempo de usufruto dos serviços e/ou apoios	75
Tabela 40. Inquiridos, segundo as razões de não usufruto dos serviços (resposta múltipla)	76
Tabela 41. Inquiridos, segundo a existência de dificuldades no acesso ao apoio/serviço da ACAPO.....	77
Tabela 42. Inquiridos, segundo as dificuldades no acesso ao apoio/serviço da ACAPO (resposta múltipla)	78
Tabela 43. Inquiridos, segundo o tipo de serviços e apoios de que usufruíram/usufruem (resposta múltipla)	79
Tabela 44. Inquiridos, segundo os serviços e apoios de que usufruíram/usufruem e o grau de satisfação com os serviços	80
Tabela 45. Inquiridos, segundo os serviços que trouxeram mais ganhos de conhecimentos ou competências.....	83
Tabela 46. Inquiridos, segundo as médias da importância das mudanças de vida resultantes do apoio/serviço	84
Tabela 47. Inquiridos, segundo o respeito dos técnicos pelas suas escolhas, opiniões e preferências	85
Tabela 48. Inquiridos, segundo o respeito pelas suas escolhas, a prestação da informação e os anos de contacto com a ACAPO	86
Tabela 49. Inquiridos, segundo as dimensões incluídas no conjunto de informações facultadas sobre os direitos e responsabilidades.....	87
Tabela 50. Inquiridos, segundo as lacunas dos técnicos	87
Tabela 51. Inquiridos, segundo a identificação de lacunas dos técnicos e o tempo de recepção do último serviço.....	88

Tabela 52. Inquiridos, segundo a avaliação do serviço mais importante e das condições físicas do espaço onde recebe.....	89
Tabela 53. Tipos sociais de qualidade de vida, segundo a acessibilidade de transportes para a delegação e tipos sociais de qualidade de vida dos deficientes visuais	90
Tabela 54. Inquiridos, segundo os aspectos a melhorar no serviço mais importante	91
Tabela 55. Inquiridos, segundo os principais apoios/serviços necessários que a ACAPO não disponibiliza (resposta múltipla).....	93
Tabela 56. Grupos de satisfação global dos serviços (%)	94
Tabela 57. Grupos de satisfação global dos serviços, segundo a satisfação global com os serviços (médias).....	95
Tabela 58. Inquiridos, segundo a opinião sobre quem deve escolher os técnicos de apoio (resposta múltipla)	96
Tabela 59. Tipologia de efeitos dos serviços	97
Tabela 60. Grupos de satisfação global dos serviços, segundo a média de Impactos por dimensão	98
Tabela 61. Grupos de satisfação global dos serviços, segundo o tipo de serviços usufruídos	99
Tabela 62. Grupos de satisfação global dos serviços segundo variáveis-chave.....	100
Tabela 63. Inquiridos, segundo o que consideram ser a identidade actual e desejável da ACAPO.....	102
Tabela 64. Inquiridos que consideram importante reforçar a acção da ACAPO, segundo os aspectos a reforçar	103
Tabela 65. Tipos sociais de qualidade de vida, segundo a sua relação com a ACAPO.....	105
Tabela 66. Utentes, segundo a razão para não se tornarem sócios.....	106
Tabela 67. Sócios que costumam votar nos processos eleitorais da ACAPO	107
Tabela 68. Inquiridos que são sócios da ACAPO, segundo o tipo e frequência de envolvimento na associação.....	107

INTRODUÇÃO

As políticas de reabilitação têm evoluído no sentido da promoção da qualidade de vida dos cidadãos com deficiências e incapacidades pelo aumento do seu nível de autonomia (vida independente) e da capacidade de se representar a si próprio (auto-representação/ *self advocacy*). A aplicação destes dois conceitos tem sustentado prioridades de política, influenciando o desenho de programas e medidas e constituído referenciais na organização, monitorização e avaliação das intervenções.

É neste quadro de mudança paradigmática que a ACAPO desenvolveu, em parceria com a empresa de consultadoria e estudos de mercado PPLL Consult, o estudo “A Prestação de Serviços e a Promoção da Vida Independente” (PSPVI), realizado com o apoio do Programa Operacional de Assistência Técnica (POAT), cofinanciado pelo Fundo Social Europeu (FSE) e o Governo de Portugal.

O Estudo tem como objectivo a definição de um modelo sustentado de prestação de serviços, numa lógica integrada e holística, orientado para a procura e para as reais necessidades dos clientes e que privilegie a racionalização e optimização dos recursos a envolver, focalizado na promoção da autonomia, da vida independente e da qualidade de vida.

A concretização deste objectivo implica que o serviço prestado corresponde à necessidade do cidadão servido e, por isso, que a concepção, planeamento, prestação e avaliação deve estar centrada nele, nas suas necessidades, na sua liberdade de escolha, na realização do seu potencial e na sua satisfação.

Para o efeito operacionalizou-se o conceito de vida independente na aproximação aos serviços de que os utentes da ACAPO beneficiam, de que carecem e como os avaliam, visando o diagnóstico da relação das pessoas com deficiência visual com as respostas sociais, numa perspectiva de melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados e

do desenvolvimento de serviços e apoios ancorados nas necessidades e nos contextos de quem os utiliza, orientados por princípios de racionalidade e sustentabilidade.

Adoptou-se, para o desenvolvimento do trabalho, um dispositivo de pesquisa empírica multimétodo: recorreu-se à análise documental e exploração de informação estatística (dados dos Censos 2011, base de dados dos associados da ACAPO); foi aplicado um inquérito por questionário junto dos sócios e utentes da ACAPO e realizou-se um conjunto de focus-groups.

O inquérito a sócios e utentes da ACAPO foi realizado junto dos que têm mais de 16 anos pelos técnicos da ACAPO, que foram formados para o efeito, tendo-se utilizado a técnica de amostragem *snowball*. A aplicação do inquérito arrancou no dia 12 de Março e terminou no final do mês de Maio de 2012.

A estrutura dos questionários foi desenhada para permitir apurar resultados não só ao nível da eficácia e qualidade dos serviços, de forma a fundamentar a tomada de decisão relacionada com o planeamento dos mesmos, mas também em torno de indicadores capazes de produzir um retrato social das pessoas com deficiência visual, da sua qualidade de vida e autonomia.

Foram validados 1325 inquéritos, posteriormente inseridos no *SPSS - Statistical Package for the Social Sciences*, programa a partir do qual foram analisados os dados.

Foram realizadas 4 sessões de *focus-group*, envolvendo um total de 27 indivíduos, com o intuito de trabalhar em profundidade as conclusões do estudo quantitativo e obter informação relevante no que concerne a necessidades reais e, conseqüentemente, formular recomendações para a (re)orientação da estratégia da ACAPO enquanto prestadora de serviços. As sessões de *focus-group* tiveram a seguinte estruturação: duas sessões reuniram utentes de zonas com fácil acesso aos serviços e duas outras dedicaram-se aos utentes de zonas com difícil acesso; os grupos homogêneos foram constituídos, um por pessoas com deficiência

congénita ou manifestada em idade precoce e outro por pessoas com deficiência adquirida na vida adulta.

A partir da análise dos dados dos estudos quantitativo e qualitativo desenhou-se uma proposta de estratégia de acção, que foi validada com representantes da ACAPO.

Assim, os resultados deste estudo são aqui apresentados em três capítulos.

O primeiro capítulo, naturalmente o mais longo, reporta-se à qualidade de vida e ao acesso à vida independente e analisa a situação social dos inquiridos e participantes nos *focus-group*. A análise é focalizada em algumas dimensões fulcrais em que se joga a identidade pessoal e social deste grupo, incluindo o seu estatuto socioprofissional e relação com o mercado de trabalho, a sua vida familiar e participação em redes sociais informais, o nível de escolaridade atingido e os obstáculos encontrados na escolarização, o acesso a recursos comunicacionais e informacionais, incluindo o domínio do braille e a participação na vida cívica, sindical e política. Este capítulo termina com uma tipologia da situação social dos inquiridos.

O segundo capítulo incide sobre a relação com os serviços prestados pela ACAPO e os seus impactos na vida das pessoas que deles beneficiam. Nele se analisa o modo de aproximação a esses serviços, a relação estabelecida com a ACAPO e se estuda a avaliação pelos cidadãos servidos do tipo de serviços recebidos, da orientação subjacente à sua prestação ao impacto nas suas vidas.

O terceiro capítulo inclui as reflexões da equipa do estudo e uma proposta de estratégia de acção da ACAPO, partindo da sua identidade, tal como definida pelos inquiridos e propondo um foco estratégico, prioridades e objectivos para a sua acção a médio prazo.

I. QUALIDADE DE VIDA E VIDA INDEPENDENTE – A SITUAÇÃO SOCIAL DOS DEFICIENTES VISUAIS

Neste estudo entende-se a deficiência como um fenómeno social que se caracteriza pela interacção entre propriedades individuais (alteração de estruturas e funções do corpo) e as dinâmicas sociais (participação na vida em sociedade) e que gera uma categoria social apenas e só na medida em que quem partilhe as referidas alterações de estruturas e funções do corpo tenha, com origem na referida interacção, probabilidades diferentes de participação social das que se abrem a quem não tem essas alterações.

O modelo que assim entende a deficiência, canonicamente designado “bio-psico-social” (Engel, 1977) foca-se no carácter relacional da deficiência (Bickenbach, 1993:36), noção que Luís Capucha retomou para designar esta abordagem de “modelo relacional”, melhorando a focalização da designação para efeitos de teoria sociológica.

1.1 MODELO RELACIONAL DE DEFICIÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E VIDA INDEPENDENTE

O modelo relacional entende a deficiência “como uma diferença específica característica de cidadãos que são iguais a quaisquer outros em direitos e deveres, diferença essa que gera discriminação produtora de desigualdades nas diferentes esferas da vida social.” (Capucha, 2010: 38).

Nesta perspectiva, não se trata de reduzir a alteração de estruturas e funções do corpo a diferenças sociais (como em versões radicais do modelo social da deficiência¹), mas de questionar que haja

¹ Uma apresentação crítica dos modelos médico, social e bio-psico-social da deficiência pode ser encontrada em Sousa et al, 2007, capítulo 3.

determinantes “naturais” da diferença social que se construiu a seu propósito. Na ausência de tais determinantes, são questionadas as relações sociais (ao nível micro e macrosocial) que se estabeleceram sob influência do modelo médico nas nossas sociedades e tenderam a reduzir o deficiente à condição de “paciente” e a estimular a sua dependência. Por isso, o modelo relacional da deficiência pode ser accionado para entender o movimento da auto-representação (*self advocacy*) de cidadãos com deficiência e a promoção da sua autonomia pessoal, tal como proposto pelo movimento da vida independente.

Na definição de Adolf Ratzka, a vida independente “é uma filosofia e um movimento de pessoas com deficiências que trabalha para a auto-determinação, a igualdade de oportunidades e o respeito por si mesmo” (Ratzka, 2007). Nomeadamente, centrando-se no controlo sobre a própria vida e na integração na comunidade. Prossegue Ratzka, “a vida independente significa que queremos ter as mesmas escolhas e o mesmo controlo das nossas vidas quotidianas que os nossos irmãos e irmãs, vizinhos e amigos e amigas não deficientes dão por adquiridos. Queremos crescer nas nossas famílias, ir à escola da vizinhança, usar os mesmos autocarros que os nossos vizinhos, trabalhar em empregos adequados à nossa educação e interesses e constituir as nossas próprias famílias” (Ratzka, 2007).

É da vida independente como objectivo e desenvolvimento de serviços para a sua promoção que se tratará neste estudo. O que se fará partindo do conceito de qualidade de vida. Este conceito tem capacidade heurística para nos dar uma visão abrangente da situação social das pessoas com deficiência e, no caso deste estudo, das pessoas com deficiência visual, uma vez que parte das necessidades humanas e aborda os diferentes domínios em que se joga o bem-estar.

Existem múltiplas formulações do conceito de qualidade de vida. Neste estudo utilizamos especialmente os contributos de Robert L. Schalock (1996, 1997, 2007), que aplicaram o conceito à situação das pessoas com deficiências de desenvolvimento, do Programa de Saúde Mental da

Organização Mundial de Saúde (WHOQOL, 1997) e da equipa multidisciplinar da Universidade de Vermont (Constanza et al, 2006), retomando a perspectiva adoptada na proposta de estratégia de acção para as pessoas com deficiências e incapacidades em Portugal (Sousa et al, 2007).

Na perspectiva aqui desenvolvida, a qualidade de vida resulta da satisfação de diferentes necessidades humanas, pela disponibilização de oportunidades dessa satisfação e geração associada de níveis mais elevados de bem-estar.

As necessidades humanas sistematizadas pela equipa da Universidade de Vermont como necessidades de subsistência, reprodução, segurança, afecto, compreensão, participação, lazer, espiritualidade, criatividade, identidade e liberdade foram agrupadas neste estudo por referência à categorização proposta por Erik Allardt (1993), que as agrupa em três dimensões, a saber *having* (ter), *loving* (ligações) e *being* (ser).

A dimensão *ter* das necessidades humanas remete para os aspectos materiais e analisaremos, a este respeito, as pertenças e trajectórias sociais, a origem dos rendimentos, a participação no mercado de trabalho.

A dimensão das *ligações* diz respeito ao contacto social próximo, bem como à possibilidade de ter uma vida dotada de sentido junto com outrem, pelo estabelecimento de laços afectivos e a construção de uma identidade pessoal através da participação na vida social. Nesta dimensão focamo-nos na vida familiar, na integração em redes sociais, na intensidade da vida social quotidiana fora do espaço doméstico e nas práticas de lazer.

A dimensão do *ser* refere-se ao controlo sobre a própria vida, no que incorpora a importância da vida independente (Ratzka, 2007), a necessidade de integração na sociedade e de viver com a natureza (participação em decisões e actividades que influenciam a sua própria vida, actividades políticas, oportunidades de descanso e lazer, uma vida que tenha sentido para si mesmo, poder disfrutar da natureza).

O presente capítulo encontra-se estruturado em função das dimensões apresentadas, numa interpretação da equipa do estudo que por vezes transgride as fronteiras originalmente definidas na especificação das dimensões do conceito e procedendo à análise dos indicadores de cada dimensão recolhidos no questionário e nos *focus-group*.

1.2 ESTATUTO SOCIOPROFISSIONAL, MEIO DE VIDA E INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

Os associados e utentes da ACAPO inquiridos no estudo (doravante designado por PSPVI) apresentam um perfil demográfico algo distinto da população portuguesa com deficiência visual. Os deficientes visuais inquiridos são maioritariamente homens (56%), verificando-se uma taxa de masculinização superior à da população portuguesa com deficiência visual, uma vez que, de acordo com os censos de 2011, os homens representam 43% das pessoas que não conseguem ver² e as mulheres 57%.

² Os dados dos Censos 2011 utilizados ao longo deste estudo referem-se exclusivamente às pessoas que não conseguem ver. Tomou-se esta opção uma vez que o tratamento da temática da incapacidade foi abordado pela primeira vez nas operações censitárias, isto é, a avaliação baseada em diagnósticos de deficiências, foi substituída pela primeira vez por uma auto-avaliação que privilegia a funcionalidade e a incapacidade como o resultado de uma interacção dinâmica entre a pessoa e os factores contextuais. O número muito elevado de pessoas que declararam ter muita dificuldade em ver resulta de uma incapacidade do Censos para captar a diferença entre quem tem baixa visão ou apenas dificuldades de visão, inutilizando, na nossa opinião, a possibilidade de usar as respostas como aproximação à prevalência da baixa visão.

Tabela 1. Inquiridos e população que não consegue ver, segundo o sexo

		PSPVI (%)	População residente maior de 15 anos que não consegue ver (Censos 2011) (%)
Sexo	Masculino	55,7	43,0
	Feminino	44,3	57,0
	Total	100,0	100,0
Idade	16-29 anos	12,5	5,9
	30-64 anos	68,0	32,9
	Mais de 65 anos	19,5	61,2
	Total	100,0	100,0
N		1325	27015

Fontes: Inquérito PSPVI; Censos 2011

No que diz respeito à distribuição etária constata-se que estamos perante uma população mais nova que a população que não consegue ver. A população portuguesa que não consegue ver tem maioritariamente mais de 65 anos (61%) e no seio dos deficientes visuais inquiridos a percentagem de pessoas cegas com 65 ou mais anos é apenas de 20%.

Tabela 2. Inquiridos, segundo a idade de aquisição da deficiência visual

Idade de aquisição da deficiência	PSPVI (%)
Até 5 anos	42,0
6 a 14 anos	15,1
15 a 24 anos	12,3
25 a 49 anos	20,7
Mais de 50 anos	9,9
Total	100,0
N	1320

Fonte: Inquérito PSPVI

A aquisição da deficiência numa etapa precoce da vida, devido a doença ou hereditariedade (Tabela 3) constitui de igual modo elemento característico desta população. Cerca de 40% dos deficientes visuais inquiridos, adquiriram a deficiência visual até aos cinco anos de idade, sendo que 35% a adquiriu até ao primeiro ano de idade.

Tabela 3. Inquiridos, segundo a causa da deficiência visual

Causa da deficiência visual	PSPVI (%)
Hereditariedade	34,4
Gravidez e Parto	7,1
Doença	45,3
Acidentes	11,2
Outra	2,0
Total	100,0
N	1186

Fonte: Inquérito PSPVI

Para além da deficiência visual, registam-se casos de coexistência de alterações ao nível de outras funções³.

Tabela 4. Inquiridos, segundo a tipologia de alterações nas funções

Alterações nas funções	PSPVI (%)
Sensoriais e da Fala e Deficiência visual	4,0
Multifunções Físicas e Deficiência visual	34,3
Multifunções Mentais e Deficiência Visual	,8
Multifunções Físicas e Sensoriais e da Fala	10,4
Multifunções Mentais e Sensoriais e da Fala	,3
Multifunções Físicas, Mentais e Deficiência Visual	2,3
Multifunções Físicas e Sensoriais e da Fala e Mentais	1,4
Deficiência Visual	46,4
Total	100,0
N	1325

Fonte: Inquérito PSPVI

Cerca de 34% dos deficientes visuais inquiridos tem igualmente alterações nas multifunções físicas e cerca de 10% tem alterações nas multifunções físicas e ainda alterações noutras funções sensoriais para além da visão. O quadro de coexistência de alterações nas funções é

³ Utilizando a CIF como referencial teórico, foram incluídas questões no inquérito sobre alterações nas dezasseis funções do corpo (classificação de segundo nível, na qual são identificados os “subtipos” das funções do corpo), excluindo a função visual. Tendo em conta o elevado número de categorias optou-se por desenvolver uma tipologia agregada das alterações ao nível das funções. Assim, as Funções Sensoriais e da Fala correspondem à agregação das alterações ao nível das funções da Audição, da Fala e funções sensoriais adicionais; as Multifunções Físicas englobam as alterações ao nível das Funções do aparelho cardiovascular, do Sistema hematológico e imunológico, do Aparelho respiratório e digestivo, Sistemas metabólico e endócrino, Funções geniturinárias e reprodutivas, Funções das articulações e dos ossos, Funções musculares, Funções relacionadas com o movimento e Funções da pele e estruturas relacionadas. Por fim, as Multifunções Mentais englobam a Função intelectual e a Função mental.

mais comum nos inquiridos mais velhos, sendo que cerca de 40% dos inquiridos com alterações físicas e sensoriais tem mais de 65 anos.

1.3 PERTENÇAS E TRAJECTÓRIAS SOCIAIS

A pertença social dos inquiridos foi determinada com recurso à sua categoria socioprofissional⁴, bem como da sua família de origem, que representam indicadores fundamentais da classe social.

As três situações mais frequentes na posição social são a de empregado executante (36%), operário industrial (17%) e profissional técnico e de enquadramento (15%), o que situa os inquiridos predominantemente na classe média e nas classes populares. Mas não deve esquecer-se que há um grupo significativo (19%) que não tem pertença social própria, dado nunca ter participado no mercado de trabalho, correspondendo a uma situação de desclassificação socioprofissional, como acontece a todos os que nunca foram activos ao longo das suas vidas.

Tabela 5. Inquiridos e população residente maior de 15 anos, segundo a categoria socioprofissional e índice de sobre-(sub)representação

	PSPVI (%)	PSPVI com CSP (%) (1)	População residente maior de 15 anos com CSP (%) (2)	Índice de sobre-(sub)representação (1)/(2)
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	6,1	7,5	14,7	0,5
Profissionais Técnicos e de Enquadramento	15,0	18,5	22,5	0,8
Trabalhadores Independentes	3,9	4,8	5,0	1,0
Agricultores Independentes	1,5	1,9	0,9	2,1
Empregados Executantes	35,8	44,2	32,4	1,4
Operários Industriais	17,1	21,1	22,7	0,9
Assalariados Agrícolas	1,7	2,1	1,8	1,2
Não tem categoria socioprofissional	18,9	-	-	-
Total	100,0	100,0	100,0	1,0
N	1323	1073	4328697	-

Fontes: Inquérito PSPVI; Censos 2011

⁴ Para a determinação desta categoria, usa-se a “tipologia ACM” que cruza profissão e situação na profissão (ver Almeida, Costa e Machado, 1994).

A comparação da categoria socioprofissional dos inquiridos com a população portuguesa mostra o confinamento dos deficientes visuais às classes médias e populares. A proporção de empresários, dirigentes e profissões liberais entre os inquiridos é apenas metade da que têm na população em geral e a proporção de empregados executantes atinge o dobro do que ocorre na população em geral.

A trajectória intergeracional dos inquiridos mostra uma dinâmica social descendente.

Tabela 6. Inquiridos, segundo a classificação socioprofissional do agregado doméstico de origem, a idade de aquisição da deficiência e a trajectória social intergeracional

CSP do agregado doméstico de origem	Idade de aquisição da deficiência	Trajectória social intergeracional (%)					
		Ascendente	Estável	Descendente	Exclusão	Total	N
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	Total	-	12,7	68,7	18,7	100	150
	> 30 anos	-	11,7	64,8	23,4	100	111
Profissionais Técnicos e de Enquadramento	Total	7,5	29	45,7	17,8	100	107
	> 30 anos	8,6	27,1	41,9	22,2	100	81
Trabalhadores Independentes	Total	7,9	23,7	52,5	15,8	100	101
	> 30 anos	2,6	27,7	48,7	21,1	100	76
Trabalhadores Independentes Pluriactivos	Total	8,8	19,3	47,4	24,6	100	57
	> 30 anos	7	13,9	48,9	30,2	100	43
Agricultores Independentes Assalariados Agrícolas	Total	5,2	27,4	52,4	15	100	193
	> 30 anos	1,6	25,4	55,7	17,2	100	122
Agricultores Independentes Pluriactivos	Total	3,7	7,4	59,2	29,6	100	27
	> 30 anos	0	10	55	35	100	20
Empregados Executantes	Total	24,7	56,2	-	19,2	100	146
	> 30 anos	22,2	53,7	-	24,1	100	108
Operários Industriais	Total	14	61,6	-	24,4	100	258
	> 30 anos	11,1	61,6	-	27,2	100	206
Assalariados Agrícolas	Total	20,7	67,5	-	11,7	100	111
	> 30 anos	21,7	63,5	-	14,9	100	74
Assalariados Executantes Pluriactivos	Total	21,6	61,6	-	16,8	100	125
	> 30 anos	19,2	62,5	-	18,3	100	104
Total	Total	11,4	36,6	32,6	19,4	100	1275
	> 30 anos	9,4	35,7	31,5	23,4	100	945

Fonte: Inquérito PSPVI

A tendência predominante é para uma trajectória socioprofissional descendente para os grupos sociais mais elevados (empresários, dirigentes e profissões liberais, profissões técnicas e de enquadramento, trabalhadores independentes e agricultores independentes) e de estabilização dentro dos grupos menos favorecidos (empregados executantes, operários industriais e assalariados agrícolas).

A segunda trajectória mais frequente é da exclusão do mercado de trabalho. Esta trajectória descendente ou de exclusão associa-se à dependência de prestações sociais. Perto de metade dos inquiridos em idade activa tinham como principal meio de vida no momento da inquirição uma prestação social e apenas cerca de um terço vivia de rendimentos do trabalho ou da propriedade.

Tabela 7. Inquiridos em idade activa, segundo o meio de vida principal

Meio de vida principal	PSPVI (%)
Depende da família	15,6
Vive de rendimentos do trabalho ou da propriedade	31,5
Vive de pensão de reforma ou outra prestação da segurança social	49,2
Outro meio de vida	3,8
Total	100,0
N	1066

Fonte: Inquérito PSPVI

Pode argumentar-se com a importância da protecção social na definição das condições de vida do grupo como contra-argumento em relação à exclusão do estatuto socioprofissional. Mas nas sociedades salariais (Castel, 1995), em que a protecção contra os riscos sociais está predominantemente dependente do estatuto ocupacional, a marginalização do emprego reflecte-se na perda de estatuto social e em trajectórias de mobilidade social descendente.

Não ignoramos que, como já foi demonstrado, o sistema de protecção social na deficiência em Portugal é um dos que consome mais recursos na zona da OCDE (Pimenta e Salvado, 2010), embora as prestações que produz sejam de montantes baixos (Fontes, 2009). Mas a protecção social, se vista como alternativa à obtenção de um estatuto

socioprofissional, procede a um fechamento de oportunidades, e é uma estratégia que marginaliza, por naturalizar o lugar simbólico das pessoas com deficiência como sendo fora do mercado de trabalho e a cargo de benefícios públicos e solidariedades privadas (Capucha et al, 2004: 10), mesmo que garantisse – e não o consegue - recursos necessários.

Essa exclusão do mercado de trabalho é imposta aos inquiridos e não o resultado de uma interiorização dessa exclusão como associada à sua identidade. Para cerca de 95% dos inquiridos em idade activa, ter emprego é importante ou muito importante e para 99% é importante ou muito importante não depender economicamente de outros.

Tabela 8. Inquiridos, segundo a importância de ter emprego e de não depender economicamente de outros

Importância	Importância de ter emprego em que possa exercer as suas competências (%)	Importância de não depender economicamente de outros (%)
Nada importante	2,6	0,3
Pouco importante	2,6	0,8
Importante	18,0	18,4
Muito importante	76,8	80,5
Total	100,0	100,0
N	960	1307

Fonte: Inquérito PSPVI

Os inquiridos têm também a percepção de que a aquisição da deficiência piorou a sua situação financeira, o que é coerente com as trajectórias sociais identificadas.

Os inquiridos que adquiriram deficiência visual depois dos 15 anos manifestaram que a sua situação financeira piorou (42%) ou piorou muito (37%) desde a aquisição da deficiência. Apenas 18% consideram que melhorou e 3% que melhorou muito.

A informação analisada liga a deficiência visual a uma trajectória social predominantemente descendente ou de exclusão e à percepção da vivência da deficiência como perda de segurança material.

1.4 PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

A participação no mercado de trabalho tem grande centralidade nas sociedades contemporâneas, em diversas dimensões da construção da identidade social, pelo que importa aprofundar o conhecimento sobre os factores que influenciam negativa ou positivamente a possibilidade de acesso a esse mercado por parte dos inquiridos em idade activa.

1.4.1 DESIGUALDADE DE OPORTUNIDADES DE ACESSO

Globalmente, a proporção de inquiridos em idade activa que participavam no mercado de trabalho no momento em que se realizou o inquérito, seja como empregados ou desempregados era baixa.

Tabela 9. Inquiridos, segundo a condição actual perante o trabalho

Condição perante o trabalho	PSPVI (%)
Exerce uma profissão ou trabalha (está empregado)	32,9
Desempregado ou está à procura do primeiro emprego	13,1
Reformado/a ou está em pré-reforma	39,4
Estudante	6,2
Em formação ou medida de política activa de emprego	6,0
Doméstico/a	1,9
Noutra situação	,6
Total	100,0
N	1067

Fonte: Inquérito PSPVI

A comparação da condição actual perante o trabalho dos inquiridos com a da população activa no mesmo período temporal (tabela 10) evidencia a existência de um *gap* de participação no emprego (*gap* da taxa de emprego) e de inclusão no mercado de trabalho (*gap* da taxa de actividade).

Tabela 10. *Gaps* de actividade e de emprego

	Inquiridos em idade activa com deficiência visual (Inquérito PSPVI) (1)	População residente em Portugal com 15 anos ou mais que não consegue ver (Censos 2011) (2)	População em idade activa Total em Portugal Continental (Eurostat 1º trimestre de 2012) (3)	<i>Gap</i> dos inquiridos $((3)-(1))/(3)$	<i>Gap</i> das pessoas que não vêem $((3)-(2))/(3)$
Taxa de Actividade	46%	42,5%	73,8%	37,7%	42,4%
Taxa de Emprego	32,9%	36,4%	62,9%	47,7%	42,1%

Fontes: Inquérito PSPVI; Censos 2011; Eurostat

A taxa de actividade da população de 15-64 anos medida pelo Eurostat era de 73,8% no 1º trimestre de 2012 e a dos deficientes visuais inquiridos entre Março e Maio de 2012 era de 46%. A diferença poderia eventualmente dever-se a enviesamentos da amostra, uma vez ela tratar de pessoas que se organizaram em torno de uma associação. Mas usando como controlo as pessoas que não conseguem ver, verifica-se que a diferença dos indicadores é de uma ordem de grandeza comparável. O *gap* de actividade entre os inquiridos e a população total é de 38% e o das pessoas que não vêem de 42%, enquanto o *gap* de emprego é respectivamente de 48% e 42% num e noutro grupo.

