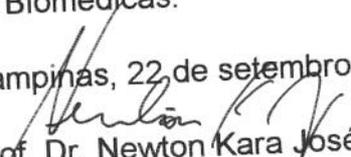


Rita de Cassia Ietto Montilha

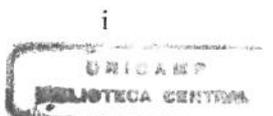
**ESCOLARIZAÇÃO E REABILITAÇÃO DE
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL:
PERCEPÇÃO DE ESCOLARES E AÇÕES DE
REABILITAÇÃO**

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Ciências Biomédicas.

Campinas, 22 de setembro de 2001.


Prof. Dr. Newton Kara José
Orientador

*Campinas
2001*



UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

Rita de Cassia Ietto Montilha

***ESCOLARIZAÇÃO E REABILITAÇÃO DE
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL:
PERCEPÇÃO DE ESCOLARES E AÇÕES DE
REABILITAÇÃO***

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas.

Orientador: **Prof. Dr. Newton Kara-José**

Co-orientador: **Profa. Dra. Edméa Rita Temporini-Nastari**

***Campinas
2001***

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

M767e Montilha, Rita de Cássia Ietto
Escolarização e reabilitação de portadores de deficiência visual:
Percepção de escolares e ações de reabilitação / Rita de Cássia Ietto
Montilha. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

Orientadores : Newton Kara José, Edméa Rita Temporini Nastari
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. Cegueira. 2. Deficientes Visuais - Educação. 3. Oftalmologia -
Pesquisa. I. Newton Kara José. II. Edméa Rita Temporini Nastari.
III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DE TESE DE DOUTORADO

ORIENTAÇÃO: Prof. Dr. NEWTON KARA-JOSÉ

CO-ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. EDMÉA RITA TEMPORINI-NASTARI

MEMBROS:

1. Profa. Dra. Maria Rosa Bit de M. Silva

2. Prof. Dr. Marcos Wilson Sampaio

3. Prof. Dr. Carlos Eduardo L. Arieta

4. Profa. Dra. Ana Maria Marcando

5. Prof. Dr. Newton Kara José

Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

DATA: 22/08/2001

DEDICATÓRIA

*Ao meu marido, Beto,
quem eu amo e admiro sempre.*

*À minha filha, Gabriela,
meu outro amor e alegria de meu
viver.*

*Ao meu pai, Dante Ietto,
"in memorian", que certamente
estaria orgulhoso por eu estar
conquistando mais esta etapa.*

*À minha mãe, Yvone
Caporicci Ietto, que continua
vibrando a cada conquista de todos
nós.*

*A todos os portadores de
deficiência que direta ou
indiretamente, participam da minha
atuação e formação profissional.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Newton Kara José que com sabedoria, entusiasmo e competência mantém acesa a chama do sonho em busca de novas soluções para antigos problemas. Obrigada por me orientar. "A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de inventar soluções" (ALVES, 1988).

À minha co-orientadora Profa. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari, pelas valiosas sugestões metodológicas, correções, e incentivo contínuo que muito contribuíram na elaboração e conclusão deste trabalho. Obrigada pela confiança.

À Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação SEESP / MEC, em nome da Profa. Marilene Ribeiro dos Santos e do Prof. José Luiz Mazzaro pelo apoio financeiro e logístico à esta pesquisa.

Às autoridades de ensino, escolares portadores de deficiência visual e dirigentes de instituições de reabilitação que propiciaram a coleta de dados.

Ao Prof. Dr. Carlos E. Arieta e Profa. Dra. Maria de Fátima C. Françoso pelas sugestões e orientações realizadas na fase de qualificação desta pesquisa.

Aos profissionais da equipe do Programa de Adolescentes e Adultos Deficientes Visuais do CEPRE, Celina, Silvia, Regina, Samira, Sônia e Roberto companheiros na busca de novos caminhos para a reabilitação do portador de deficiência visual. Em especial à Juliana que com competência auxiliou-me nos atendimentos de terapia ocupacional durante o ano de 2001.

À coordenação do CEPRE que incentiva e viabiliza o desenvolvimento de pesquisas que visem melhorar a qualidade da assistência aos portadores de deficiência.

Aos funcionários do CEPRE pelo apoio dispensado nas suas diferentes tarefas favorecendo o trabalho de administração, assistência e pesquisa. Obrigada pela atenção e colaboração.

Aos portadores de deficiência visual com quem muito eu aprendo a cada dia, e que me impulsionam a continuar atuando na área de reabilitação. Obrigada pela oportunidade de crescer.

À secretaria do Departamento de Oftalmologia da FCM - UNICAMP, Ana Rita, Sueli e Walter, pela atenção para com os alunos da Pós-graduação.

À Carmem e Marcinha, que com seriedade e tranquilidade souberam orientar as normas do curso de Pós-graduação.

Aos profissionais da Comissão de Pesquisa - Estatística da FCM pelo trabalho estatístico. Em especial à Andréa.

Aos profissionais do Laboratório de Informática da FCM pela orientação na criação do banco de dados. Em especial ao Hernani.

Aos profissionais do Apoio Didático da FCM pela orientação na editoração deste trabalho.

À amiga Maria Inês, que mais uma vez compartilhou este desafio. Obrigada pelo companheirismo, pelo auxílio na coleta de dados e pelas valiosas contribuições desde a elaboração do projeto. Obrigada pela fiel amizade.

À amiga Elisabete Gasparetto pela rica troca de experiências, conhecimentos e pelo companheirismo em momentos decisivos desta nossa trajetória.

À amiga Rosibeth pelo constante incentivo, confiança, respeito e carinho.

À Rosane e Denize, pelas oportunas sugestões e contribuições no decorrer deste estudo.

Às amigas Heloísa, Solange, Bernadete e Marilda, que incentivaram com carinho e profissionalismo o desenvolvimento desta pesquisa.

À Maria que mais uma vez me ajudou a manter a casa na rotina e cuidou tão bem da minha filha. Obrigada por tudo.

Às minhas irmãs, Rosa e Fabíola, pelo carinho, compreensão, confiança e incentivo na continuação de minha jornada profissional. Rosa obrigada pelo carinho e dedicação à "Gabi".

À minha mãe, Yvone, quem me inspira tolerância, perseverança e serenidade. Obrigada pelo amor.

À minha filha que com amor e paciência soube compreender meus momentos de ausência. Obrigada por existir.

E finalmente, ao meu marido Beto, por me tranquilizar, me apoiar e me ajudar sempre que necessário. Obrigada por compreender a importância deste momento em minha vida.

*"Que os nossos esforços desafiem as
impossibilidades. Lembrai-vos de que as
grandes proezas da história foram
conquistadas do que parecia impossível".*

(Charlie Chaplin)

RESUMO	xxi
1. INTRODUÇÃO	25
1.1. Escolarização do Deficiente Visual	29
1.2. Educação Inclusiva	30
1.3. Origem e Competência de Instituições de Reabilitação	32
1.4. Histórico da Educação e Reabilitação de Deficientes Visuais	34
2. OBJETIVOS	39
3. MATERIAL E MÉTODOS	43
3.1. Tipo de Estudo.....	45
3.2. População	45
3.3. Variáveis.....	46
3.4. Instrumentos.....	50
3.5. Coleta de Dados.....	51
3.6. Procedimentos para a análise dos dados.....	52
4. RESULTADOS	53
4.1. Características Pessoais.....	55
4.2. Conhecimentos	57

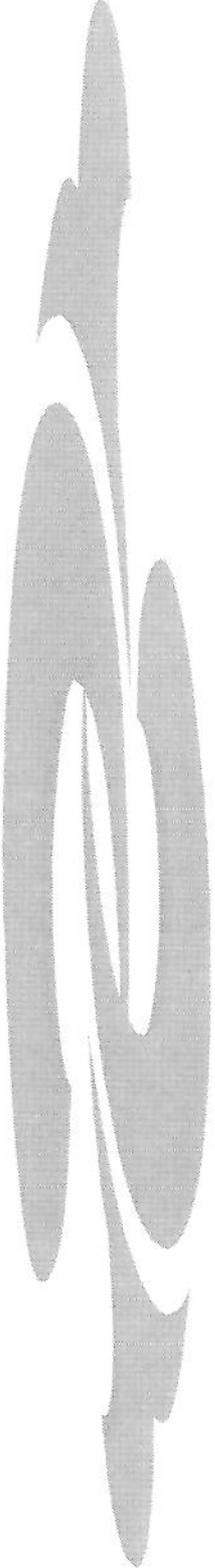
4.3. Percepção de Escolares em Relação ao Próprio Processo de Escolarização.....	59
4.4. Percepção de Escolares em Relação ao Próprio Processo de Reabilitação.....	66
4.5. Aspectos Técnicos e Administrativos Referentes às Instituições de Reabilitação de Deficientes Visuais em Campinas	72
5. DISCUSSÃO	77
6. CONCLUSÕES	101
7. SUGESTÕES.....	105
8. SUMMARY.....	109
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
10. ANEXOS.....	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Características pessoais de escolares, portadores de deficiência visual em processo de escolarização no sistema público de ensino. Campinas, 2000.....	55
Tabela 2:	Escolaridade de portadores de deficiência visual em processo de escolarização na sistema público de ensino. Campinas, 2000.....	56
Tabela 3:	Conhecimento a respeito do tipo, origem e idade do início da deficiência visual. Escolares, portadores de deficiência visual no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	57
Tabela 4:	Conhecimento sobre o próprio problema oftalmológico. Escolares portadores de deficiência visual no sistema público de ensino. Campinas, 2000	58
Tabela 5:	Percepção de escolares portadores de deficiência visual do sistema público de ensino, em relação ao próprio grau de dificuldade para escolarização. Campinas, 2000.	59
Tabela 6:	Recursos utilizados em atividades de leitura e escrita por escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	60
Tabela 7:	Existência de sala de recursos para atendimento de escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	60
Tabela 8:	Opinião de escolares portadores de deficiência visual, sobre o relacionamento com professores, colegas de classe e diretoria no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	61
Tabela 9:	Opinião de escolares portadores de deficiência visual, sobre o grau de influência no aprendizado escolar, do relacionamento com professores, colegas de classe e diretoria do sistema público de ensino. Campinas, 2000.	62
Tabela 10:	Opinião de escolares portadores de deficiência visual sobre o grau de influência da própria deficiência visual no desempenho escolar no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	62

Tabela 11:	Opinião de escolares portadores de cegueira, sobre dificuldades decorrentes da deficiência visual no processo de escolarização no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	63
Tabela 12:	Opinião de escolares portadores de visão subnormal, sobre dificuldades decorrentes da deficiência visual no processo de escolarização no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	63
Tabela 13:	Recursos ópticos e não ópticos utilizados por escolares portadores de visão subnormal no processo de escolarização no sistema de ensino público. Campinas, 2000.	64
Tabela 14:	Grau de satisfação de escolares portadores de deficiência visual, em relação ao ambiente escolar, material utilizado, professores e direção da escola. Campinas, 2000.....	65
Tabela 15:	Opinião de escolares portadores de deficiência visual, sobre facilitação do próprio aprendizado escolar. Campinas, 2000.	65
Tabela 16:	Sugestões de escolares portadores de deficiência visual, para facilitar o próprio aprendizado escolar. Campinas, 2000.	66
Tabela 17:	Frequência a instituição de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	66
Tabela 18:	Instituição de reabilitação freqüentada por escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	67
Tabela 19:	Opinião sobre existência de dificuldades para iniciar o processo de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	67
Tabela 20:	Opinião sobre as razões que dificultaram o início do processo de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	68
Tabela 21:	Opinião sobre a contribuição do processo de reabilitação para escolarização de portadores de cegueira no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	69
Tabela 22:	Origem do próprio aprendizado do braile de escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	69
Tabela 23:	Opinião sobre instituição que deveria ser responsável pelo ensino do braile aos escolares portadores de cegueira do sistema público de ensino. Campinas, 2000.	70

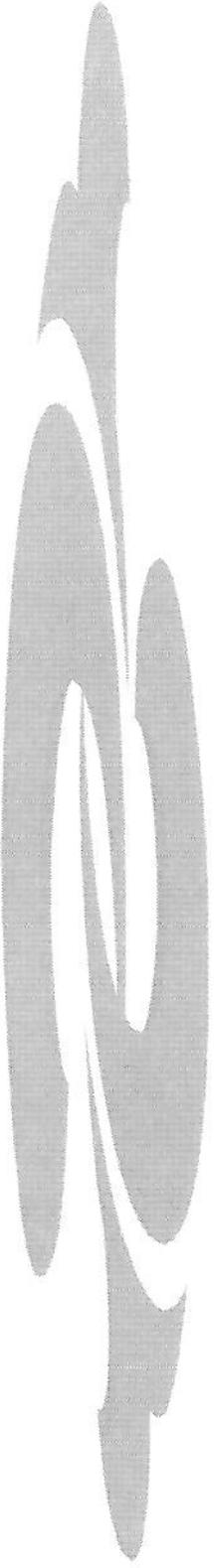
Tabela 24:	Opinião sobre a contribuição do processo de reabilitação para escolarização de portadores de visão subnormal do sistema público de ensino. Campinas, 2000.	71
Tabela 25:	Tempo de permanência, até o presente momento, em processo de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.	72
Tabela 26:	Categorias profissionais que compõem as equipes das instituições de reabilitação de deficientes visuais. Campinas, 2000.	73
Tabela 27:	Tipo de atendimento de reabilitação e profissional encarregado de oferecê-lo em instituições de reabilitação de deficientes visuais. Campinas, 2000.	74
Tabela 28:	Equipamentos disponíveis para o atendimento em instituições de reabilitação de deficientes visuais. Campinas, 2000.	75



RESUMO

Realizou-se estudo descritivo transversal sobre características de escolares portadores de deficiência visual, suas percepções em relação ao próprio processo de escolarização e de reabilitação. Estudou-se também as ações de reabilitação no município de Campinas, São Paulo. A população foi composta por escolares portadores de deficiência visual, de 12 anos e mais, inseridos no sistema público de ensino em Campinas. Para coleta de dados, utilizou-se questionário aplicado por entrevista. Em relação às ações de reabilitação a população foi composta por 4 instituições indicadas pelos escolares entrevistados. Utilizou-se questionário auto-aplicável. Declararam-se portadores de cegueira 53,8% e portadores de visão subnormal 46,2%, a maioria de origem congênita (84,6%). As causas de deficiência visual mais mencionadas foram retinopatia da prematuridade (21,4%), glaucoma congênito (21,4%) e catarata congênita (14,3%). Observou-se reduzido número de escolares com deficiência visual inseridos no sistema público de ensino em Campinas (n=26). Evidenciou-se uma média alta de idade (17,1 anos), baixo nível de escolaridade (65,3% freqüentando ensino fundamental) e alto nível de repetência (73,1%). Tanto para portadores de cegueira como para portadores de visão subnormal o despreparo dos professores e o difícil acesso ao material didático específico para deficientes visuais, foram destacados como razões do alto nível de repetência e conseqüente atraso escolar. Entre os escolares portadores de visão subnormal, alguns mencionaram utilizar o sistema braile como recurso para atividades escolares (25,0%), sugerindo talvez, o desconhecimento de recursos ópticos e não ópticos apropriados à sua condição visual. Em relação às ações de reabilitação a maioria dos escolares mencionou participação em instituições (80,8%), reconhecendo essa contribuição para a escolarização, em especial no aprendizado da locomoção, do sistema braile, do sorobã para os cegos e da utilização do resíduo visual para os portadores de visão subnormal. Campinas apresentou uma situação privilegiada, considerando-se a existência de 4 instituições de reabilitação que oferecem atendimento gratuito aos deficientes visuais, e que, na maioria, atende toda a demanda espontânea nas diferentes modalidades de intervenção. Recomenda-se a viabilização de acesso aos recursos ópticos, não ópticos e material didático para os portadores de deficiência visual, a realização de cursos de capacitação tanto para professores, visando o preparo para atuação com o aluno portador de deficiência visual, bem como para as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de reabilitação. Sugere-se a união

de esforços no sentido de formar rede de apoio constituindo uma comunidade que aprecie o valor da diversidade com a participação efetiva dos portadores de deficiência, familiares, professores e profissionais de reabilitação em direção a concretização do processo de inclusão.



1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa versa sobre características de escolares portadores de deficiência visual, inseridos no sistema público de ensino no município de Campinas, São Paulo e suas percepções em relação ao próprio processo de escolarização e de reabilitação. O estudo aborda também as ações de reabilitação na área de deficiência visual no município de Campinas.

Adota-se como deficiência visual a presença de cegueira ou visão subnormal. Segundo a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), (1995) é considerado portador de cegueira o indivíduo com acuidade visual desde 3/60 (0,05), no melhor olho e melhor correção óptica possível, até ausência de percepção de luz, ou correspondente perda de campo visual no melhor olho com melhor correção possível. A definição de visão subnormal corresponde à acuidade visual igual ou menor do que 6/18 (0,3) mas, igual ou maior do que 3/60 (0,05) no melhor olho com a melhor correção possível.

Visão subnormal (VSN) é definida também como uma perda acentuada da visão que não pode ser corrigida por tratamento clínico ou cirúrgico nem com óculos convencionais. Também pode ser descrita como qualquer grau de enfraquecimento visual que cause incapacidade funcional e diminua o desempenho visual (CARVALHO et al., 1994).

Os profissionais que atuam na educação e reabilitação de indivíduos deficientes visuais necessitam deter conhecimentos sobre as limitações desses indivíduos bem como sobre o sistema de ensino e reabilitação vigentes. A escola e a reabilitação devem caminhar juntas, suprimindo as reais dificuldades da criança, do adolescente e do adulto portador de deficiência visual.

O interesse na realização desta pesquisa se deve a este fato e também à experiência da pesquisadora no atendimento de portadores de deficiência visual, na área de terapia ocupacional, no Centro de Estudos e Pesquisas Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Outra fonte de interesse refere-se ao estudo realizado pela pesquisadora sobre características de clientela portadora de deficiência visual, seus conhecimentos e opiniões sobre o processo de reabilitação realizado no Programa de atendimento de adolescentes e

adultos do CEPRE (MONTILHA, 1997).

A partir da mencionada pesquisa e da experiência no CEPRE pode-se fazer sugestões sobre como atender prontamente a demanda de clientela portadora de deficiência visual que busca serviço de reabilitação por meio da modalidade de atendimento denominada “grupo de espera” (MONTILHA,1997). Percebe-se porém, a necessidade de conhecer mais amplamente a realidade de instituições que atuem com esta clientela a fim de obter informações para subsidiar propostas de intervenção em nível de reabilitação.

Em termos de Saúde Pública destacam-se três campos principais a merecerem investigação: os que compreendem a variável técnica ou tecnológica, a variável administrativa e a variável humana ou social. (PIOVESAN, 1970; TEMPORINI, 1991).

NIZETIC (1973) destacou que “a abordagem da saúde pública em Oftalmologia abrange muitos aspectos, tais como: a investigação de problemas oculares na população; prevenção de problemas que podem levar à cegueira e à incapacidade visual; promoção de saúde dos olhos, organização de assistência oftalmológica (médica e cirúrgica) e a reabilitação de deficientes visuais e cegos, sem esquecer o planejamento para recursos necessários em todos os níveis e a necessidade de novos conhecimentos através da pesquisa”.

“O planejamento de ações de saúde que requerem a participação da comunidade deve ser realizado mediante o conhecimento prévio acerca do que aquelas pessoas sabem, acreditam, desejam ou rejeitam e fazem, em relação ao problema de saúde, objeto do programa”. (TEMPORINI, 1991). Esse princípio é aplicável também às ações educativas.

Reconhece-se no mundo todo a necessidade de identificar indivíduos portadores de afecções oculares. O dimensionamento dessa problemática, por meio da investigação científica, provê base concreta para o planejamento de ações curativas e preventivas da saúde ocular.

Estas considerações se fazem necessárias porque delinearão a metodologia deste estudo no que se refere a pesquisa de fatores humanos. Segundo PIOVESAN, (1970) mesmo em programas de saúde tecnicamente bem elaborados, mas que apresentem falhas

ou omissão no que diz respeito ao fator humano, observa-se fracasso. Em tais casos, verificou-se que o problema ocorria, em sua origem, do fato da população ter percepções diferentes das que haviam sido admitidas pelos membros da equipe.

De acordo com GOULD & KOLB, (1964), a percepção constitui experiência sensorial que adquiriu significado ou sentido".

Sendo assim, os órgãos dos sentidos constituem o veículo preliminar à formação de conceitos e julgamentos a respeito de fatos ou objetos. O significado atribuído aos fenômenos decorre, em grande parte, das influências psicossocioculturais exercidas no indivíduo pelos diferentes grupos de que ele participa em uma sociedade. Desse modo, as experiências sensoriais transformam-se em percepções, quando interpretadas à luz de conteúdos conferidos por uma gama complexa de fatores (PIOVESAN, 1970; TEMPORINI, et al., 1996; PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

A fim de subsidiar a discussão dos resultados deste estudo, apresenta-se a seguir, o relato de aspectos essenciais da escolarização do portador de deficiência visual, da educação inclusiva, da origem e competência de instituições de reabilitação e um breve histórico da reabilitação de deficientes visuais.

1.1. ESCOLARIZAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL

Tem-se observado que crianças deficientes visuais apresentam dificuldades na sua vida escolar. O deficiente visual necessita atenção específica no seu processo de escolarização e o professor necessita conhecer aspectos básicos de oftalmologia, a problemática da deficiência visual e estar capacitado para realizar esse desafio.

A área específica para a formação do professor que atua com o deficiente visual inclui-se na Educação Especial, área esta ainda pouco investigada em termos de Brasil (BAUMEL, 1990).

Segundo BRUNO (1993) a condição básica para que ocorra o processo de integração do pré-escolar deficiente visual é a criação da sala de recursos com professor especializado na área da deficiência visual e de ambientes educacionais contendo materiais

e equipamentos específicos disponíveis para a educação dessas crianças. A autora recomenda que, na impossibilidade de se contar com o professor especializado na sala de recursos, possa ao menos ser garantida a presença de um professor integrador especializado, como o professor itinerante, para orientar e acompanhar o processo de integração e aprendizagem.

1.2 EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A partir dos anos 60 a luta pelos direitos humanos se fortalece. Tal se verifica entre outros motivos, pelo próprio crescimento dos movimentos das minorias (étnicas, sexuais, religiosas, etc.). Tais fatores podem, ser associados ao avanço científico, um crescente pensar de fundo sociológico, questionando o sentido de práticas discriminatórias e o avanço tecnológico (SANTOS, 2000; BAUMEL & SEMEGHINI, 1998).

Esses aspectos podem parecer contraditórios mas vêm refletindo conjuntamente nos sistemas educacionais dos mais diversos países, ainda que, em alguns deles, mais tardiamente. Segundo SANTOS, (2000) o fato é que tais reflexos geram conseqüências inevitáveis para a educação especial.

A humanidade prima pela igualdade de valores dos seres humanos e, como tal, pela garantia da igualdade de direitos entre eles. Emerge assim, a necessidade de indivíduos-cidadãos, sabedores e conscientes de seus valores e de seus direitos e deveres. Cresce a importância da inserção de todos num programa educacional amplo. Em conseqüência, cresce, também, a necessidade de se planejar programas educacionais flexíveis que possam abranger amplamente os alunos e que possam, ao mesmo tempo, oferecer o mesmo conteúdo curricular sem perda da qualidade do ensino e da aprendizagem (AZEVEDO, 2000; SANTOS, 2000; BRUNO, 2000)

Em 1990 ocorreu a proclamação da “Declaração Mundial sobre Educação para Todos” na Conferência de Jomtiem, na Tailândia. Esta Declaração adotou como objetivo o oferecimento de Educação para todos até o ano 2000 (BRASIL, 1993; CORDE, 1994 SAVIANI, 2000, SANTOS, 2000). Entre os pontos principais de discussão desta conferência, destacou-se a necessidade de se prover maiores oportunidades de educação,

implicando em três objetivos diretamente relacionados entre si, e que trazem conseqüências à educação especial: o estabelecimento de metas claras que aumentem o número de crianças na escola; a tomada de providências que assegurem a permanência da criança na escola e o início de reformas educacionais que assegurem que a escola inclua em suas atividades, seus currículos, por intermédio de seus professores, serviços que correspondam às necessidades de seus alunos, das famílias e das comunidades locais.

Em 1994, a Conferência de Salamanca, realizada na Espanha, “proporcionou uma oportunidade única de colocação de educação especial dentro da estrutura de “educação para todos” firmada em 1990. Promoveu uma plataforma que afirma o princípio e a discussão da prática de garantia de inclusão das crianças com necessidades especiais nessas iniciativas e a tomada de seus lugares de direito numa sociedade de aprendizagem” (CORDE, 1994).

A declaração de Salamanca afirma que o conceito de necessidades educacionais especiais “deve ser ampliado para incluir todas as crianças que não estejam conseguindo se beneficiar com a escola, seja por qual motivo for” (CORDE, 1994).

Essa nova concepção abrangente de “necessidades educacionais especiais”, provoca uma aproximação dos dois tipos de ensino, o regular e o especial. Não há porque haver dois sistemas de ensino paralelos. A Declaração de Salamanca propõem “incluir a educação especial na estrutura de educação para todos” (CORDE, 1994).

A experiência em muitos países demonstra que a integração das crianças e jovens com necessidades educacionais especiais é mais eficazmente alcançada em escolas inclusivas que servem a todas as crianças de uma comunidade (CORDE, 1994).

“O princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças devam aprender juntas, independentemente de suas dificuldades e diferenças que possam ter. As escolas inclusivas devem reconhecer e responder às diversas necessidades de seus alunos, acomodando tanto estilos como ritmos diferentes de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos por meio de currículo apropriado, modificações organizacionais, estratégias de ensino, uso de recursos e parcerias com a comunidade (...)

Dentro das escolas inclusivas, as crianças com necessidades educacionais especiais devem receber todo apoio adicional necessário, para que lhes assegure uma educação efetiva (...)” (CORDE, 1994).

Neste contexto o eixo central da educação comum tornou-se a diversidade e requer que a política educacional assegure a operacionalização do discurso legal, sem ruptura entre a política e prática educativa (BRUNO, 2000).

A Lei de Diretrizes Básicas/ 1996, (art. 59) recomenda a parceria e o apoio de instituições especializadas para avaliação, atendimento às necessidades específicas, adaptações e complementações curriculares que se fizerem necessárias para a aprendizagem e acesso ao currículo desenvolvido na escola comum (SAVIANI, 2000). Neste sentido, BRUNO (2000) salienta que não é papel da instituição especializada oferecer o atendimento educacional e sim oferecer suporte e apoio à inclusão desses alunos no ensino regular.

1.3. ORIGEM E COMPETÊNCIA DE INSTITUIÇÕES DE REABILITAÇÃO

As primeiras medidas de assistência, abrigo e cuidados com pessoas deficientes originaram-se de setores religiosos, por volta do século IV, dentro de uma visão assistencialista (SILVA, 1986).

O advento do cristianismo beneficiou o grupo de pessoas menosprezadas na sociedade romana: os pobres, os doentes em geral e os portadores de deficiência. Eram colocados em hospitais descritos como: ... "essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna" (FOUCAULT, 1984).

As pessoas que trabalhavam nesses “hospitais” eram religiosos ou leigos que ali estavam para fazer uma obra de caridade que lhes assegurasse a salvação eterna (FOUCAULT, 1984).

Segundo NALLIN (1994) o aspecto caritativo permanece até hoje, implícita ou explicitamente, na base da maioria dos serviços voltados aos deficientes.

Com o final da Idade Média e início do Renascimento, surge o Humanismo que propôs o reconhecimento do valor intrínseco do Homem. Paulatinamente, os problemas dos pobres, doentes, deficientes, etc., passaram a ser responsabilidade de cada comunidade e não do Estado (SILVA, 1986).