Em estudos anteriores, argumentámos que os efeitos próprios das desigualdades sociais podem ser medidos no mercado de trabalho pela análise de *gaps* de participação de certos grupos em relação a outros e que esses *gaps* são o resultado de estereótipos e preconceitos, normas jurídicas discriminatórias, relações sociais rotinizadas, não adaptação a limitações individuais e dos efeitos cumulativos de todas estas dimensões no acesso às competências, e, articuladamente, às oportunidades no mercado de trabalho (Pedroso et al, 2005, Pedroso, 2010). Assim, os deficientes visuais configuram um grupo social com desvantagem no acesso ao mercado de trabalho, sabendo-se que não aceder ao mercado de trabalho é, como sublinhou Richard Jenkins, o primeiro indicador da marginalização social global da população deficiente (Jenkins, 1991:42).

A análise descritiva da relação entre indicadores de propriedades sociais e condição actual perante o trabalho (tabela 11)⁵ evidenciou um conjunto de correlações significativas, bem como a variação da classe modal da condição perante o trabalho em função das propriedades sociais dos inquiridos.

Nas variáveis analisadas que estão fortemente correlacionadas com a condição perante o trabalho, as modalidades em que a situação de empregado é a classe modal são as seguintes:

- Ter 30 a 49 anos (44%);
- Ter ensino superior ou médio (67%) ou secundário (46%);
- Ser Profissional Técnico e de Enquadramento (59%); Empregado Executante (49%) ou Empresário, Dirigente ou Profissionais Liberal (47%);
- Ter adquirido a deficiência visual antes dos 5 anos (44%);
- Não acumular outra deficiência com a deficiência visual (46%);
- Ser autónomo no quotidiano, o que inclui a realização de tarefas do dia-a-dia, tratar da higiene pessoal, entre outras actividades (42%);
- Ser autónomo na mobilidade, o que implica subir e descer escadas e andar em locais não familiares (47%);
- Dominar o braille (43%);
- Utilizar computador (47%);
- Usar a internet (51%).

⁵ Desta análise são excluídos os estudantes, uma vez que se pretende analisar os factores que promovem ou dificultam a inserção no mercado de trabalho e estes não terem sido excluídos desse mercado mas estarem numa fase de investimento, seja ela prévia ou intercalar, para o ingresso nele.

Tabela 11. Inquiridos, segundo a condição perante o trabalho e propriedades sociais

Variável	Categorias	Empregados (%)	Desempregados (%)	Inactivos (%)	Total (%)
Sexo	Feminino	31,5	15,5	53,0	100,0
	Masculino	38,0	12,7	49,3	100,0
Escalão etário***	16-29 anos	22,6	36,8	40,6	100,0
	30-49 anos	43,9	16,8	39,4	100,0
	Mais de 50 anos	26,7	3,9	69,4	100,0
Escolaridade***	1º ciclo ou menos	5,3	6,3	88,4	100,0
	2º e 3º ciclo	27,1	16,2	56,8	100,0
	Ensino Secundário	46,4	18,3	35,4	100,0
	Ensino Médio e Superior	67,2	11,8	21,0	100,0
Categoria socioprofissional***	Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	47,4	12,3	40,4	100,0
	Profissionais Técnicos e de Enquadramento	59,4	11,2	29,4	100,0
	Trabalhadores Independentes	19,4	9,7	71,0	100,0
	Agricultores Independentes	,0	10,0	90,0	100,0
	Empregados Executantes	48,9	13,0	38,2	100,0
	Operários Industriais	12,4	15,7	71,9	100,0
Categoria socioprofissional do agregado doméstico de origem	Assalariados Agrícolas	7,7	,0	92,3	100,0
	Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	40,0	12,4	47,6	100,0
	Profissionais Técnicos e de Enquadramento	33,3	18,4	48,3	100,0
	Trabalhadores Independentes	39,4	15,5	45,1	100,0
	Trabalhadores Independentes Pluriactivos	39,0	7,3	53,7	100,0
	Agricultores Independentes	36,4	6,2	57,4	100,0
	Agricultores Independentes Pluriactivos	15,0	10,0	75,0	100,0
	Empregados Executantes	35,6	18,6	45,8	100,0
	Operários Industriais	32,2	14,7	53,1	100,0
	Assalariados Agrícolas	32,9	11,8	55,3	100,0
Escolaridade mais elevada dos pais***	Assalariados Executantes Pluriactivos	41,0	18,1	41,0	100,0
	Não sabe/Não responde	21,1	15,8	63,2	100,0
	1º ciclo ou menos	33,4	11,1	55,5	100,0
	2º e 3º ciclo	38,2	20,6	41,2	100,0
	Ensino Secundário	42,3	30,8	26,9	100,0
	Ensino Médio e Superior	37,9	25,9	36,2	100,0
Agregado doméstico***	Escolaridade dos pais desconhecida	45,5	9,1	45,5	100,0
	Sozinho ou com família própria	40,5	10,0	49,4	100,0
Deficiência visual *	Agregado de origem	22,7	23,4	53,8	100,0
	Baixa visão	34,1	17,6	48,2	100,0
Outra deficiência***	Cegueira	35,8	11,0	53,2	100,0
	Sim	24,3	12,5	63,2	100,0
Idade de aquisição da deficiência visual ***	Não	46,1	15,6	38,4	100,0
	0-5 anos	44,4	19,6	35,9	100,0
	6-15 anos	34,6	14,8	50,6	100,0
	16-29 anos	35,4	9,0	55,6	100,0
Autonomia no quotidiano***	Mais de 30 anos	15,6	5,2	79,1	100,0
	Sim	41,5	15,3	43,2	100,0
Autonomia na comunicação***	Não	14,6	9,6	75,8	100,0
	Sim	38,1	15,6	46,3	100,0
Autonomia na mobilidade***	Não	23,3	7,6	69,0	100,0
	Sim	47,0	17,4	35,6	100,0
Braille***	Não	25,6	11,1	63,3	100,0
	Sim	43,3	15,3	41,4	100,0
Utilização de computador***	Não	22,3	11,9	65,7	100,0
	Sim	47,7	17,2	35,2	100,0
Internet***	Não	14,3	8,7	77,0	100,0
	Sim	50,6	16,4	33,1	100,0
Rede social***	Não	16,6	11,2	72,2	100,0
	Sim	38,9	15,0	46,1	100,0
Vida social**	Não	23,1	10,9	66,0	100,0
	Sim	41,8	14,7	43,5	100,0
	Não	31,4	13,7	55,0	100,0

Nota: ***= $p \leq 0.001$; ** = $p \leq 0.01$; * = $p \leq 0.05$

Fonte: Inquérito PSPVI

Nas mesmas variáveis, as modalidades em que a situação de inactivo é a classe modal são as seguintes:

- Ter 50 anos ou mais (69%) ou menos de 30 anos (41%);
- Ter o 1º ciclo ou menos (69%) ou o 2º ou o 3º ciclo do ensino básico (88%);
- Ser Assalariado Agrícola (92%); Agricultor Independente (90%); Operário Industrial (72%) ou Trabalhador Independente (71%);
- Ter adquirido a deficiência visual com mais de 30 anos (79%); entre os 16 e os 29 anos (56%) ou entre os 6 e os 15 anos (51%);
- Acumular outra deficiência com a deficiência visual (63%);
- Não ser autónomo no quotidiano, o que inclui a realização de tarefas do dia-a-dia, tratar da higiene pessoal, entre outras actividades (76%);
- Não ser autónomo na mobilidade, o que implica subir e descer escadas e andar em locais não familiares (63%);
- Não dominar o braille (66%);
- Não utilizar computador (77%);
- Não usar a internet (72%).

A análise descritiva identifica um conjunto de propriedades sociais correlacionadas com a exclusão do emprego dos deficientes visuais, em que avultam variáveis que são também discriminatórias no universo da população em geral (como a escolaridade, a idade, a situação socioprofissional e a info-exclusão) a par de outras que estão associadas à natureza da deficiência ou à adaptação às limitações estruturais provocadas por ela (como a autonomia no quotidiano ou na mobilidade e o domínio do braille). Registe-se que nesta análise não são visíveis nem o efeito de género nem da categoria socioprofissional da família de origem.

As variedades de propriedades sociais foram consideradas de forma integrada num modelo estatístico, pretendendo prever que efeito terá cada uma delas nas oportunidades de um deficiente visual em idade activa que não seja estudante se encontrar empregado (ver tabela 12). A variável dependente é dicotómica, pelo que é apropriado utilizar a regressão logística binária, tomando como variáveis independentes as variáveis referentes às propriedades sociais.

Tabela 12. Preditores de emprego dos inquiridos - Regressão logística binária

Variável	Categorias	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)
Deficiência visual	Cego	0,137	0,218	0,392	0,531	1,146
	Tem outra deficiência**	-0,545	0,195	7,862	0,005	0,58
	Sexo masculino***	0,676	0,198	11,666	0,001	1,965
	Ter com quem sair	0,378	0,234	2,613	0,106	1,459
	Autonomia no Quotidiano	-0,368	0,294	1,563	0,211	0,692
	Autonomia na comunicação	-0,265	0,272	0,945	0,331	0,767
	Autonomia na mobilidade	0,255	0,201	1,61	0,204	1,291
	Agregado doméstico próprio*	0,57	0,236	5,838	0,016	1,768
	Domina Braille	0,428	0,232	3,411	0,065	1,534
	Utiliza computador	0,375	0,382	0,965	0,326	1,456
Escolaridade	Utiliza a Internet	0,487	0,352	1,916	0,166	1,628
	2º/3º ciclo***	1,421	0,388	13,446	0	4,141
	Ensino Secundário***	1,95	0,414	22,211	0	7,029
Escalão etário	Ensino superior***	3,166	0,503	39,683	0	23,706
	16-29 anos	-0,568	0,375	2,291	0,13	0,567
Idade de aquisição da deficiência visual	Mais de 50 anos	-0,337	0,225	2,237	0,135	0,714
	6 – 15 anos	-0,168	0,272	0,383	0,536	0,845
	16 – 29 anos	-0,408	0,251	2,631	0,105	0,665
Categoria socioprofissional do próprio	Mais de 30anos***	-1,202	0,28	18,408	0	0,301
	Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	-0,579	0,398	2,115	0,146	0,561
	Profissionais Técnicos e de Enquadramento	-0,601	0,329	3,344	0,067	0,548
	Trabalhadores Independentes	-0,793	0,532	2,22	0,136	0,453
	Agricultores Independentes	-21,372	10642,24	0	0,998	-
	Operários Industriais***	-1,436	0,303	22,449	0	0,238
	Assalariados Agrícolas	-0,834	1,112	0,562	0,454	0,435
	Não tem	-21,105	2841,004	0	0,994	-
	Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	-0,152	0,345	0,193	0,661	0,859
	Profissionais Técnicos e de Enquadramento	-0,512	0,388	1,74	0,187	0,599
Categoria socioprofissional do agregado de origem	Trabalhadores Independentes	0,039	0,395	0,01	0,922	1,04
	Trabalhadores Independentes	-0,018	0,484	0,001	0,97	0,982
	Pluriactivos					
	Agricultores Independentes	0,437	0,341	1,643	0,2	1,548
	Agricultores Independentes	-0,676	0,803	0,709	0,4	0,509
	Pluriactivos					
	Empregados Executantes	-0,104	0,334	0,097	0,755	0,901
	Assalariados Agrícolas	0,264	0,399	0,437	0,508	1,302
	Assalariados Executantes	0,282	0,333	0,717	0,397	1,326
	Pluriactivos					
Escolaridade mais alta do agregado de origem	2º/3º ciclo*	-0,498	0,259	3,715	0,054	0,607
	Ensino Secundário	0,409	0,658	0,385	0,535	1,505
	Ensino superior	-0,464	0,425	1,191	0,275	0,629
	Desconhecida	0,842	0,499	2,85	0,091	2,32
	Constant	-2,444	0,56	19,059	0	0,087

Nota: ***= $p \leq 0.001$; ** = $p \leq 0.01$; * = $p \leq 0.05$

Fonte: Inquérito PSPVI

Este modelo estatístico permite verificar que variáveis actuam como preditores significativos das oportunidades de estar empregado, eliminando efeitos de ocultação que resultam da interacção com outras variáveis. Caso não haja relação estatística significativa, aceita-se a hipótese nula de que a variável referente àquela propriedade social e a variável “estar empregado” são independentes. Caso haja relação estatisticamente significativa, rejeita-se a hipótese nula, o que implica aceitar que a variável em causa é preditora da situação da pessoa perante o emprego e estuda-se o rácio de probabilidade (“odds ratio”) que nos indica em quanto varia a probabilidade de estar empregado com a variação da variável independente em causa.

Se o rácio de probabilidade é inferior a 1, tal significa que a probabilidade é menor que na categoria de referência. Se é superior a 1, tal significa que a probabilidade é maior que na categoria de referência. A categoria de referência, por sua vez, é aquela que foi identificada como 0 na definição da variável, quando a variável independente é dicotómica (a propriedade que aquele inquirido não tem) ou que foi “omitida” quando a variável tem mais que 2 modalidades. Tomemos como exemplo quanto às variáveis dicotómicas a variável “ter outra deficiência”. Neste caso o valor 1 significa “tem” e o valor 0 significa “não tem”. O rácio de probabilidade obtido (0,58) indica que a probabilidade de estar empregado entre quem tem multideficiência é 58% da probabilidade de estar empregado no conjunto da população inquirida. Logo, há uma desigualdade interna de oportunidades de emprego entre cidadãos com deficiência visual em desfavor dos multideficientes. Vejamos como ler o rácio de probabilidade numa variável não dicotómica. Na variável escolaridade, a modalidade “omitida” é a de ter como habilitação o 1º ciclo do ensino básico ou menos. O rácio de probabilidade obtido por comparação com esta situação de referência é de 4,1 (ter o 2º ou 3º ciclo), 7 (ter o ensino secundário) e 23,7 (ter o ensino superior), o que nos diz que, quando comparamos os deficientes visuais com habilitações escolares superiores ao 1º ciclo do ensino básico com os que têm estas

habilitações, a probabilidade de estar empregado dos que têm o 2º ou 3º ciclo é 4 vezes superior à dos que têm o 1º ciclo, a dos que têm o ensino secundário é 7 vezes superior à desse grupo de referência e a dos que têm ensino superior é-lhe 24 vezes superior.

O modelo de propriedades sociais utilizado tem um desempenho elevado. O chi-quadrado é significativo ($\chi^2=515,871$; $p=0,000$), o que nos permite rejeitar a hipótese nula de que estar ou não empregado é independente das propriedades sociais estudadas no modelo. O modelo explica mais de 40% da variância (Cox & Snell $R^2=0,409$) e em 81% dos casos prevê correctamente a situação da pessoa inquirida perante o emprego. Há 9 situações quanto à relação entre propriedades sociais e emprego em que se pode afastar a hipótese nula (teste de Wald com significância ≤ 0.05). Encontrou-se, pois, uma relação entre propriedades sociais de cidadãos com deficiência visual e oportunidades desiguais de acesso ao emprego entre eles, ou seja, encontraram-se variáveis que reforçam ou atenuam a exclusão do emprego dos deficientes visuais.

A propriedade social cuja variação tem efeitos mais potentes no aumento da participação no emprego é a escolaridade. A progressão da probabilidade de estar empregado consoante os níveis escolares é exponencial. Como referimos no parágrafo acima, atingindo a disparidade de 27 para 1 entre um diplomado do ensino superior ou médio e quem apenas detém o 1º ciclo do ensino básico.

O género tem também um efeito significativo no mercado de trabalho. A probabilidade de um homem estar empregado praticamente duplica em relação a uma mulher em iguais circunstâncias (rácio de probabilidade de 1,965 entre homens e mulheres). Tendo presente que a diferença entre géneros perante o emprego não surgia na análise bivariada, este dado revela também a importância do modelo na explicação das desigualdades perante o mercado de trabalho, ao isolar os efeitos próprios da variável.

As probabilidades de estar empregado são igualmente dependentes da estrutura familiar do inquirido. Aqueles que saíram da família de origem, constituindo família própria ou vivendo sozinhos, têm uma probabilidade de estar empregados 1,7 vezes superior à dos que permanecem na família de origem.

Há diferenças de probabilidades de estar empregado segundo a classe social do inquirido. Tomámos como referência, a categoria socioprofissional mais frequente na população inquirida (os empregados executantes). Quando comparadas com ela, todas as categorias socioprofissionais têm um valor negativo, mas que é estatisticamente significativo apenas entre os operários industriais, o que configura duas situações opostas no espectro socioprofissional quanto à probabilidade de estar empregado: a probabilidade relativamente mais elevada de acesso ao emprego dos empregados executantes e a probabilidade significativamente mais baixa dos operários industriais, inferior no último grupo a um quarto do grupo anterior.

A natureza da deficiência e a relação com as limitações estruturais que ela provoca constitui uma propriedade social ela própria indutora de desigualdades, em duas das três dimensões estudadas dessa relação (idade de aquisição da deficiência, tipo de deficiência, autonomia).

Para a idade de aquisição da deficiência tomámos como situação de referência a aquisição antes dos 5 anos. Quando comparados com este grupo, todos os outros têm probabilidades de emprego menores, mas que são estatisticamente significativas apenas para quem adquire a deficiência depois dos 30 anos. A probabilidade de estar empregado, neste grupo, é de 30% dos que adquiriram a deficiência à nascença ou na primeira infância.

A ocorrência de multideficiência é, por sua vez, um factor de aumento da exclusão do emprego. Como referimos acima, a probabilidade de quem tem mais que uma deficiência estar empregado é pouco superior a metade de quem tem apenas deficiência visual.

A origem social praticamente não exerce qualquer influência estatisticamente significativa nas probabilidades de estar empregado dos deficientes visuais inquiridos. Apenas nos recursos escolares dos pais, medidos pelo nível de escolaridade mais elevado atingido por um dos progenitores, se encontra uma associação estatisticamente significativa, ainda que ténue (Wald, $p = 0.05$).

A inserção em redes sociais – físicas ou virtuais – e a autonomia na deficiência também não são preditores de diferenças significativas de situação perante o emprego.

Este modelo mostra-nos que as propriedades sociais relativas à deficiência e à trajectória de vida se sobrepõem às de origem social na redefinição das oportunidades no mercado de trabalho, o que significa que na condição social actual dos deficientes visuais em Portugal, ao menos perante o emprego, a intervenção das dinâmicas sociais de inclusão e das políticas públicas, onde são fortes ou onde são fracas, têm efeitos.

A deficiência não produz de *per si* uma posição social, mas apenas na medida em que faz parte da estruturação das oportunidades sociais do indivíduo deficiente. A alteração de estruturas e funções do seu corpo produz limitações na medida em que não seja compensada por acções positivas no contexto envolvente que neutralizem a potencial desvantagem que gera. Entre essas acções positivas estão a intervenção clínica, contendo ou minorando aspectos em que a medicina pode actuar sobre as alterações em causa, mas também a intervenção de tecnologias assistivas e a prestação de serviços como a educação ou a reabilitação, ou a acção sobre os contextos sociais, de prevenção e eliminação de comportamentos discriminatórios e outras barreiras. Mas, na medida em que essa acção positiva - a activação das instituições sociais - não é eficaz, produzem-se *gaps* como o que neste trabalho se identificou no acesso ao emprego. Esses *gaps* podem ser reduzidos pela activação das instituições sociais.

Recorde-se que na diferenciação de posicionamento no emprego dos deficientes visuais inquiridos as variáveis de origem social têm pouca ou nula importância. A categoria socioprofissional da família de origem não tem efeito estatisticamente significativo na possibilidade de estar empregado e encontra-se apenas uma correlação ténue desta com a escolaridade de origem dos pais, significativa somente para um escalão de escolaridade. Não se verificou, neste caso, uma das clássicas explicações sociológicas da desigualdade, a da reprodução do estatuto social de origem.

Encontrou-se o eco das relações sociais de sexo existentes na sociedade em geral (Ferreira, 2004, André, 1999), implicando aqui uma dupla discriminação das mulheres deficientes visuais no acesso ao mercado de trabalho, enquanto mulheres e enquanto deficientes, igualmente encontrado em outros estudos (Jones, Latreille e Sloane, 2003; Clements, Douglas e Pavey, 2011). Importa, a este respeito, sublinhar a importância heurística de termos recorrido à regressão logística binária. Na análise bivariada a discriminação de género estava ocultada pelo efeito de interferência de outras variáveis e apenas se tornou visível por efeito do modelo estatístico que mostra que, neutralizadas outras variáveis, a probabilidade de um homem deficiente visual inquirido estar empregado é praticamente o dobro de uma mulher.

A propriedade social que mais intensamente faz variar a probabilidade de estar empregado é a escolarização. Esta conclusão não é especificamente portuguesa. O mesmo se concluiu, por exemplo, para o Canadá (Gold e Simson, 2005) e o Reino Unido (Clements, Douglas e Pavey, 2011). Esta conclusão remete-nos para a importância da educação no combate ao fechamento de oportunidades.

O debate sobre a política pública de educação e o seu papel na activação das instituições para a promoção de igualdade entre deficientes e não deficientes (Capucha, 2010) é, assim, central. Com a informação analisada, pode falar-se com propriedade de sucesso na integração no mercado de trabalho conseguido pela educação inclusiva,

orientada pelo modelo relacional, na educação de cegos (Capucha, 2010) ainda que se conheçam os problemas de funcionamento que têm vindo a ser observados (Sena Martins, 2005) e que, sobretudo, se deva valorizar o caminho ainda a percorrer para garantir melhores níveis de sucesso educativo. Os inquiridos “sobreviventes” na escola revelaram-se “vencedores” da barreira de acesso ao mercado de trabalho; importa melhorar os índices de sobrevivência escolar da população com deficiência visual.

A fase do ciclo de vida em que se adquire a deficiência gera uma desigualdade de oportunidades de acesso ao emprego mediatizada por factores de identidade social. Quem nasce deficiente ou adquire a deficiência numa fase inicial do ciclo de vida estabelece o seu padrão de interacção social a partir dessa condição, ao passo que quem se torna deficiente na idade adulta passa por uma mudança na sua percepção de si e no modo como é visto pelos outros (Jenkins, 1991). Perante esta mudança, o sistema de reabilitação profissional assume potencialmente um papel-chave, mas o aumento forte da probabilidade de estar fora do emprego entre quem adquire a deficiência na vida adulta por comparação com quem a adquire na infância ou à nascença sugere que o sistema de reabilitação em Portugal não é eficaz na recondução ao emprego de quem adquire uma deficiência.

O sistema de reabilitação profissional pode mesmo não ser coerente com as necessidades deste grupo, já que a investigação conhecida aponta para que não o atinja significativamente. O estudo sobre os impactos do Fundo Social Europeu na reabilitação profissional apurou que numa altura em que se estimava a população com deficiências sensoriais como sendo 22% da população deficiente, ela era apenas 10% da população que tinha passado ou estava a frequentar um processo de reabilitação (Capucha et al, 2004: 24). O mesmo estudo referia que apenas 7% dos utentes do sistema com deficiência visual tinham uma deficiência adquirida depois dos 30 anos (Capucha et al, 2004: 48), revelando assim um duplo enviesamento em desfavor dos

deficientes visuais e, entre estes, dos que têm uma deficiência adquirida na idade adulta.

Em Portugal, hoje, a escolarização é a via mais eficaz de superação da dificuldade de ingresso de pessoas com deficiência visual no mercado de trabalho e a reabilitação profissional de quem adquire deficiência visual na idade adulta é incapaz de combater a propensão para que adquirir uma deficiência seja um forte factor de saída do emprego. Estas duas conclusões constituem outros tantos desafios às políticas públicas para que consolidem o rumo num caso e se repensem, no outro.

Em Portugal, há efeitos sociais acumulados de desvantagem que prejudicam as oportunidades de emprego de mulheres, operários e de quem acumula mais do que uma deficiência. Também estas conclusões são desafios, mas às dinâmicas sociais e às políticas de solidariedade, no sentido de que se promovam mudanças de atitudes, superem estereótipos e as instituições sociais se activem para combater efeitos cumulativos de dinâmicas sociais de desfavorecimento.

Para além das dificuldades de integração no mercado de trabalho, estudos anteriores apontaram também para uma inserção da população deficiente focada sobretudo nas modalidades a que se associam menores recursos da estrutura socioprofissional (Capucha, 2004; Sousa et al, 2007). Neste estudo verifica-se antes um fechamento do espectro de alternativas profissionais com um polo nas profissões menos qualificadas e outro nas mais qualificadas. Predominam entre os empregados as pessoas enquadradas no pessoal administrativo (25%), seguido dos especialistas das actividades intelectuais e científicas (18%). De salientar que 13% dos deficientes visuais inquiridos são telefonistas e que a profissão mais representativa a seguir a esta é a de professor com 8%.

O peso destas categorias é maior se considerarmos a idade de aquisição da deficiência. No conjunto dos inquiridos que adquiriram a deficiência até aos 30 anos, portanto ainda numa fase relativamente precoce de inserção no mercado de trabalho e de definição de uma vocação

profissional, 32% está enquadrada no pessoal administrativo e 21% nos especialistas das actividades intelectuais e científicas e a inserção no mercado de trabalho é concentrada em duas profissões: no caso dos licenciados, os professores – 42% dos inquiridos – e no caso dos não licenciados, os telefonistas – 26%.

O Estado é um agente muito importante no emprego das pessoas com deficiência visual inquiridas, constatando-se que a percentagem de inquiridos que exerceram ou exercem uma profissão e que trabalham ou trabalhavam no sector Estado é muito superior à média nacional (37%), sendo ainda mais alta junto dos inquiridos que adquiriram a deficiência antes dos 15 anos (43%).

Tal não impede que seja o sector privado o maior empregador (de 58% dos inquiridos e de 50% dos que adquiriram a deficiência antes dos 15 anos), enquanto o terceiro sector gera 4% do emprego dos inquiridos (7% entre os que adquiriram a deficiência antes dos 15 anos).

O peso geral do Estado no emprego de deficientes e a menor abertura do sector privado a quem adquiriu a deficiência antes da idade activa desafia as políticas activas de emprego.

Acresce que na percepção subjectiva dos próprios deficientes inquiridos, os que acedem ao emprego sentem algumas dificuldades na adequação de equipamentos e espaços e na relação com colegas e superiores.

Tabela 13. Inquiridos, segundo os problemas sentidos no actual ou no último emprego e a idade de aquisição da deficiência visual

Problemas sentidos	Idade de aquisição da deficiência visual (% de inquiridos que sentiu o problema)						Total	N
	Até 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 49 anos	Mais de 50 anos			
Falta de adequação de equipamentos e materiais de trabalho***	35,9	34,5	30,8	19,7	12,0	29,4	974	
Falta de capacidade dos colegas ou superiores para entender a natureza da sua deficiência***	22,5	29,5	20,8	14,2	9,6	20,3	974	
Falta de adequação dos espaços físicos**	21,4	20,1	25,6	14,2	8,4	19,1	971	
Os colegas ou os superiores não acreditarem no seu potencial*	19,1	23,7	17,7	14,7	8,4	17,7	974	
Discriminação por parte de colegas ou superiores*	19,3	19,4	15,4	11,1	10,8	16,3	972	

Nota: ***= $p \leq 0.001$; **= $p \leq 0.01$; *= $p \leq 0.05$

Fonte: Inquérito PSPVI

Não há nenhuma dificuldade que seja sentida maioritariamente pelos inquiridos que têm ou tiveram um emprego. Mas cerca de 30% aponta a falta de adequação de equipamentos e 20% a falta de capacidade de entendimento da sua deficiência por colegas e superiores.

A persistência de obstáculos que resultam da adaptação dos postos de trabalho ou das relações no local de trabalho é também um desafio para as políticas públicas, na medida em que o apoio à redução dos *gaps* de emprego de deficientes passam pela ultrapassagem de preconceitos e o apoio à adaptação de postos de trabalho.

Os dados aqui apresentados mostram uma situação de, por um lado, exclusão das pessoas com deficiência visual do mercado de trabalho, constatável pela diferença entre as taxas de actividade para a população portuguesa e dos deficientes visuais inquiridos e, por outro lado, para os que conseguem entrar no mercado, principalmente os que adquirem a deficiência visual numa fase precoce, existe um confinamento a determinadas profissões e uma produção de condições desfavoráveis, evidente pelas trajectórias de classe e pelas diferenças entre as taxas de

desemprego da população portuguesa e das pessoas com deficiência visual inquiridas.

Encontro-me desempregado quase crónico. Desde 2003 estou sem qualquer actividade profissional. (Focus Group Leiria)

37

Acho que um cego que esteja empregado, principalmente hoje em dia, e fique desempregado, dificilmente terá outra vez emprego. Há uma falta de informação dos empregadores. Nós temos mais capacidades do que as pessoas pensam que temos. Há vários sectores onde nós invisuais podemos trabalhar sem ser só como telefonista. (Focus Group Leiria)

Não obstante, e apesar desta exclusão, para os inquiridos com deficiência visual, ter um emprego no qual possa exercitar as suas competências e não depender economicamente de outros é muito importante, como vimos.

Os testemunhos obtidos nos *focus group* realizados permitem aferir a discrepância entre a importância atribuída a esta dimensão e a realidade na qual os inquiridos vivem face ao mercado de trabalho.

Quanto a experiência profissional, a única que tenho é, se lhe podemos chamar isso, é uma experiência de 6 meses em que estive a contrato e de resto, tenho vários estágios no meu currículo (...) quanto aos meios para sobreviver, eu não os tenho, e não por falta de tentativas pois já são pelo menos uns seis ou sete estágios no meu currículo, mas por razões alheias à minha vontade, as portas do mercado de trabalho não se abriram como eu realmente tinha expectativas. (Focus Group Porto)

Portanto a maior dificuldade é a mobilidade, e a situação económico-financeira e a nível profissional estou completamente

desmotivado, porque me sinto perfeitamente capaz de trabalhar em diversas áreas e não tenho oportunidade e claro que isto a nível psicológico destrói uma pessoa. (Focus Group Porto)

A descoincidência entre as oportunidades no mercado de trabalho e a percepção da importância de ter emprego evidencia uma das dimensões da vivência da deficiência como estigma no sentido *goffmaniano* (Goffman, 1988 [1963]), uma exclusão imposta, não pretendida e da qual o indivíduo não pode libertar-se.

1.4.2 APOIOS AO EMPREGO

O número de inquiridos que beneficiou ou beneficia de algum tipo de apoio à criação de emprego para cidadãos com deficiência é reduzido, o que questiona o papel do Estado enquanto promotor de políticas activas de emprego para cidadãos com deficiência.

A Isenção e/ou redução das contribuições para a segurança social e o Apoio do IEFP à colocação são as medidas mais indicadas, embora quedando-se em ter alcançado 7 e 6% dos inquiridos, respectivamente, seguindo-se a adaptação do posto de trabalho e eliminação de barreiras arquitectónicas e o estágio de inserção para pessoas com deficiências e incapacidades, ambas com 5%.

Tabela 14. Inquiridos, segundo o benefício de apoios à criação de emprego para cidadãos em idade activa e a idade de aquisição da deficiência

Medida		Idade de aquisição da deficiência (%)			
		0-15	16-29	30-64	Total
Isenção e/ou Redução das contribuições para a segurança social*	%	9,5	4,9	2,3	7,0
	N	527	163	215	905
Apoio do IEFP à colocação**	%	7,7	4,3	1,9	5,7
	N	530	163	214	907
Adaptação do posto de trabalho e eliminação de barreiras arquitectónicas	%	6,8	4,3	1,4	5,2
	N	532	163	216	911
Estágio de inserção para pessoas com deficiências e incapacidades*	%	6,3	7,3	,9	5,0
	N	527	164	215	906
Acompanhamento do IEFP pós-colocação**	%	4,5	1,8	,5	3,1
	N	530	164	215	909
Contrato de emprego-inserção para pessoas com deficiências e incapacidades***	%	3,6	1,8	,5	2,5
	N	528	163	215	906
Quota de emprego de pessoas com deficiência na administração pública	%	3,0	1,2	0,9	2,3
	N	529	165	215	909
Emprego apoiado**	%	3,0	2,4	,5	2,2
	N	529	164	216	909
Quota de emprego de pessoas com deficiência em empresas	%	1,9	1,2	1,4	1,7
	N	529	164	216	909

Nota: * = $p \leq 0.001$; ** = $p \leq 0.01$; *** = $p \leq 0.05$

Fonte: Inquérito PSPVI

É o universo dos inquiridos que adquiriram a deficiência precocemente, principalmente até aos 15 anos, que se encontra mais coberto pelas medidas activas, constatando-se que o grupo dos inquiridos que adquiriu a deficiência depois dos trinta anos, praticamente não beneficiou delas, o que indica a ineficácia da política activa de emprego na reabilitação de quem adquire deficiência visual na idade adulta.

O Estado assume, pois, um papel muito importante no nível material de vida dos inquiridos, em primeiro lugar através da função de redistribuição, como fonte de rendimentos pela atribuição de pensões e prestações e em segundo lugar como empregador. Mas as políticas activas de emprego apenas tocam marginalmente os inquiridos, sobretudo os que adquiriram a deficiência em idade adulta.

A centralidade do Estado na definição da condição social dos deficientes visuais, quer como prestador de apoios sociais, quer como empregador, quer ainda, agora pela negativa, pelos impactos da reabilitação e das políticas activas na obtenção de emprego, obrigam a antecipar as

consequências potencialmente negativas de uma eventual retracção do papel do Estado no futuro próximo.

1.5 AFECTOS, FAMÍLIA E SOCIABILIDADES

A natureza e intensidade das ligações sociais estabelecidas e desejadas pelos inquiridos aproxima-nos do modo como se relacionam com o seu contexto imediato de interacção – a família – bem de como se estrutura o seu quotidiano, em que redes sociais informais participam, qual a intensidade da sua vida quotidiana fora do espaço doméstico e as suas práticas de lazer.

1.5.1 CONSTITUIR FAMÍLIA E COABITAR

A expressão dos afectos, na dimensão que lhe deu Marta Nussbaum (cit. em Constanza et al, 2006), de capacidade de ligar-se a algo e alguém fora de si próprio, é uma dimensão importante para os inquiridos (ver tabela 15).

Tabela 15. Inquiridos, segundo a importância atribuída aos afectos, à autonomia familiar e ao convívio social

Importância Afectos	Ter alguém que goste de si (%)	Gostar de alguém (%)	Constituir a sua própria família (%)	Viver na sua própria casa (%)	Conviver com parentes com regularidade (%)	Encontrar-se com vizinhos (%)	Encontrar-se com amigos (%)
Nada/Pouco Importante	0,5	0,5	4,1	2,8	6,0	22,9	4,1
Importante/Muito importante	99,5	99,5	95,9	97,2	94,0	70,1	95,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	1309	1312	1292	1306	1310	1303	1306

Fonte: Inquérito PSPVI

Praticamente todos os inquiridos dão importância a gostar de alguém e ter alguém que goste de si, isto é, aos vínculos afectivos.

Os inquiridos dão importância à possibilidade de conduzirem uma vida independente por relação à família de origem, constituindo família própria e vivendo na sua própria casa.

É também elevada a importância atribuída ao convívio, em particular com amigos e parentes.

O acesso à nupcialidade enfrenta dificuldades acrescidas entre os inquiridos, quando comparados com a população portuguesa adulta. A probabilidade de um deficiente visual inquirido ser solteiro é 20% mais alta que a da população em geral e a probabilidade de ter ocorrido uma ruptura familiar na sua trajetória, expressa pela situação de ser separado ou divorciado é 50% mais alta.

Tabela 16. Inquiridos e população residente com mais de 16 anos, segundo o estado civil e índice de sobre(sub)representação

Estado civil	PSPVI (1)	População portuguesa com mais de 16 anos (Censos 2011) (2)	Índice de sobre(sub)representação (1)/(2)
Solteiro/a	36,2	29,2	1,2
Casado/a / União de facto	49,1	55,5	0,9
Separado/a / Divorciado/a	10,0	6,7	1,5
Viúvo/a	4,8	8,7	0,6
Total	100,0	100,0	-
N	1325	8879922	-

Fontes: Inquérito PSPVI; Censos 2011

O impacto da deficiência na nupcialidade, a existir, deve manifestar-se em quem adquire a deficiência nas fases iniciais do ciclo de vida e ser visível entre quem já passou a idade típica do primeiro casamento. Para nos aproximarmos do fenómeno, estudámos o estado civil segundo a idade de aquisição da deficiência dos deficientes com mais de 30 anos.

Tabela 17. Inquiridos com idade superior a 30 anos, segundo o estado civil e a idade de aquisição da deficiência

Estado Civil	Idade de aquisição da deficiência (%)					
	Até 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 49 anos	Mais de 50 anos	Total
Solteiro/a	39,3	26,9	29,5	23,2	6,1	28,7
Casado/a / União de facto	46,8	58,1	56,4	59,0	63,4	54,4
Separado/a / Divorciado/a	11,2	10,8	9,4	12,2	13,7	11,4
Viúvo/a	2,7	4,2	4,7	5,5	16,8	5,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	438	167	149	271	131	1156

($\chi^2(12)=90,362$; $p \leq 0.0001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

Há uma propensão maior ao celibato por parte dos inquiridos que adquiriram a deficiência na fase inicial do ciclo de vida. Entre os inquiridos com mais de 30 anos, são solteiros 39% dos que adquiriram a deficiência antes dos 5 anos, 27% dos que a adquiriram entre os 6 e os 14 anos, 30% dos que a adquiriram entre os 15 e os 24 anos, 23% dos que a adquiriram entre os 25 e os 49 anos e apenas 6% dos que a adquiriram depois dos 50 anos.

Quem adquire a deficiência visual na primeira infância tem maior probabilidade de não conjugalidade, o que configura uma situação de discriminação deste grupo no acesso à vida independente.

Não são conhecidos estudos portugueses sobre os factores que explicam esta observação, mas é de admitir que os estereótipos e preconceitos tenham importância. Essa foi, aliás, a conclusão a que chegou uma equipa de psicólogos americanos, que mostrou a existência de dificuldades no namoro entre jovens não-cegos e cegos, que incluíam reacções negativas e desconforto e consideração da reacção dos amigos a essa relação (Fichten et al, 1991).

1.5.2 INTEGRAÇÃO EM REDES SOCIAIS INFORMAIS

A existência de contactos sociais fora do círculo de coabitação aproxima-nos da intensidade da vida social da pessoa ou, por contraponto, da consideração do seu isolamento social.

A maioria dos inquiridos insere-se numa rede de parentesco, vizinhança ou amizade, com a qual tem alguma intensidade de contacto: 79% com vizinhos, 78% com um amigo de referência, 72% com irmãos e com outros parentes além dos pais ou dos filhos; 65% com os pais; 50% com os filhos.

Tabela 18. Inquiridos, segundo a intensidade de contactos face-a-face com pessoas com quem não coabitam

Intensidade de contactos face-a-face	Filhos (%)	Irmãos (%)	Parentes (%)	Melhor amigo (%)	Vizinhos (%)	Pais (%)
Não tem	46,9	10,3	3,1	13,4	2,5	29,9
Raramente/Nunca	3,6	18,1	24,9	8,7	18,9	5,3
Com alguma frequência	27,0	54,6	60,9	49,4	30,1	39,5
Todos os dias ou quase	22,5	17,0	11,1	28,5	48,6	25,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	905	1202	1307	1272	1303	865

Fonte: Inquérito PSPVI

Cerca de $\frac{1}{4}$ dos inquiridos vê todos os dias ou quase os seus familiares mais próximos com os quais não coabitam – filhos e pais – bem como o seu melhor amigo.

A rede de contacto quotidiano mais frequente é a de vizinhança. Quem tem filhos ou pais, contacta intensamente também esta rede intergeracional (42% dos inquiridos que têm filhos e 36% dos que têm pais contactam com eles quotidianamente). A rede de parentesco alargada, incluindo a fratria, é maioritariamente accionada de modo regular mas não quotidiano.

A maior parte dos inquiridos tem com quem estabelecer uma conversa íntima (78%) ou sair para lazer (75%).

Tabela 19. Inquiridos segundo a possibilidade de ter conversas íntimas ou sair para lazer com alguém além do cônjuge

Contactos	Conversas íntimas (%)	Sair lazer (%)
Sim, um familiar	27,0	26,6
Sim, uma pessoa amiga	46,1	45,7
Sim, um/a técnico/a	2,9	,5
Sim, outra pessoa	2,3	2,0
Não	21,7	25,3
Total	100,0	100,0
N	1320	1322

Fonte: Inquérito PSPVI

Estes dois tipos de contactos, importantes para o estabelecimento de ligações com outrem, revelam a importância de que se reveste para os inquiridos o contacto social informal através das redes de amizade. A possibilidade de estabelecer contactos sociais através destas redes informais varia, contudo, com fase do ciclo de vida.

Tabela 20. Inquiridos, segundo a possibilidade de ter conversas íntimas com alguém além do cônjuge e idade

Ter com quem ter conversas íntimas	Idade (%)			
	16-29 anos	30-64 anos	Mais de 65 anos	Total
Sim, um familiar	31,9	25,1	30,2	27,0
Sim, uma pessoa amiga	56,6	48,1	32,6	46,1
Sim, outra pessoa	4,3	5,1	5,8	5,2
Não	7,2	21,7	31,4	21,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	166	896	258	1320

($\chi^2(8)=50,859$; $p \leq 0.001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

O risco de isolamento social progride com a idade e é mais de 4 vezes superior nos idosos que nos adultos jovens (31% dos maiores de 65 anos não tem com quem ter conversas íntimas contra apenas 7% dos mentores de 30 anos).

Os inquiridos estabelecem relações de confiança privilegiadamente entre pares, com amigos, sendo, em todas as idades, estes os seus confidentes privilegiados.

O padrão identificado em relação às relações de confiança repete-se na definição dos parceiros de lazer.

Tabela 21. Inquiridos, segundo a possibilidade de sair com alguém para lazer além do cônjuge e idade

Ter com quem sair para lazer	Idade (%)			
	16-29 anos	30-64 anos	Mais de 65 anos	Total
Sim, um familiar	27,1	24,8	32,2	26,6
Sim, uma pessoa amiga	61,4	47,1	30,6	45,7
Sim, outra pessoa	4,2	1,5	4,7	2,5
Não	7,2	26,5	32,6	25,3
N	166	898	258	1322

($\chi^2(8)=64,428$; $p \leq 0.001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

O isolamento em termos de lazer cresce com a idade, atingindo 4,5 vezes mais os idosos que os jovens e as pessoas amigas são os parceiros privilegiados, excepto para os inquiridos na terceira idade.

1.5.3 VIDA SOCIAL QUOTIDIANA, SOCIABILIDADES E LAZER

A vida social quotidiana é um vector importante de combate ao confinamento ao espaço doméstico.

Para a observar, construímos um índice de vida social quotidiana⁶ que incorpora actividades diárias que implicam interacção fora do espaço doméstico: ir ao banco, aos correios, ao hospital, ao centro de saúde, ao café, ao restaurante, à mercearia, às feiras ou mercados, ao centro comercial, passear ou frequentar lugar de culto religioso.

⁶ O índice de vida social foi construído através do somatório das respostas dos inquiridos sobre um conjunto de actividades diárias (ir ao banco, aos correios, ao hospital, ao centro de saúde, ao café, ao restaurante, à mercearia, às feiras ou mercados, ao centro comercial, passear ou frequentar lugar de culto religioso), que variavam entre 1- “Nunca” e 6 - “Todos os dias”, e sua posterior recodificação nos seguintes intervalos: Sem vida social (até 16,5); Com pouca vida social (de 16,6 a 27,5); Com alguma vida social (27,6 a 38,5); e Com muita vida social (mais de 38,6).

O índice de vida social quotidiana revelou que 32% dos inquiridos têm uma vida social intensa fora de casa e 16,5% estão praticamente confinados ao espaço doméstico, dos quais 3% estão totalmente cortados da vida social quotidiana.

Tabela 22. Inquiridos, segundo o Índice de vida social quotidiana e a idade de aquisição da deficiência

Índice de vida social quotidiana	Idade de aquisição da deficiência (%)					
	Até 5 anos	6 a 14 anos	15 a 24 anos	25 a 49 anos	Mais de 50 anos	Total
Sem vida social	,9	1,0	1,9	4,1	8,4	2,5
Com pouca vida social	10,5	12,4	10,5	19,3	24,4	14,0
Com alguma vida social	52,9	57,7	54,3	48,9	47,3	52,4
Com muita vida social	35,7	28,9	33,3	27,8	19,8	31,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	544	194	162	270	131	1301

($\chi^2(12)=63,841; p \leq 0.001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

Os que têm uma vida social quotidiana mais intensa são os inquiridos que adquiriram a deficiência visual numa etapa precoce da sua vida (36% dos que adquiriram até aos 5 anos, 29% dos que adquiriram entre os 6 e os 14 anos e 33% dos que adquiriram entre os 15 e os 24 anos). A aquisição da deficiência na vida adulta associa-se a níveis de intensidade de vida social menores. Os que têm pouca ou nenhuma vida social e que adquiriram a deficiência visual entre os 25 e 49 anos, representam perto de um quarto da população (23%). Este valor sobe para um terço (33%) entre os que adquiriram a deficiência depois dos 50 anos de idade.

A aquisição da deficiência visual na idade adulta é um factor de redução da vida social quotidiana, questão que deve ser investigada no contexto dos desafios à reabilitação das pessoas que adquirem deficiência visual.

Na ausência de um trabalho eficaz, as pessoas que adquirem a deficiência podem deixar-se confinar ao espaço doméstico e os contextos sociais podem mobilizar-se para estimular a redução dos

contactos sociais. Esse comportamento de “excesso de protecção” foi assinalado pelos participantes nos *focus-groups* como sendo frequente na fase inicial de aquisição da deficiência.

“Voltei a viver em casa dos meus pais, mas para conseguir por exemplo colocar a mesa antes de uma refeição, tinha de ser às escondidas meia hora antes porque não me deixavam. Para além disso, estive quase dois anos a fazer praticamente isto: iam-me pôr ao trabalho, trabalhava, iam-me buscar e ficava o resto do tempo a olhar para as paredes em casa...” (Focus Group Leiria)

A activação da sociedade para combater a diminuição da vida social dos cidadãos com deficiência visual, em particular dos que adquirem a deficiência em fase tardia do ciclo de vida exige atenção.

A vida social tem também uma dimensão recreacional, de consumo cultural e de lazer quotidiano, para além das formas mais estruturadas como as férias.

A forma de consumo cultural e lazer quotidiano mais frequente nos inquiridos são as práticas culturais domésticas audiovisuais, que incluem o consumo de televisão e rádio⁷.

Tabela 23. Inquiridos, segundo a frequência de Sociabilidades intra-domiciliares e práticas culturais domésticas ou de saída

Frequência	Práticas culturais domésticas audiovisuais (%)	Sociabilidades intra-domiciliares (%)	Práticas culturais de saída (%)
Nunca ou raramente	1,6	79,9	87,7
Com alguma frequência	22,7	18,2	12,3
Todos os dias	75,7	1,9	-
Total	100,0	100,0	100,0
N	1324	1320	1319

Fonte: Inquérito PSPVI

⁷ Retoma-se a definição entre práticas culturais domésticas e de saída adoptada por INE (2003). Acrescenta-se o qualificativo “audiovisuais” às práticas culturais domésticas porque não se incluiu perguntas sobre leitura no questionário.

As sociabilidades intra-domiciliares⁸, que englobam actividades como jogar computador, jogar jogos de tabuleiro, conversa em *chats* online e redes sociais são minoritárias entre os inquiridos, tal como as práticas culturais de saída (INE, 2003), que integram actividades realizadas fora do domicílio, como visitar museus, assistir a peças de teatro, ir ao cinema, assistir a concertos, ir a biblioteca/mediateca, assistir a eventos desportivos e praticar desporto.

As actividades de lazer desenvolvidas pelos inquiridos estão circunscritas ao domicílio e às práticas compatíveis com o isolamento em relação a redes de proximidade.

O lazer quotidiano não é, entre os inquiridos, uma forma de vinculação privilegiada ao espaço público.

As férias fora de casa, outro momento de contacto social pela via do lazer, são também um hábito minoritário, partilhado apenas por 43% dos inquiridos, apesar de 79% considerar importante ou muito importante passar férias fora, o que configura um confronto entre o desejável e o realizado, marcado pela privação.

A aquisição da deficiência à nascença, na infância ou na juventude implica a diminuição da probabilidade de acesso ao casamento e de constituição de família própria, configurando um risco acrescido de discriminação dos deficientes visuais, baseado no encontro de preconceitos e em dinâmicas macro e microsociais que não são eficazmente combatidas.

A possibilidade de estabelecer laços sociais é uma dimensão da vida independente que pode ser potenciada no trabalho entre e com deficientes visuais e com os contextos sociais envolventes, por forma a minorar sofrimentos e discriminações. Assim como pode desenvolver-se,

⁸ Esta designação inspira-se em Gomes (2001), mas modificou-se a sua designação de práticas inter-domiciliares para práticas intra-domiciliares, porque nesse estudo se incluía nestas práticas visitar e ser visitado, enquanto aqui se perguntou apenas sobre práticas que não pressupõem a relação de visita.

nessa perspectiva, práticas culturais e de lazer que combatam o risco de confinamento ao espaço doméstico.

O isolamento dos idosos com deficiência visual deve merecer a atenção das políticas públicas e dos movimentos sociais, na medida em que combina o triplo risco que deriva da tendência para o isolamento social de idosos, da associação entre deficiência visual e envelhecimento e da existência de um grupo importante de pessoas que adquirem a deficiência visual numa fase tardia do ciclo de vida. Em relação a estas últimas, a investigação estabeleceu que a perda de visão está associada à duplicação do risco de depressão e perturbações emocionais e à solidão (Burmedi, Becker, Heyl, Wahl e Himmelsbach, 2002). Embora se não conheça os efeitos do envelhecimento nas pessoas que adquiriram deficiência visual em fases anteriores do ciclo de vida, o risco de isolamento social detectado deve implicar a activação social contra a exclusão.

1.6. ESCOLARIZAÇÃO, AUTONOMIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA

A possibilidade de plena realização individual e acesso a uma vida independente está ligada à possibilidade de controlo sobre as escolhas da própria vida e ao acesso aos recursos imateriais - de cultura, de educação, de informação, de acesso ao conhecimento - que permitam opções informadas e decisões sobre a vida própria e da colectividade. Vimos, a propósito das condições materiais de vida dos inquiridos, que o acesso a esses recursos e em particular à educação é um factor importante de melhoria das suas possibilidades de integração no mercado de trabalho. Importa agora analisar o estado global de acesso aos recursos imateriais, bem como os níveis de autonomia individual e de participação social dos inquiridos.

1.6.1 SUCESSOS E DIFICULDADES NA ESCOLA INCLUSIVA

A educação é um dos terrenos fundamentais de batalha da perspectiva da promoção da vida independente. Sob a predominância do modelo médico, ela não lhes era negada, mas fornecida de forma segregada desde o início das suas vidas, incluindo o acesso à educação em instituições especialmente vocacionadas para o efeito.

Em Portugal, cedo se começou a pensar a educação de deficientes – em particular de deficientes visuais e auditivos – na perspectiva da educação segregada, assim como se leva já mais de meio século de educação inclusiva de deficientes visuais. A história desta experiência começou já a ser feita, em particular por Maria Helena Mesquita (2001), Ana Maria Bénard da Costa (1994) e Rogério Fernandes (1989), a quem devemos a possibilidade de identificar como segue as grandes fases do seu desenvolvimento.

A criação do ensino especializado remonta ao início do século XIX. Em 1822 foi criada primeira instituição de ensino especializado e a passagem do século XIX para o século XX viu florescer um conjunto de iniciativas da sociedade civil nesse sentido e a ideia da existência de escolas públicas especializadas que começaram a garantir o acesso das crianças com deficiência visual à educação segregada.

A educação inclusiva de deficientes visuais já leva meio século de experiência. Nos anos sessenta do século XX criaram-se os “serviços de educação de deficientes” na Direcção-Geral da Assistência e iniciou-se o movimento de educação inclusiva dos deficientes visuais, em particular a partir da experiência do Centro Infantil Hellen Keller, que começou a educação conjunta de crianças cegas, amblíopes e com visão normal em 1965 e, em 1968, com a colocação pela primeira vez de professores especializados do Instituto de Assistência a Menores em escolas regulares, criando “salas de apoio”, movimento a partir do qual o programa se estendeu pelo país. A partir de 1973, o Ministério da Educação assumiu a responsabilidade pela educação de crianças

deficientes. Mas é apenas na sequência da Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986 que, na passagem do século XX para o século XXI a experiência da educação inclusiva se generaliza a todas as deficiências, se criam os instrumentos para essa generalização (Rodrigues e Nogueira, 2011) e discute-se ainda na sociedade portuguesa a questão da educação inclusiva vs. educação segregada (Capucha, 2010).

A comparação entre os níveis escolares da população portuguesa adulta e dos inquiridos neste estudo que adquiriram deficiência visual na fase inicial das suas vidas, portanto sujeitos a uma escolarização total ou parcialmente na condição de deficientes visuais, dá indicações positivas do desempenho da escola inclusiva.

Tabela 24. Inquiridos que adquiriam a deficiência visual antes dos 15 anos, e população residente, segundo o nível de escolaridade

Níveis de Escolaridade	Idade de aquisição da deficiência* (%)		Tipo de deficiência visual** (%)		População portuguesa com mais de 15 anos (%) -Censos 2011 (5)	Índice de sobre(sub) representação			
	Até aos 5 anos (1)	6 a 14 anos (2)	Baixa visão (3)	Cegueira (4)		Até aos 5 anos (1)/(5)	6 a 14 anos (2)/(5)	Baixa visão (3)/(5)	Cegueira (4)/(5)
Ensino superior e médio	21,4	17,3	18,9	21,5	14,8	1,45	1,17	1,28	1,45
Ensino secundário	29,4	21,3	27,8	26,8	15,7	1,87	1,36	1,77	1,71
2º e 3º ciclo	31,0	29,4	38,8	23,9	31,9	0,97	0,92	1,22	0,75
Até ao 1º ciclo	18,1	32,0	14,5	27,8	37,6	0,48	0,85	0,39	0,74
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-
N	551	197	338	410	8989849	-	-	-	-

*(x2 (3)=17,568; p≤ 0.001); **(x2 (3)=29,059; p≤ 0,0001)
 Fontes: Inquérito PSPVI; Censos 2011

Os inquiridos⁹ que adquiriram deficiência visual antes dos 15 anos têm uma estrutura de habilitações mais favorável que a população adulta em geral, em particular pelo efeito de ter uma percentagem muito

⁹ Impõe-se que se analise esta constatação com prudência, na medida em que a amostra foi colhida junto de associados e utentes da ACAPO que podem ser um grupo mais escolarizado que o da população que adquiriu a deficiência com essa idade mas não se aproximou da associação.

inferior de pessoas que não concluíram o 1º ciclo e muito superior de pessoas que concluíram o secundário.

Os inquiridos que adquiriram deficiência em idade escolar têm uma estrutura de habilitações menos favorável que a dos que adquiriram a deficiência na primeira infância, mas ainda assim superior à média nacional.

A estrutura de habilitações mais favorável entre os inquiridos na condição referida e a população adulta repete-se quando se faz a análise segundo o tipo de deficiência visual, com algumas variações significativas.

Os inquiridos com baixa visão são mais atingidos pelo insucesso escolar. Têm uma proporção baixa de detentores apenas de 1º ciclo ou menos, mas uma alta proporção de detentores de 2º e 3º ciclo do básico e de ensino secundário, estando de novo subrepresentados entre os que têm o ensino médio ou superior.

Os inquiridos cegos têm melhores carreiras escolares. Estão, nesta amostra, subrepresentados nos escalões de escolaridade básica e sobrerrepresentados entre quem conclui o ensino médio e superior e, sobretudo, o ensino secundário.

Os dados recolhidos indiciam, pois, um bom desempenho do sistema educativo na escolarização em particular de quem adquiriu a deficiência na primeira infância e de quem é cego, o que levanta, por outro lado, questões quanto à capacidade das escolas acompanharem quem adquire a deficiência em idade escolar e quanto a reconhecer e integrar adequadamente as pessoas que têm baixa visão e para as quais, porventura, as pedagogias diferenciadas não estão tão ajustadas.

As dificuldades sentidas por quem adquire a deficiência em idade escolar são desafiantes para o processo de acompanhamento integral da criança e do jovem que a escola deve procurar nestas situações.

O menor sucesso relativo da escola inclusiva com a baixa visão pode prender-se – é uma questão a merecer investigação ulterior - com a

inadequação da transposição de conhecimentos adquiridos em relação a pessoas cegas para pessoas com baixa visão, dados os problemas específicos destas, nomeadamente a sua falta de identificação como pessoas com deficiência visual específica e as características afectivo-emocionais desta forma de deficiência (Amiralian, 2004).

Na análise dos resultados obtidos pela educação inclusiva deve ter-se em conta que a proporção de inquiridos que adquiriram deficiência visual antes dos 14 anos e concluíram a escolaridade “que queriam” ou seja, têm a percepção de ter concluído os estudos adequados é inferior a um terço dos inquiridos (32%).

O problema do abandono escolar precoce em Portugal não se limita às pessoas com deficiência visual. É, antes, um fenómeno enraizado¹⁰ e a sua incidência nos inquiridos é reflexo do problema geral. Mas a motivação para o abandono, tal como interiorizada pelos inquiridos, apresenta especificidades relativas à condição social de deficiente visual.

Se entre as causas mais referidas para o abandono dos estudos surge o problema dos recursos das famílias, típico do abandono escolar socioeconómico, entre os inquiridos em análise ela surge rodeada de dificuldades ligadas a problemas de funcionamento do sistema e a falta de motivação e apoios.