A partir do século XVII, com o desenvolvimento científico em geral, e da medicina em especial, a atenção com as pessoas vai ganhando novas proporções e profissões voltadas para o atendimento de pessoas portadoras de deficiência foram surgindo e fortalecendo-se, como por exemplo o Serviço Social (SILVA, 1986).

No fim do século XIX, o conceito de reabilitação em seu sentido amplo e de atendimento às necessidades do ser humano com deficiência , mas como um todo, tomou forma. Nesta época, começam as iniciativas de aproveitamento profissional dos deficientes nos países nórdicos e, sobretudo, nos Estados Unidos, onde foram criadas organizações especiais para o atendimento às pessoas deficientes (SILVA, 1986).

Atualmente, tem-se um panorama bastante diversificado no que se refere a entidades que se propõem a realizar reabilitação, onde convivem diversas abordagens.

Segundo NALLIN (1994), em termos quantitativos, tem-se poucas instituições de reabilitação. Localizam-se principalmente nas capitais (em algumas delas) ou em poucas cidades do interior. Em sua maioria são de caráter não governamental, sendo mantidas através de verbas públicas, por recursos doados pela comunidade e por pagamento de parte de suas clientelas. De origem pública, tem-se alguns serviços ligados às Universidades.

Do ponto de vista qualitativo, observa-se grande parte das instituições objetivando o abrigo e o suprimento das necessidades básicas das crianças e/ou adultos deficientes (alimentação, vestuário, etc.). Este tipo de entidade, geralmente, apresenta dificuldades em desenvolver atendimento de reabilitação propriamente dito. Em outras instituições predomina o enfoque médico-científico, com ênfase numa abordagem técnica da deficiência. São estabelecimentos de maior porte, que dispõem de uma infra-estrutura

material e financeira mais estável. Incluem centros de formação de pessoal e de tecnologia na área. Tais entidades desenvolvem atendimento de reabilitação propriamente dito (NALLIN, 1994).

A estruturação de programas de atendimento, desenvolvidos pelas instituições, são organizados em função de patologias. A equipe técnica e os serviços oferecidos são montados com base em quadros clínicos preestabelecidos. Por isso, existem instituições que atendem deficientes físicos, outras deficientes mentais, deficientes visuais, etc. (NALLIN, 1994).

De um modo geral sabe-se que as instituições de reabilitação, por meio dos programas de atendimento efetivamente, não contemplam a diversidade cultural, econômica, nem mesmo pessoal dos portadores de deficiência (NALLIN, 1994).

Segundo a WHO (1992) a avaliação multidisciplinar envolvendo médicos, psicólogos e educadores levam à compreensão das necessidades educacionais especiais da criança. Estes novos conceitos associados à uma melhor compreensão das conseqüências psicológicas e educacionais da deficiência visual aumentaram as oportunidades destas crianças, mesmo as portadoras de níveis quantitativamente baixos de visão. Programas foram desenvolvidos não apenas para avaliar os níveis de percepção visual, como para valorizar as informações clínicas sobre acuidade e campo visual.

1.4. HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO E REABILITAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS

Desde a Idade média o sujeito portador de deficiência visual enfrenta problemas em sua trajetória de vida. Naquela época a concepção de competência estava vinculada à perfeição anatômica. Os indivíduos que apresentavam alguma imperfeição eram simplesmente excluídos do grupo social a que pertenciam. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987).

Em 1260 foi criada na França a primeira entidade destinada a dar assistência ao cego, o Quinze-Vingts . Países do Oriente e outros da Europa passaram a dar atenção ao deficiente visual, mantendo-o, ainda, isolado e segregado, porque era visto como um ser

digno de piedade e sem a menor potencialidade. (SILVA, 1986).

No século XVIII tem início a preocupação com a educação do deficiente visual, surgindo as primeiras tentativas de escrita para cegos, além da primeira publicação sobre ensino da matemática para cegos por Jacques Bernoville. Valentin Haüy em 1784, percebeu a importância do tato para o cego discernir os objetos e desenvolveu um protótipo de leitura tátil. Em 1786, Haüy fundou, em Paris, a primeira escola para cegos, que tornou-se gratuita (pública) em 1791. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

Um marco importante para o deficiente visual ocorreu por volta de 1800 quando Charles Barbier desenvolveu um sistema tátil, que de início, destinava-se a mensagens secretas do exército francês. Barbier utilizou o método como comunicação entre as pessoas cegas através de doze pontos. Por volta de 1830 e a partir desse método, Louis Braille desenvolveu a leitura tátil dos seis pontos, até hoje utilizada. A descoberta de Braille permitiu que os cegos tivessem acesso às escolas, ao mundo exterior e ao lazer, além de poder tecer interpretações próprias dos textos lidos apesar da inconveniência de ser usado apenas pelo deficiente visual, o que de certa forma ainda o mantém discriminado. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

No século XX, especificamente no período pós guerra (segunda guerra mundial), devido a necessidade de utilizar a mão de obra do portador de deficiência, foram criados Centros de Reabilitação possibilitando a reabilitação não só dos mutilados de guerra, mas também dos portadores de deficiências congênitas.

O início da educação para deficientes visuais no Brasil e na América do Sul, se deu com a criação do Imperial Instituto de Meninos Cegos, em 1854 no Rio de Janeiro, posteriormente denominado Instituto Benjamin Constant. (SILVA, 1986)

Em 1946 foi criada, em São Paulo, a Fundação para o Livro do Cego com objetivo de imprimir livros em caracteres Braille. No ano seguinte organizou-se o primeiro curso de especialização de professores, primeiro passo para a educação descentralizada do deficiente. Em 1950 foi instalada a primeira classe Braille do Estado de São Paulo, em caráter experimental. Nessa década começou oficialmente o ingresso de deficientes visuais

na formação de nível superior, especificamente na faculdade de Filosofia através de permissão do Conselho Nacional de Educação. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) referem que a Carga Mundial de Incapacidade Visual (CMIV) em 1990 atingia 148 milhões de indivíduos, sendo que 1,4 milhão (3,8%) correspondiam a menores de 15 anos (WHO,1995). Aproximadamente 20,0% das crianças em idade escolar apresentam alguma perturbação oftalmológica (erros de refração, conjuntivite, estrabismo, ambliopia, seqüela de acidente ocular, malformação congênita).

Em cada 1000 escolares do ensino fundamental, 100 são portadores de erros de refração necessitando de correção, aproximadamente 5,0% deles apresentam redução de acuidade visual (AV), isto é, menos de 50,0% da visão normal. Um escolar nessas condições e sem óculos, só enxergará o que estiver escrito no quadro negro aproximando-se dele, podendo esta dificuldade prejudicar seu rendimento escolar (ALVES & KARA-JOSÉ, 1999).

Várias campanhas foram realizadas com o objetivo de estimar-se o número de deficientes visuais no Brasil e propor um Programa Educacional enquadrando-os no sistema geral de educação e integrando-os à comunidade. No Ano Mundial de Prevenção da Cegueira, 1962, observou-se a necessidade de um censo nacional, realizado em 1964, abrangendo a faixa etária de 1 à 14 anos. Não foram identificados, nesta época, mais de 2% da população brasileira atingida por deficiências, nesta faixa etária. Comparando estes dados com os de outros países, o resultado desse censo, não pareceu corresponder à realidade. "As estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) prevêm de um modo geral, para um país em vias de crescimento, um índice médio de 10% de deficientes para a população total. Todos esses dados são estimativas, a realidade continua desconhecida e o censo de nada valeu" (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987).

A criação do CENESP (Centro Nacional de Educação Especial), em 1973, proporcionou oportunidades de educação, implementando estratégias para a orientação da Educação Especial no período pré escolar, no ensino de primeiro e segundo graus, superior

e supletivo para deficientes visuais, auditivos, mentais e físicos entre outros. Em 1978 a emenda Tales Ramalho à nova Carta Magna, assegurava legalmente a assistência, reabilitação e reinserção de deficientes na vida econômica e social do país, ficando proibida a discriminação e abrindo-se a possibilidade de admissão ao serviço público. Entretanto, observa-se que a criação ou não de leis não garantiu o reconhecimento das potencialidades, nem ajudou no equacionamento dos problemas dos deficientes. (MAZZOTA, 1996; MASINI, 1994)

Com relação aos portadores de visão subnormal, até bem pouco tempo, eram tratados como cegos. "O advento dos recursos ópticos permitiu que estes deficientes fossem libertados da condição de cegos e desenvolvessem seu potencial visual aplicando-o em suas atividades cotidianas". (KARA-JOSÉ et al., 1988).

Segundo KARA-JOSÉ et al. (1988), a primeira Clínica de visão subnormal voltada ao emprego de lentes especiais, foi a Light House em Nova York, na década de 50. Na Universidade do Texas, desde 1963, Natalie Barraga desenvolve trabalho com crianças portadoras de visão subnormal, ensinando-lhes a leitura de textos normais, através de material didático específico.

No Brasil, a reabilitação óptica de portadores de visão subnormal incrementou-se com Vitorino de Araújo Lima, no Rio de Janeiro. A partir de 1974, surgem as primeiras clínicas de treinamento de visão subnormal, como o CETREVIS (Centro de Treinamento de VSN do Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo). (KARA-JOSÉ et al., 1988).

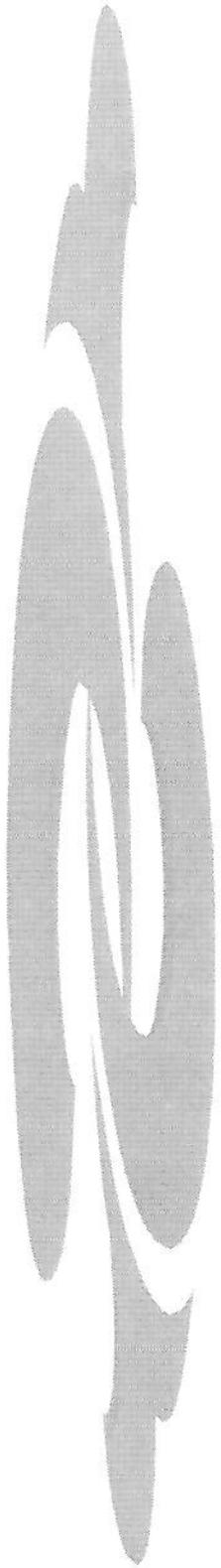
A Clínica de Visão subnormal da disciplina de oftalmologia da UNICAMP foi criada a partir do intercâmbio entre a Clínica de visão subnormal da Escola Paulista de Medicina e com a Clínica do Dr. Ciancia e Dra. Gurovich em Buenos Aires. A Clínica de visão subnormal da UNICAMP atua integrada ao CEPRE e tem como finalidade a triagem de casos de deficiência visual e encaminhamento para serviços especializados daqueles necessitados de reabilitação global, adaptação ou readaptação na utilização de auxílios ópticos e a otimização da eficiência visual. (KARA- JOSÉ et al., 1988).

Esse breve histórico apresenta a situação do portador de deficiência visual, pode-se observar que os passos concretos em direção de medidas que dêem encaminhamento aos problemas desta população, são lentos e muitas vezes sem continuidade.

A sociedade arca com prejuízos elevados em decorrência da falta de atenção com a saúde visual representados pela diminuição de produtividade da sua força de trabalho e o elevado custo de ações de reabilitação. Acrescem-se a isto, conseqüências psicológicas, sociais e econômicas para o deficiente visual devidas às restrições ocupacionais, diminuição da renda, perda de “status”, de auto-estima, de autoconfiança. Desse modo, a qualidade de vida é afetada, como vem-se observando especialmente em países em desenvolvimento. (WHO, 1994; TEMPORINI & KARA-JOSÉ, 1995; KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1999).

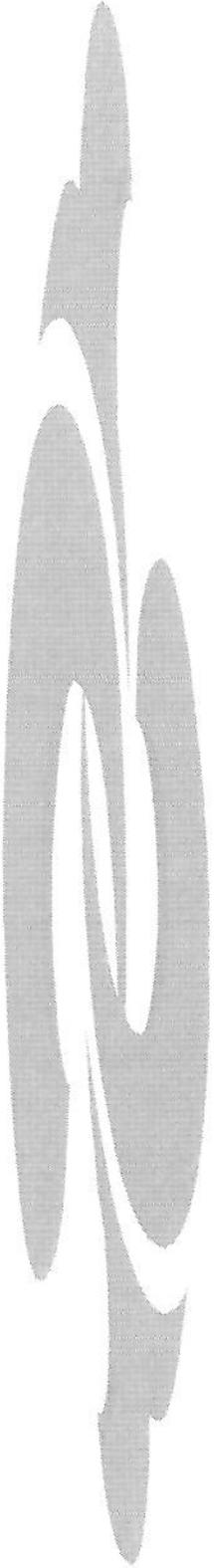
Como tem sido realizada a escolarização e reabilitação do portador de deficiência visual adolescente e adulto? As instituições de atendimento contemplam a demanda e as necessidades de sua clientela? Como se organizam? Quais suas dificuldades? Quais modelos de intervenção utilizados?

Essas questões moveram o fio condutor do planejamento do presente estudo, originando-se daí os objetivos descritos a seguir.



2. OBJETIVOS

- 2.1- Identificar características pessoais de escolares portadores de deficiência visual de 12 anos e mais, em processo de escolarização no sistema público de ensino no município de Campinas, São Paulo.
- 2.2- Verificar percepções de escolares portadores de deficiência visual, em relação ao próprio processo de escolarização e de reabilitação.
- 2.3- Identificar aspectos técnicos e administrativos de serviços de reabilitação em deficiência visual no município de Campinas referentes a: características do atendimento oferecido a adolescentes e adultos e cobertura dos serviços de reabilitação.
- 2.4- Oferecer subsídios às Secretarias de Saúde e de Educação interessadas na temática, afim de contribuir para o planejamento e implementação de ações educativas e de reabilitação em deficiência visual.



3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um "survey" descritivo, tipo transversal, com o objetivo de examinar percepções de escolares portadores de deficiência visual, em relação ao processo de escolarização oferecido no sistema público de ensino no município de Campinas, São Paulo e ao processo de reabilitação do qual participam. Investigou-se também, as ações realizadas por instituições de reabilitação oferecidas a esses escolares.

A escolha desse método baseou-se na necessidade de descrever e interpretar a realidade da forma como se apresentava, sem o propósito de estabelecer relação causal entre as variáveis (PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

3.2 POPULAÇÃO

3.2.1. População de escolares. A população foi composta por escolares de 12 anos e mais, portadores de deficiência visual, inseridos no sistema público de ensino no município de Campinas, no ano de 2000. A população foi obtida por indicação do Serviço de Educação Especial da Prefeitura Municipal de Campinas, por professores especialistas, professores de salas de recursos, professores de salas da Fundação Municipal de Educação Comunitária – Programa de jovens e adultos - FUMEC; cadastro dos serviços de reabilitação de deficientes visuais do município de Campinas e do Serviço de Visão Subnormal da UNICAMP. A escolha dessa idade, delimitando as características da população, deveu-se ao fato de ser esta considerada a idade mínima necessária para que os escolares forneçam informações em entrevista.

3.2.2. População de instituições de reabilitação. Constituiu-se como características dessa população instituições governamentais ou não governamentais, que oferecessem atendimento de reabilitação a deficientes visuais no município de Campinas. Obteve-se esta população mediante a indicação dos escolares que compuseram a outra população deste estudo.

3.3 VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo referiram-se a escolares, adolescentes e adultos, portadores de deficiência visual, da rede pública de ensino no município de Campinas e aos serviços de reabilitação oferecidos a esses escolares.

Apresenta-se, a seguir, a classificação dessas variáveis e a respectiva questão aplicada para mensurá-las.

• Características Pessoais:

sexo (Questão 1)

idade (Questão 2)

cidade de nascimento (Questão 3)

escolaridade (Questões 4 e 5)

repetência escolar (Questão 6 e 7)

ocupação (Questão 8)

tipo de deficiência visual (Questão 9)

origem do problema oftalmológico (Questão 10 e 11)

idade do aparecimento do problema oftalmológico (Questão 11)

participação em serviço de reabilitação (Questão 28)

• Percepção de escolares em relação a:

dificuldade/facilidade para o desenvolvimento do processo de escolarização

- grau de dificuldade para freqüentar a escola (Questão 12)
- utilização de recursos específicos para leitura e escrita (Questão 13)
- existência de sala de recursos (Questão 14)
- existência de professor itinerante (Questão 15)

- qualidade do relacionamento com professor (Questão 16)
- qualidade do relacionamento com colegas (Questão 17)
- qualidade do relacionamento com a direção da escola (Questão 18)
- grau de influência do nível de relacionamento com colegas, professores e diretoria no aprendizado escolar (Questão 19)
- grau de influência da deficiência visual no desempenho escolar (Questão 20)
- atividades escolares dificultadas pela deficiência visual (Questões 21 e 22)
- utilização de recursos ópticos e não ópticos durante atividades escolares (Questão 23)
- grau de satisfação em relação ao ambiente, material utilizado, professores, direção da escola (Questões 24, 25 e 26)
- sugestões para facilitação do processo de escolarização (Questão 27)
- duração do processo de escolarização até o momento (Questões 4 e 5)

• **Percepção de escolares em relação a:**

dificuldades para o início e o desenvolvimento do processo de reabilitação referentes a:

- tempo de espera (Questão 29)
- transporte (Questão 29)
- necessidade de acompanhante (Questão 29)
- tempo de espera para iniciar o processo de reabilitação (Questão 29)

contribuição do processo de reabilitação para a escolarização (Questões 30 e 33)

tipo de contribuição do processo de reabilitação para a escolarização (Questões 30 e 33)

origem do próprio aprendizado do sistema braile (Questão 31)

opinião sobre quem deveria ser responsável pelo ensino do sistema braile (Questão 32)

tempo de duração do processo de reabilitação (Questão 34)

• **Características referentes aos serviços de reabilitação:**

categoria da instituição (Questões 1 e 2)

existência de vínculo com Universidade (Questão 3)

tipo de vinculação com Universidade (Questão 4)

existência de convênio com o Sistema Único de Saúde (Questão 5)

tipos de deficiências atendidas (Questão 6)

faixas etárias atendidas (Questão 7)

tipo de atendimento oferecido (Questão 8)

formação dos profissionais da equipe (Questão9)

relação entre o tipo de atendimento oferecido e o profissional responsável (Questão 10)

existência de atendimento grupal (Questões 11 e 12)

modalidades de atendimento (Questão 10)

freqüência dos usuários nos diferentes tipos de atendimento (Questão 13)

opinião sobre a freqüência dos atendimentos (Questão 14)

equipamentos disponíveis (Questão 15)

opinião sobre o grau de contribuição das atividades de reabilitação para o processo de

escolarização (Questão 16)

ocorrência de reavaliação do serviço oferecido (Questão 17)

ocorrência de alterações no atendimento oferecido decorrentes de reavaliações (Questão 18)

tipos de alterações no atendimento decorrentes de reavaliações (Questão 19)

cobertura da demanda (Questões 20 e 22)

procedimento adotado na impossibilidade de atendimento imediato (Questão 21)

existência de demanda espontânea (Questão 22)

existência de demanda reprimida (Questão 22)

dimensionamento da necessidade de atendimento de deficientes visuais (Questão 22?)

existência de lista de espera para início do processo de reabilitação (Questão 23)

fatores que influenciam na ocorrência de fila de espera (Questão 24)

opinião sobre o tempo de espera para início do processo de reabilitação (Questão 25)

sugestão de procedimentos para abreviação do tempo de espera (Questão 26)

ocorrência de variação no tempo de duração do processo de reabilitação (Questão 27)

motivos de variação do tempo de duração do processo de reabilitação (Questão 27)

tempo de duração do processo de reabilitação (Questão 28)

opinião quanto ao tempo de duração do processo de reabilitação (Questão 29)

3.4. INSTRUMENTOS

Foram elaborados dois questionários estruturados, ou seja, contendo perguntas e respostas. Um dos questionários foi auto aplicável, a ser respondido por dirigentes de instituições de reabilitação de portadores de deficiência visual. O outro questionário, destinado aos escolares portadores de deficiência visual, foi aplicado por meio de entrevista. Constituindo etapa preliminar a esta, foi realizado estudo exploratório com a finalidade de elaborar questionários adequados à realidade estudada (PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

3.4.1. Estudo exploratório

O estudo exploratório permite ao pesquisador elaborar instrumento de medida mais consentâneo à realidade que se pretende estudar, por possibilitar a identificação de enfoques, terminologia e percepções populares, a serem utilizados na elaboração das perguntas e respostas do questionário.

Sabe-se que, muitas vezes, o repertório de conhecimentos do profissional distingue-se do repertório do entrevistado. O pesquisador detém conhecimentos de carácter científico, práticas e motivações derivados de sua formação e ideologia. Se vista apenas sob a óptica do pesquisador, o estudo pode sofrer distorções, mostrando a realidade como ele julga que seja (PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

Esse recurso metodológico demanda a realização de entrevistas em profundidade, não dirigidas, dando ao entrevistado liberdade de expressão. Na etapa seguinte as entrevistas são realizadas com questionários semi estruturados, contendo perguntas mais específicas. Serão realizadas tantas etapas quantas forem necessárias, cada uma com finalidade e metodologia própria. Cada etapa apoia-se nos resultados obtidos na etapa anterior. Tais informações serão obtidas de pessoas que apresentam características semelhantes às da população alvo da pesquisa, sendo excluídas, posteriormente, do estudo final (PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

Nesta pesquisa o estudo exploratório foi realizado de duas maneiras, de acordo com as diferentes populações. Em relação aos escolares entrevistaram-se alunos de outros municípios da região com a finalidade de não excluir da amostra final escolares deficientes visuais de Campinas, prevendo-se uma amostra de tamanho reduzido. Já no que se refere aos dirigentes de instituições realizou-se consulta a especialistas, submetendo-se as questões às suas apreciações. Foram consultados quatro profissionais: ex-coordenadores ou vice coordenadores de serviços de reabilitação similares. Os pareceres assim colhidos permitiram o aperfeiçoamento do instrumento.

3.4.2. Teste prévio

O teste prévio tem a finalidade de aperfeiçoar a forma do instrumento, e integra-se, gradualmente, nas etapas do estudo exploratório. Constitui prova necessária para assegurar confiança e validade dos dados a serem obtidos na pesquisa (TEMPORINI,1986).

Neste estudo, o teste prévio, foi realizado aplicando-se, respectivamente, os questionários estruturados a dirigentes de instituições de reabilitação de portadores de deficiência visual e escolares deficientes visuais de outros municípios. Nos dois casos procederam-se a algumas alterações, sendo os instrumentos submetidos novamente a outros escolares e dirigentes, até não haver mais críticas ou sugestões. Foram, então, considerados instrumentos definitivos da pesquisa. Com base no estudo exploratório e teste prévio foram elaborados os questionários estruturados, ou seja, contendo perguntas e respostas. As variáveis quantitativas foram mantidas abertas e caracterizadas "a posteriori" (ANEXOS 1 e 2).

3.5. COLETA DE DADOS

Em relação aos escolares, a coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora nas escolas onde os deficientes visuais estudam, por meio de entrevista individual. Essas entrevistas eram agendadas previamente com a diretoria ou coordenação pedagógica da escola. Obteve-se colaboração dos diretores que foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, por meio de entrevista e de carta (ANEXO 3). Dessa maneira foi possível obter

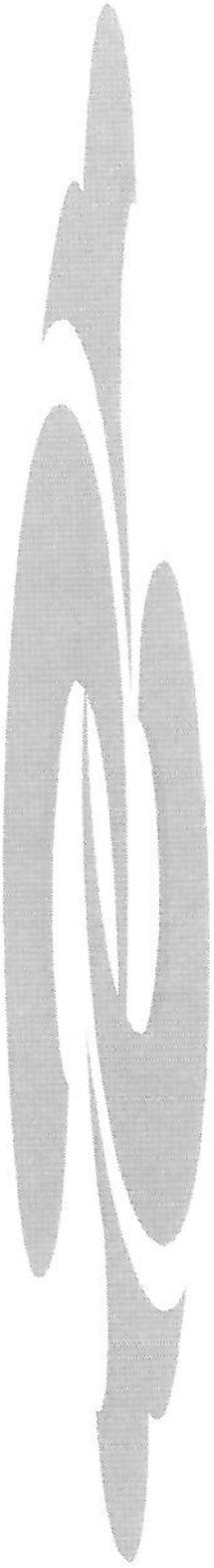
auxílio dos diretores para que os professores dispensassem alunos durante a realização das entrevistas. Os dados foram coletados de agosto a dezembro de 2000.

No que se refere às instituições de reabilitação, a coleta de dados ocorreu por meio de questionário auto-aplicável no próprio serviço. Contou com o auxílio de seus dirigentes, solicitado em reunião preparatória onde esclareceu-se a importância da pesquisa. Coube ao dirigente de cada instituição, já esclarecido, a responsabilidade de decidir se ele próprio responderia o questionário ou se encaminharia para outro profissional do serviço que julgasse mais habilitado. Essa medida deveu-se ao fato de que muitas das questões eram referentes à prática do processo de reabilitação e o dirigente poderia não, necessariamente, estar a par dessas informações. Anexou-se carta introdutória ao instrumento, informando sobre os objetivos da pesquisa e solicitando o preenchimento individual (ANEXO 4). Foram garantidos o sigilo e o anonimato das informações. Os dados foram coletados no decorrer do mês de dezembro de 2000.

3.6. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1. Análise estatística

Foram criados dois bancos de dados no programa EPI INFO versão 6.4. (DEAN et al., 1994). A análise estatística descritiva foi realizada por intermédio do pacote estatístico “The SAS System for Windows” (Statistical Analysis System), versão 6.12. Foi realizada a distribuição de frequências, medidas de posição e de dispersão.



4. RESULTADOS

A população de escolares foi composta por 26 alunos portadores de deficiência visual.

4.1- CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

A distribuição por sexo apresenta ligeiro predomínio de homens (57,7%). A média de idade é de 17,1 anos; a maioria dos escolares nasceu em Campinas, SP (53,8%) (Tabela 1).

Tabela 1 Características pessoais de escolares, portadores de deficiência visual em processo de escolarização no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

n = 26		
Características pessoais	<i>f</i>	%
Sexo: Masculino	15	57,7
Feminino	11	42,3
<hr/>		
Idade (anos)		
12 16	8	30,7
16 19	10	38,4
19 29	8	30,7
$\bar{X} = 17,1$ anos	$\bar{Sd} = 3,2$	
<hr/>		
Cidade de Nascimento		
Campinas	14	53,8
Outras	12	46,1
<hr/>		
Estado de Nascimento		
São Paulo	24	92,3
Outro	2	0,7
<hr/>		

Em relação à escolaridade a maioria encontra-se cursando o 1º grau (ensino fundamental 65,3%), sendo que 30,7% nas primeiras séries do supletivo; 73,1% declaram repetência de séries do 1º grau. Os maiores valores percentuais de repetência encontram-se na 1ª, 2ª e 3ª séries, 61,1% e 33,3% e 27,7% respectivamente. Cabe ressaltar que muitos dos alunos repetiram mais de uma série (TABELA 2). As razões de repetência mencionadas foram bastante variadas. Entre elas destacaram-se o fato de não enxergarem na lousa e no caderno (29,4%) e a falta de assistência de professor especializado (17,6%). Entre os portadores de visão subnormal 91,6% repetiram uma ou mais séries do ensino fundamental, enquanto entre os portadores de cegueira 57,1% apresentaram repetência.