¹⁰ Em estudo anterior assinalámos, aliás, que à velocidade a que prosseguiram os índices de conclusão do ensino secundário entre 2006 e 2010, Portugal demorará 13 anos a atingir a média europeia, no que diz respeito a quem tem 18 a 24 anos e 46 anos a atingi-la para o conjunto da população activa (Pedroso, Elyseu e Magalhães, 2012).

Tabela 25. Inquiridos que adquiriam a deficiência antes dos 15 anos, segundo as causas de abandono escolar, idade de aquisição e tipo de deficiência visual

Causas de abandono escolar	Idade de aquisição da deficiência (%)		Tipo de deficiência visual (%)	
	Até aos 5 anos	6 a 14 anos	Baixa visão	Cegueira
Não haver apoios especializados para a minha deficiência	30,1	31,5	34,4**	27,4**
Não ter dinheiro	29,1	27,6	31,6	26,3
Os professores não saberem ensinar pessoas com a minha deficiência	20,7	22,1	23,5	19,2
Não me interessar pela escola	16,1**	9,9**	15,0	14,0
Ter dificuldades de me integrar na escola	15,1	14,9	16,0	14,2
Os meus pais não me terem apoiado o suficiente	14,6	16,0	17,0	13,4
Ter problemas de saúde	14,2*	26,5*	20,1	15,6
Ter tido maus resultados escolares	13,0*	4,4*	11,9	9,6
Ter sido alvo de discriminação por colegas ou professores	9,0	8,3	9,9	7,9
Não haver transportes	6,3	9,9	7,1	7,4

Nota: *= $p \leq 0.001$; ** = $p \leq 0.05$

Fonte: Inquérito PSPVI

A falta de apoios especializados é a causa de abandono escolar mais referida pelos inquiridos que adquiriram deficiência visual antes dos 15 anos e as dificuldades pedagógicas dos professores são a terceira causa mais referida. As dificuldades das escolas e dos professores, já assinaladas (Sena Martins, 2006; Matos, 1999), constituem um problema a ultrapassar para melhorar as oportunidades das pessoas com deficiência visual.

O terceiro grupo de causas de abandono assinaladas remete para o efeito educativo de naturalização das dificuldades escolares pela interiorização de desinteresse ou auto-culpabilização por falta de capacidade de integração ou ainda por culpabilização da família por falta de apoio.

Neste padrão há algumas variações dignas de nota. Os inquiridos que adquiriram a deficiência entre os 6 e os 14 anos referem com maior insistência que os que a adquiriram até aos 5 anos as razões de saúde para abandonar a escola. Há que estudar a possibilidade de a ocorrência da deficiência em idade escolar, associada à manifestação de doença não estar a ser seguida de modo suficientemente integrado entre instituições de saúde, famílias e escolas por forma a minorar os efeitos prejudiciais de ruptura de trajectórias escolares. Há ainda que ter em conta que são os inquiridos com baixa visão que mais identificam a falta de apoios especializados como causa de abandono escolar, o que nos remete para a necessidade de abordar os problemas específicos da baixa visão em meio educativo, acima referidos.

1.6.2 DOMÍNIO DO BRAILLE, UMA VANTAGEM EDUCATIVA

O domínio do braille varia segundo a fase do ciclo de vida em que se adquiriu a deficiência. É dominado por quem adquire deficiência visual na infância ou na juventude: 67% dos que adquiriram a deficiência antes dos 15 anos ou entre os 15 e os 29 anos. A proporção do domínio de braille entre quem adquire a deficiência na idade adulta é significativamente menor: 30% entre quem adquiriu a deficiência entre os 30 e os 64 anos e apenas 13% entre quem a adquiriu depois dos 65 anos.

Tabela 26. Inquiridos que dominam o braille, segundo a idade e idade de aquisição da deficiência

Idade	Idade de aquisição da deficiência (%)				Total
	0-15	16-29	30-64	Mais de 65 anos	
16-29 anos	68,7	71,4	-	-	68,9
30-64 anos	67,0	65,7	36,8	-	59,6
Mais de 65 anos	60,6	68,6	13,2	12,5	38,9
Total	66,5	66,5	29,7	12,5	56,7

Fonte: Inquérito PSPVI

O estudo da informação recolhida revela ainda uma tendência para a progressão da aprendizagem do braille entre gerações. A percentagem de inquiridos que adquiriram a deficiência entre os 0 e os 15 anos, e que tinham no momento da inquirição mais de 65 anos e dominavam o braille era de 60,6%, mas entre os que adquiriram a deficiência no mesmo grupo etário, e que têm hoje menos de 30 anos, essa percentagem sobe para 68,7%.

O domínio do braille, sendo maioritário entre quem adquire a deficiência visual antes dos 30 anos, independentemente da geração a que pertence, e tendo progredido nas últimas gerações, não é universal.

Nesta amostra verificou-se a associação do domínio do braille ao nível escolar obtido. O domínio do braille entre os inquiridos que adquiriram a deficiência na fase inicial do ciclo de vida (antes dos 15 anos) foi um factor de sucesso escolar, como se verifica pela estrutura de habilitações de quem domina e não domina o braille.

Tabela 27. Inquiridos que adquiriram a deficiência visual antes dos 15 anos, segundo o nível de escolaridade e o domínio do braille

Nível de escolaridade	Domínio do Braille (%)		
	Não sabe Braille	Sabe Braille	Total
Ensino Médio e Superior	15,3	22,8	21,8
Ensino Secundário	16,9	32,5	30,6
2º e 3º ciclo	32,5	29,7	27,3
Menos que o 1º ciclo	35,3	15,0	20,3
Total	100,0	100,0	100,0
N	249	499	748

$\chi^2(3)=51,415; p \leq 0,0001$
 Fonte: Inquérito PSPVI

Dentro desse grupo, a probabilidade de quem não sabe braille ter apenas o 1º ciclo do ensino básico é superior ao dobro da de quem sabe e a probabilidade de quem não sabe braille ter o ensino médio ou superior é cerca de dois terços de quem sabe braille.

1.6.3 PARTICIPAÇÃO ASSOCIATIVA, SINDICAL E POLÍTICA

O tipo de vinculação dos indivíduos à vida colectiva expressa-se na sua relação com os instrumentos de participação social e política. Para conhecermos esta dimensão da vida social dos inquiridos, estudámos a sua participação associativa, sindical e política.

A respeito da participação associativa a amostra recolhida é, por definição, enviesada na medida em que incide sobre pessoas que, na sua maioria, têm pelo menos uma pertença associativa, à ACAPO. Acresce que Portugal é um país com baixos índices de participação associativa. Em 2008, a proporção de portugueses que participavam em pelo menos uma associação cívica era de 21% (Viegas e Santos, 2009), pelo que a existência igualmente de 21% dos inquiridos que participam na ACAPO e em outra associação é um sinal de que estamos perante uma amostra recolhida junto de um segmento socialmente mais activo que a população em geral.

Os níveis de participação em outras associações são mais elevados nos homens que nas mulheres (34% e 23% respectivamente), nos mais escolarizados (39% entre os que têm ensino médio e superior e 25% nos que têm o 1º ciclo ou menos) e nos mais velhos (34% entre os maiores de 55 anos; 28% entre os 35 e os 54 anos e 22% entre os 16 e os 34 anos).

A maior propensão ao associativismo por parte dos inquiridos está ligada a algum nível de activismo na questão da deficiência, na medida em que a sua pertença a outras associações é a seguinte: 10% em associações ligadas à deficiência ou doença crónica 7% em associações recreativas, 5% em associações cívicas ou de solidariedade social, 2% em associações desportivas e menos de 1% em associações de grupos de interesse ou de defesa de direitos.

A participação sindical é afectada pelo elevado nível de inquiridos que são pensionistas, mesmo entre os que estão em idade activa. No conjunto dos inquiridos, 11% são membros de um sindicato, 18% já

foram e 71% nunca foram sindicalizados. Mas, se tivermos em consideração os índices de sindicalização dos que se encontravam a trabalhar no momento da inquirição verificamos que, entre estes, os índices de sindicalização são mais elevados que no conjunto de trabalhadores por conta de outrem em Portugal.

Tabela 28. Inquiridos empregados e população empregada em Portugal, segundo o nível de sindicalização

Nível de sindicalização	PSPVI (%)	International Social Survey Programme (2006) (Dornelas, 2009: 50)
É membro de um sindicato	26,1	18,4
Não é, mas já foi membro de um sindicato	14,2	13,0
Não é nem nunca foi membro de um sindicato	59,8	68,5
Total	100,0	100,0
N	354	966

Fonte: Inquérito PSPVI; Dornelas (2009: 50)

A sindicalização dos trabalhadores com deficiência visual inquiridos é cerca de 1,5 vezes superior à do conjunto dos trabalhadores em Portugal.

No respeitante ao interesse pela política, é de assinalar que mais de dois terços dos deficientes visuais inquiridos com mais de 18 anos, revelam interesse pelas questões políticas e votam quando há eleições (70%). Uma vez mais, se verifica que a amostra analisada tem índices de participação superiores à média nacional, sabendo-se que, nas eleições legislativas de 2011, a participação eleitoral foi de 58%¹¹.

Os invisuais mais jovens são os que relevam menor interesse pelas questões políticas comparativamente aos sócios e utentes da ACAPO mais adultos. Começando a analisar os mais jovens, entre os 16 e 34 anos cerca de 26% não revela interesse pela política nem vota quando há eleições. Quanto os indivíduos que votam habitualmente, novamente destacam-se as faixas etárias adultas que revelam um maior interesse pela política, visto que dois terços dos inquiridos com idades

¹¹ <http://www.legislativas2009.mj.pt/legislativas2011/#none>

compreendidas entre 35 e os 54 anos votam habitualmente (73%).

A consideração do interesse por política segundo o nível de escolaridade revela que os inquiridos mais escolarizados, são os que mais votam e maior interesse demonstram pelas questões políticas. No extremo oposto estão os associados com níveis de instrução mais baixos, nomeadamente aqueles que têm o 1º ciclo de escolaridade ou menos (26% não se interesse pelas questões política nem normalmente vota quando há eleições). O mesmo acontece com os inquiridos que completaram o 2 e 3º ciclo, pois cerca de 20% não revela interesse pela política nem vota com regularidade.

Tabela 29. Inquiridos maiores de 18 anos, segundo o nível de interesse por política e o nível de escolaridade

Nível de interesse por política	Nível de escolaridade (%)				
	1º ciclo ou menos	2º e 3º ciclo	Ensino Secundário	Ensino Médio e Superior	Total
Não se interessa por estas questões nem vota	26,3	20,3	16,0	6,1	18,4
Interessa-se por política mas não vota normalmente	10,0	12,2	11,5	11,7	11,3
Costuma votar quando há eleições	63,7	67,5	72,5	82,3	70,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	369	385	313	231	1298

($\chi^2 (1)=41,774; p \leq 0,001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

Neste estudo encontrámos um conjunto de cidadãos com deficiência visual que tem, na sua grande maioria e pela pertença à ACAPO, alguma forma de participação social. Como se verificou, essa participação é concomitante de níveis comparadamente elevados de participação social, quando confrontados com os da sociedade portuguesa, nos três domínios analisados, da participação associativa, sindical e política.

1.7. UMA TIPOLOGIA DE SITUAÇÕES SOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA DE CIDADÃOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL EM PORTUGAL

A aproximação à qualidade de vida que se realizou neste estudo partiu do cruzamento das perspectivas de Erik Allardt (1993) sobre os tipos de necessidades humanas com o trabalho da equipa interdisciplinar da Universidade de Vermont sobre a relação entre necessidades humanas e qualidade de vida (Constanza et al, 2006).

No ponto 1.1 apresentou-se genericamente a abordagem que efectuamos e nos pontos 1.2 a 1.6 fez-se uma análise, dimensão a dimensão, de aspectos determinantes para a percepção da situação social dos cidadãos com deficiência em Portugal, incluindo a situação socioprofissional, relação com o mercado de trabalho, expressão de afectos, relações familiares e sociabilidades, escolarização, autonomia e participação.

Agora regressaremos ao modelo conceptual inicial para uma análise de como o conjunto de dimensões estudadas se manifestam (homogénea ou heterogeneamente) entre os inquiridos, construindo grupos homogéneos de qualidade de vida. Para o efeito, a informação recolhida foi sujeita a uma análise de correspondências múltiplas e as variáveis, retidas no modelo após essa análise, foram submetidas a uma análise hierárquica de *clusters*, que determinou os grupos homogéneos obtidos.

1.7.1 DIMENSÕES DIFERENCIADORAS DA QUALIDADE DE VIDA

As variáveis constantes do inquérito e retidas para a análise da qualidade de vida referiam-se à situação e à percepção pelas pessoas da sua situação em relação à satisfação de um conjunto de necessidades humanas, a saber as necessidades de subsistência, segurança, afectos,

participação, compreensão, identidade, liberdade e lazer e criatividade, agrupadas nas dimensões de ter, das ligações e de ser (ver tabela 30).

O modelo de qualidade de vida construído revelou-se estatisticamente robusto, porquanto, o Teste Alpha de Cronbach tem um valor de 0,883 e se considera normalmente aceitável um modelo quando o valor deste teste é superior a 0,7. O modelo explica 43,3% da variância total das variáveis (inércia) em três dimensões de análise.

Tabela 30. Necessidades humanas e indicadores analisados na tipologia de qualidade de vida

Dimensão	Tipo de necessidades	Indicadores de situação	Indicadores de percepção
Ter	Subsistência	Condição perante o trabalho Principal meio de vida Acesso a prestações sociais e apoios ao emprego Índice de autonomia no quotidiano	Satisfação com a situação material e financeira Percepção da evolução do nível de vida Importância atribuída, para se sentir bem na vida (a) a não depender economicamente de outros; (b) a ter acesso aos cuidados de saúde necessários
	Ligações	Segurança	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a (a) sentir-se seguro contra furtos roubos ou outras formas de violência; (b) ter quem ajude quando está doente ou precisa de companhia
	Afectos	Integração em redes sociais: <ul style="list-style-type: none"> • Intensidade de contactos face-a-face com pessoas com quem não coabita • Ter (além do cônjuge) com quem (a) possa ter conversas íntimas e pessoais) (b) sair para lazer • Poder estar com familiares (além do cônjuge) quando quer 	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a (a) gostar de alguém (b) ter alguém que goste de si; (c) poder conviver com parentes com regularidade; (d) encontrar-se com vizinhos; (e) encontrar-se com amigos,
Ser	Participação	Profissão Estatuto no mercado de trabalho Classe social Tipo de participação na ACAPO Tipo de participação em outras associações ou colectividades Tipo de participação sindical Tipo de participação política	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a (a) ter emprego em que possa exercitar as competências; (b) contribuir para que o Mundo à sua volta melhore (c) contribuir para que a vida das pessoas cegas e com baixa visão seja melhor (d) escolher o que nos governam Interesse pelas questões políticas
	Identidade	Razões para o abandono escolar Problemas no emprego	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a ser respeitado pelos outros
	Compreensão	Domínio do braille Nível de escolaridade Índice de autonomia no acesso à informação e comunicação Tipo e frequência de utilização de computador e da internet	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a saber o que se passa em Portugal e no Mundo
	Liberdade	Situação familiar (estado civil; pessoas com quem reside) Índice de autonomia na mobilidade Índice de vida social quotidiana Frequência de utilização de transportes públicos,	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a: (a) poder constituir a sua própria família e ser feliz com ela; (b) poder viver na sua própria casa; (c) poder ir onde quiser, sem ter que pedir ajuda; (d) poder circular na via pública sem ter medo de ser atropelado ou chocar com objectos inesperados Avaliação da acessibilidade física e de informação de locais a que se desloca Avaliação de acessibilidade e apoio nos transportes públicos
	Lazer	Frequência das sociabilidades intra-domiciliares, Frequência das práticas culturais de saída Ocorrência de férias fora de casa	Importância atribuída, para se sentir bem na vida, a (a) ir ao cinema, ao teatro ou a um concerto; (b) ter férias fora de casa

A primeira dimensão de análise – que designámos de polarização dependência/autonomia pessoal - explica 24% da variação observada e opõe as pessoas que se debatem com uma situação de extrema dependência quotidiana às pessoas com elevada autonomia e participação social e no mercado de emprego.

As modalidades das variáveis cujas coordenadas dos centroides mais se afastam da origem, no sentido da dependência são, por ordem decrescente de distância em relação ao centroide: “ter muita dificuldade em realizar actividades básicas diárias como comer”, “não conseguir gerir o seu dia-a-dia” “não conseguir utilizar equipamentos de comunicação como o telefone”, “não conseguir gerir a sua medicação” e “não conseguir subir e descer escadas”. No sentido oposto da dimensão de análise retida encontramos, por ordem decrescente de distância da origem: “é membro dos corpos dirigentes/de gestão de uma associação”; “participa num grupo de defesa dos direitos de consumidores ou outros grupos de interesse”; “participa numa associação ou clube desportivo”; “exerce uma profissão ou trabalha”; “vive dos rendimentos do trabalho ou da propriedade”.

A segunda dimensão de análise – que designámos de polarização centramento na fruição individual/centramento na vida social – explica 12% da variação observada e opõe as pessoas com um estilo de vida orientado para a realização individual e o lazer às pessoas com estilo de vida orientado para a participação cívica.

As modalidades das variáveis cujas coordenadas dos centroides se afastam mais da origem no sentido da fruição individual são: “ser estudante”, “assistir frequentemente a peças de teatro”, “conversar em chats/estar em redes sociais (*facebook/messenger*) frequentemente”, “utilizar transportes públicos todos os dias” e “visitar museus com alguma frequência”. As modalidades das variáveis cujas coordenadas dos centroides se afastam mais da origem no sentido da participação cívica são: “participa numa associação cívica (ONG, etc.) ”; “participa numa associação recreativa ou cultural”; “participa num grupo de

defesa dos direitos de consumidores ou outros grupos de interesse”; “participa numa associação ou colectividade”, “participa noutro tipo de associação”.

A terceira dimensão de análise – que designámos de polarização dependência da família de origem/autonomia familiar e material – explica 7% da variação observada e opõe ser estudante, depender de e viver com família de origem a viver do trabalho e constituir família.

As modalidades das variáveis cujas coordenadas dos centroides se afastam mais da origem no sentido da ligação à família de origem são: “ser estudante”; “viver da pensão de reforma ou outra prestação da segurança social”; “depender da família”; “residir com familiares” e “ter muita dificuldade em tratar da sua higiene pessoal”, utilizar transportes públicos todos os dias” e “visitar museus com alguma frequência”. As modalidades das variáveis cujas coordenadas dos centroides se afastam mais da origem no sentido da autonomia familiar são: “participa num grupo de defesa dos direitos de consumidores ou outros grupos de interesse”, “vai ao restaurante todos os dias”; “tem uma profissão do grupo dos especialistas das actividades intelectuais e científicas”, “vive com companheiro/cônjuge e/ou filhos” e “exerce uma profissão ou trabalha”.

A conjugação destas três polarizações permite identificar os factores diferenciadores da qualidade de vida dos inquiridos em torno da problemática da dependência/autonomia; da polarização em si/na vida colectiva e da família de origem/família constituída.

1.7.2. TIPOS SOCIAIS DE QUALIDADE DE VIDA

As variáveis constantes do modelo de qualidade de vida foram estandardizadas e submetidas a uma análise hierárquica de *clusters* pelo método de agregação *ward*, tendo sido retidos cinco grupos que correspondem aos principais tipos sociais detectados no estudo.

A relação desses grupos com as dimensões encontradas na análise das correlações múltiplas, leva-nos a identificar um grupo em torno da polarização autonomia-família própria-orientação pela participação social, que corresponde a 19% dos inquiridos. Esse grupo, que designamos de grupo das pessoas autônomas, inseridas no mercado de trabalho, com actividade social e participação cívica tem as seguintes características-tipo: são pessoas que têm autonomia total nas tarefas quotidianas, no acesso à informação e comunicação e na mobilidade; os que estão em idade activa trabalham e vivem principalmente do seu trabalho; usam computadores, têm uma vida social frequente fora de casa, saem com amigos, participam em associações e vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 45 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 13 anos, pelo que tendencialmente fizeram a sua inserção na vida adulta já com deficiência visual; sabem braille, concluíram pelo menos o ensino secundário e desempenham ou desempenharam uma profissão na área das actividades intelectuais e científicas.

Tabela 31.Tipos sociais de qualidade de vida dos deficientes visuais

	Pessoas autônomas, inseridas no mercado de trabalho, com actividade social e participação cívica	Pessoas autônomas, em risco de exclusão do mercado de trabalho, com actividade social e sem participação cívica	Pessoas autônomas, em transição ou em risco de marginalização do mercado de trabalho com actividade social e sem participação cívica	Pessoas com alguma autonomia, excluídas do mercado de trabalho, com actividade social e participação cívica	Pessoas dependentes e em situação de isolamento social
Dimensão do grupo (% dos inquiridos)	19%	39%	9%	10%	23%
Idade (média)	45 anos	47 anos	27 anos	64 anos	58 anos
Idade de aquisição da deficiência (média)	13 anos	12 anos	6 anos	25 anos	29 anos
Principal meio de vida	47 % vive de rendimentos do trabalho ou da propriedade	51% vive da reforma ou de uma prestação da segurança social	65% depende da família	92 % vive da reforma ou de uma prestação da segurança social	92 % vive da reforma ou de uma prestação da segurança social
Tem ou teve profissão (moda)	32 % especialistas das actividades intelectuais e científicas	33 % pessoal administrativo	44 % pessoal administrativo	28 % trabalhador qualificado da indústria	26 % trabalhador qualificado da indústria
Condição perante o trabalho (moda dos que têm menos de 65 anos)	49% exerce uma profissão	42% exerce uma profissão	40% é estudante	90% é reformado ou pré-reformado	90% é reformado ou pré-reformado
Coabitação	47% vive com cônjuge e/ou filhos	64% vive com cônjuge e/ou filhos	94% vive com familiares	73 % vive com cônjuge e/ou filhos	62% vive com cônjuge e/ou filhos
Habilitações escolares	66% tem ensino médio ou superior ou ensino secundário	50 % tem o 2º/3º ciclo ou menos	69% tem ensino médio ou superior ou ensino secundário	55 % têm o 1º ciclo ou menos	71 % têm o 1º ciclo ou menos
% que domina o braille	73%	48%	72%	45%	21%
Autonomia no quotidiano	89 % é autónomo	93 % é autónomo	85 % é autónomo	54 % é autónomo	22% é autónomo
Autonomia na mobilidade	54 % é autónomo	54 % é autónomo	54 % é autónomo	27 % é autónomo	7 % é autónomo
Autonomia na informação e comunicação	88 % é autónomo	89 % é autónomo	90 % é autónomo	68 % é autónomo	42 % é autónomo
Uso de computador	87 % usa	71% usa	92 % usa	23% usa	8% usa
Tem amigos ou familiares com quem sair	85% tem	75% tem	87% tem	69% tem	39% tem
Vida social quotidiana fora de casa	98% intensa ou muito intensa	97% regular ou intensa	91% regular ou intensa	78% regular ou intensa	82% escassa ou regular
Participação em outra associação (moda)	100%	0%	0%	100%	0%

Fonte: Inquérito PSPVI

Um segundo grupo reúne as pessoas em torno da polarização-autonomia, mas com uma pertença social menos favorecida que o anterior e sem mobilização para a participação cívica. Demos-lhe a designação de ser constituído por pessoas autónomas, em risco de exclusão do mercado de trabalho, com actividade social e sem participação cívica. Este grupo reúne 39% dos inquiridos e o seu retrato-tipo é o seguinte: têm autonomia total nas tarefas quotidianas, no acesso à informação e comunicação e na mobilidade; saíram do mercado de trabalho ou estão desempregados; vivem de uma pensão ou de uma prestação da segurança social; usam computadores, têm uma vida social frequente fora de casa, saem com amigos; não participam em associações e vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 47 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 12 anos, pelo que tendencialmente fizeram a sua inserção na vida adulta já com deficiência visual; sabem braille, concluíram pelo menos o ensino secundário e desempenham ou desempenharam uma profissão na área do pessoal administrativo.

Um terceiro grupo diferencia-se dos anteriores por se polarizar em torno da autonomia, mas tender à dependência familiar e à orientação pela fruição individual. São pessoas autónomas, em transição ou em risco de marginalização do mercado de trabalho com actividade social e sem participação cívica. Este grupo reúne 9% dos inquiridos e o seu retrato-tipo (feito a partir das categorias modais) é o seguinte: têm autonomia total nas tarefas quotidianas, no acesso à informação e comunicação e na mobilidade; os jovens são estudantes, os menos jovens estão desempregados; dependem da família; usam computadores, têm uma vida social fora de casa frequente, saem com amigos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 27 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 6 anos, pelo que tendencialmente fizeram o seu percurso na educação e a sua inserção na vida adulta já com deficiência visual; sabem braille, concluíram pelo menos o ensino secundário e desempenham ou desempenharam uma profissão como administrativos.

Um quarto grupo reúne pessoas com menor autonomia que os anteriores, partilhando com o primeiro e o terceiro a orientação pela família própria e com o primeiro um maior empenhamento e participação cívica. São pessoas que adquiriram a deficiência tendencialmente na fase adulta e estão excluídas do mercado de trabalho. Designámo-lo de pessoas com alguma autonomia, excluídas do mercado de trabalho, com actividade social e participação cívica. Este grupo reúne 10% dos inquiridos e o seu retrato-tipo é o seguinte: têm autonomia nas tarefas quotidianas e no acesso à informação e comunicação, mas têm dificuldades de mobilidade; saíram do mercado de trabalho; vivem de uma pensão ou de uma prestação da segurança social; não usam computadores, têm vida social fora de casa, embora menos frequente que os grupos anteriores, saem com amigos; participam em associações e vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 64 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 25 anos, pelo que tendencialmente tiveram uma inserção profissional anterior à aquisição da deficiência visual; não sabem braille, concluíram o 1º ciclo do ensino básico e desempenharam uma profissão de trabalhador qualificado na indústria e construção.

Finalmente temos um grupo de perto de um quarto dos inquiridos que configura um risco de problema social, marcado pela sobreposição de dependência e isolamento. São – assim designámos ao grupo - pessoas dependentes e em situação de isolamento social. Este grupo reúne 23% dos inquiridos e o seu retrato-tipo (feito a partir das categorias modais) é o seguinte: não são autónomos nem nas tarefas quotidianas, nem no acesso à informação e comunicação, nem na mobilidade; nunca entraram ou já saíram do mercado de trabalho; vivem de uma pensão ou de uma prestação da segurança social; não usam computadores, têm um nível restrito de vida social fora de casa, não têm com quem sair e não participam em associações; vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 58 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 29 anos, pelo que

tendencialmente tiveram uma inserção profissional anterior à aquisição da deficiência visual; não sabem braille, concluíram o 1º ciclo do ensino básico e desempenharam uma profissão de trabalhador qualificado na indústria e construção.

Os grupos encontrados demonstram a diferenciação de situações que deve ser tida em conta na estruturação de um modelo de prestação de serviços orientado para a qualidade de vida e a promoção da vida independente, fornecendo pistas para uma segmentação eventual de públicos desses serviços.

II. OS SERVIÇOS PRESTADOS PELA ACAPO E AS TRANSFORMAÇÕES NA VIDA DOS UTENTES – APROXIMAÇÃO À ASSOCIAÇÃO E AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS RECEBIDOS

A orientação da ACAPO como prestadora de serviços pela vida independente implica que se analise esses serviços não apenas a partir dos efeitos conseguidos ou não, mas tendo em conta igualmente o modo de aproximação à associação, o diagnóstico de necessidades de serviços e o nível de participação dos utentes na definição das suas necessidades, isto é, o tipo de relação entre utente e prestador.

2.1 A APROXIMAÇÃO À ASSOCIAÇÃO

Os deficientes visuais inquiridos conheceram a ACAPO essencialmente por meios informais como familiares, amigos, colegas e vizinhos (46%), ou por recomendação de uma instituição, seja a segurança social, a saúde ou instituição na área da deficiência (20%).

Tabela 32. Inquiridos, segundo a forma como tomaram conhecimento da ACAPO

Forma como tomaram conhecimento da ACAPO	PSPVI (%)
Através de familiares, amigos, colegas, vizinhos	46,3
Sugestão / recomendação de uma instituição (Segurança Social, saúde ou instituição que trabalha na área da deficiência)	20
Foi contactado pela ACAPO	7,5
Fusão/unificação ACAPO	6,8
Informação obtida através de organismos da administração pública (local/regional/central)	5,5
Através da comunicação social	5,4
Informação obtida através de uma pesquisa pessoal sobre a sua deficiência	3,3
Escola/professor	3,1
Através do site da ACAPO	1,3
Outro	,8
Total	100,0
N	1307

Fonte: Inquérito PSPVI

Cerca de 50% dos inquiridos (sócios e utentes) tiveram o primeiro contacto com a ACAPO há mais de 10 anos, sendo que apenas uma categoria residual dos inquiridos (4%) conheceu a ACAPO há menos de 1 ano.

A maioria dos sócios (58%) contactou com a ACAPO pela primeira vez há mais de 10 anos, destes, quase metade desde a sua fundação. No que diz respeito aos utentes, a maior parte (38%) dos primeiros contactos com a instituição aconteceu entre 3 e 5 anos atrás. A figura do utente somente apareceu na instituição a partir do ano 2000, pelo que cerca de um terço dos utentes fez o primeiro contacto há seis anos ou mais.

Os dados permitem pois dizer que o tecido associativo da ACAPO tem sido pouco renovado, uma vez que a percentagem de novos associados há menos de 1 ano é de 2% e, em contrapartida, 58% dos sócios contactaram a ACAPO há mais de dez anos.

Tabela 33. Inquiridos, segundo o primeiro contacto com a ACAPO

Primeiro contacto com a ACAPO	PSPVI (%)		
	Total	Sócios	Utentes
Há menos de 1 ano	3,6	2,2	9,7
Entre 1 e 2 anos	8,6	6,3	19,0
Entre 3 e 5 anos	17,3	12,7	37,6
Entre 6 e 10 anos	21,3	20,4	25,3
Há mais de 10 anos	49,2	58,4	8,4
Total	100,0	100,0	100,0
N	1290	1053	237

($\chi^2(4)=236,334$; $p \leq 0.001$)
 Fonte: Inquérito PSPVI

A maior parte dos inquiridos menciona ter contactado a ACAPO muito tempo depois de ter tido conhecimento da sua deficiência visual (58%).

Apesar de uma significativa parte desta informação poder ser explicada pelo facto de a maior parte destes inquiridos ter adquirido a deficiência antes da constituição da ACAPO, não deixa de ser evidente que, mesmo para os utentes, o contacto com a ACAPO é efectuado muito tempo depois de terem tido conhecimento da sua deficiência visual.

A aceitação da deficiência visual e simultaneamente a associação da ACAPO à deficiência visual, principalmente aos cegos, foi apontada enquanto um factor explicativo da não procura da ACAPO pelos elementos que participaram nos *focus group*.

Tive muita dificuldade em contactar a ACAPO pois sempre a associei a cegos. E de facto, e peço imensa desculpa, apesar da ACAPO ser a associação de cegos e amblíopes, efectivamente o percurso da ACAPO visa sempre ou lembra sempre muito mais as pessoas cegas do que as pessoas com baixa visão. E portanto, como tinha baixa visão e ia-me desenrascando, e não queria identificar-me como cega e não queria pedir ajuda a ACAPO. Mas depois a visão começou a piorar e precisava de adaptar o meu posto de trabalho, dei entrada de todo o meu processo de apoio. Também foi neste ponto, eu já começava a bater em todo o lado, porque o problema das pessoas com baixa visão é que batem nos obstáculos e nem sequer temos tempo de pedir desculpa e comecei a ser insultada na rua, e como nos percursos que conhecia estava a ser cada vez mais difícil, então decidi, vou-me render e vou pedir ajuda. (Focus Group Faro)

O objectivo do primeiro contacto é obter quer informação, quer serviços/ apoios (54%).

Tabela 34. Inquiridos, segundo o tempo decorrido entre aquisição da deficiência e primeiro contacto

Tempo decorrido	PSPVI (%)
Imediatamente após	11,1
Algum tempo depois	30,6
Muito tempo depois	58,3
Total	100,0
N	1283

Fonte: Inquérito PSPVI

Os inquiridos que pretenderam apenas ter informação no primeiro contacto são maioritariamente aqueles que conhecem a ACAPO há mais

tempo, numa altura em que a prestação de serviços era escassa e circunscrita a determinados serviços como o apoio social e o desenvolvimento e estimulação sensorial. Só a partir de 2000, com a assinatura do 1º Acordo de Cooperação com os CDSS é que a ACAPO começou a desenvolver e disponibilizar os serviços, como o apoio psicológico, a orientação e mobilidade, braille, etc., variando de delegação para delegação.

Tabela 35. Inquiridos, segundo o objectivo do primeiro contacto e os anos de contacto com a ACAPO

Objectivo do primeiro contacto	Anos de contacto (%)		
	Há menos de 10 anos	Há mais de 10 anos	Total
Apoios/serviços	16,7	23,5	19,8
Informação	19,9	29,4	24,1
Ambos	63,4	47,1	56,1
Total	100,0	100,0	100,0
N	642	520	1162

($\chi^2(2)=30,991$; $p \leq 0.001$)
 Fonte: Inquérito PSPVI

A grande maioria dos inquiridos teve uma entrevista com os técnicos (66%), sendo que os valores sobem para cerca dos 90% junto dos inquiridos que tiveram o primeiro contacto até há dez anos atrás.

Apenas junto dos inquiridos que conhecem a ACAPO há mais de dez anos é que a percentagem de inexistência de entrevista sobe para os 55%, o que se deve não só ao processo de unificação/fusão das várias associações, mas também à modernização da ACAPO e dos seus serviços.

Desta forma, e dado que os utentes são os inquiridos que contactaram com a ACAPO há menor tempo – 42% dos sócios e 92% dos utentes entraram em contacto com a ACAPO há menos de 2 anos - justifica-se que seja junto deste grupo que a ocorrência de entrevista é superior (88% dos utentes tiveram entrevista).

Tabela 36. Inquiridos, segundo a entrevista com os técnicos e os anos de contacto com a ACAPO

Entrevista com os técnicos	Anos de contacto (%)		
	Há menos de 10 anos	Há mais de 10 anos	Total
Sim	85,0	45,2	66,3
Não	15,0	54,8	33,7
Total	100,0	100,0	100,0
N	652	577	1229

($\chi^2(1)=216,357$; $p \leq 0.001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

O mesmo se aplica à realização e discussão do Plano de Intervenção (PI). Junto dos inquiridos que contactaram a ACAPO há menos de dez anos, cerca de 70% discutiu o PI com os técnicos e menciona que os objectivos a atingir foram estipulados em conjunto com o técnico. No entanto, junto dos que contactaram há mais de dez anos apenas cerca de 30% menciona ter discutido o PI e 36% diz ter participado na definição dos objectivos a atingir.

Tabela 37. Inquiridos, segundo o tipo de participação no plano de prestação de serviços e os anos de contacto com a ACAPO

Participação no plano de prestação de serviços	Anos de contacto (%)			
		Há menos de 10 anos	Há mais de 10 anos	Total
Realização e discussão do Plano de Intervenção*	%	67,9	31,0	51,1
	N	598	500	1098
Discussão e definição dos objectivos**	%	72,9	36,4	56,2
	N	576	484	1060

*($\chi^2(1)= 148,328$; , $p \leq 0.001$)

**($\chi^2(1)= 142,776$; , $p \leq 0.001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

No último ano, os contactos com técnicos da ACAPO foram pontuais ou com pouca regularidade para cerca de três quartos dos sócios da instituição e quase metade dos utentes. Os utentes (40%) são quem mais contacta com técnicos da instituição com regularidade, estabelecendo contactos ou uma vez por semana ou pelo menos duas ou três vezes por mês.

Tabela 38. População inquirida por frequência de contacto com técnicos no último ano, por relação com a ACAPO

Frequência de contacto com técnicos	PSPVI (%)	
	Sócios	Utentes
Uma vez por semana ou mais	28,1	10,7
Duas ou três vezes por mês	12,0	6,8
Uma vez por mês	13,9	8,7
Uma vez em cada três meses	14,7	14,6
Uma ou duas vezes por ano	31,2	59,2
Total	100,0	100,0
N	590	103

(χ^2 (4)=33,877; $p \leq 0.00$)
 Fonte: Inquérito PSPVI

2.2 DENOMINADOR COMUM – TER BENEFICIADO DE SERVIÇOS

Os serviços e apoios providenciados pela ACAPO são uma importante parte da relação que as pessoas têm com a instituição, pelo que quase 80% dos sócios e mais de dois terços dos utentes usufruem ou já usufruíram desses serviços e/ou apoios.

Tabela 39. Inquiridos, segundo a relação com a ACAPO, usufruto de serviços, tempo de usufruto dos serviços e/ou apoios

Relação ACAPO	Usufruto de serviços / apoios (%)	Usufruto de serviços / apoios actualmente (%)	Há quanto tempo não usufrui de serviços / apoios (%)			
			Menos de 3 meses	3 – 6 meses	6 meses – 1 ano	Mais de 1 ano
Sócios	78,1	38,4	8,2	9,2	12,1	70,6
Utentes	70,0	16,2	3,6	8,6	21,4	66,4

Fonte: Inquérito PSPVI

Contudo, pouco mais de um terço dos sócios e 16% dos utentes é que se encontra actualmente a usufruir de serviços e/ou apoios prestados pela instituição. Dos que não recebem actualmente apoios ou serviços,

dois terços dos sócios e dos utentes, já não usufruem há mais de um ano.

Entre os que nunca receberam serviços da ACAPO, procurou-se perceber quem são e porque razões nunca chegaram a usufruir de serviços da ACAPO.

Em primeiro lugar há que salientar que entre os inquiridos que nunca receberam serviços, cerca de 60% conhece a ACAPO há mais de dez anos, e menciona que não usufruiu dos serviços porque nunca solicitou (43%) e/ou não sentiu necessidade (39%).

Não obstante, cerca de 13% dos inquiridos que nunca receberam serviços, mencionam dificuldades de deslocação e constatou-se que 63% destes inquiridos mora em meio rural, 40% não tem autonomia na mobilidade e 34% tem mais de 65 anos.

Tabela 40. Inquiridos, segundo as razões de não usufruto dos serviços (resposta múltipla)

Razões de não usufruto dos serviços	PSPVI (%)	
	%	N
Nunca solicitou	43,3	1015
Não sentiu necessidade	39,3	1015
Dificuldades de deslocação	12,8	1015
Solicitou e não tinham o serviço em questão	6,4	1015
Recebe de outro prestador de serviços	5,0	1015
Os serviços não são adequados	2,7	1015
Custos do serviço	,7	1015

Fonte: Inquérito PSPVI

Desta forma, dentro dos inquiridos que nunca usufruíram de serviços da ACAPO são visíveis dois grupos: um, que corresponde à maioria, que se trata dos inquiridos com autonomia, que adquiriram a deficiência até aos cinco anos de idade, que contactaram a instituição há mais de dez anos, e que terão tido outro tipo de apoios, não sentindo necessidade de recorrer à mesma. Por outro lado, temos um conjunto minoritário de inquiridos que não usufruiu ou usufrui dos serviços por problemas de acessibilidade, ou seja de falta de autonomia na mobilidade e distância dos serviços.

Cruzando o usufruto dos serviços com os tipos sociais de qualidade de vida, é possível distinguir o peso destes dois grupos – sendo que entre os que não usufruíram dos serviços encontra-se 27% de inquiridos no grupo das *Pessoas Dependentes e em Situação de Isolamento Social* e 40% no grupo das *Pessoas Autónomas em Risco de Exclusão do Mercado de Trabalho com Actividade Social e sem Participação Cívica*.

Entre os que receberam serviços, a grande maioria (92%) considera que o acesso é fácil, não tendo tido qualquer dificuldade em aceder ao mesmo.

Tabela 41. Inquiridos, segundo a existência de dificuldades no acesso ao apoio/serviço da ACAPO

Existência de dificuldades no acesso	PSPVI (%)
Teve muitas dificuldades	2,1
Teve algumas dificuldades	6,1
Não teve dificuldades	91,8
Total	100,0
N	998

Fonte: Inquérito PSPVI

Para os inquiridos que manifestaram ter tido dificuldades em aceder ao serviço, a acessibilidade/distância dos serviços e a má sinalização da delegação foram as principais dificuldades sentidas, indicadas por 23% e 17% respectivamente. No que diz respeito ao serviço em si, destaca-se a ausência do tipo de resposta/serviço pretendido, indicado por 12% dos inquiridos e o tempo de espera/vaga para acederem ao serviço (7%). O atendimento/disponibilidade dos técnicos surge como a 4ª dificuldade mais apontada.

Tabela 42. Inquiridos, segundo as dificuldades no acesso ao apoio/serviço da ACAPO (resposta múltipla)

Dificuldades no acesso	PSPVI (%)
Acessibilidade/Distância	23,2
Má sinalização	17,1
Ausência de resposta/serviço	12,2
Atendimento/Disponibilidade dos técnicos	9,8
Tempo de espera/vaga	7,3
Falta de informação/Divulgação dos serviços da ACAPO	7,3
Adequação da resposta	4,9
Burocracia	3,7
Falta de equipamentos	1,2
Horários	1,2
Outros	12,2
Total	100,0
N	82

Fonte: Inquérito PSPVI

É difícil ter onde vivo, acesso à formação em mobilidade. Eu tenho família, e não ia para Coimbra às seis da manhã. E então só existe, Coimbra, Lisboa e Porto. Penso que Leiria não tem aulas de mobilidade. Fazemos aquele percurso e nada mais, ora eu preciso de aulas de mobilidade na área onde resido, até porque nas grandes cidades as ruas têm passeios, é mais fácil, temos pontos de referência, é mais fácil. Enquanto nós nas pequenas cidades, nas vilas, aldeias, não temos passeios, é meramente impossível andarmos sem bengala, senão temos de andar sempre com alguém.
(Focus Group Leiria)

Do conjunto de serviços disponibilizados pela ACAPO, e que variam de delegação para delegação em função dos Acordos celebrados, os serviços mais beneficiados são o apoio social, seguido das actividades lúdicas e culturais e do treino em orientação e mobilidade. Pelo contrário, o desenvolvimento e estimulação sensorial, o apoio jurídico, as actividades ocupacionais e o acompanhamento em actividades do dia-a-dia, são os serviços menos beneficiados.

Tabela 43. Inquiridos, segundo o tipo de serviços e apoios de que usufruíram/usufruem (resposta múltipla)

Serviços	PSPVI (%)
Apoio social	36,6
Actividades culturais	35,3
Treino em orientação e mobilidade	25,2
Atendimento/aconselhamento	24,0
Apoio psicológico	22,2
Formação profissional	21,7
Braille	19,4
Habilitações em novas tecnologias	19,0
Acesso a ajudas técnicas	18,6
Actividades desportivas	12,9
Apoio ao Emprego	10,3
Habilitação/reabilitação AVD	6,3
Acompanhamento em actividade do dia-a-dia	5,7
Actividades ocupacionais	5,1
Apoio jurídico	2,9
Desenvolvimento e estimulação sensorial	1,4
N	1015

Fonte: Inquérito PSPVI

De salientar que esta diferença do peso dos serviços é influenciada pela disparidade do tipo de serviços facultado pelas delegações. Enquanto o apoio social e as actividades lúdicas e culturais são disponibilizados em todas as delegações da ACAPO, a formação profissional e o apoio ao emprego são facultados apenas nas delegações de Lisboa, Coimbra, Porto e Braga e a habilitação/reabilitação AVD em Lisboa, Coimbra e Viseu. Por outro lado, também há que considerar as diferentes datas de criação destes serviços. A título de exemplo, o apoio social é disponibilizado desde a fundação da ACAPO e, conseqüentemente, desde 1989 em Lisboa e no Porto e a partir de 1992 em Coimbra. Nas restantes delegações, o serviço começa a ser facultado à medida que as mesmas são criadas. Por exemplo, a delegação de Braga é criada em 1999 e a delegação do Algarve em 2002. Já a formação profissional e o

apoio ao emprego são facultados desde 1989 em Lisboa, em Coimbra e no Porto desde 1993, e em Braga, delegação que foi criada em 1999, este serviço só é criado em 2005.

2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS POR DISPONIBILIDADE E UTILIDADE

Para cada um dos serviços usufruídos, foi solicitado aos inquiridos que indicassem qual o seu grau de satisfação com o mesmo, se teve ganhos de conhecimentos ou competências e se o serviço trouxe mudanças na sua vida.

Tabela 44. Inquiridos, segundo os serviços e apoios de que usufruíram/usufruem e o grau de satisfação com os serviços

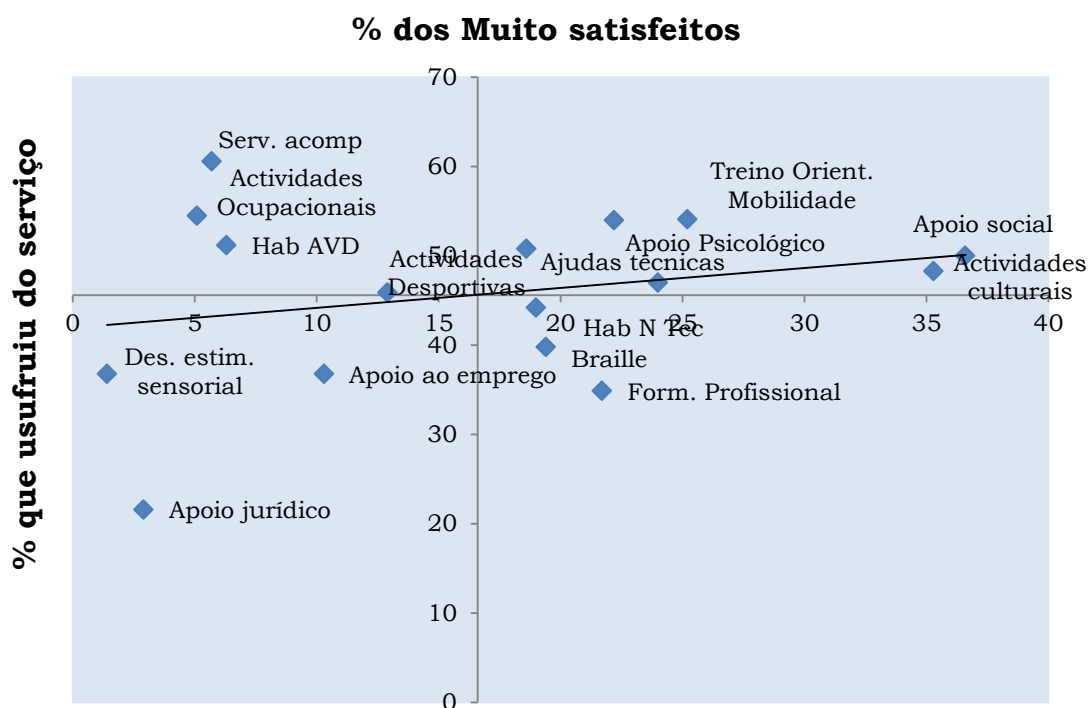
Serviços	Satisfação com os serviços (%)					
	N	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Total
Acompanhamento em actividade do dia-a-dia	71	60,6	36,6	1,4	1,4	100,0
Actividades ocupacionais	66	54,5	42,4	1,5	1,5	100,0
Treino em orientação e mobilidade	329	54,1	41,6	1,2	3,0	100,0
Apoio psicológico	291	54	43,3	2,7	0,0	100,0
Habilitação/reabilitação AVD	84	51,2	46,4	2,4	0,0	100,0
Acesso a ajudas técnicas	240	50,8	45,0	3,8	,4	100,0
Apoio social	482	50	46,5	2,7	,8	100,0
Actividades culturais	462	48,3	48,7	1,5	1,5	100,0
Atendimento/aconselhamento	310	47,1	48,1	2,9	1,9	100,0
Actividades desportivas	170	45,9	48,2	4,7	1,2	100,0
Habilitações em novas tecnologias	251	44,2	42,2	11,2	2,4	100,0
Braille	196	39,8	50,5	7,1	2,6	100,0
Apoio ao Emprego	136	36,8	54,4	4,4	4,4	100,0
Desenvolvimento e estimulação sensorial	19	36,8	63,2	-	-	100,0
Formação profissional	284	34,9	52,1	9,9	3,2	100,0
Apoio jurídico	37	21,6	62,2	16,2	-	100,0

Fonte: Inquérito PSPVI

Quanto à satisfação com o serviço, salienta-se que os serviços com os quais os inquiridos se manifestaram mais satisfeitos foram: o acompanhamento em actividades do dia-a-dia, seguido das actividades ocupacionais, do treino em orientação e mobilidade e do apoio psicológico.

A combinação entre o eixo dos serviços mais usufruídos e o eixo da satisfação com os mesmos permite-nos identificar 4 grupos distintos de serviços (Gráfico 1).

Gráfico 1. Relação entre o usufruto dos serviços e grau de satisfação



Fonte: Inquérito PSPVI

Temos um primeiro grupo de serviços, que engloba o treino em orientação e mobilidade, o apoio psicológico, o apoio social, as actividades culturais e lúdicas e o apoio às ajudas técnicas, e que correspondem aos mais usufruídos com um nível de satisfação acima da média. Estes serviços são, pois, um núcleo a preservar, na perspectiva dos inquiridos.

Um segundo grupo de serviços corresponde aos mais usufruídos, mas com um nível de satisfação inferior à média: a formação profissional, o braille e a habilitação em novas tecnologias. Trata-se de serviços nos quais é necessário, de acordo com a perspectiva dos inquiridos, investir na adequação/restruturação das suas respostas.

Um terceiro grupo reúne os serviços menos usufruídos mas com um grau de satisfação elevado. Os serviços de acompanhamento em actividades do dia-a-dia, as actividades ocupacionais e a habilitação em actividades da vida diária, encontram-se neste conjunto de serviços que a ACAPO poderá desenvolver, quer porque apresentam níveis de satisfação elevados, quer porque contribuirão para a autonomia do público-alvo e para atenuar os efeitos do isolamento social.

Falta de acompanhamento para se deslocar a hospital, ao médico, ir ao cinema, ir a praia, ver um concerto. Não pode ser sempre de táxi ou de transportes. (...) sugestão à ACAPO como resposta, seria o voluntariado e acompanhamento que respondesse as necessidades de acompanhamento para as limitações físicas etc.

Por fim, existe o grupo de serviços pouco facultados e que têm um grau de satisfação inferior à média. Neste grupo encontram-se os serviços de desenvolvimento e estimulação sensorial, o apoio ao emprego e jurídico. É um núcleo de serviços que tem que ser repensado para corrigir os disfuncionamentos de que sejam alvo e para equacionar o seu nível de uso pelos utentes e/ou de disponibilização pela ACAPO aos utentes.

Entre os serviços com grau de satisfação inferior à média, dois - o apoio ao emprego e a formação profissional - correspondem a serviços que ora trouxeram ganhos de competências ou conhecimentos ora implicaram mudanças significativas na vida dos inquiridos, pelo que importa dinamizar os mesmos, uma vez que o emprego corresponde à principal

necessidade identificada e respostas adequadas destes serviços produzem impactos significativos na vida dos sujeitos.

Tabela 45. Inquiridos, segundo os serviços que trouxeram mais ganhos de conhecimentos ou competências

Serviços	Ganhos de conhecimentos ou competências	
	N	%
Habilitação/reabilitação AVD	83	98,8
Treino em orientação e mobilidade	331	97,0
Formação profissional	287	92,7
Habilitações em novas tecnologias	251	90,0
Desenvolvimento e estimulação sensorial	19	89,5
Apoio psicológico	289	89,3
Acesso a ajudas técnicas	242	88,8
Actividades desportivas	168	88,7

Fonte: Inquérito PSPVI

A formação profissional surge como o terceiro serviço que maiores ganhos de competências ou conhecimentos trouxeram, precedido pela habilitação/ reabilitação em actividades da vida diária e pelo treino em orientação e mobilidade. Para além dos ganhos de competências é também ao nível destes serviços, a par do acesso a ajudas técnicas, que se assiste a impactos mais significativos na vida dos inquiridos.

Em contrapartida, o braille e o apoio jurídico são os serviços que implicaram mudanças na vida com médias de importância menores. Importa sublinhar que há dois serviços particularmente sensíveis, entre os que são prestados, dado serem simultaneamente vistos como produtores de conhecimentos e de mudanças importantes na vida dos beneficiários: o treino em orientação e mobilidade (classificado nos serviços a preservar) e a formação profissional (um serviço a melhorar).

Tabela 46. Inquiridos, segundo as médias da importância das mudanças de vida resultantes do apoio/serviço

Serviços	Mudanças de vida resultantes do apoio/serviço	
	N	Médias
Treino em orientação e mobilidade	328	2,80
Acesso a ajudas técnicas	242	2,72
Habilitação/reabilitação AVD	82	2,71
Formação profissional	282	2,62
Apoio psicológico	287	2,62
Actividades ocupacionais	64	2,59
Apoio ao emprego	134	2,57
Acompanhamento em actividade do dia-a-dia	70	2,57
Habilitações em novas tecnologias	250	2,57
Actividades culturais	453	2,42
Actividades desportivas	168	2,42
Apoio social	476	2,39
Desenvolvimento e estimulação sensorial	18	2,39
Atendimento/aconselhamento	304	2,38
Braille	194	2,27
Apoio jurídico	38	1,97

(escala de 1 a 3)
Fonte: Inquérito PSPVI

Na perspectiva dos ganhos em conhecimento, há ainda dois serviços sensíveis: a habilitação para as actividades da vida diária (a expandir) e a habilitação em novas tecnologias (a melhorar).

Na perspectiva das mudanças de vida, saliente-se ainda o acesso a ajudas técnicas (a preservar) e as actividades ocupacionais (a expandir).

Por exemplo, gostava de ser eu a ler as minhas cartas, não ter que estar dependente dos outros, mas não tenho possibilidades para comprar equipamento de leitura. São estas as barreiras que encontro. Nós poderíamos ser muito mais independentes se tivéssemos mais ajudas técnicas porque temos inúmeras coisas,

muito material bom, mas como não há dinheiro e o material é muito caro (consenso dos outros participantes). Pelo valor com que é comercializado fica inacessível. (Focus Group Porto)

2.4. O SERVIÇO MAIS IMPORTANTE DE QUE BENEFICIOU

Aos inquiridos foi-lhe igualmente solicitado que indicassem, dos serviços usufruídos, qual o serviço mais importante que receberam.

Os serviços considerados mais importantes foram o treino em orientação e mobilidade (16%), a formação profissional (15%), o apoio social (13%), as actividades culturais e lúdicas (11%) e o apoio psicológico (11%).

Sobre o serviço mais importante foi efectuado um conjunto de questões para aferir até que ponto é respeitado e promovido o *empowerment* e a auto-determinação das pessoas com deficiência visual.

É indiscutível o respeito dos técnicos pelas escolhas e opiniões dos inquiridos (90% dos inquiridos considera que os técnicos respeitaram, as suas escolhas e opiniões), bem como a prestação das informações sobre o serviço (88%) e sobre os direitos e responsabilidades dos utentes (75%).

Tabela 47. Inquiridos, segundo o respeito dos técnicos pelas suas escolhas, opiniões e preferências

Respeito dos técnicos	PSPVI (%)
Sim, sempre	90,4
Às vezes	8,2
Não	1,4
Total	100,0
N	977

Fonte: Inquérito PSPVI

O respeito pelas escolhas e a prestação da informação é superior junto dos inquiridos que entraram em contacto com a ACAPO mais recentemente e, conseqüentemente junto dos utentes, uma vez que a relação com a instituição é ela também mais recente – 89% dos sócios e 98% dos utentes afirmam que os responsáveis e técnicos respeitaram sempre as suas escolhas.

Tabela 48. Inquiridos, segundo o respeito pelas suas escolhas, a prestação da informação e os anos de contacto com a ACAPO

Respeito pelas suas escolhas e prestação da informação		Anos de contacto com a ACAPO (%)		
		Há menos de 10 anos	Há mais de 10 anos	Total
Respeito pelas escolhas, opiniões e preferências sempre*	%	93,6	86,2	90,3
	N	496	376	872
Informação sobre o que esperar do serviço**	%	90,1	85,0	87,8
	N	474	375	849
Informação sobre os direitos e responsabilidades	%	76,4	73,2	75,0
	N	402	320	722

*($\chi^2(2)=14,994$; $p \leq 0.001$)

**($\chi^2(1)=5,778$; $p \leq 0.05$)

Fonte: Inquérito PSPVI

Curiosamente, ao nível da prestação de informações sobre os direitos e responsabilidades constata-se que são os sócios os que mais receberam esta informação e não os utentes.

Do conjunto de informações facultadas sobre os direitos e responsabilidades dos clientes dos serviços, sobressaem a informação sobre a missão, objectivos e grupo-alvo do apoio/serviço, o tipo de apoio/serviço a ser fornecido e informação sobre as condições gerais de acesso e cancelamento do apoio/serviço.

Existe no entanto espaço para melhorar a prestação de informações sobre as taxas e preços aplicáveis aos apoios/serviços e sobre os procedimentos para efectuar queixas e reclamações, uma vez que apenas 60% dos inquiridos menciona ter recebido esta informação.

Tabela 49. Inquiridos, segundo as dimensões incluídas no conjunto de informações facultadas sobre os direitos e responsabilidades

Informações facultadas sobre os direitos e responsabilidades	PSPVI (%)				
	Missão	Tipo de apoio	Condições gerais	Taxas e preços	Queixas e reclamações
Incluía	93,4	96,3	85,7	69,1	60,1
Não incluía	6,6	3,7	14,3	30,9	39,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	641	667	630	554	572

Fonte: Inquérito PSPVI

A esmagadora maioria dos inquiridos compreendeu toda a informação facultada (97%) e não sentiu lacunas em relação às competências dos técnicos que lhe deram apoio (92%).