Tabela 2 Escolaridade de portadores de deficiência visual em processo de escolarização na sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Escolaridade	f	%
n=26		
Série que está cursando		
1ª a 4ª série (Supletivo de 1º Grau)	8	30,7
4ª a 8ª série do 1º Grau	9	34,6
1ª a 3ª série do 2º Grau	9	34,6

Repetência		n=26
Sim	19	73,1
Não	7	26,9

Séries de Repetência (1º Grau)*		n=18
1ª série	11	61,1
2ª série	6	33,3
3ª série	5	27,7
4ª série	1	0,1
5ª série	1	0,1

*Respostas Múltiplas; 1 sujeito declara não lembrar

Nenhum dos escolares entrevistados frequentou curso técnico profissionalizante ou

participou de qualquer atividade profissional, com exceção de uma adolescente que realiza trabalho voluntário.

4.2- CONHECIMENTOS

Em relação ao conhecimento a respeito da própria deficiência visual, 53,8% referem cegueira e 46,2% referem visão subnormal, predominando a origem congênita 84,6% (Tabela 3).

Tabela 3 Conhecimento a respeito do tipo, origem e idade do início da deficiência visual. Escolares, portadores de deficiência visual no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

		n = 26	
Conhecimento da deficiência visual		<i>f</i>	%
Tipo			
Visão subnormal		12	46,2
Cegueira		14	53,8

Origem do problema oftalmológico			
Origem			
Congênita		22	84,6
Adquirida		4	15,4

Idade do início da deficiência visual			
< 1		22	84,6
1 - 5		2	7,6
6 - 11		1	3,8
12 - 15		1	3,8

Entre os escolares entrevistados, 53,8% declaram conhecer a denominação do

próprio problema oftalmológico, mencionando essa denominação e a respectiva causa. Destacaram-se entre os problemas oftalmológicos mencionados a retinopatia da prematuridade (21,4%), glaucoma (21,4%) e catarata congênita associada ao glaucoma (14,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 Conhecimento sobre o próprio problema oftalmológico. Escolares portadores de deficiência visual no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Conhecimento do problema oftalmológico	<i>f</i>	%
	n = 26	
Declara conhecer a denominação	14	53,8
Declara não conhecer a denominação	12	46,2

	n = 14	
<u>Problema mencionado</u>		
Retinopatia da prematuridade	3	21,4
Glaucoma	3	21,4
Catarata congênita e glaucoma	2	14,3
Descolamento de retina	2	14,3
Catarata congênita	1	7,1
Estrabismo	1	7,1
Hidrocefalia	1	7,1
Miopia, estrabismo, astigmatismo e visão subnormal	1	7,1

	n = 14	
<u>Causa do problema</u>		
Prematuridade	7	50,0
Hereditariedade	3	21,4
infecções	2	14,2
Intoxicação materna durante a gestação	1	7,1
Hidrocefalia	1	7,1

4.3- PERCEPÇÃO DE ESCOLARES EM RELAÇÃO AO PRÓPRIO PROCESSO DE ESCOLARIZAÇÃO

Os alunos manifestam dúvida em relação ao próprio grau de dificuldade para escolarização (46,2%) (Tabela 5).

Tabela 5 Percepção de escolares portadores de deficiência visual do sistema público de ensino, em relação ao próprio grau de dificuldade para escolarização. Campinas, 2000.

Percepção	<i>f</i>	n=26 %
Fácil	8	30,8
Nem fácil, nem difícil	12	46,2
Difícil / Não tem opinião	6	23,0

Entre os recursos utilizados em atividades de leitura e escrita 94,1% dos escolares recorreram a máquina braile e 81,8% ao colega que dita a matéria (Tabela 6).

Tabela 6 Recursos utilizados em atividades de leitura e escrita por escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Recursos *	<i>f</i>	%
Máquina braile (n = 17)	16	94,1
Colega dita matéria (n = 22)	18	81,8
Caderno comum (n = 12)	5	41,7
Xerox ampliado (n = 12)	4	33,3
Caderno com linhas ampliadas e reforçadas (n = 12)	3	25,0
Só ouve as aulas (n = 21)	4	19,0
Grava as aulas (n = 24)	3	12,5
Reglete (n = 17)	1	5,9

* Respostas múltiplas

A maioria de escolares portadores de deficiência visual estuda em escola com sala de recursos (73,1%) (Tabela 7). Os demais buscam orientações nas salas de recursos mesmo não sendo na escola que freqüentam. Nenhum recebe orientação de professor itinerante.

Tabela 7 Existência de sala de recursos para atendimento de escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Sala de recursos	<i>f</i>	%
Sim	19	73,1
Não	7	26,9

Em geral os escolares, portadores de deficiência visual, referem relacionar-se bem com professores (96,1%), colegas de classe (88,4%) e diretoria (90,4%) (Tabela 8). E

reconhecem a grande influência da qualidade do relacionamento com professores (69,2%), no aprendizado escolar (Tabela 9).

Tabela 8 Opinião de escolares portadores de deficiência visual, sobre o relacionamento com professores, colegas de classe e diretoria no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Relacionamento	<i>f</i>	n= 26 %
<u>Professores</u>		
Sim, muito bem	20	76,9
Sim, mais ou menos bem	5	19,2
Não se dá bem	1	3,8

<u>Colegas de classe</u>		
Muito bom	18	69,2
Bom	5	19,2
Mais ou menos	3	11,5
Ruim / muito ruim	-	-

<u>Diretoria</u>		
Muito bom	12	46,2
Bom	12	46,2
Mais ou menos	2	7,7
Ruim / muito ruim	-	-

Tabela 9 Opinião de escolares portadores de deficiência visual, sobre o grau de influência no aprendizado escolar, do relacionamento com professores, colegas de classe e diretoria do sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Grau de influência	Relacionamento com					
	Professores		Colegas		Diretor(a)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Influi muito	18	69,2	7	26,9	3	11,5
Influi mais ou menos	2	7,7	8	30,8	4	15,4
Pouco / Nada influi	6	23,1	11	42,3	19	73,1

Os escolares declaram que a própria deficiência visual atrapalha mais ou menos (50,0%) ou não atrapalha (38,5%) o desempenho escolar (Tabela 10).

Tabela 10 Opinião de escolares portadores de deficiência visual sobre o grau de influência da própria deficiência visual no desempenho escolar no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Opinião	n = 26	
	<i>f</i>	%
Atrapalha muito	2	7,7
Atrapalha mais ou menos	13	50,0
Não atrapalha nada	10	38,5
Não tem opinião	1	3,8

Entre as dificuldades escolares decorrentes da cegueira apontadas sobressai-se a leitura de livros (71,4%) e entre as dificuldades escolares decorrentes da visão subnormal ressalta-se além da leitura de livros (100,0%) o fato de enxergar na lousa (100,0%) (Tabelas 11 e 12).

Tabela 11 Opinião de escolares portadores de cegueira, sobre dificuldades decorrentes da deficiência visual no processo de escolarização no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

n = 14		
Dificuldades *	<i>f</i>	%
Ler os livros escolares	10	71,4
Compreender a matéria	6	42,9
Fazer trabalhos em grupo	6	42,9
Anotar as aulas	5	35,7
Fazer as provas	4	28,6
Participar da Educação Física e Educação Artística	3	21,4

* Respostas múltiplas

Tabela 12 Opinião de escolares portadores de visão subnormal, sobre dificuldades decorrentes da deficiência visual no processo de escolarização no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

n = 12		
Dificuldades *	<i>f</i>	%
Enxergar na lousa	12	100,0
Ler os livros escolares	12	100,0
Enxergar no caderno	10	83,3
Escrever no caderno	10	83,3
Fazer as provas	4	33,3
Compreender a matéria	2	16,7
Participar de Educação Física	2	16,7
Fazer trabalhos em grupo	1	8,3

* Respostas múltiplas

A maioria dos escolares portadores de visão subnormal utilizam óculos (91,7%) e 33,3% utilizam lupa como recursos ópticos. No que se refere aos recursos não ópticos destacam-se os ambientais - aproximação da lousa e da janela para maior iluminação,

75,0% e 66,7% respectivamente (Tabela 13).

Tabela 13 Recursos ópticos e não ópticos utilizados por escolares portadores de visão subnormal no processo de escolarização no sistema de ensino pública. Campinas, 2000.

Recursos ópticos e não ópticos *	f	n = 12
		%
Utiliza óculos	11	91,7
Senta próximo à lousa	9	75,0
Senta perto da janela	8	66,7
Utiliza lápis com grafite mais escuro	7	58,3
Utiliza caderno com linhas reforçadas	4	33,3
Utiliza lupa	4	33,3
Utiliza caderno com linhas espessadas	3	25,0
Utiliza braile	3	25,0
Coloca iluminação dirigida ao material de leitura	2	16,7
Utiliza caneta com ponta porosa	2	16,7

* Respostas múltiplas

Os escolares revelam-se muito satisfeitos com o trabalho do professor (88,5%), (Tabela 14).

Tabela 14 Grau de satisfação de escolares portadores de deficiência visual, em relação ao ambiente escolar, material utilizado, professores e direção da escola. Campinas, 2000.

Grau de satisfação	n= 26					
	Materiais e ambiente escolar		Professores		Diretor(a)	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Muito satisfeito	9	34,6	23	88,5	12	46,2
Mais ou menos satisfeito	11	42,3	2	7,7	14	53,8
Pouco / Nada satisfeito	6	23,1	1	3,8	--	--

Pouco mais da metade dos escolares mencionam que ações poderiam ser efetivadas para a facilitação do próprio aprendizado escolar (57,7%) (Tabela 15). Entre as sugeridas destacam-se o melhor preparo dos professores (33,4%) e a disponibilização de material transcrito em braile com maior rapidez (26,6%) (Tabela16).

Tabela 15 Opinião de escolares portadores de deficiência visual, sobre facilitação do próprio aprendizado escolar. Campinas, 2000.

Opinião	n = 26	
	<i>f</i>	%
Sim	15	57,7
Não	11	42,7

Tabela 16 Sugestões de escolares portadores de deficiência visual, para facilitar o próprio aprendizado escolar. Campinas, 2000.

Sugestões *	<i>f</i>	n = 15
		%
Preparar melhor professores	5	33,4
Disponibilizar material transcrito em braile mais rápido	4	26,6
Disponibilizar materiais ampliados e em negrito	3	20,0
Prover na escola, programas especiais de informática para deficientes visuais	3	20,0

* Respostas múltiplas

4.4- PERCEPÇÃO DE ESCOLARES EM RELAÇÃO AO PRÓPRIO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Declararam ter freqüentado ou estar freqüentando instituição de reabilitação 80,8% dos deficientes visuais entrevistados (Tabela 17). Entre eles 41,6% eram portadores de visão subnormal. Entre os portadores de cegueira todos referem freqüência em uma ou mais instituições.

Tabela 17 Freqüência a instituição de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Freqüência	<i>f</i>	n = 26
		%
Freqüentou mas não freqüenta mais	9	34,6
Freqüenta no momento	12	46,2
Nunca freqüentou	5	19,2

Uma das instituições de reabilitação destaca-se atendendo 47,7% dos portadores de deficiência visual entrevistados (Tabela 18).

Tabela 18 Instituição de reabilitação freqüentada por escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Instituição *	n = 21	
	f	%
A	10	47,7
B	4	19,0
C	4	19,0
D	1	4,7
B + D	1	4,7
A + C	1	4,7

* Respostas múltiplas. Atribuíram-se letras às diferentes instituições a fim de manter o anonimato.

Mencionam dificuldades para iniciar o processo de reabilitação (47,6%) dos escolares entrevistados (Tabela 19). As porcentagens relativas às dificuldades apontadas mostram certo equilíbrio(Tabela 20).

Tabela 19 Opinião sobre existência de dificuldades para iniciar o processo de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Participação em Processo de Reabilitação	n = 21	
	f	%
Sim	10	47,6
Não	11	52,4

Tabela 20 Opinião sobre as razões que dificultaram o início do processo de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Razões *	<i>f</i>	n = 21
		%
Ausência de transporte	6	28,6
Ausência de acompanhante	5	23,8
Demora para instituição agendar início da reabilitação	4	19,0

* Respostas múltiplas

Dos escolares que participaram do processo de reabilitação para escolarização 100,0% reconhecem essa contribuição, sejam eles portadores de cegueira (Tabelas 21) ou de visão subnormal (Tabela 24). Entre as contribuições mencionadas por portadores de cegueira destacam-se o aprendizado de locomoção na escola (92,8%) e os recursos para comunicação de leitura e escrita - braile (85,7%) e sorobã (64,3%) (Tabela 21). A maioria dos escolares aprenderam o sistema braile na instituição de reabilitação (75,0%) e 85,7% acreditam que essa atividade deva ser realizada pelas instituições (Tabelas 22 e 23).

Tabela 21 Opinião sobre a contribuição do processo de reabilitação para escolarização de portadores de cegueira no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Opinião *	n = 14	
	<i>f</i>	%
Contribuiu	14	100,0
Não contribuiu	--	--
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
<u>Contribuições</u>		
Aprender a locomover-se na escola	13	92,8
Aprender o braile	12	85,7
Aprender o sorobã	9	64,3
Aprender assinatura	9	64,3
Aprender a utilizar o computador	5	35,7

* Respostas múltiplas

Tabela 22 Origem do próprio aprendizado do braile de escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Origem do aprendizado do braile	n = 16	
	<i>f</i>	%
Professor na instituição de reabilitação	12	75,0
Professor da sala de recursos	3	18,8
Professor da sala comum	1	6,2

Tabela 23 Opinião sobre instituição que deveria ser responsável pelo ensino do braille aos escolares portadores de cegueira do sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Opinião	<i>f</i>	n = 14 %
Na instituição de reabilitação	12	85,7
Na escola	2	14,3

O aprendizado do uso do resíduo visual é a contribuição do processo de reabilitação mencionada por todos os portadores de visão subnormal (100,0%) seguida do aprendizado da locomoção na escola (85,7%), a utilização do uso do auxílio óptico (71,4%) e fotocópia ampliada (71,4%).