Para os inquiridos que consideram que os técnicos têm lacunas (8%), as competências pedagógicas dos formadores e os conhecimentos na área de formação são as principais áreas onde é necessário melhorar, a par da necessidade de os técnicos terem formação ou estarem sensibilizados para trabalhar com pessoas com deficiência visual.

Tabela 50. Inquiridos, segundo as lacunas dos técnicos

Lacunas técnicos	PSPVI (%)
Competências pedagógicas	32,5
Conhecimentos na área/formação	15,6
Sensibilização/Formação para trabalhar c/ pessoas com DV	14,3
Organização do serviço	11,7
Clareza de informação	6,5
Formação desajustada	6,5
Falta de continuidade do apoio/pós-acompanhamento	5,2
Falta de acompanhamento	3,9
Pontualidade/Acessibilidade	3,9
Total	100,0
N	77

Fonte: Inquérito PSPVI

A proximidade dos clientes, espacial e temporal, surge como um factor determinante na avaliação dos serviços e dos técnicos.

As lacunas dos técnicos são apontadas principalmente pelos inquiridos que residem em zonas onde não existe uma delegação da ACAPO (por exemplo, mais de 20% os inquiridos residentes em Portalegre, Beja e Guarda indicam lacunas nos técnicos) e pelos que não beneficiam de serviços há mais de 1 ano e entraram em contacto com a ACAPO há mais de 10 anos.

Tabela 51. Inquiridos, segundo a identificação de lacunas dos técnicos e o tempo de recepção do último serviço

Lacunas Técnicos	Tempo de recepção do último serviço (%)				
	Recebe actualmente serviços	Não recebe há menos de 1 ano	Não recebe há mais de 1 ano	Há menos de 10 anos	Há mais de 10 anos
Sim	3,7	7,9	10,5	4,9	11,5
Não	96,3	92,1	89,5	95,1	88,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	348	190	429	535	444

($\chi^2(2)=12,598$; $p \leq 0.01$)

Fonte: Inquérito PSPVI

O mesmo se aplica em relação a determinados atributos dos apoios/serviços. Se não existe relação estatisticamente significativa entre o horário de funcionamento e os custos dos serviços, no caso da acessibilidade e da distância, bem como no que diz respeito à adequação do apoio/serviço à deficiência, constata-se que o distrito de residência e o meio onde vive são variáveis determinantes na análise da satisfação. De igual modo, o tempo que medeia entre o 1º contacto com a ACAPO e a actualidade, e a data do último serviço de que beneficiou, são variáveis determinantes na análise da adequação do serviço e do horário do serviço, sendo que quanto mais recentes os contactos com a ACAPO e o usufruto do apoio/serviço maior o grau de satisfação com o mesmo.

Tabela 52. Inquiridos, segundo a avaliação do serviço mais importante e das condições físicas do espaço onde recebe

Indicadores	Avaliação do serviço	
	N	Média
Horário de funcionamento	927	3,62
Custos do apoio/serviço	586	3,58
Limpeza e higiene	800	3,55
Adequação do apoio/serviço à deficiência	932	3,53
Tempos de espera de acesso ao apoio/serviço	894	3,48
Regularidade do apoio/serviço	880	3,44
Procedimentos e burocracia	838	3,44
Privacidade	794	3,38
Conforto/comodidade	809	3,35
Acessibilidade de transportes	811	3,11
Facilidade (distância)	867	3,1

(escala de 1 a 4)

Fonte: Inquérito PSPVI

Os vários atributos do apoio/serviço mais importante são avaliados de forma positiva, não existindo nenhum indicador que seja avaliado de forma negativa. Os inquiridos encontram-se satisfeitos principalmente com o horário de funcionamento do apoio/serviço e com os custos do mesmo, e apontam a acessibilidade e distância como os aspectos que, embora não sejam avaliados de forma negativa, podem ser melhorados.

De salientar que a acessibilidade e distância são de igual modo os factores elencados pelos inquiridos que não beneficiaram de serviços da ACAPO, e que no grupo destes inquiridos se encontram os sujeitos com menor autonomia e em situação de isolamento social. Também no grupo dos inquiridos que avaliam de forma menos positiva a acessibilidade e distância se encontra uma percentagem significativa das *pessoas dependentes e em situação de isolamento social* e das *pessoas com alguma autonomia, excluídas do mercado de trabalho*.

Tabela 53. Tipos sociais de qualidade de vida, segundo a acessibilidade de transportes para a delegação e tipos sociais de qualidade de vida dos deficientes visuais

Acessibilidade de transportes	Tipos sociais de qualidade de vida dos deficientes visuais (%)				
	Pessoas dependentes e em situação de isolamento social	Pessoas autónomas em transição ou risco de marginalização do mercado de trabalho	Pessoas autónomas inseridas no mercado de trabalho	Pessoas autónomas em risco de exclusão do mercado de trabalho	Pessoas com alguma autonomia, excluídos do mercado de trabalho
Má/Insatisfatória	37,2	15,9	19,2	17,8	34,2
Satisfatória/Boa	62,8	84,1	80,8	82,2	65,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	137	88	166	338	82

($\chi^2(12)=41,287$; $p \leq 0.001$)

Fonte: Inquérito PSPVI

Apesar das avaliações do serviço mais importante serem em média bastante satisfatórias, e de 75% dos inquiridos afirmarem que não existe necessidade de melhorar o serviço em causa, 25% dos deficientes visuais inquiridos identificam aspectos a melhorar no serviço, e destes, 31% salienta que é necessário melhorar as condições físicas do espaço em termos de conforto e limpeza, mas também a nível da privacidade (5%) e acessibilidade dentro do próprio edifício. A acessibilidade/distância e carência de transportes para a instituição e da instituição correspondem ao 2º aspecto a melhorar em termos físicos, sendo de salientar ainda, em termos de acessibilidade, a necessidade de melhorar o sistema de informação e divulgação dos serviços da ACAPO.

Tabela 54. Inquiridos, segundo os aspectos a melhorar no serviço mais importante

Aspectos a melhorar	PSPVI (%)
Condições físicas de espaço/conforto e limpeza	30,5
Acessibilidade/Transportes	9,3
Adequação do conteúdo da formação	8,1
Formadores e técnicos sensibilizados ou c/ formação na temática de deficiência visual	8,1
Actualização dos equipamentos/novas tecnologias	5,3
Privacidade	4,5
Aposta na continuidade dos apoios prestados e acompanhamento pós serviço	4,5
Dinamização de serviços existentes noutras delegações	4,5
Melhorar a acessibilidade dentro do edifício	4,1
Outros	3,7
Maior dinamismo para interacção mais cedo e atempada	3,7
Melhorar o serviço de informação e divulgação	3,3
Mais recursos humanos	3,3
Investir na Formação profissional	2,8
Melhorar o apoio na obtenção e utilização de ajudas técnicas	1,6
Apoio ao emprego - criação de protocolos específicos junto de tecido empresarial	1,6
Adequação dos horários de atendimento	1,2
Total	100,0
N	246

Fonte: Inquérito PSPVI

No que diz respeito às respostas fornecidas, é reclamada uma maior adequação dos conteúdos da formação (8,1%) a par da necessidade de as formações serem ministradas por técnicos sensibilizados ou formados na temática da deficiência visual.

Novas respostas/valências dos serviços em causa são solicitadas, nomeadamente, a aposta na continuidade dos apoios e num pós-acompanhamento (4,5%) e, na área do apoio ao emprego, a criação de protocolos específicos junto de tecido empresarial (1,6%).

Tem que haver alguém no terreno a promover o emprego. Sensibilizar os empresários, mostrar a nossa capacidade, mostrar que temos valor. Eu não quero fazer o meu trabalho porque o estado paga, quero fazer o meu trabalho pelo meu valor. A adaptação do posto de trabalho, acho que sim, mas agora pagar para nos receber não é por aí. Deve ser pelas nossas capacidades reais. Eu trabalhei como cortador de matérias e não há um, e os meus colegas podem dizer isso, que tivesse o meu rendimento. Não é que eu fosse mais interessado ou empenhado, não. É porque os olhos de quem vê, distraem, nós não. Nós conhecemos a máquina.
(Focus Group Porto)

2.5 LACUNAS E DESIGUALDADE DE RESPOSTAS

A desigualdade de respostas disponibilizadas nas várias delegações existentes leva a que muitos dos inquiridos, que apontam lacunas existentes nas valências disponibilizadas pela ACAPO (33%), solicitem serviços que já são desenvolvidos noutras delegações, nomeadamente a Formação Profissional, a Habilitação/Reabilitação em Actividades da Vida Diária e Serviços de Acompanhamento e Apoio Domiciliário.

Tabela 55. Inquiridos, segundo os principais apoios/serviços necessários que a ACAPO não disponibiliza (resposta múltipla)

Apoios/serviços necessários não disponibilizados	PSPVI (%)
Formação/cursos (Inglês, TIC, entre outros)	13,5
Habilitação/reabilitação AVD	10,5
Serviço de acompanhamento/Apoio ao domicílio	8,2
Transporte para a ACAPO/acessibilidades	7,9
Apoio ao emprego	7,4
Actividades de Lazer	6,6
Venda de produtos de apoio em condições mais favoráveis	6,4
Delegação/Apoios/Serviços mais próximos da área de residência	5,4
Melhorar os serviços de informação e divulgação (interno e externo)	5,4
Apoio financeiro	2,8
Orientação e Mobilidade	2,6
Implementar novos serviços/apoios indiferenciados	2,6
N	392

Fonte: Inquérito PSPVI

2.6 UMA TIPOLOGIA DA SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS E DOS IMPACTOS NA VIDA DOS UTENTES

Com o objectivo de analisar a satisfação global com os serviços, foi de igual modo efectuada uma análise de *clusters* com os mesmos parâmetros metodológicos que a análise efectuada para a qualidade de

vida¹², e onde se incluíram todas as variáveis relacionadas com a satisfação global com os serviços, os impactos dos serviços na vida pessoal e no bem-estar físico, tendo-se obtido 3 grupos distintos de inquiridos.

Tabela 56. Grupos de satisfação global dos serviços (%)

Grupos de satisfação	PSPVI (%)
Muito satisfeitos	26,1
Satisfeitos	68,2
Pouco satisfeitos	5,7
Total	100,0
N	1015

Fonte: Inquérito PSPVI

O grupo maioritário, que reúne cerca de 70% dos inquiridos, corresponde aos sujeitos que apresentam um grau de satisfação intermédio com os serviços. Segue-se o grupo dos inquiridos que se encontra bastante satisfeito com os serviços, que corresponde a cerca de $\frac{1}{4}$ dos inquiridos, e o grupo das pessoas pouco satisfeitas com os serviços, que são 6% da nossa população.

De um modo geral, os inquiridos encontram-se satisfeitos com os vários indicadores dos serviços analisados. A simpatia dos profissionais, a relação com o pessoal da ACAPO são os indicadores que reúnem um maior grau de satisfação, seguido das competências dos profissionais e do respeito dos profissionais pelos direitos das pessoas inquiridas.

¹² Incluídas todas as variáveis que se afastam mais de 0,2 do centroide de cada dimensão (2 dimensões retidas); Teste Alpha de Chronbach= 0,959 (aceitável a partir de 0,7)

Tabela 57. Grupos de satisfação global dos serviços, segundo a satisfação global com os serviços (médias)

Indicadores de satisfação	Satisfação global com os serviços (médias)			
	Muito satisfeitos	Satisfeitos	Pouco satisfeitos	Total
Simpatia dos profissionais	3,8	3,4	3,3	3,5
A sua relação com o pessoal da ACAPO	3,8	3,4	3,4	3,5
Competências e conhecimentos dos profissionais técnicos	3,7	3,3	3,1	3,4
O respeito pelos seus direitos (privacidade, dignidade)	3,8	3,2	3,1	3,4
Relacionamento com os outros utentes	3,6	3,2	2,9	3,3
A eficácia do apoio/serviço	3,7	3,1	2,8	3,3
As escolhas que pode tomar	3,6	3,1	2,8	3,2
Respostas dos apoios às necessidades pessoais	3,6	3,1	2,8	3,2
Apoio à participação e integração na comunidade	3,6	3,0	2,5	3,1
Resolução de queixas e reclamações	3,5	2,9	2,2	3,0

Fonte: Inquérito PSPVI

A linha que separa os grupos divide os indicadores em duas dimensões: uma dimensão mais relacional e uma outra de impactos dos serviços.

Um menor grau de satisfação é apresentado em relação à eficácia do serviço, muito associada, de igual modo às respostas dos apoios às necessidades pessoais e às escolhas que o sócio/utente pode tomar, bem como ao apoio à participação e integração na comunidade.

Apesar das escolhas que o cliente pode tomar ser um dos indicadores ao qual é conferido menor grau de satisfação, é interessante constatar que, quando inquiridos sobre quem deve escolher os técnicos de apoio, apenas 37% refere que o técnico deveria ser escolhido por decisão do próprio e 71% considera que devia ser o próprio técnico que presta o serviço.

Tabela 58. Inquiridos, segundo a opinião sobre quem deve escolher os técnicos de apoio (resposta múltipla)

Escolha dos técnicos	PSPVI (%)	
	N	%
Decisão dos dirigentes da ACAPO	844	66,2
Decisão do técnico que presta o serviço	820	70,9
Por decisão do próprio	843	36,7
Por decisão da entidade que financia os serviços	819	32,2

Fonte: Inquérito PSPVI

Não obstante, parece existir um espaço de melhoria dos serviços no que diz respeito à adaptação/adequação ao indivíduo e às suas necessidades – uma maior personalização dos serviços, bem como a necessidade de serviços direccionados para apoiar a integração na comunidade.

A resolução de queixas e reclamações é o indicador que reúne o maior grau de insatisfação, sendo de mencionar que também é a este nível que os inquiridos manifestaram uma maior ausência de informação.

Ainda no que diz respeito à análise global dos serviços, procurou-se saber até que ponto os apoios/serviços usufruídos contribuíram para melhorar vários aspectos da vida pessoal dos inquiridos. Os vários indicadores analisados encontram-se agrupados em 4 tipos de efeitos/respostas dos serviços: a nível da intermediação, da rede social, do autoconceito e da autonomia.

Tabela 59. Tipologia de efeitos dos serviços

Intermediação	Ajudou-me a ter acesso a apoios que antes não conhecia
	Abriu-me portas para novas oportunidades na minha vida
	Ajudou-me a adaptar-me melhor às exigências do mundo do trabalho
	Ajudou-me a encontrar uma oportunidade de trabalho ou um estágio
Rede social	Ajudou-me a aumentar o número de pessoas com quem tenho contacto regular
	Ajudou-me a progredir na forma como sou capaz de comunicar com os outros
	Ajudou-me a melhorar as relações com as pessoas que me são mais próximas
Autoconceito	Contribuiu para que, em geral, me sinta satisfeito comigo próprio
	Ajudou-me a ser capaz de lidar melhor com os meus problemas de saúde física e emocional
	Passei a aceitar melhor a minha deficiência
	Tornou-me mais apto a conhecer e defender melhor os meus direitos individuais e de grupo
	Passei a sentir-me uma pessoa mais segura de mim mesma
	Contribuiu para que eu seja uma pessoa mais capaz de resolver problemas
	Passei a ocupar melhor os meus tempos livres
	Contribuiu para que eu tenha hoje maior capacidade para tomar decisões
	Contribuiu para que me tornasse uma pessoa mais responsável
Sinto que estou em melhores condições para desenvolver actividades físicas	
Autonomia	Ajudou-me a ser mais autónomo no meu dia-a-dia
	Permitiu-me investir na minha educação e aprender coisas novas
	Ajudou-me a ter maior capacidade para contornar obstáculos e superar dificuldades
	Melhorei a minha capacidade de me deslocar
	Ajudou-me a traçar melhor planos e objectivos para a minha vida
	Tornei-me mais capaz de desempenhar as tarefas do meu dia-a-dia
	Sou hoje mais capaz de cuidar de mim próprio
	Melhorei a minha capacidade para tomar conta da minha casa sem pôr em causa a minha segurança

Da análise das médias dos impactos agregadas por dimensão é possível constatar que os grupos são diferenciados em função do nível de concordância com os impactos dos serviços na sua vida.

Os inquiridos muito satisfeitos com os serviços são os que mais concordam que os serviços tiveram efeitos sobre a sua vida, principalmente ao nível da sua vida social, mas também sobre a imagem que tem sobre si próprio. Por outro lado, os pouco satisfeitos são os que menos consideram que os serviços tiveram impacto na sua vida, e que, a terem, foram sobre a sua vida social e na função de intermediação. Por fim, o grupo dos satisfeitos considera de igual modo que os impactos se sentem mais ao nível da rede social e da intermediação, contudo com um maior grau de concordância do que o grupo dos pouco satisfeitos.

Tabela 60. Grupos de satisfação global dos serviços, segundo a média de Impactos por dimensão

Dimensões	Impactos (Médias)			
	Muito Satisfeitos	Satisfeitos	Pouco Satisfeitos	Total
Rede Social	3,41	2,65	1,84	2,80
Intermediação	3,16	2,57	1,78	2,67
Autoconceito	3,29	2,55	1,74	2,70
Autonomia	3,22	2,52	1,74	2,65

(escala de 1 a 4)
Fonte: Inquérito PSPVI

Concluindo, a distinção destes três grupos foi efectuada essencialmente pelos impactos dos serviços e não pelo grau de satisfação com os serviços em si, nem tão pouco com o tipo de serviços que usufruíram, embora, obviamente a avaliação global dos serviços seja influenciada pela percepção dos impactos. Quando solicitados a avaliar de 1 a 10 a ACAPO enquanto prestadora de serviços, o grupo dos muito satisfeitos avaliam a ACAPO com um 8,7, os satisfeitos com um 7 e os pouco satisfeitos com um 6,3, sendo a média global de 7.

Também não se verificam diferenças ao nível do perfil sociodemográfico dos inquiridos dos três grupos identificados, apesar do grupo dos pouco satisfeitos ser ligeiramente mais velho (a idade média do grupo dos muito satisfeitos e dos satisfeitos é de 48 anos, e do grupo dos pouco satisfeitos é de 51). Desta forma, quais as razões para esta diferenciação?

Mais $\frac{3}{4}$ dos inquiridos que se encontram muito satisfeitos com os serviços beneficiaram de pelo menos dois tipos de serviços, ao passo que cerca de metade dos inquiridos insatisfeitos beneficiou apenas de um tipo de serviços.

Tabela 61. Grupos de satisfação global dos serviços, segundo o tipo de serviços usufruídos¹³

Tipo de serviços	Grupos de satisfação global dos serviços (%)			
	Muito Satisfeitos	Satisfeitos	Pouco Satisfeitos	Total
Apenas 1 serviço	23,0	35,4	48,3	32,9
Dois tipos de serviço	31,3	32,9	29,3	32,3
Três tipos de serviço	35,1	23,1	17,2	25,9
Todos	10,6	8,5	5,2	8,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0
N	265	692	58	1015

($\chi^2(6)=27,910$; $p \leq 0,001$)
 Fonte: Inquérito PSPVI

Os muito satisfeitos são os que tiveram mais recentemente contacto com a ACAPO, bem como aquele que mais cedo contactou a instituição após ter tido conhecimento da sua deficiência visual e são os que mais se encontram a receber os serviços actualmente. Consequentemente são os que mais tiveram entrevista com os técnicos, os que mais receberam informação sobre o serviço e sobre os seus direitos e responsabilidades.

¹³ Serviços da vida social – actividades culturais e actividades desportivas; Serviços de acompanhamento – apoio social, apoio psicológico, apoio jurídico, acesso a ajudas técnicas, serviço de acompanhamento e atendimento e aconselhamento; reabilitação – Treino OM, Braille, Habilitação AVD, Habilitação Novas Tecnologias, Desenvolvimento e estimulação sensorial e actividades ocupacionais.

Tabela 62. Grupos de satisfação global dos serviços segundo variáveis-chave

Variáveis-chave	Grupos de satisfação global dos serviços (%)		
	Muito Satisfeitos	Satisfeitos	Pouco Satisfeitos
1º Contacto com a ACAPO há menos de 10 anos	64	50	45
Contacto com os técnicos regular (pelo menos 1 vez por mês)	61	46	43
Recebem serviços actualmente	50	31	22
Ocorrência de Entrevista	86	72	68
Respeito pelas escolhas (sempre)	96	89	78
Informação sobre o serviço	92	87	73
Informação sobre direitos e responsabilidades	82	74	54
Dificuldades em aceder ao serviço	7	9	11
Sem Autonomia na Mobilidade	17	15	22

Fonte: Inquérito PSPVI

Quer isto dizer que ou as respostas actuais estão mais adequadas ou o efeito de distanciamento provocado pela passagem do tempo, após o contacto com a realidade, leva os inquiridos a aperceberem-se que os serviços não produziram os impactos antecipados.

III. CRESCER, ALARGAR O CAMPO DE ACÇÃO, ADEQUAR A ESTRUTURA AOS NOVOS DESAFIOS – UMA PROPOSTA DE ESTRATÉGIA PARA A ACAPO

A ACAPO presta serviços mas, simultaneamente, tem como missão a defesa dos direitos e interesses dos deficientes visuais tendo em vista a sua plena integração socioprofissional e, para a cumprir, leva a cabo a actividade de representação e de defesa dos direitos e interesses das pessoas com deficiência visual em Portugal, actuando nas diferentes esferas de influência: político-institucional, social, económica, entre outras.

Na origem, a associação prestava serviços exclusivamente aos seus sócios, que também representava, mas, desde 2000, fruto de acordos de cooperação com os Centros Distritais da Segurança Social, foi criada a figura de utente, para que a Associação possa dar acesso aos serviços à população com deficiência visual em geral, para além dos associados da instituição.

A associação é, hoje, uma instituição representativa, nessa função, sendo uma instituição assente na democraticidade e dirigida por corpos dirigentes eleitos pelos sócios e uma instituição que presta serviços de modo aberto, não apenas aos seus sócios, mas à comunidade em geral.

3.1 A ACAPO NA VISÃO DE SÓCIOS E UTENTES

3.1.1 IDENTIDADE: UMA ASSOCIAÇÃO REPRESENTATIVA E PRESTADORA DE SERVIÇOS

A identidade mista da ACAPO como entidade representativa e prestadora de serviços é simultaneamente identificada e valorizada pelos sócios e utentes inquiridos.

Tabela 63. Inquiridos, segundo o que consideram ser a identidade actual e desejável da ACAPO

Identidade	A ACAPO actualmente é (%)	A ACAPO deve ser (%)
Uma associação de representação e prestação de serviços	72,4	86,0
Uma associação de representação	8,8	6,4
Uma associação prestadora de serviços	7,0	2,3
Nem uma coisa nem outra/Não sabe/Não responde	11,8	5,2
Total	100,0	100,0
N	1325	1325

Fonte: Inquérito PSPVI

Mais de 70% identificam a associação como entidade de representação e prestação de serviços e 86% consideram que a identidade futura deve ser essa, expressando a vontade de reforço da identidade da associação. Não há, pois, hesitações por parte dos inquiridos quanto a que a identidade da ACAPO deve ser mantida como entidade mista.

A actuação da ACAPO enquanto entidade que representa a população com deficiência visual em Portugal é reconhecida de forma positiva pela larga maioria dos sócios (84%) e dos utentes (93%), que consideram que a instituição defende os interesses das pessoas que representa.

O desempenho da associação é visto pelos inquiridos como globalmente positivo e para isso contribuem equilibradamente as duas funções da associação. Numa escala de 1 a 10 em que 1 significa estar muito insatisfeito e 10 significa estar muito satisfeito, os inquiridos atribuem à associação uma nota de 7,3 enquanto entidade prestadora de serviços e de 7,1 enquanto entidade representativa.

Os níveis de concordância com a identidade da associação são também expressos pela baixa proporção de inquiridos descontentes com o trabalho da instituição – apenas 3% dos inquiridos, dos quais 98% são sócios. As críticas deste pequeno grupo incidem sobre a qualidade do trabalho (não faz bem nem a representação nem os serviços, não

defende direitos, está estagnada e tem estratégia incoerente ou desarticulada, não atende necessidades), sobre desequilíbrios (defende apenas os interesses de alguns, está muito centrada em Lisboa e Porto, há delegações que não prestam serviços) ou sobre funcionamento (devia ter normovisuais nas direcções).

Existe um consenso generalizado relativamente à opinião de sócios e utentes no que diz respeito a iniciativas consideradas importantes para promoção ou reforço de actuação da ACAPO.

Tabela 64. Inquiridos que consideram importante reforçar a acção da ACAPO, segundo os aspectos a reforçar

Aspectos a reforçar	PSPVI	
	%	N
Sensibilização da comunidade	97,8	1045
Consultoria a entidades	97,1	1037
Representação junto de organismos internacionais	95,1	1016
Participar em eventos locais	94,3	1007
Participar em medidas e políticas nacionais	93,4	998
Descontos e condições favoráveis	93,1	994
Organizar grandes eventos a nível nacional	84,2	899

Fonte: Inquérito PSPVI

Os inquiridos demonstraram grande adesão às ideias que lhes foram sugeridas sobre possíveis áreas de reforço da actuação da ACAPO, quer no sentido de aumentar a consciência da comunidade, quer no sentido de participar em desenvolvimento de medidas e políticas, quer no sentido de diversificar serviços prestados.

3.1.2 ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO: ASPECTO A REFORÇAR

Os sócios da ACAPO são na sua maioria homens (57%), com maior concentração na faixa etária entre os 35 e os 54 anos (44%) e média de idade de 48 anos. Um quarto dos associados tem menos que o primeiro ciclo do ensino básico e mais de metade (56%) obtiveram níveis de escolaridade entre o 2º ciclo do ensino básico e o ensino secundário completos. O seu meio de vida é maioritariamente (55%) dependente de pensões de reforma ou de prestações da Segurança Social ou, por outro lado, de rendimentos do trabalho ou da propriedade (29%).

Por sua vez, os utentes são maioritariamente do sexo masculino (53%) em que quase metade (49%) encontra-se na faixa etária com 55 ou mais anos e uma média de idade de 53 anos. Cerca de 75% completaram no máximo o 9º ano de escolaridade, correspondendo ao 3º ciclo do ensino básico, sendo que quase metade (45%) completou no máximo o 1º ciclo. Este grupo é muito dependente de pensões de reforma e/ou prestações da Segurança Social, pois 72% afirmaram ser este o seu meio de vida principal.

Em comparação e em síntese, assinala-se o grupo dos utentes como sendo mais idoso, menos escolarizado e mais dependente de apoios do Estado do que os associados da ACAPO.

Relativamente à deficiência visual, os sócios são na sua maioria pessoas cegas (62%) e que, em geral, adquiriram a cegueira ou a baixa visão durante a infância ou juventude. Por outro lado, os utentes são maioritariamente indivíduos com baixa visão (56%), que em média ficaram cegos ou amblíopes numa fase mais adiantada da vida, isto é, depois dos 30 anos. Mas, o conjunto dos inquiridos tem uma estrutura quanto à idade de aquisição da deficiência que se afasta da população com deficiência visual no país: um terço dos inquiridos é deficiente visual de nascença, metade adquiriu a deficiência visual antes dos 10 anos e três quartos adquiriram-na antes dos 30 anos. Há, pois, uma grande subrepresentação das pessoas que adquirem a deficiência na

idade adulta e em particular em relação com o processo de envelhecimento.

Esta subrepresentação é natural numa associação que parte da definição de deficiência para a sua actuação. Uma parte substancial das pessoas que adquirem deficiência visual na idade adulta e em particular articuladamente ao processo de envelhecimento não se auto-imagina como deficiente, mas como doente e acaba por não procurar instituições que intervêm numa área que não sentem como sua.

Uma aproximação quanto à diferença entre o perfil das pessoas com deficiência que se envolvem na associação e aquelas que esta poderia servir mas tem dificuldades em encontrar, pode ser-nos dada pela consideração da diferença de estrutura em relação aos tipos sociais de qualidade de vida de associados e utentes da ACAPO.

Tabela 65. Tipos sociais de qualidade de vida, segundo a sua relação com a ACAPO

Tipos sociais de qualidade de vida	PSPVI (%)	
	Sócio (N=1068)	Utente (N=247)
Pessoas em isolamento social e dependentes	17,70	47
Pessoas autónomas em transição ou risco de marginalização, com actividade social e sem participação cívica	9,20	9,30
Pessoas autónomas, inseridas no mercado de trabalho com actividade social e com participação cívica	20,80	9,30
Pessoas autónomas em risco de exclusão do mercado de trabalho, com actividade social e sem participação cívica	42,60	21,10
Pessoas com alguma autonomia, excluídas no mercado de trabalho com actividade social e com participação cívica	9,70	13,40

(χ^2 (4)=114,956; $p \leq 0.00$)

Fonte: Inquérito PSPVI

No caso dos sócios, quase metade (43%) encontra-se no grupo das pessoas autónomas, em risco de exclusão do mercado de trabalho, com actividade social e sem participação cívica e 21% são pessoas autónomas, com inserção profissional e actividade social e cívica activas.

No caso dos utentes, quase metade (47%) são pessoas em isolamento social e dependentes e 21% são pessoas em risco de exclusão do

mercado de trabalho, sem participação cívica, embora com actividade social.