Tabela 24 Opinião sobre a contribuição do processo de reabilitação para escolarização de portadores de visão subnormal do sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Opinião	f	n = 7
		%
Contribuiu	7	100,0
Não contribuiu	--	--
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
<u>Contribuições*</u>		
Aprender a utilizar o resíduo visual	7	100,0
Aprender locomover-se na escola	6	85,7
Aprender a utilizar o auxílio óptico	5	71,4
Aprender a utilizar fotocópia ampliada	5	71,4
Aprender a utilizar o computador	3	42,8
Aprender a utilizar o sistema de vídeo magnificação de imagem	3	42,8
Aprender a escrever em letra cursiva	1	14,3
Aprender assinatura	1	14,3

* Respostas múltiplas

O tempo de permanência em processo de reabilitação é bastante diverso variando de 1 a 18 anos. Observa-se ligeiro predomínio na faixa de 3 a 5 anos (33,3%). A média de permanência é de 6,3 anos (Tabela 25).

Tabela 25 Tempo de permanência, até o presente momento, em processo de reabilitação. Escolares portadores de deficiência visual, no sistema público de ensino. Campinas, 2000.

Tempo de permanência (anos)	f	n = 21
		%
≤ 2	3	14,3
3 6	7	33,3
6 9	6	28,6
9 19	5	23,8
$\bar{X} = 6,3$ anos		

4.5- ASPECTOS TÉCNICOS E ADMINISTRATIVOS REFERENTES ÀS INSTITUIÇÕES DE REABILITAÇÃO DE DEFICIENTES VISUAIS EM CAMPINAS

A população referente às ações de reabilitação foi constituída pelas 4 instituições que se dedicam a reabilitação de deficientes visuais existentes no município de Campinas.

Em relação à categoria em que se enquadram as instituições, apenas 1 é governamental, sendo Estadual e vinculada à Universidade - técnica, financeira e administrativamente. Mantém, também, convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento exclusivo de deficientes visuais é realizado por 3 das 4 instituições, sendo o ambulatorial o tipo predominante.

As categorias profissionais assistente social e pedagogo especializado em deficiência visual predominam e estão presentes nas equipes das 4 instituições (Tabela 26).

Tabela 26 Categorias profissionais que compõem as equipes das instituições de reabilitação de deficientes visuais. Campinas, 2000.

Categoria profissional	n = 4			
	INSTITUIÇÕES DE REABILITAÇÃO			
	A	B	C	D
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Assistente social	1	1	1	1
Fisioterapeuta	-	1	1	1
Fonoaudiólogo	1	1	1	-
Pedagogo com especialização em deficiência visual	1	3	1	1
Professor de educação especial	1	1	1	-
Professor de educação física	1	-	1	-
Professor de informática (nível médio)	-	-	-	1
Professor de orientação e mobilidade (nível médio)	1	-	-	1
Professor de orientação e mobilidade (nível superior)	-	1	1	-
Terapeuta ocupacional	-	1	-	1

Os profissionais encarregados da maioria dos tipos de atendimento de reabilitação foram o pedagogo e técnico (nível médio) especializados em deficiência visual. Orientação e mobilidade, atividades da vida diária e o aprendizado do braile foram as atividades mais oferecidas nas instituições de reabilitação (Tabela 27).

Tabela 27 Tipo de atendimento de reabilitação e profissional encarregado de oferecê-lo em instituições de reabilitação de deficientes visuais. Campinas, 2000.

Profissional encarregado Por instituição	Tipo de Atendimento																	
	Orientação e Mobilidade	Braille	Atividades da Vida Diária	Informática	Atividade esportiva	Orientação Escolar	Oficina Profissional	Colocação profissional	Atendimento familiar	Treinamento visual	Orientação para uso do auxílio óptico	f	%	f	%	f	%	
Assistente Social	-	-	1	12,5	-	-	-	1	100,0	3	33,3	-	-	-	-	-	-	
Terapeuta Ocupacional	-	-	1	12,5	-	-	1	25,0	-	1	11,1	1	33,3	1	33,3	1	33,3	
Psicólogo	-	-	1	12,5	-	-	-	-	-	2	22,2	-	-	-	-	-	-	
Pedagogo com habilitação em DV*	-	4	50,0	2	25,0	1	33,3	-	-	3	42,8	1	25,0	-	1	11,1	1	33,3
Pedagogo sem habilitação em DV	-	2	25,0	-	-	-	-	-	-	2	28,6	1	25,0	-	-	-	-	-
Fisioterapeuta	1	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11,1	1	33,3	-
Prof. Educação Física	1	25,0	-	-	-	-	-	2	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prof. Educação Especial	-	1	12,5	1	12,5	1	33,3	-	-	1	14,3	-	-	1	11,1	-	-	-
Técnico especializado em DV (N. Médio)	2	50,0	1	12,5	1	33,3	-	-	-	1	14,3	1	25,0	-	-	-	1	33,3
Total	4	100,0	8	100,0	3	100,0	2	100,0	7	100,0	4	100,0	1	100,0	3	100,0	3	100,0

*DV = deficiência visual

Realizam atendimento em grupo nas diversas atividades de reabilitação, 3 das instituições.

A frequência de participação nos atendimentos, distribui-se entre diária e semanal, variando de acordo com o número de usuários e o tipo de atendimento

A maioria dos respondentes das instituições mencionam que a frequência em cada atendimento de reabilitação atendeu totalmente as necessidades dos usuários.

Quanto aos equipamentos disponíveis para a reabilitação de deficientes visuais, todas as instituições dispõem de máquina braile, 3 delas de computador e 2 de sistema de vídeo magnificação de imagem (Tabela 28).

Tabela 28 Equipamentos disponíveis para o atendimento em instituições de reabilitação de deficientes visuais. Campinas, 2000.

Equipamentos disponíveis *	f	n=4
		%
Máquina braile	4	100,0
Sistema de vídeo magnificação de imagem	2	50,0
Computador	3	75,0
Dos-Vox	1	25,0
Lente-pró	1	25,0
Lupa eletrônica	1	25,0
Virtual - vision	1	25,0

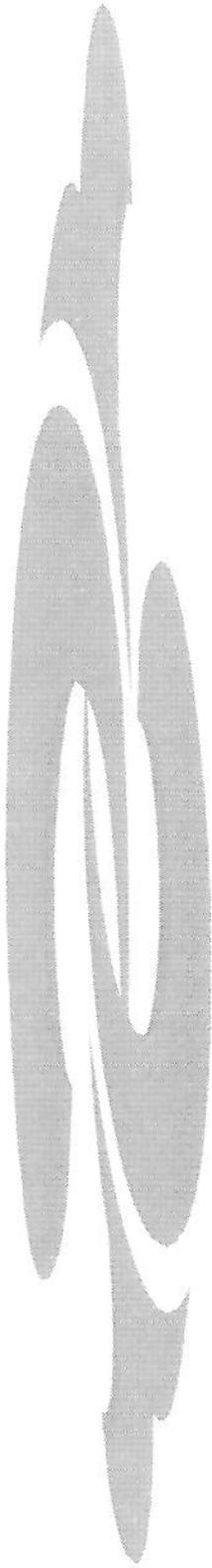
* Respostas múltiplas

Todos os dirigentes das instituições declaram que as atividades de reabilitação contribuem muito para as atividades de escolarização de deficientes visuais. Declaram também, terem realizado avaliações sistemáticas do serviço oferecido e com base nesses resultados alterado o atendimento oferecido. Entre as alterações mencionadas predominam

as seguintes: o aumento do quadro de profissionais da equipe, introdução de atendimentos grupais e aumento da frequência dos atendimentos oferecidos.

A maioria das instituições (3) atendem prontamente a demanda espontânea de usuários que buscam a reabilitação. A única instituição em que há deficientes visuais aguardando atendimento ("lista de espera") atribui isto a necessidade de ampliação do quadro de profissionais, providência não efetivada por ausência de recursos para esta finalidade. Essa instituição apresenta o tempo médio de espera de 3 anos. Foi introduzido atendimento em grupo para usuários que aguardam a reabilitação ("lista de espera"). Este atendimento é imediato a procura do serviço porém não é uma reabilitação completa. Na medida em que há vagas os usuários são convocados para complementar o processo de reabilitação.

O tempo de duração do processo de reabilitação, declarado pelos dirigentes, variou entre 6 meses e 2 anos. Todos mencionam que o tempo varia de acordo com as necessidades individuais dos usuários.



5. DISCUSSÃO

A qualidade da assistência nos serviços de saúde pode ser parcialmente entendida como satisfação das necessidades dos clientes, essa relação abrangeria também os serviços educacionais e os escolares. É para ambos que devem ser dirigidas as estratégias na busca de qualidade. Os clientes devem ser ouvidos como parte de processo de avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde, assim também a respeito do impacto dos processos de tratamento sobre sua saúde (BERWICK, 1994).

Coerente a essa idéia PIOVESAN (1970) e PIOVESAN & TEMPORINI (1995), ressaltam que para a realização de ações de saúde pública que dependem do comportamento das pessoas a que se destinam, torna-se de extrema importância conhecer previamente as maneiras de agir, sentir e pensar da comunidade-alvo dessas ações e o contexto onde se insere essa comunidade.

Tem-se observado várias pesquisas sobre satisfação do usuário no que se refere a área de saúde, contudo em relação à escolarização, são raros os trabalhos. A necessidade é a mesma nas duas áreas. MEZOMO (1993) reconhece a importância das percepções dos pacientes, devendo ser pesquisadas com instrumentos adequados.

O conhecimento de percepções de escolares portadores de deficiência visual a respeito de seu processo de escolarização e reabilitação, é fundamental para o planejamento de ações educativas e de reabilitação para essa população.

No Brasil, tem sido ressaltada a necessidade de identificação do número de portadores de deficiência visual. Neste estudo, registrou-se população reduzida de portadores de deficiência visual (26 escolares). Imaginava-se uma população maior de escolares com deficiência visual inseridos no ensino público. Segundo NOBRE et al., (2001) foram identificadas 10 crianças como portadores de visão subnormal na triagem oftalmológica da Campanha Olho no Olho/99, em Campinas. Estas crianças referiram-se aos escolares inseridos na 1ª série do ensino fundamental no sistema público do município. É admissível imaginar que se a cada ano entra em média dez alunos na escola com visão subnormal, no município de Campinas, o número de alunos com visão subnormal e cegueira freqüentando o ensino fundamental e médio deveria ser maior. Pode-se supor que muitos deles tenham tido dificuldades de ingresso à escola ou no decorrer dos primeiros

anos de atividades escolares, haja vista o alto índice de repetência (73,1%) nas primeiras séries do ensino fundamental (Tabela 2).

Segundo a WHO (1992) mais de 90% das pessoas deficientes visuais no mundo devem estar distribuídas nos países em desenvolvimento, a maioria localizada na Ásia em comunidades rurais. A ausência de estatísticas precisas nestes países dificulta a compreensão da problemática. Estima-se que crianças com baixa visão sejam matriculadas no sistema público de ensino como videntes, sendo simplesmente absorvidas pelo sistema educacional. Pais e professores nem sempre percebem que a criança tem um problema visual. Devido a sua dificuldade tornam-se crianças de “alto risco” e abandonam as escolas. Talvez esse seja um dos motivos de, neste estudo, a proporção de escolares com visão subnormal ter sido menor do que a de portadores de cegueira (TABELA 3).

Nesse contexto, ressalta-se o pensamento de FREIRE (1991) de que "... gostaria de recusar o conceito de evasão. As crianças populares brasileiras não evadem da escola, não a deixam porque querem. As crianças populares brasileiras são expulsas da escola - não, obviamente porque esta ou aquela professora, por uma questão de pura antipatia social, expulsa estes ou aqueles alunos ou os reprove. É a estrutura mesma da sociedade que cria uma série de impasses e dificuldades, uns em solidariedade com os outros, de que resultam obstáculos enormes para as crianças populares não só chegarem à escola, mas também quando chegam, nela ficarem e nela fazerem o percurso a que têm direito."

A média de idade de 17,1 anos (TABELA 1) é alta se considerado o nível de escolaridade dos entrevistados, 30,7% cursando o supletivo de 1ª grau (1ª a 4ª série) e 34,6% cursando de 4ª a 8ª série do 1º grau.

Observando as causas de repetência mencionadas pelos escolares ressaltam-se aquelas relacionadas à deficiência visual: o pouco preparo dos professores para o trabalho com alunos portadores de deficiência visual e as dificuldades dos alunos em utilizarem o próprio resíduo visual.

Entre os portadores de visão subnormal e entre os portadores de cegueira foram registradas elevadas proporções de repetentes de uma ou mais séries do ensino

fundamental.

Isto pode relacionar-se ao fato de que os professores, familiares e o próprio escolar desconhecem o potencial visual do portador de visão subnormal e os recursos ópticos e não ópticos que podem beneficiá-lo na execução de atividades escolares. Nem o próprio aluno nem o seu professor conhecem, muitas vezes, os recursos ambientais que podem favorecer o aprendizado do aluno de baixa visão (sentar-se próximo à lousa e próximo à janela para melhor iluminação, entre outros). É importante ressaltar a orientação à família e também a capacitação do professor no sentido de conhecer os recursos e estimular o aluno a usá-los.

TORRES & CORN (1990), recomendam que o aluno com baixa visão utilize alguns dispositivos para favorecer o funcionamento e eficiência visual, entre eles citam canetas tipo pincel atômico, acetato, papel com pautas em negrito e outros; as autoras colocam que os materiais não precisam ser prescritos por um especialista, mas os professores necessitam saber o porquê da utilização destes recursos.

A participação em instituições de reabilitação é um outro fator que pode influenciar no desempenho escolar. Neste estudo, entre os portadores de visão subnormal 41,6% nunca freqüentaram instituição de reabilitação, enquanto entre os portadores de cegueira todos freqüentaram alguma instituição de reabilitação.

Essa diferença pode, talvez, ser explicada pelo fato do processo de reabilitação favorecer ao escolar com baixa visão o reconhecimento do seu potencial visual, o desenvolvimento da eficiência visual, a utilização dos auxílios ópticos e não ópticos (MONTILHA, 2001; MONTILHA et al., 2000a). Pode-se supor que o aluno com baixa visão participando de processo de reabilitação deva apresentar melhor desempenho escolar. Esse fato merece novos estudos com a finalidade de identificação adequada da criança com visão subnormal, seu encaminhamento para oftalmologista e orientação quanto ao uso de auxílios ópticos e não ópticos que possam beneficiá-la. O encaminhamento para o atendimento de estimulação/reabilitação pode ser necessário e neste caso a família e escola necessitam ser orientadas.

Admite-se, também, que escolares com cegueira apresentaram menor porcentagem

de repetência talvez, por freqüentarem mais instituições de reabilitação do que portadores de baixa visão. Em estudo anterior realizado com usuários do CEPRE em processo de reabilitação, as atividades de leitura e escrita representavam 56,0% e 52,0% respectivamente, das limitações decorrentes da deficiência visual e motivavam a busca de reabilitação (MONTILHA et al. 2000b).

Neste estudo, os escolares portadores de cegueira foram questionados sobre quem deveria ser responsável pelo o ensino do braile e a maioria opinou que deveria ser a instituição de reabilitação (TABELA 23). Este fato por um lado reforça a idéia de que esses escolares reconhecem a influência positiva da participação da reabilitação no desempenho escolar, por outro evidência o fato de que estes escolares talvez, não tenham tido outra opção para que possam fazer uma escolha.

O fato do despreparo dos professores para atuarem com o aluno portador de visão subnormal é evidenciado em recente estudo com professores do sistema de ensino público no município de Campinas. De 50 professores entrevistados 94,0% declararam não apresentar formação específica na área de deficiência visual. Na auto-avaliação de conhecimentos pedagógicos, a maioria dos professores declarou deter pouco (70,0%) ou nenhum conhecimento (22,0%) a respeito de como atuar com alunos que têm visão subnormal (GASPARETTO et al., 2001).

Nos últimos anos observam-se diferentes ações na direção de uma política inclusiva para as pessoas com necessidades especiais. Na última década verifica-se a efetivação de legislações, políticas e declarações nacionais e internacionais voltadas para a educação inclusivista de pessoas com necessidades especiais, porém, na prática observa-se ainda grande discrepância em relação ao que dizem as leis, e o que manifestam professores e alunos (AZEVEDO, 2000; MASINI, 1999, VERÍSSIMO, 2001; BRUNO, 2000).

Os apoios informais e formais essenciais às comunidades inclusivas, que respondem as necessidades de todos os alunos, podem ser facilitados suprimindo-se as escolas e classes especiais. Os professores das escolas especiais podem tornar-se professores regulares, professores de equipe, especialistas e colaboradores em recursos humanos e facilitadores de redes de apoio na educação regular. Além disso, a riqueza de materiais, procedimentos,

apoios, equipamentos e recursos da educação especial podem ser integrados a educação geral (STAINBACK & STAINBACK, 1999).

Outro importante elemento no desenvolvimento da rede de apoio e da comunidade inclusiva é que todos devem respeitar o valor da diversidade. Ela fortalece a escola e a sala de aula e oferece a todos os seus membros maiores oportunidades de aprendizagem (STAINBACK & STAINBACK, 1999).

A origem congênita da deficiência visual, entre os escolares entrevistados, destacou-se (84,6%) (TABELA 3). É interessante observar que isto pode também relacionar-se ao fato de que na idade escolar quase todos esses alunos já apresentavam a deficiência visual (TABELA 3), o que pode sugerir a influência negativa no desempenho escolar diante das condições desfavoráveis de escolarização para esta população na atualidade.

Em relação ao conhecimento do próprio problema oftalmológico, 53,0% dos entrevistados mencionam a denominação e respectiva causa (TABELA 4). Em outro estudo com usuários em processo de reabilitação no CEPRE, 76,0% declararam saber a denominação (MONTILHA et al., 2000b). Cabe ressaltar que as amostras eram de 26 e 25 sujeitos, respectivamente, e média de idade de 17,1 e de 32,2 anos. Essa diferença talvez se deva à média de idade do presente estudo ser menor. Pode-se supor a existência de relação entre o conhecimento e a idade, ou seja quanto maior a idade, maior o conhecimento a respeito do problema visual. Contudo esse aspecto não foi introduzido nesta investigação.

Entre as causas mencionadas destacaram-se a retinopatia da prematuridade (21,4%), o glaucoma (21,4%), a catarata congênita associada ao glaucoma (14,3%) e o descolamento de retina (14,3%) (TABELA 4).

No estudo realizado por MONTILHA et al. (2000b), destacaram-se como causas da deficiência visual a atrofia do nervo óptico (21,0%), e a retinose pigmentar e catarata congênita, ambas com 15,7%.

É importante destacar o aspecto preventivo no que se refere aos partos prematuros como causa da retinopatia da prematuridade. Ressalta-se a importância de estudos sobre gravidez de alto risco no sentido de prevenir cada vez mais os partos prematuros, causa não

só de deficiência visual como de outras deficiências associadas.

Pesquisa realizada no Instituto de Cegos do Paraná, MOREIRA et al. (1991), numa população de 121 casos na faixa etária entre 5 e 62 anos, encontraram, entre outras, as seguintes causas de cegueira: mal formação ocular congênita (23,9%), glaucoma congênito (16,5%), processo infeccioso intra-ocular (10,7%), atrofia do nervo óptico (10,7%), trauma (8,2%), retinose pigmentar (5,8%), catarata congênita, retinopatia da prematuridade e descolamento de retina somaram menos de 1% dos casos.

Em pesquisa no SVSN-UNICAMP observa-se uma distribuição diferente por faixa etária. A partir dos 15 anos, faixa etária que se assemelha mais a deste estudo, as causas mais freqüentes foram: degeneração senil de mácula (18,1%), retinose pigmentar (14%), coriorretinite macular (13,1%), atrofia óptica (12,2%), catarata (7,8%) e degeneração juvenil da mácula (7,1%)(CARVALHO, 1993).

Em pesquisa realizada com escolares, pacientes do SVSN - UNICAMP, na faixa etária de 7 a 18 anos e 11 meses, a coriorretinite macular foi a causa mais freqüente de deficiência visual (46,7%). Outras causas apontadas foram a atrofia do nervo óptico (11,1%) e a catarata congênita (10,0%). O glaucoma congênito aparece em 4,4%. As demais causas se apresentam em menores proporções (CARVALHO et al., 1998a).

Em estudo retrospectivo sobre causas de deficiência visual em crianças de até 15 anos atendidas em 2 hospitais universitários de São Paulo, 2 clínicas oftalmológicas do município de São Paulo e uma clínica oftalmológica de Goiânia, observou-se como causas mais freqüentes a catarata congênita (21,8%), a coriorretinite macular (8,4%) e o glaucoma congênito (7,1%) (KARA-JOSÉ et al., 1984).

Segundo CARVALHO et al. (1998b), 43,5% dos casos apresentavam a coriorretinite macular como causa da deficiência visual entre 395 crianças avaliadas no serviço de visão subnormal da UNICAMP.

Em pesquisa realizada com crianças atendidas no Ambulatório de Estimulação Visual Precoce da Escola Paulista de Medicina, foram estudados 50 casos de crianças com visão subnormal constatou-se como principais causas da deficiência visual a coriorretinite

por toxoplasmose (30,0%), o glaucoma congênito (12,0%) e a catarata congênita (12,0%) (TARTARELLA, et al., 1991).

É interessante observar que a corioretinite macular causada por toxoplasmose, não aparece como causa importante de deficiência visual entre os escolares deste estudo. Pode-se supor que não tenham uma acuidade visual muito baixa, não estejam freqüentando a escola ou ainda, não tenham sido identificados como portadores de deficiência visual.

Imaginava-se encontrar um número maior de escolares portadores de visão subnormal em relação aos portadores de cegueira, diferente do que foi encontrado neste estudo (TABELA 3)

O número de portadores de visão subnormal pode ser de três a cinco vezes maior do que o de cegos (KARA-JOSÉ et al., 1988).

Segundo a WHO (1992) a maioria das crianças identificadas como deficientes visuais possui alguma visão útil e isto se aplica a 70,0% - 80,0% das crianças anteriormente diagnosticadas como cegas. Há evidências de que um número significativo de crianças não são adequadamente identificadas em muitos países.

Os trabalhos citados, embora apresentando variação nas freqüências, apontaram como principais causas da deficiência visual a atrofia do nervo óptico, catarata congênita, glaucoma congênito, retinopatia da prematuridade, descolamento de retina e traumas.

Faz-se necessário a investigação das principais causas da cegueira no Brasil para que a prevenção possa desenvolver-se de maneira mais acertiva. Segundo a OMS, para países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento as principais causas de cegueira seriam: hipovitaminose A, tracoma, oncocercose e catarata. Na América Latina as maiores causas são a catarata, glaucoma e retinopatia diabética. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987; RODRIGUES, 1997; GILBERT et al., 1993; WHO, 1992, 1995; ECKSTEIN et al., 1995).

Percebe-se a necessidade de novos inquéritos para que se caracterizem as reais causas brasileiras, considerando-se principalmente as diferenças regionais. Talvez este

aspecto mereça atenção mais ampla de órgãos públicos para que se efetivem programas de prevenção da cegueira, para que se adequem os serviços existentes e para que se criem serviços de acordo com as necessidades da população.

Escolares portadores de visão subnormal e não só os portadores de cegueira utilizam, como recursos para atividades de leitura e escrita na escola, o sistema braile (94,1%) e recorrem ao colega que dita a matéria (81,8%) (TABELA 6). Este fato reforça a idéia de que alunos com baixa visão podem desconhecer seus próprios recursos para a execução dessas atividades, como o uso de auxílios ópticos, textos com tipos ampliados e outros recursos não ópticos que poderiam facilitar seu processo de escolarização (MARGRAING, 2000; STOCHHOLM, 1995; TORRES & CORN, 1990; CARVALHO et al., 1998b).

Fatores psicológicos podem estar relacionados a não utilização de auxílios ópticos e não ópticos. Sabe-se que, principalmente na adolescência, a aceitação do grupo é fator determinante no comportamento de jovens. Usar um recurso óptico diferente dos óculos comuns, que não apresente uma estética desejável, ou mesmo o material escolar diferente dos demais colegas, pode causar problemas de auto-estima e de conseqüente aceitação da condição de portador de deficiência.

Em estudo realizado no SVSN - UNICAMP em 1998, realizou-se reavaliação de 90 escolares que haviam sido atendidos no serviço. A pesquisa mostrou que 89,7% dos escolares utilizavam o auxílio óptico na escola e/ou em casa, que foi considerada uma adesão satisfatória. Dos 14,4% que não estavam fazendo uso efetivo, a metade referiu-se a problemas de rejeição por motivos estéticos, a outra metade dividiu-se igualmente entre dificuldades financeiras em adquirir o auxílio, diminuição da acuidade visual e prescrição inadequada CARVALHO et al., 1998a).

A maioria dos escolares entrevistados estuda em escola com "sala de recursos" (73,1%) (TABELA 7). Sala de recursos é definida como local com equipamentos, materiais e recursos pedagógicos específicos à natureza das necessidades especiais do educando, onde se oferece a complementação do atendimento educacional realizado em classes do ensino comum, por professor especializado. São definidos para a sua implementação

aspectos físicos e pedagógicos específicos (BRASIL, 1995).

São várias as atribuições da "sala de recursos", entre elas destacam-se: apoiar a integração do aluno portador de deficiência visual na escola e na comunidade escolar; prestar assessoramento técnico-pedagógico aos professores da rede regular de ensino para a elaboração de um plano de atendimento adequado às necessidades individuais do aluno portador de deficiência visual; fornecer material didático especializado ou adaptado, necessário ao desenvolvimento do currículo; garantir o suprimento de material de transcrição braile/tinta, tinta/braile, ampliação, gravação sonora de textos, adaptação de gráficos, mapas e similares, além de materiais didáticos para uso de cegos e portadores de visão subnormal (BRASIL, 1995; CERQUEIRA & FERREIRA, 2000).

Considerando as atividades desenvolvidas nas salas de recursos justifica-se o fato de que a maioria dos escolares optaram pelas escolas que sediam tal recurso. Os escolares, que frequentam escolas que não dispõem da referida sala, buscam este recurso no período inverso ao das aulas para desenvolverem atividades específicas, para transcrição de textos e trabalhos. Os professores destes alunos também recorrem às salas de recursos para solicitarem transcrição de provas. Observando-se que os escolares entrevistados dividem-se entre 3 salas de recursos, pode-se supor um acúmulo de tarefas para esses professores especializados.

Os alunos relataram também que recorrem à ajuda de familiares para a transcrição do material em braile, com a finalidade de agilizar o acesso ao material. Isso sugere que a demora do acesso ao material didático possa prejudicar o desempenho escolar dos alunos com deficiência visual.

O fato dos escolares referirem relacionar-se bem com professores (96,1%) (TABELA 8), pode sugerir um certo receio de demonstrar o contrário, pois atribuem a esse fato grande influência no aprendizado escolar (69,2%) (TABELA 9). No que se refere ao relacionamento com colegas e diretoria da escola, as opiniões de que pouco ou nada influi no aprendizado escolar predominam, 42,3% e 71,1%, respectivamente (TABELA 9).

A opinião de 50,0% dos escolares é que a deficiência visual atrapalha mais ou

menos o desempenho escolar. Essa resposta faz pensar que talvez seja, para eles, a opção menos comprometedora. Pode-se supor que tenham dificuldade de realizar esta auto-avaliação. Ressalta-se também o fato de 38,5% dos alunos declararem que a deficiência visual não atrapalha nada no desempenho escolar (TABELA 10).

Paradoxalmente tanto escolares portadores de cegueira como portadores de visão subnormal apontam dificuldades escolares decorrentes da deficiência visual (TABELAS 11 e 12). Entre as apontadas pelos portadores de cegueira sobressai-se a leitura de livros (71,4%) e entre portadores de visão subnormal além da leitura de livros (100,0%) o fato de enxergar na lousa (100,0%). Pode-se supor que não haja consciência dessa contrariedade ou até que eles considerem que as dificuldades não sejam devidas à deficiência visual e sim ao sistema de ensino. Esta, talvez, seja uma visão mais inclusivista.