É notório que a aproximação da ACAPO às pessoas com deficiência visual em situação de maior fragilidade social se faz pelo tipo de serviços que presta, uma vez que estas são tocadas essencialmente como utentes.

Quando se interroga os utentes porque não se tornaram sócios, 80% deles elencam, sobretudo, a não identificação de vantagens, o pagamento de quotas e a falta de conhecimento ou de proposta dessa possibilidade, como razões para não se tornarem sócios da instituição.

Tabela 66. Utesentes, segundo a razão para não se tornarem sócios

Razões para não ser sócio	Utesentes (%)
Não identifica vantagens	38,4
Pagamento de quotas	24,1
Não foi proposto/não tinha conhecimento	17,6
Contacto recente com a ACAPO	7,4
Falta reunir documentação necessária (multiusos)	4,6
Pretende tornar-se sócio	2,8
Distância	1,9
Outra	1,9
N	216

Fonte: Inquérito PSPVI

Para além das principais razões apontadas, alguns utentes (7%) justificam que o contacto com a instituição ainda é muito recente para darem esse passo e apenas, 7% dos utentes afirma estar ou no processo de se tornarem sócios ou com intenções de o vir ser.

A ACAPO, para envolver melhor este grupo com um perfil social diferente dos seus sócios, terá que conseguir captá-los para a sua função de representação.

O envolvimento dos sócios, por sua vez, suscita alguma reflexão. A capacidade de influenciar os rumos da associação pela via da participação eleitoral é usada com moderação.

Tabela 67. Sócios que costumam votar nos processos eleitorais da ACAPO

	Sócios que costumam votar nos processos eleitorais da ACAPO (%)
Frequentemente	33,7
Às vezes	19,8
Nunca	46,5
Total	100,0
N	1068

Fonte: Inquérito PSPVI

A participação eleitoral dos associados é fraca pois cerca de dois terços dos sócios ou nunca votam – quase metade do total de associados – ou votam apenas esporadicamente.

A mobilização dos sócios para actividades relacionadas com a ACAPO é pouco frequente.

Tabela 68. Inquiridos que são sócios da ACAPO, segundo o tipo e frequência de envolvimento na associação

Sócios	Frequentemente	Às vezes	Nunca	Total	N
Lê revista/boletim ACAPO	32,3	24,6	43,1	100,0	1065
Participa nos eventos comemorativos da ACAPO	15,1	29,8	55	100,0	1063
Participa em actividades recreativas (convívios, actividades desportivas, etc.) organizadas pela associação	14,6	33,1	52,3	100,0	1063
Participa em actividades artísticas e culturais (vistas de estudo, teatro, fotografia, etc.) organizadas pela associação	9,8	27	63,2	100,0	1063
Listas de discussão, <i>chats</i> ou fóruns relacionados com a temática da deficiência	7,2	11,5	81,4	100,0	1062
Frequenta colónias de férias organizadas pela associação	4,5	12,4	83,2	100,0	1027
Escreve textos de tomada de posição	3,6	13,4	83	100,0	1066
Costuma enviar sugestões/recomendações	2,8	15	82,2	100,0	1063

Fonte: Inquérito PSPVI

A revista/boletim da ACAPO é o mais forte elo de ligação entre a associação e os seus membros, já que 32% dos sócios segue o boletim com frequência e 25% ocasionalmente.

O segundo elo mais intenso dos sócios à associação é a organização de eventos comemorativos e actividades recreativas.

3.2. PROPOSTA DE ESTRATÉGIA DE MÉDIO PRAZO

3.2.1 SITUAÇÃO ACTUAL E OBJECTIVOS DE MUDANÇA

A ACAPO é uma associação de auto-representação de pessoas com deficiência visual, enquanto tal integrada no conceito geral das instituições que visam fazer com que as pessoas com deficiências sejam vistas como pessoas que têm algo a oferecer e competências a partilhar e não apenas como pessoas com dificuldades e limitações” (Balcazar, Keys, Bertram e Rizzo, cit. in Lan, 2007).

A auto-representação cruza-se com o conceito de vida independente porquanto a actividade de auto-representação busca dar voz própria aos cidadãos deficientes, reivindicando os seus direitos, incluindo o direito a fazer escolhas e ser independente e o direito a assumir responsabilidades na sociedade a par com os outros cidadãos. Se o movimento da vida independente procura criar as condições para que cada pessoa ao nível individual possa exercer esses direitos, o movimento de auto-representação criou entidades colectivas visando garanti-lo para o universo dos representados.

Na fase da contestação ao modelo médico de deficiência, o movimento de auto-representação ganhou grande proeminência, dada a proximidade entre a percepção da situação dos deficientes pelo modelo social e a centralidade de desenvolvimento de movimentos reivindicativos de direitos. Estudando a situação internacional do movimento, foi observado que ele começou por ser muito politizado, para se ter institucionalizado na última década do século passado e

estar a passar por uma fase de marginalização no início do século XXI (McColl e Boyce, 2003).

Em Portugal não é difícil encontrar a mesma sucessão de fases, porventura com uma década de desfasamento. Há que, sublinhar, para compreender a situação actual da ACAPO, a importância dos acordos com a segurança social na sua consolidação institucional. Daí que, tal como os sócios e utentes inquiridos, nos pareça ser fundamental, mais que não fosse por realismo, preservar a identidade mista da ACAPO enquanto entidade representativa e prestadora de serviços.

O carácter misto da associação permite-lhe distinguir-se de uma actuação exclusivamente “para-sindical” confinada à reivindicação de direitos e de uma actuação puramente enquanto instituição “para-prestadora de cuidados” centrada na intervenção junto de indivíduos com necessidades de serviços.

O carácter misto permite-lhe ainda, como se verificou neste estudo, aproximar-se de novos públicos, que pretende representar, mas têm características diferentes dos que espontaneamente dela se aproximaram. Nesse sentido, a prestação de serviços e a representação estabelecem uma relação sinérgica, potenciando-se mutuamente.

A prestação de serviços por uma associação de auto-representação não tem necessariamente que circunscrever-se à área da reabilitação. Aprendendo com a experiência do movimento sindical, o movimento de auto-representação de deficientes, pode potenciar serviços aos seus sócios que visam promover a sua qualidade de vida, defendendo os valores da associação e estimulando o envolvimento nela. Este é já o caso, na ACAPO, da organização de eventos e convívios, que se revelaram ser um dos elementos da sua actuação que geram maiores níveis de envolvimento dos sócios.

Uma entidade de auto-representação não pode menosprezar a questão da representatividade. De novo em paralelo com o movimento sindical, a sua força deriva da capacidade de ter consigo as pessoas que visa representar e de ter no seu seio as condições para ser “a voz” dos

problemas dessas pessoas. A este respeito, a ACAPO é hoje uma instituição com duas fragilidades a corrigir. Por um lado, tem um número de associados ainda insuficiente face ao conjunto da população com deficiência visual. Por outro, os seus associados têm um enorme enviesamento em favor dos deficientes visuais de nascença ou que adquiriram a deficiência na fase inicial da vida.

Em síntese, nos aspectos fundamentais para a definição de uma estratégia de acção, a situação actual da ACAPO define-se por:

- Ser uma organização “mista”, de serviços e representação;
- Servir enquanto utentes uma população-alvo com uma estrutura social diferente dos sócios;
- Ter o seu foco em sócios que adquiriram precocemente deficiência visual;
- Estar focada nos serviços “de cuidado” e de reabilitação mas ter iniciado a diversificação, nomeadamente em direcção ao *empowerment* de sócios e utentes incluindo serviços de carácter social e de lazer.

Com base neste diagnóstico definiram-se alguns objectivos essenciais de mudança para a associação.

Não se propõe que a identidade da associação mude, dado o carácter sinérgico da relação entre serviços e representação, o bom desempenho percebido por sócios e utentes nas duas dimensões e o efeito específico de diversificação de públicos servidos que a prestação de serviços permitiu à associação.

Propõe-se que a associação adopte uma estratégia centrada no crescimento e diversificação. Tendo como inspiração a experiência por que passa internacionalmente o movimento sindical, depois de confrontado por mutações sociais profundas e actuando num contexto que se lhe tornou adverso (Heery, 2005), propõe-se que a estratégia de crescimento e diversificação assuma dois desafios transformadores: organizar os não organizados; alargar o campo de acção. A este deve

juntar-se um outro, de reforço, ou seja envolvendo o que se prende com melhorar a actividade que se desenvolve.

O objectivo de organizar os não organizados pode expressar-se numa simples meta de crescimento quantitativo, para a qual deve considerar-se o esforço de inscrição de actuais e futuros utentes e uma intervenção mais activa na promoção da participação na associação. Atingir a 5 anos a meta de 5000 sócios parece um objectivo realista para a actual fase da vida da associação.

O objectivo de alargamento do campo de acção implica uma adaptação do foco de acção da ACAPO, de modo a que se adapte a transformações ocorridas na própria definição de deficiência visual, na situação social das pessoas com deficiência visual e nos objectivos da representação da globalidade das pessoas com esta deficiência.

A adopção da Classificação Internacional de Funcionalidades teve múltiplas consequências na percepção da deficiência. O que define um deficiente visual não é o momento da vida em que adquire a deficiência ou a sua causa, mas o facto de ter uma dificuldade de visão extrema ou uma incapacidade total de visão. Ora, em todo o mundo o movimento de representação de pessoas com deficiência visual está historicamente ligado à deficiência visual adquirida na infância ou precocemente.

Acresce que a evolução da medicina levou a que a estrutura da população com deficiência visual se alterasse. Há hoje muito mais pessoas que têm deficiência visual em relação com lesões provocadas por patologias que passaram a ter sobrevidas muito mais extensas que no passado. O envelhecimento leva a que mais pessoas sejam atingidas por doenças degenerativas e vivam com essa condição por mais anos.

Como vimos neste estudo, as pessoas que adquirem deficiência visual na idade adulta e as pessoas idosas com deficiência visual estão fortemente subrepresentadas entre o grupo tocado pela ACAPO por relação ao seu peso na sociedade portuguesa e corrigir este desequilíbrio melhoraria a representatividade real da associação.

O alargamento do campo implica também a consideração da mudança da situação social das pessoas com deficiência visual, quer no que diz respeito à sua situação objectiva quer quanto às suas aspirações. Como se viu neste estudo, o sistema de reabilitação é frágil no que diz respeito ao trabalho com adultos, à promoção da qualificação e inserção no emprego e à prevenção e mitigação de dinâmicas que reforçam as situações de dependência. Como também se viu neste estudo, para além da dependência, que a reabilitação já cuida – independentemente do sucesso que tenha – de diminuir, há fenómenos sociais de isolamento, em particular de deficientes visuais idosos, que continuam a não ser suficientemente considerados.

O alargamento de campo tem duas dimensões. No que diz respeito às pessoas, visa estender a associação a novos públicos, em que se destaca a necessidade de actuar mais eficazmente junto de idosos, de acidentados e de pessoas que adquirem a deficiência visual na sequência de patologias que não são comumente associadas à condição de deficiente. No que diz respeito aos serviços, tem como fulcro o reexame dos serviços prestados tendo em vista cobrir novas necessidades, em que se destacam a reabilitação funcional e profissional de adultos, a activação da sociedade para a geração de oportunidades de emprego e vida autónoma de pessoas com deficiência visual, o apoio psico-social a idosos, a interacção entre o trabalho na área da deficiência e a intervenção no âmbito das doenças crónicas. Ainda no que diz respeito aos serviços, este alargamento de âmbito implica a maior integração entre diferentes serviços, tendo em vista a realização do contínuo de serviços e a materialização do princípio da vida independente de que o cidadão deficiente é o maior perito nas suas necessidades.

O objectivo de reforço prende-se com a melhoria contínua da intervenção da associação, incorporando as conclusões da avaliação sobre os serviços prestados e reforçando a actividade de representação e

a capacidade de envolvimento – desde logo de contacto – dos sócios na vida regular da associação.

3.2.2 FOCO DE ACÇÃO

A ACAPO define-se por ser uma instituição com uma causa que age por meios diversos para a conseguir. Essa causa - promover a vida independente das pessoas cegas e com baixa visão eliminando barreiras à participação na economia e na sociedade – deve ser o fio condutor da definição das prioridades de acção, dos objectivos estratégicos e do modelo de organização.

Assumir que se pretende promover a vida independente implica agir para que aumente a liberdade de escolha e a capacidade de controlo da própria vida por parte dos representados e tem uma consequência na definição do foco a adoptar pela instituição. As acções a promover, seja enquanto entidade representativa, seja enquanto prestadora de serviços, devem convergir para a realização da prioridade de eliminação de barreiras à participação económica e social das pessoas com deficiência visual.

Essa eliminação de barreiras começa na mudança de percepção social do cidadão com deficiência, que não deve ser objecto mas sujeito das medidas e intervenções que lhe dizem respeito. A operacionalização do princípio de que o deficiente é o maior perito nas suas necessidades implica dar-lhe mais poder no modo de satisfação dessas necessidades e para a associação lutar pelo reforço desse poder. Nesta dimensão, a ACAPO é uma instituição defensora dos direitos civis, políticos e sociais dos cidadãos com deficiência visual.

Para a eliminação da barreira que se prende com a percepção social do deficiente, a acção de representação implica uma intervenção jurídica, política e económica da associação. Ela representa os seus associados junto do Estado enquanto garante de direitos, junto dos empregadores e

junto de produtores e distribuidores de bens e prestadores de serviços. Perante os primeiros é uma associação de defesa de direitos cívicos, políticos e sociais, perante os segundos uma associação de defesa de direitos sociais e perante os terceiros uma associação de defesa de direitos dos consumidores.

A intervenção como associação representativa implicará escolhas sobre o perfil de acção que é cedo para antecipar plenamente. Enquanto prestadora de serviços, uma associação pode ser tendencialmente neutra. Mas representar implica politizar. O estudo de congéneres da ACAPO no plano internacional (McColl e Boyce, 2003) mostrou sempre que acabam por optar por um pendor de acção em que predomina ou a cultura da colaboração ou a do confronto. Com o crescimento e a diversificação da actuação, a tensão entre estas duas tácticas é inevitável.

A eliminação de barreiras continua no *empowerment* dos cidadãos com deficiência visual. A transição da cultura da dependência para a afirmação de direitos é efectuada sempre sob a forma da construção do conhecimento dos seus direitos e da capacidade para a agir para que eles sejam reconhecidos.

Os resultados dos processos de *empowerment* são diferenciados quando vistos ao nível dos indivíduos ou das organizações (Perkins e Zimmerman, 1995). Quanto aos primeiros, implicam o aumento das competências de controle sobre as próprias vidas e da capacidade de utilizar recursos em função dos próprios objectivos. Quanto às segundas, implicam o crescimento, o desenvolvimento de redes e de relevância institucional e política.

A ACAPO, no âmbito da actividade de auto-representação deve, em consequência, assumir a seguinte identidade:

- Assumir-se como um grupo de interesse que reúne pessoas com problemas comuns e procurar mudanças em seu favor – escolher prioridades de acção que mudem a situação social dos seus representados;

- Ser parceiro na tomada de decisão sobre assuntos de interesse dos membros - aconselhar, fazer parcerias, contactos, etc. (alternativa, ser um actor que escolhe uma agenda de confronto);
- Actuar para o aumento da consciência pública – prioridade a actividades de “visibilidade correcta” da deficiência, combatendo estereótipos;
- Ser um actor de *empowerment* dos cidadãos com deficiência visual.

A maior falha, porventura, do sistema português de resposta às necessidades dos cidadãos com deficiência é a falta de uma abordagem a que, por paralelo com a educação ao longo da vida, chamamos de reabilitação ao longo da vida.

Nesta perspectiva, a intervenção centrada no momento da ocorrência da deficiência e o processo de habilitação/reabilitação que deve originar, deve ser complementada por uma perspectiva de acompanhamento permanente das pessoas, assistindo-as nas suas escolhas sobre a satisfação das suas necessidades para superação das limitações estruturais colocadas pela sua deficiência e nomeadamente tendo em conta que, como acontece com todos os seres humanos, com a evolução dos padrões de vida e da ciência e da técnica, há permanentemente novas necessidades a satisfazer, novas tecnologias associativas a disponibilizar e mesmo novos serviços a prestar.

A perspectiva da reabilitação ao longo da vida implica, para a prestação de serviços, a adopção do objectivo central de promoção da autonomia, nas suas diferentes dimensões e nas diferentes fases da vida.

O estudo realizado permitiu identificar que as três dimensões de autonomia (na vida quotidiana, na mobilidade e no acesso à informação e comunicação) têm níveis diferenciados de realização, mesmo entre os inquiridos.

O apoio na infância e juventude, nestas três dimensões, deve estar centrado na acção em rede para a promoção da educação e posteriormente da formação profissional, uma vez que, como

verificámos, também entre os cidadãos com deficiência, a educação é o melhor garante da inserção no mercado de trabalho e o sistema de produção de qualificações está a contribuir para um afunilamento das saídas profissionais dos deficientes visuais.

Na transição para a vida adulta, o foco transfere-se para o triângulo formação profissional-emprego-autonomia pessoal e familiar. O sistema português continua a ser indutor da protecção social e não da participação no mercado de trabalho e os deficientes visuais enfrentam dificuldades acrescidas no processo de constituição de família própria que implicam intervenções junto das pessoas com deficiência e da colectividade para remover preconceitos, estereótipos, mecanismos estigmatizantes que impossibilitam a plena realização pessoal.

No caminho para o apoio ao envelhecimento, o foco de acção deve transferir-se para o binómio autonomia pessoal e familiar-vida social, dado ter-se verificado a existência de fenómenos de confinamento doméstico concomitantes de baixos índices de autonomia individual, e de risco elevado de isolamento social, a que se associa a multidimensionalidade do envelhecimento, um desafio completamente novo para a actividade da ACAPO.

A ACAPO deve, assim, assumir a seguinte identidade, em relação à prestação de serviços:

- Ser uma mediadora entre cidadãos com deficiência visual e prestadores de serviços, procurando articulá-los e cooperar com eles na produção de resultados;
- Ser promotora de maiores níveis de controlo dos cidadãos sobre os serviços que recebem e da adopção da perspectiva do contínuo de serviços;
- Ser prestadora de serviços na perspectiva da reabilitação ao longo da vida, respondendo a necessidades diferenciadas em diferentes fases do ciclo de vida, por forma a promover a autonomia e a inclusão social dos seus beneficiários.

3.2.3 PRIORIDADES

Para o cumprimento dos objectivos de mudança e a refocalização da acção da ACAPO propomos a adopção de três prioridades estratégicas:

- Organizar mais pessoas com deficiência visual e alargar o campo de acção da associação;
- Prescrever e prestar serviços mais adequados e de melhor qualidade;
- Renovar a estrutura da associação ao serviço da identidade mista de entidade representativa e prestadora de serviços.

A organização de mais pessoas implica um esforço sustentado de crescimento da organização e a adopção de uma frente de trabalho centrada na correcção dos desequilíbrios de representação. Foram identificados em particular dois tipos de desequilíbrio neste domínio, que devem ser corrigidos:

- Assimetrias de cobertura da associação, nomeadamente entre regiões e entre populações urbanas e rurais;
- Escolha de novas frentes de trabalho prioritárias;
- Existência de segmentos sociais perante os quais haverá que diversificar o campo de acção: famílias com crianças com deficiência visual; pessoas com baixa visão; pessoas que adquirem a deficiência visual na idade adulta e em consequência de patologias ligadas ao envelhecimento; pessoas idosas.

A associação pode, de modo realista, fazer crescer o número de membros até aos 5000 em 5 anos, corrigindo os desequilíbrios e prosseguindo o trabalho de alargamento do seu campo de acção.

Os objectivos de crescimento ligam-se com a redefinição do foco de acção da ACAPO. A par da preservação das suas frentes de trabalho actuais e na sequência do que o estudo mostrou sobre necessidades a descoberto e novos segmentos de público a ser tocados por uma diversificação da acção da associação, impõe-se a adopção de novas

frentes de trabalho prioritárias. Reflectindo sobre a informação recolhida, propõe-se a consideração das seguintes:

- Apoio às famílias com crianças deficientes visuais;
- Função de orientação e acompanhamento na transição profissional (na formação, pré-colocação e pós-colocação);
- Apoio entre pares a adultos que adquirem deficiência visual;
- Serviço domiciliário a pessoas sozinhas ou casais com deficiência visual;
- Reabilitação “ao domicílio”: pessoas dependentes (em casa ou institucionalizadas);
- Intervir sobre os contextos que dificultam a autonomia: estabelecimento de parcerias para o “*design* inclusivo” e a remoção de barreiras físicas; criação de uma “linha de denúncia” de barreiras e de uma unidade de gestão do *follow-up* de situações denunciadas.

A ACAPO deve continuar a ser uma entidade importante na prescrição e prestação de serviços, que deve permanentemente procurar que tenham maior adequação e melhor qualidade. No âmbito deste objectivo estratégico, propomos a atenção prioritária a:

- Melhorar o acesso e aumentar os níveis de uso pelas pessoas aos serviços existentes (mais informação, mais prescrição, mais prestação), em particular por rurais, idosos, crianças e pessoas com deficiências múltiplas;
- Renovar as modalidades de cooperação com as instituições e os profissionais de saúde: melhorar a orientação para a reabilitação “inicial” e “contínua”; adopção de uma actuação coordenada;
- Reforçar a cooperação com as escolas básicas e secundárias como representante das famílias, nomeadamente pressionando (e colaborando) para que os apoios educativos a crianças e jovens sejam mais efectivos.

A ACAPO só pode exercer a sua função com qualidade e sucesso se estiver dotada de uma estrutura adequada à missão que assume. Hoje,

a associação necessita de preparar-se para novos desafios e adequar a sua estrutura aos princípios organizadores do foco de acção adoptado.

Para isso, propõe-se que sejam adoptadas as seguintes prioridades:

- Reforçar as estruturas dirigentes nacional e local (plano de formação de dirigentes, intercâmbios com instituições congéneres, etc.);
- Criar nos serviços centrais duas novas funções de apoio ao cumprimento dos objectivos de crescimento e diversificação: financiamento; filiação e organização;
- Separar na estrutura ACAPO a gestão da representação da gestão de recursos/serviços prestados, entregando a função de representação a estruturas eleitas, baseadas na capacidade associativa e a direcção dos serviços a uma estrutura técnica designada por critérios de competência profissional;
- Organizar a função de prestação de serviços como uma rede de centros de recursos para a reabilitação contínua.

CONCLUSÃO

A afirmação do modelo relacional da deficiência implicou passar a entendê-la como um fenómeno social que se caracteriza pela interacção entre propriedades individuais (alteração de estruturas e funções do corpo) e dinâmicas sociais (participação na vida em sociedade) e questionar as relações sociais (ao nível micro e macrosocial) que se estabeleceram sob influência do modelo médico e tenderam a reduzir o deficiente à condição de “paciente” e a estimular a sua dependência. Por isso, o modelo relacional da deficiência pode ser accionado para entender o movimento da auto-representação (*self advocacy*) de cidadãos com deficiência e a promoção da sua autonomia pessoal, tal como proposto pelo movimento da vida independente.

É da vida independente como objectivo e da promoção de serviços para a sua promoção que trata este estudo, partindo do conceito de qualidade de vida. Na perspectiva nele desenvolvida, a qualidade de vida resulta da satisfação de diferentes necessidades humanas, pela disponibilização de oportunidades dessa satisfação e geração associada de níveis mais elevados de bem-estar.

O universo do estudo são os associados e utentes da ACAPO, um grupo maioritariamente masculino, cego, tendo adquirido a deficiência numa etapa precoce e mais novo do que a população residente em Portugal que não consegue ver.

As pessoas inquiridas neste estudo revelaram a persistência de discriminação e vulnerabilidade social dos deficientes visuais em Portugal.

Os deficientes visuais têm grandes dificuldades de acesso ao mercado de trabalho e uma parte significativa deles, mesmo em idade activa, depende de prestações sociais, embora estas tenham valores reduzidos.

Os que acedem ao mercado de trabalho estão tendencialmente confinados a um leque restrito de profissões – em que sobressaem os professores e telefonistas – e o efeito social específico da deficiência é visível quer nas trajectórias sociais descendentes, quer na degradação

de condições de vida após a aquisição da deficiência, quer nas trajectórias de exclusão do mercado de trabalho.

Dentro da condição comum de vulnerabilidade no mercado de trabalho, há factores que mitigam e factores que agravam essa dificuldade.

Em Portugal, hoje, a escolarização é a via mais eficaz de superação da dificuldade de ingresso de pessoas com deficiência visual no mercado de trabalho.

A reabilitação profissional de quem adquire deficiência visual na idade adulta é incapaz de combater a propensão para que adquirir uma deficiência seja um forte factor de saída do emprego.

Estas duas conclusões constituem outros tantos desafios às políticas públicas para que consolidem o rumo num caso e se repensem, no outro.

Actualmente, em Portugal, há efeitos sociais acumulados de desvantagem que prejudicam as oportunidades de emprego de mulheres, operários e de quem acumula mais do que uma deficiência.

Também esta conclusão é um desafio, mas às dinâmicas sociais e às políticas de solidariedade, no sentido de que se promovam mudanças de atitudes, superem estereótipos e as instituições sociais se activem para combater efeitos cumulativos de dinâmicas sociais de desfavorecimento.

O Estado assume um papel muito importante no nível material de vida dos inquiridos, em primeiro lugar através da função de redistribuição, como fonte de rendimentos pela atribuição de pensões e prestações e em segundo lugar como empregador. Mas as políticas activas de emprego apenas tocam marginalmente os inquiridos, sobretudo os que adquiriram a deficiência em idade adulta.

Aliás, a fragilidade dos apoios ao emprego, quer no plano material, quer no plano das relações entre cidadãos com e sem deficiência revelam-se ainda no testemunho pelos inquiridos empregados de que há falta de adequação de equipamentos e falta de capacidade de entendimento da sua deficiência por parte dos colegas e superiores.

Os problemas de adaptação ao posto de trabalho por parte dos deficientes visuais comprova que existem desafios a concretizar no que

diz respeito ao apoio na redução dos *gaps* de emprego de deficientes, ultrapassagem de preconceitos, combate à discriminação e mais apoio na adaptação de postos de trabalho para os deficientes visuais.

A centralidade do Estado na definição da condição social dos deficientes visuais, quer como prestador de apoios sociais, quer como empregador, quer ainda, agora pela negativa, pelos impactos da reabilitação e das políticas activas na obtenção de emprego, obrigam a antecipar as consequências potencialmente negativas de uma eventual retracção do papel do Estado no futuro próximo e desafiam as instituições representativas dos cidadãos com deficiência a reforçar a sua atenção e capacidade de pressão para que Estado não consume tal retracção, sob pena de agravamento das condições sociais da população com deficiência.

No plano da expressão emocional e das ligações aos outros, as pessoas com deficiência visual inquiridas dão muita importância aos laços afectivos e à possibilidade de conduzirem uma vida independente por relação à família de origem, constituindo família própria e vivendo na sua própria casa, mas quem adquire a deficiência visual na infância ou na juventude tem maior probabilidade de não conjugalidade, o que configura uma situação de discriminação no acesso à vida independente. Não são conhecidos estudos portugueses sobre os factores que explicam esta observação, mas é de admitir que os estereótipos e preconceitos tenham importância.

A aquisição da deficiência visual na idade adulta é um factor de redução da vida social quotidiana, questão que deve ser investigada no contexto dos desafios à reabilitação das pessoas que adquirem deficiência visual. Na ausência de um trabalho eficaz de reabilitação, as pessoas que adquirem a deficiência podem deixar-se confinar ao espaço doméstico e os contextos sociais podem mobilizar-se para estimular a redução dos contactos sociais.

A activação da sociedade para combater a diminuição da vida social dos cidadãos com deficiência visual, em particular dos que adquirem a deficiência em fase tardia do ciclo de vida exige atenção.

A possibilidade de plena realização individual e acesso a uma vida independente está ligada à possibilidade de controlo sobre as escolhas da própria vida e ao acesso aos recursos imateriais - de cultura, de educação, de informação, de acesso ao conhecimento - que permitam opções informadas e decisões sobre a vida própria e da colectividade.

A análise do nível de escolarização dos inquiridos em comparação com os níveis escolares da população portuguesa que adquiriram deficiência visual na fase inicial das suas vidas, deu indicações positivas do desempenho da escola inclusiva, em particular em relação a quem adquiriu a deficiência na primeira infância e a quem é cego, o que levanta, por outro lado, questões quanto à capacidade das escolas acompanharem quem adquire a deficiência em idade escolar e quanto a reconhecer e integrar adequadamente as pessoas que têm baixa visão e para as quais, porventura, as pedagogias diferenciadas correntemente utilizadas não estão tão ajustadas.

As dificuldades sentidas por quem adquire a deficiência em idade escolar são desafiantes para o processo de acompanhamento integral da criança e do jovem que a escola deve procurar nestas situações.

O menor sucesso relativo da escola inclusiva com a baixa visão pode prender-se - é uma questão a merecer investigação ulterior - com a inadequação da transposição de conhecimentos adquiridos em relação a pessoas cegas para pessoas com baixa visão, dados os problemas específicos destas, nomeadamente a sua falta de identificação como pessoas com deficiência visual específica e as características afectivo-emocionais desta forma de deficiência, hipótese que carece de ser comprovada por investigação posterior.

Por outro lado, a maioria dos inquiridos não sente ter feito a escola toda que gostaria. As causas referidas pelos inquiridos para o abandono escolar estão relacionadas com a deficiência visual e incluem a falta de apoios especializados e as dificuldades pedagógicas dos professores durante o ensino, o que se revela um obstáculo à aprendizagem, à progressão e ao sucesso escolar dos deficientes visuais.

O combate ao abandono escolar precoce de crianças e jovens com deficiência visual deve ser um desafio em consideração no domínio das políticas de educação, tendo como objectivo quebrar o panorama actual de fechamento de oportunidades de forma a melhorar os índices de sucesso educativo.

Quanto mais cedo os inquiridos adquirem a deficiência visual maior a probabilidade de aprenderem braille.

A promoção da vida independente implica o estímulo à autonomia individual dos cidadãos com deficiência (e a existência de assistentes pessoais requeridos por estes, quando tal se torne impossível). Em relação aos deficientes visuais, o processo de reabilitação, o recurso às tecnologias assistivas e o domínio de recursos específicos (como o braille), permitem elevados níveis de autonomia individual.

A mobilidade é o obstáculo mais disseminado à autonomia dos inquiridos e – porventura pelo efeito das tecnologias assistivas – o acesso à comunicação e informação é o domínio em que se atingiu melhores níveis de autonomia.

Há que estar atento particularmente a três manifestações intensas de dificuldades de autonomia: as dificuldades de autonomia na mobilidade do conjunto dos inquiridos; a reduzida autonomia, em geral, das pessoas idosas e, dentro destas, especialmente a de quem adquiriu a deficiência na idade adulta e a promoção da info-inclusão como promoção da autonomia na comunicação.

O tipo de vinculação dos indivíduos à vida colectiva expressa-se na sua relação com os instrumentos de participação social e política. Neste estudo encontrámos um conjunto de cidadãos com deficiência visual que têm, na sua grande maioria e pela pertença à ACAPO, alguma forma de participação social. Essa participação é concomitante de níveis comparadamente elevados de participação social, quando confrontados com os da sociedade portuguesa, nos três domínios analisados, da participação associativa, sindical e política.

Encontraram-se 5 grupos numa tipificação social da qualidade de vida. Os grupos encontrados demonstram a diferenciação de situações que

deve ser tida em conta na estruturação de um modelo de prestação de serviços orientado para a qualidade de vida e a promoção da vida independente, fornecendo pistas para uma segmentação eventual de públicos desses serviços.

Um dos grupos, que designámos de grupo das *peças autónomas, inseridas no mercado de trabalho, com actividade social e participação cívica* tem as seguintes características-tipo: são pessoas que têm autonomia total nas tarefas quotidianas, no acesso à informação e comunicação e na mobilidade; os que estão em idade activa trabalham e vivem principalmente do seu trabalho; usam computadores, têm uma vida social frequente fora de casa, saem com amigos, participam em associações e vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 45 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 13 anos, pelo que tendencialmente fizeram a sua inserção na vida adulta já com deficiência visual; sabem braille, concluíram pelo menos o ensino secundário e desempenham ou desempenharam uma profissão na área das actividades intelectuais e científicas.

Um segundo grupo é constituído por *peças autónomas, em risco de exclusão do mercado de trabalho, com actividade social e sem participação cívica*. Este grupo reúne 39% dos inquiridos e o seu retrato-tipo é o seguinte: têm autonomia total nas tarefas quotidianas, no acesso à informação e comunicação e na mobilidade; saíram do mercado de trabalho ou estão desempregados; vivem de uma pensão ou de uma prestação da segurança social; usam computadores, têm uma vida social frequente fora de casa, saem com amigos; não participam em associações e vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 47 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 12 anos, pelo que tendencialmente fizeram a sua inserção na vida adulta já com deficiência visual; sabem braille, concluíram pelo menos o ensino secundário e desempenham ou desempenharam uma profissão na área do pessoal administrativo.

Um terceiro grupo é constituído por *peessoas autónomas, em transição ou em risco de marginalização do mercado de trabalho com actividade social e sem participação cívica*. Este grupo reúne 9% dos inquiridos e o seu retrato-tipo (feito a partir das categorias modais) é o seguinte: têm autonomia total nas tarefas quotidianas, no acesso à informação e comunicação e na mobilidade; os jovens são estudantes, os menos jovens estão desempregados; dependem da família; usam computadores, têm uma vida social fora de casa frequente, saem com amigos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 27 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 6 anos, pelo que tendencialmente fizeram o seu percurso na educação e a sua inserção na vida adulta já com deficiência visual; sabem braille, concluíram pelo menos o ensino secundário e desempenham ou desempenharam uma profissão como administrativos.

Um quarto grupo reúne pessoas com menor autonomia que os anteriores, partilhando com o primeiro e o terceiro a orientação pela família própria e com o primeiro um maior empenhamento e participação cívica. São pessoas que adquiriram a deficiência tendencialmente na fase adulta e estão excluídas do mercado de trabalho. Designámo-lo de *peessoas com alguma autonomia, excluídas do mercado de trabalho, com actividade social e participação cívica*. Este grupo reúne 10% dos inquiridos e o seu retrato-tipo é o seguinte: têm autonomia nas tarefas quotidianas e no acesso à informação e comunicação, mas têm dificuldades de mobilidade; saíram do mercado de trabalho; vivem de uma pensão ou de uma prestação da segurança social; não usam computadores, têm vida social fora de casa, embora menos frequente que os grupos anteriores, saem com amigos; participam em associações e vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 64 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 25 anos, pelo que tendencialmente tiveram uma inserção profissional anterior à aquisição da deficiência visual; não sabem braille, concluíram o 1º ciclo do ensino básico e

desempenharam uma profissão de trabalhador qualificado na indústria e construção.

Finalmente temos um grupo de perto de um quarto dos inquiridos que configura um risco de problema social, marcado pela sobreposição de dependência e isolamento. São – assim designámos ao grupo - *peças dependentes e em situação de isolamento social*. Este grupo reúne 23% dos inquiridos e o seu retrato-tipo (feito a partir das categorias modais) é o seguinte: não são autónomos nem nas tarefas quotidianas, nem no acesso à informação e comunicação, nem na mobilidade; nunca entraram ou já saíram do mercado de trabalho; vivem de uma pensão ou de uma prestação da segurança social; não usam computadores, têm um nível restrito de vida social fora de casa, não têm com quem sair e não participam em associações; vivem com cônjuge e/ou filhos. A média de idades das pessoas deste grupo é de 58 anos, em média a idade de aquisição da deficiência visual é os 29 anos, pelo que tendencialmente tiveram uma inserção profissional anterior à aquisição da deficiência visual; não sabem braille, concluíram o 1º ciclo do ensino básico e desempenharam uma profissão de trabalhador qualificado na indústria e construção.

A ACAPO é uma entidade prestadora de serviços a cidadãos com deficiência visual que conheceram a associação principalmente por meios informais e cujo primeiro contacto com a associação ocorreu na maior parte das situações muito tempo depois da aquisição da deficiência. O processo de modernização da ACAPO e dos seus serviços tem produzido efeitos sobre a qualidade dos mesmos, melhorando as respostas no sentido da auscultação e envolvimento dos beneficiários no desenho dos serviços a serem prestados, nomeadamente com a realização e discussão do Plano de Intervenção.

A combinação entre os serviços mais utilizados, o grau de satisfação com os mesmos e os impactos que produziram na vida dos inquiridos, permitiram concluir que existe um conjunto de serviços que importa preservar e que engloba o treino em orientação e mobilidade, o apoio

psicológico, o apoio social, as actividades culturais e lúdicas e o apoio às ajudas técnicas.

Simultaneamente existe um conjunto de serviços que devem ser melhorados, investindo na adequação/restruturação das respostas, dado que apresentam um menor grau de satisfação mas produzem mudanças significativas na vida dos inquiridos, implicando ganhos de conhecimentos ou competências e respondendo às principais necessidades dos inquiridos. São eles o apoio ao emprego, a formação profissional e a habilitação em novas tecnologias.

Por fim, existe um conjunto de serviços que produzem impactos na vida dos inquiridos e que são avaliados de forma bastante positiva, mas que são pouco dinamizados no conjunto das várias delegações da ACAPO, pelo que se torna necessário expandir esta oferta. Os serviços de acompanhamento em actividades do dia-a-dia, as actividades ocupacionais e a habilitação em actividades da vida diária, encontram-se neste conjunto de serviços que a ACAPO poderá desenvolver, que contribuirão para a autonomia do público-alvo e para atenuar os efeitos do isolamento social.

A proximidade dos clientes, espacial e temporal, surge como um factor determinante na avaliação dos serviços e dos técnicos. O tempo que medeia entre o primeiro contacto com a ACAPO e a actualidade, e a data do último serviço de que beneficiou, são variáveis determinantes na análise da adequação e satisfação com o serviço e das lacunas dos técnicos, sendo que quanto mais recentes os contactos com a ACAPO e o usufruto do apoio/serviço maior o grau de satisfação com o mesmo. Por outro lado, a avaliação global dos serviços permitiu evidenciar que é ao nível dos impactos e eficácia dos serviços que se denota um menor grau de satisfação, muito associado, de igual modo às respostas dos apoios às necessidades pessoais e às escolhas que o sócio/utente pode tomar, bem como ao apoio à participação e integração na comunidade. Os inquiridos muito satisfeitos com os serviços são os que mais concordam que os serviços tiveram efeitos sobre a sua vida, principalmente ao nível da sua vida social, mas também sobre a

imagem que têm sobre si próprio. Por outro lado, os pouco satisfeitos são os que menos consideram que os serviços tiveram impacto na sua vida, e que a terem, foram sobre a sua vida social e na função de intermediação.

Do cruzamento destas duas constatações – satisfação associada a maior proximidade espacial e produção de impactos vs insatisfação associada a distância espacial e desadequação das respostas às necessidades pessoais e à participação e integração na comunidade - resultou uma última questão que o estudo não conseguiu aferir e que se prende com o saber até que ponto será o facto de as respostas actuais estarem mais adequadas que contribui para a produção de impactos positivos ou uma avaliação a frio, após o contacto com a realidade, leva os inquiridos a aperceberem-se que os serviços não produzem os impactos necessários/indicados.

A ACAPO presta serviços mas, simultaneamente, tem como missão a defesa dos direitos e interesses dos deficientes visuais tendo em vista a sua plena integração socioprofissional missão e, para a cumprir, leva a cabo actividade de representação e de defesa dos direitos e interesses das pessoas com deficiência visual em Portugal, actuando nas diferentes esferas de influência.

Os denominadores comuns, em termos de perfil dominante, caracterizam sócios e utentes como grupos maioritariamente do sexo masculino, com a média de idades a rondar os 50 anos, baixos níveis de escolaridade, em que mais de metade completou no máximo o 9º ano, e grande dependência de pensões de reforma e/ou de prestações da Segurança Social. Os utentes são mais idosos que os sócios, têm níveis de escolaridade mais baixos e são mais dependentes dos apoios do Estado. Mais de dois terços dos sócios e utentes já usufruíram de serviços e/ou apoios providenciados pela instituição.

A actuação da ACAPO enquanto entidade que representa a população com deficiência visual em Portugal é reconhecida de forma positiva pela larga maioria dos sócios e dos utentes, que consideram que a instituição defende os interesses das pessoas que representa.

O desempenho da associação é visto pelos inquiridos como globalmente positivo e para isso contribuem equilibradamente as duas funções da associação.

O envolvimento dos sócios, por sua vez, suscita alguma reflexão. A participação eleitoral dos associados é fraca e a mobilização dos sócios para actividades é pouco frequente.

A revista/boletim da ACAPO é o mais forte elo de ligação entre a associação e os seus membros e o segundo elo mais intenso dos sócios à associação é a organização de eventos comemorativos e actividades recreativas.

A ACAPO é uma associação de auto-representação de pessoas com deficiência visual. A auto-representação cruza-se com o conceito de vida independente porquanto a actividade de auto-representação busca dar voz própria aos cidadãos deficientes, reivindicando os seus direitos, incluindo o direito a fazer escolhas e ser independente e o direito a assumir responsabilidades na sociedade a par com os outros cidadãos. Se o movimento da vida independente procura criar as condições para que cada pessoa ao nível individual possa exercer esses direitos, o movimento de auto-representação criou entidades colectivas visando garanti-lo para o universo dos representados.

O carácter misto da associação permite-lhe distinguir-se de uma actuação exclusivamente “para-sindical” confinada à reivindicação de direitos e de uma actuação puramente enquanto instituição “para-prestadora de cuidados” centrada na intervenção junto de indivíduos com necessidades de serviços.

O carácter misto permite-lhe ainda, como se verificou neste estudo, aproximar-se de novos públicos, que pretende representar, mas têm características diferentes dos que espontaneamente dela se aproximaram. Nesse sentido, a prestação de serviços e a representação estabelecem uma relação sinérgica, potenciando-se mutuamente.

A prestação de serviços por uma associação de auto-representação não tem necessariamente que circunscrever-se à área da reabilitação. Aprendendo com a experiência do movimento sindical, o movimento de

auto-representação de deficientes, pode potenciar serviços aos seus sócios que visam promover a sua qualidade de vida, defendendo os valores da associação e estimulando o envolvimento nela. Este é já o caso, na ACAPO, da organização de eventos e convívios, que se revelaram ser um dos elementos da sua actuação que geram maiores níveis de envolvimento dos sócios.

Uma entidade de auto-representação não pode menosprezar a questão da representatividade. De novo em paralelo com o movimento sindical, a sua força deriva da capacidade de ter consigo as pessoas que visa representar e de ter no seu seio as condições para ser “a voz” dos problemas dessas pessoas. A este respeito, a ACAPO é hoje uma instituição com duas fragilidades a corrigir. Por um lado, tem um número de associados ainda insuficiente face ao conjunto da população com deficiência visual. Por outro, os seus associados têm um enorme enviesamento em favor dos deficientes visuais de nascença ou que adquiriram a deficiência na fase inicial da vida.

Em síntese, nos aspectos fundamentais para a definição de uma estratégia de acção, a situação actual da ACAPO define-se por:

- Ser uma organização “mista”, de serviços e representação;
- Servir enquanto utentes uma população-alvo com uma estrutura social diferente dos sócios;
- Ter o seu foco em sócios que adquiriram precocemente deficiência visual;
- Estar focada nos serviços “de cuidado” e de reabilitação mas ter iniciado a diversificação, nomeadamente em direcção ao empowerment de sócios e utentes incluindo serviços de carácter social e de lazer.

A ACAPO define-se por ser uma instituição com uma causa que age por meios diversos para a conseguir. Essa causa - promover a vida independente das pessoas cegas e com baixa visão eliminando barreiras à participação na economia e na sociedade - deve ser o fio condutor da

definição das prioridades de acção, dos objectivos estratégicos e do modelo de organização.

A ACAPO, no âmbito da actividade de auto-representação deve, em consequência, assumir a seguinte identidade:

- Assumir-se como um grupo de interesse que reúne pessoas com problemas comuns e procurar mudanças em seu favor – escolher prioridades de acção que mudem a situação social dos seus representados;
- Ser parceiro na tomada de decisão sobre assuntos de interesse dos membros - aconselhar, fazer parcerias, contactos, etc. (alternativa, ser um actor que escolhe uma agenda de confronto)
- Actuar para o aumento da consciência pública – prioridade a actividades de “visibilidade correcta” da deficiência, combatendo estereótipos;
- Ser um actor de *empowerment* dos cidadãos com deficiência visual.

Para o cumprimento dos objectivos de mudança e a refocalização da acção da ACAPO propomos a adopção de três prioridades estratégicas:

- Organizar mais pessoas com deficiência visual e alargar o campo de acção da associação;
- Prescrever e prestar serviços mais adequados e de melhor qualidade;
- Renovar a estrutura da associação ao serviço da identidade mista de entidade representativa e prestadora de serviços.

O reforço da solidez da estratégia da ACAPO está associado ao bom conhecimento dos problemas da população que representa e serve. Com este estudo procurámos contribuir para esse conhecimento. Mas, para terminar, gostaríamos de sublinhar que ele levantou novas questões que carecem de ulteriores aprofundamentos, por forma a que um conhecimento mais sólido permita uma acção mais eficaz.

O presente estudo centrou-se, por opção de partida, nos cidadãos adultos com deficiência visual, deixando de fora crianças e adolescentes. Contudo, o que se aprendeu sobre o impacto da educação nas oportunidades de vida recomenda que se estude em profundidade este grupo-alvo, por forma a fundamentar estratégias de promoção do seu sucesso educativo. Para além de toda a problemática do funcionamento da educação inclusiva, há, em particular, dois fenómenos que apareceram no estudo e que merecem ser melhor compreendidos - o da dificuldade de acompanhar as crianças que adquirem deficiência visual em idade escolar e a adequação das estratégias educativas às crianças com baixa visão.

O estudo mostrou, por outro lado, que há enormes lacunas em Portugal na reabilitação de quem adquire a deficiência na idade adulta, pelo que as boas práticas internacionais deveriam ser conhecidas, valorizadas e estudada a condição da sua transferibilidade.

Este estudo mostrou a importância da emergência de um novo fenómeno, o da deficiência visual adquirida na terceira idade, de momento altamente incapacitante e geradora de dependência, numa população já vulnerável e em risco de isolamento.

BIBLIOGRAFIA

- Allardt, E. (1993): “Having, loving, being: An alternative to the Swedish model of the welfare research”, in Nussbaum, Martha, Amartya Sen (eds), *The quality of life*, New York, Oxford University Press, pp. 88-94
- Almeida, João Ferreira, António Firmino da Costa e Fernando Luís Machado (1988), “Famílias, estudantes e universidade: painéis de observação sociográfica”, *Sociologia Problemas e Práticas*, Lisboa, Nº 4, pp.11-44
- Almeida, João Ferreira de; Costa, António Firmino da; Machado, Fernando Luís (1994), “Recomposição social e novos protagonismos”, in António Reis (org.), *Portugal: 20 anos de Democracia*, Lisboa, Círculo de Leitores, pp. 307-330.
- Amiralian, Maria Lúcia Toledo Moraes (2004), “Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão”, *Educar em Revista*, Nº 23, pp. 15-28 (acessível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602004000100002&lng=pt&nrm=iso)
- André, Isabel Margarida (1999), “Igualdade de oportunidades: um longo percurso até chegar ao mercado de trabalho”, *Sociedade e Trabalho*, nº 6, pp. 89-103
- Benard da Costa, Ana Maria (1994), “Condições Favoráveis e Desfavoráveis ao Desenvolvimento da Integração em Portugal” In Rodrigues, David (Org.), *Escola e Integração na Europa: Valores e Práticas*, Porto, Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, pp.57-72.
- Bickenbach, Jerome E. (1993), *Physical disability and social policy*, Toronto, University of toronto Press
- Burmedi, Davis; Becker, Stefanie; Heyl, Vera; Wahl, Hans-Werner; Himmelsbach, Ines (2002), “Emotional and social consequences of age-related low-vision – a narrative review”, *Visual Impairment Research*, Vol. 4, Nº 1, pp. 47-71
- Capucha, Luís (2010), “Inovação e justiça social - Políticas activas para a inclusão educativa”, *Sociologia Problemas e Práticas*, nº 63, pp. 25-50
- Capucha, Luís (coord) (2004), *Os Impactos do Fundo Social Europeu na Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiências em Portugal*, Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (acessível em <http://www.crbg.pt/investigacao/Documents/colecao/CRPG-impactos.pdf>)

Castel, Robert (1995), *Les métamorphoses de la question sociale – une chronique du salariat*, Paris, Fayard

Clements, Ben; Douglas, Graeme e Pavey, Sue (2011), “Which factors affect the chances of paid employment for individuals with visual impairment in Britain?”, *Work*, N° 39, pp. 21-20

Constanza et al (2006), “Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being”, *Ecological Economics*, vol. 61, pp. 267-276

Costa, António Firmino da (2012), *Desigualdades Sociais Contemporâneas*, Lisboa, Mundos Sociais

D'Andrea, Frances Mary (2010), Practices and preferences among students who read braille and use assistive technology, Doctoral dissertation at The School of Education of University of Pittsburgh (acessível em <http://etd.library.pitt.edu/ETD/available/etd-07202010-144626/unrestricted/DANDREA.pdf>)

Dornelas, António (2009), “Relações Laborais na Empresa”, em Freire, João (Coord) (2009), *Trabalho e Relações Laborais*, Lisboa, ICS, pp. 165-192

Engel, George L. (1977), “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, *Science*, Vol. 196, N° 4286, pp. 129-136

Fernandes, Rogério (1989), “Nas Origens do «Ensino Especial»: O Primeiro Instituto Português de Surdos-Mudos e Cegos”, *Educação Especial e Reabilitação*, Vol. 1, N° 2, pp.67-82.

Ferreira, Virgínia (2004), *Relações sociais de sexo e segregação do emprego: uma análise da feminização dos escritórios em Portugal*, Coimbra, Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Fichten, Catherine S.; Goodrick, Gabrielle; Amsel, Rhonda; McKenzie, Susanne W. (1991), “Reactions toward dating peers with visual impairments”, *Rehabilitation Psychology*, Vol 36(3), pp. 163-178 (acessível em <http://www.adaptech.org/cfichten/abReactionstowarddatingpeerswithvisualimpairmentsFT..pdf>)

Fontes, Fernando (2009), “Pessoas com deficiência e políticas sociais em Portugal: da caridade à cidadania social”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, N° 86, pp. 73-93

Goffman, Erving (1988 [1963]), *Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Brasil, Zahar Editores

- Gold, D., Simson, H. (2005), "Identifying the needs of people in Canada who are blind or visually impaired: Preliminary results of a nation-wide study", *International Congress Series* 1282, 139– 142
- Gomes, Rui Telmo (2001), "Práticas culturais dos Portugueses (I): Atividades de Lazer", *Folha Obs*, nº2, (acessível em <http://www.oac.pt/pdfs/FolhaOBS2.pdf>)
- Heery, Edmund (2005), "Sources of change in trade unions", *Work, employment and society*, vol. 19 (1), p. 91-106
- INE (2003), *Portugal Social. 1991-2001*, Lisboa, INE
- Jenkins, Richard (1991), "Disability and Social Stratification", *The British Journal of Sociology*, Vol. 42, No. 4, pp. 557-580
- Jones, Melanie; Latreille; Paul e Sloane, Peter (2003), *Disability, Gender and the Labour Market*, IZA Discussion Paper N° 936, Bonn, Institute for the Study of Labor Market (acessível em <http://ideas.repec.org/p/iza/izadps/dp936.html>)
- Lan, Yeo Swee (2007), *Self-advocacy movement of persons with learning disabilities: a case study in the Malaysian context*, Dissertation in Master of Education, Faculty of Education, University of Malaya (acessível em http://www.unitedvoice.com.my/pdf/ysl_dissertation.pdf)
- Martins, Bruno Sena (2005a), "Políticas sociais na deficiência: exclusões perpetuadas", *Oficina do CES*, N° 228, Coimbra, Centro de Estudos Sociais (acessível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/228.pdf>)
- Martins, Bruno Sena (2005b), "A angústia da transgressão corporal: a deficiência assim pensada", *Oficina do CES*, N° 237, Coimbra, Centro de Estudos Sociais (acessível em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/237.pdf>)
- Martins, Bruno Sena (2006a), *E se eu fosse cego*, Porto, Afrontamento
- Martins, Bruno Sena (2006b), "Transgressão corporal e cegueira: representações dilacerantes", *Antropologia Portuguesa*, N° 22/23, pp. 157-175 (acessível em http://www.uc.pt/en/cia/publica/AP_artigos/AP22.23.07_Martins.pdf)
- Martins, Bruno Sena (2009), "O "corpo-sujeito" nas representações culturais da cegueira", *Fractal – revista de Psicologia*, Vol. 21, N° 1, pp. 5-22
- Matos, Fernando (1999), "Sinais preocupantes na Educação Especial", *Luís Braille*, n.º 33, Lisboa: ACAPO

McColl, M. A. e W. Boyce (2003), “Disability advocacy organizations: a descriptive framework”, *Disability and Rehabilitation*, Vol. 25, Nº 8, pp. 380–392

Mesquita, Maria Helena Ferreira de Pedro (2001) - *Educação especial em Portugal no último quarto do século XX*, Salamanca Universidad de Salamanca - Facultad de Educación. Departamento de Teoría e Historia de la Educación (acessível em <http://repositorio.ipcb.pt/handle/10400.11/1506>)

Pedroso, Paulo (2010), *Modelos de Ativação dos Desempregados: Os Desafios Estruturais e as Condicionantes Conjunturais*, Lisboa, Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Pedroso, Paulo; Casimiro Ferreira, António; Dornelas, António; Estanque, Elísio e Marina Henriques, Marina (2005), *Formulação de políticas públicas no horizonte 2013 – Acesso ao emprego e ao mercado de trabalho*, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, (acessível em http://www.qca.pt/fundos/download/2007_13/09_ACESSO_AO%20EMPREGO_E_MERCADO_DE_TRABALHO.pdf)

Pedroso, Paulo; Elyseu, João; Magalhães, João (2012), *Qualificações para Reconversão Sectorial: Défices e estrangulamentos na oferta de qualificações para a economia do futuro*, Lisboa, Associação Nacional de Escolas Profissionais e Agência Nacional para a Qualificação (acessível em <http://www.anespo.pt/uploads/ac3ce2956d7c11bf09c4aa0c723121ce.pdf>)

Perkins, Douglas e Zimmerman, Marc (1995), “Empowerment theory, research and applications”, *American Journal of Community Psychology*, Vol. 23, Nº 5, pp. 569-579

Pimenta, Alexandra, Salvado, Ana (2010), “Deficiência e desigualdades sociais”, *Sociedade e Trabalho*, 41, pp. 155-166 (acessível em http://www.gep.msss.gov.pt/edicoes/revistasociedade/41_11.pdf)

Ratzka, Adolf (2007), “Independent Living for people with disabilities: from patient to citizen and customer”, *Cornell University ILR School, Gladnet Collection*, Nº 424 (<http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/424>)

Rodrigues, David e Nogueira, Jorge (2011) “Educação especial e inclusiva em Portugal: fatos e opções”, *Revista Brasileira de Educação Especial*, Vol. 17, nº 1 pp. 3-20 (acessível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382011000100002&lng=en&nrm=iso)

Salvado, Ana (2008a), Protecção Social na Deficiência em Portugal (1962-2007); evolução normativa, significados e percurso, Tese de Mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão – (Policopiado).

Salvado, Ana (2008b), A evolução do Quadro Normativo da protecção social da deficiência em Portugal (1962-2007), *Sociedade e Trabalho* n.º 38, GEP/MTSS, Lisboa

Salvado, Ana Marques (2012), *A deficiência na sociologia portuguesa: investigação e contextos institucionais*, CIES e-Working Paper N.º 126/2012 (acessível em <http://repositorio.iscte.pt/handle/10071/3656>)

Schalock, Robert; Gardner, James e Bradley, Valerie (2007), *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities: applications across individuals, organizations, communities, and systems*, Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

Schalock, Robert; Siperstein, Gary N. (Coords.) (1996), *Quality of Life: Conceptualization and Measurement*, Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

Schalock, Robert; Siperstein, Gary N. (Coords.) (1997), *Quality of Life – Volume II: Applications to persons with disabilities*, Washington, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

Sousa, Jerónimo; Casanova, José Luís; Pedroso, Paulo; Mota, Andreia; Gomes, António Teixeira; Seiceira, Filipa; Fabela, Sérgio e Alves, Tatiana (2007), *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades em Portugal*, Vila Nova de Gaia, Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (acessível em http://www.crrpg.pt/estudosProjectos/Projectos/modelizacao/Documents/Mais_qualidade_de_vida.pdf)

Viegas, José Leite e Santos, Susana (2009), “Envolvimento dos cidadãos e dos parlamentares nas associações”, In Freire, André e Viegas, J. L. (orgs.), *Representação Política. O Caso Português em Perspectiva Comparada*, Lisboa, Sextante Editora, pp. 119–143

Viegas, José Manuel Leite e Susana Santos (2009), "Envolvimento dos cidadãos e dos parlamentares nas associações", in Freire, André e José Manuel Leite Viegas (orgs.), *Representação Política – O Caso Português em Perspectiva Comparada*, Lisboa, Sextante Editora, pp. 119-143

World Health Organisation – Programme of Mental Health (2007), *WHOQOL – Measuring quality of life*, World Health Organisation (acessível em http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

Fontes Estatísticas

Comissão Europeia, Eurostat (quadros acedidos em

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsq_agan&lang=en e

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfsq_ergan&lang=en

Comissão Europeia, Eurostat, LFS ad-hoc modules 2002. Employment of disabled people (acedido em

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_db_emacag&lang=en)

Portal do Instituto Nacional de estatística, Censos - Resultados definitivos: Portugal - 2011 (quadro 6.24 acedido em

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2)