Segundo SASSAKI (1997, 2001), a inclusão social constitui, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos. O que se observa ainda, na prática, é o modelo de integração social, onde a sociedade permanece passiva, aceita receber portadores de deficiência desde que estejam capazes de moldar-se ao sistema já existente.

Recursos ópticos foram mencionados por apenas 33,3% (lupa) dos portadores de visão subnormal, além dos óculos comuns (91,7%) (TABELA 13). Não é possível avaliar se mais alunos precisariam de outros recursos ópticos, mas a questão merece destaque se observada a melhora de funcionalidade visual com a utilização de recursos apropriados. Já em relação aos recursos não ópticos destacam-se os ambientais - aproximação da lousa e da janela para maior iluminação (TABELA 13).

Recentes estudos mostram que com a utilização de auxílio ópticos prescritos de acordo com o nível visual apresentado pelo sujeito, a funcionalidade visual pode ser melhorada. Estudo realizado na Inglaterra mostra o acompanhamento de 168 pacientes portadores de visão subnormal que tiveram prescrição de auxílio ópticos associados a orientação de uso de recursos não ópticos e foram acompanhados por seis meses consecutivos. No que se refere a atividade de leitura melhoraram o grau de desempenho

significativamente, 88,0% dos pacientes começaram a ler letras impressas em jornais depois do tratamento mencionado (MARGRAIN, 2000; WOLFFSOHN, COCHRANE, WATT, 2000).

Estudo realizado em Campinas mostrou a adesão de 85,6% de escolares atendidos no serviço de visão subnormal do Hospital de Clínicas da UNICAMP, ao uso do auxílio óptico após o tratamento no referido serviço. Nesse estudo foram realizados esclarecimentos aos professores e familiares sobre os benefícios do uso dos auxílios ópticos (CARVALHO et al., 1998a).

O fato dos escolares mostrarem-se muito satisfeitos com o trabalho do professor (88,5%), porém mais ou menos satisfeitos com materiais e ambiente escolar (42,3%), sugere que embora reconheçam a existência de recursos, não têm acesso a eles (TABELA 14). Observa-se, no entanto, aparente contradição no que se refere à satisfação com os professores. Entre as sugestões mencionadas para a facilitação do próprio aprendizado escolar, destacou-se a de melhor preparo dos professores destacou-se (33,4%) (TABELA 16). Mais uma vez fica a impressão da dificuldade do aluno em expor sua opinião em relação ao professor. Talvez isso se deva ao fato dos alunos perceberem a profundidade da questão, ou seja, os professores não foram preparados para atuarem com alunos deficientes visuais, mas trabalham adequadamente, se considerado o contexto de sua formação.

Pouco mais de 50,0% dos alunos entrevistados mencionam ações que poderiam facilitar o aprendizado escolar de portadores de deficiência visual (TABELA 15). É admissível supor a ausência de questionamento sobre o processo de escolarização de que participam. MARCELLI & BRACONNIER (1989), BLAYA (1978) afirmam que pessoas de classes sociais menos favorecidas estão acostumadas a receberem atendimento de saúde e educação sem questionamento e, muitas vezes, sentem-se bastante agradecidas por ações que não correspondam às suas expectativas, por não sentem-se merecedoras de tal atenção.

As sugestões mencionadas pelos escolares mostram que dispõem de conhecimento em relação aos recursos que lhes são de direito e também que lhes são imprescindíveis para o processo de escolarização (Tabela 16). É interessante observar que mais uma vez a

opinião de escolares coincide com a de professores no que se refere à formação destes - é insuficiente para o trabalho com deficientes visuais (CARVALHO et al., 1998a e GASPARETTO et al., 2001).

A acessibilidade tanto ao material ampliado como o transcrito em braile são outras das sugestões que se destacam entre os escolares, bastante coerente com as principais dificuldades apontadas por eles para a própria escolarização (Tabelas 11 e 12). O Ministério da Educação (MEC) por meio da Secretaria de Educação Especial, tem apoiado várias iniciativas no sentido de viabilizar a inclusão das pessoas com necessidades especiais no sistema público de ensino. A exemplo disto forneceu condições para a execução de dois cursos de capacitação para profissionais atuarem com alunos portadores de visão subnormal, no ano de 2001. Um dos cursos foi destinado à profissionais da área de saúde (não médicos) ou educação indicados pelas respectivas secretarias de cada estado do Brasil e Distrito Federal. Compareceram dois profissionais de cada estado. O outro curso foi destinado a oftalmologistas, sendo solicitada indicação das secretarias de saúde de cada estado e Distrito Federal. Compareceram médicos de todos os estados com exceção do Piauí. Encontra-se em fase de aprovação a continuidade do Projeto com a organização de um Fórum e encontro dos profissionais que participaram dos dois cursos, para avaliação da efetivação de ações propostas no sentido do atendimento oftalmológico e educacional do escolar com baixa visão.

O Programa Nacional do Livro Didático (PNLD) tem divulgado o compromisso do "Livro didático para todos". Este compromisso estende-se ao portador de deficiência visual viabilizando-se o acesso ao livro em braile e ampliado. Esse acesso está sendo possibilitado pela implementação nos diferentes Estados da Federação de Centros de Apoio Pedagógicos (CAP). Atualmente encontram-se em funcionamento CAP nos seguintes estados: São Paulo, Bahia, Paraná, Espírito Santo, Goiás, Santa Catarina, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Ceará, Piauí, Pará, Sergipe, Rio Grande do sul, Minas Gerais, Maranhão, Acre, Amapá, Distrito Federal e Tocantins. Os demais estados devem ter a implementação do respectivo CAP ainda no decorrer do presente ano, também pela Secretaria de Educação Especial - MEC.

No que se refere às percepções dos escolares em relação ao próprio processo de

reabilitação a maioria freqüentou ou está freqüentado pelo menos uma instituição de reabilitação (Tabela 18). É interessante observar que quase metade dos escolares realizam processo de reabilitação na mesma instituição. Isto pode sugerir que esta instituição apresente melhores condições de acesso, ausência de espera para início da reabilitação, maior número de vagas disponíveis ou ainda maior credibilidade no serviço oferecido.

O fato de que proporção acentuada de usuários de reabilitação mencionam dificuldades para o início do processo, entre elas a ausência de transporte, de acompanhante e de atendimento imediato, indicam haver dificuldade de acesso de portadores de deficiência visual à reabilitação (Tabela 20). Considerando-se que o deficiente visual não reabilitado não tem locomoção independente, o acesso ao serviço especializado fica bastante limitado em razão da ausência de transporte ou de acompanhante. Conclui-se que esses escolares e reabilitandos são realmente o produto de muita perseverança, deles próprios e muito provavelmente de suas famílias também. Isso explica também o número reduzido de escolares localizados no município de Campinas. Quantos não conseguiram transpor os obstáculos? Quantos não desistiram das atividades escolares por não terem orientação adequada, ou não terem acesso às escolas com salas de recursos?

A desinformação da própria população sobre as ações de prevenção secundárias e terciárias abrangendo diagnóstico precoce, tratamento imediato e reabilitação, somada às dificuldades de contar com acompanhante para a consulta oftalmológica, criam barreiras que dificultam o acesso aos serviços de reabilitação (TEMPORINI et al., 1997).

Ressalta-se a opinião dos escolares sobre a contribuição do processo de reabilitação para a escolarização. Os resultados encontrados neste estudo são similares aos do estudo realizado por MONTILHA (1997) que entrevistou usuários de reabilitação do CEPRE. O aprendizado da locomoção independente e a autonomia nas atividades de leitura e escrita perfaziam as maiores expectativas em relação à reabilitação (88,0%).

Segundo CARROL (1968), a ausência ou perda da mobilidade decorrente da deficiência visual apresenta importância fundamental, porque significa mais do que andar, significa a liberdade de ir de um lugar para outro, mediante todos os meios possíveis, seja no pequeno espaço de uma sala ou de uma casa, seja em áreas geográficas próximas ou

distantes.

É admissível que a reabilitação contribua para a escolarização já que 75,0% dos escolares aprenderam o sistema braile, imprescindível para a realização das atividades escolares, nas instituições de reabilitação. É interessante observar que na opinião dos escolares as instituições de reabilitação devem ser responsáveis pelo ensino do sistema braile, fato que pode surpreender, por parecer ser uma atividade mais relacionada ao professor de sala de recursos.

ALVES & KARA-JOSÉ (1996) ressaltaram a necessidade do portador de deficiência visual necessitar do trabalho de uma equipe multidisciplinar constituída por: médico oftalmologista, fisioterapeuta, professor de educação física, terapeuta ocupacional, técnico de orientação e mobilidade, psicólogo e assistente social. Os autores afirmam que as equipes de saúde, por intermédio de trabalho multiprofissional, devem atuar: "cadastrando entidades e profissionais da comunidade, voltados para a reabilitação do deficiente visual; realizando levantamento da demanda potencial de deficientes visuais na comunidade; divulgando na comunidade, a importância da reabilitação; facilitando o acesso do deficiente visual às unidades de saúde e facilitando o acesso do deficiente visual à escola".

Entre os portadores de visão subnormal, mais especificamente, nota-se a importância que os escolares atribuem ao processo de reabilitação pelo aprendizado do uso do resíduo visual, do uso do auxílio óptico e não óptico, além do já citado aprendizado de locomoção (Tabela 24). Esses resultados reafirmam a necessidade de orientação específica para o uso e aproveitamento adequado dos auxílios ópticos e não ópticos por portadores de VSN.

Segundo WATSON (1989), o cliente usuário de auxílios ópticos e não ópticos necessita de orientação geral sobre como maximizar o uso de sua visão residual através de técnicas seqüenciais de instrução.

KELLER (1979) e WIENER & VOPATA (1980), acreditam para o treino do uso dos recursos ópticos deva-se utilizar a técnica de repetição de tarefas, pois assim o paciente vai aprendendo na prática, entre outros fatores, a distância de trabalho e a

profundidade de foco.

Para facilitar a cooperação do paciente deve-se usar sempre tarefas que sejam de seu interesse, os treinos devem ser seriados e curtos, evitando, assim, cansaço físico e visual (CARVALHO, 1993; WOLFFSOHN et al., 2000).

A experiência tem mostrado que os profissionais da equipe de reabilitação seguem estas sugestões, favorecendo que o sujeito portador de VSN utilize, nas diversas atividades que ali desenvolve, os recursos ópticos prescritos. É necessário que o uso do auxílio óptico seja contextualizado de acordo com interesse do usuário. Observa-se também a iluminação e contraste mais adequados para cada caso.

Segundo MONTILHA (2001), observa-se que o cliente portador de VSN só apresenta um bom aproveitamento das orientações realizadas, das experiências vividas com os materiais, das adaptações e auxílios ópticos, se houver conscientização de suas habilidades, limitações e boa auto-estima.

São raros os trabalhos sobre a reabilitação de deficientes visuais. A experiência tem mostrado que o tempo de duração desse processo varia muito de indivíduo para indivíduo devido a cada um ter um ritmo próprio a ser respeitado. A média de permanência no processo de reabilitação encontrada neste estudo de 6,3 anos é alta. Sabe-se que o aspecto emocional interfere expressivamente no desenvolvimento das atividades abordadas durante a reabilitação como a orientação e mobilidade (locomoção), atividades de via diária, terapia ocupacional, utilização do sistema braile ou uso de auxílios ópticos. Pode-se supor que a variação da duração da reabilitação refira-se ao atendimento de indivíduos que tenham dificuldades para aceitar o problema visual.

Vários autores descrevem o processo de elaboração do luto vivenciado pelo indivíduo que sofre uma perda importante em sua vida. Este processo é influenciado: pela sua personalidade, pelos sentimentos anteriores em relação a deficiência e pela vivência das primeiras perdas (BOWLBY, 1982; VIORST, 1988; MONTILHA, 2000 a).

Segundo BOWLBY (1982) os sentimentos presentes durante o processo de elaboração do luto são, na maioria das vezes: ambivalência, revolta, ansiedade, angústia,

negação da cegueira e esperança a cura. O autor divide o luto na vida adulta em quatro fases: fase de torpor que se caracteriza pela negação do problema, podendo durar momento, semanas, meses ou anos; fase de saudade da figura perdida- refere-se à fase em que há uma busca incessante por tratamento e recuperação da visão; fase de desorganização e desespero que refere-se ao momento de maior expressão dos sentimentos de raiva, busca de culpados e depressão. A última fase seria a de reorganização - momento de aceitação da deficiência visual e envolvimento com o processo de reabilitação.

Além da perda da visão em si, o indivíduo que adquire a deficiência visual apresenta outras perdas decorrentes. A perda da vida social, do trabalho e conseqüente, segurança financeira, além do papel familiar (CARROL, 1968).

A família também vivência um momento bastante específico quando tem um filho portador de deficiência. MILLER (1995) relata quatro fases de adaptação que, em geral, as mães passam após receberem o diagnóstico do problema de seus filhos, denominados de sobrevivência, busca, ajustamento e separação. A fase de sobrevivência inicia-se com um estado de choque. Tudo parece ser irreal. Ter um filho e saber que talvez, ele não possa se desenvolver como qualquer outro membro da sociedade é um golpe devastador. O luto sentido é pelo seu filho, que merece as mesmas chances na vida que qualquer outra pessoa e por aquilo que ele talvez nunca possa vivenciar.

Quando os familiares recebem a notícia da deficiência, muitos sentimentos ocorrem: tristeza, culpa, medo e ansiedade, ressentimento, negação e raiva. Em parte eles são superados, em parte são recorrentes ao longo da vida (HERRING,1996).

De acordo com a WHO (1992) a negação da deficiência e a inabilidade dos pais em lidar com ela é muito freqüente, pois imaginam que o problema é leve e que possa ser disfarçado. Este fato pode trazer como conseqüência dificuldades de adaptação escolar pela falta de atendimento especializado adequado.

Segundo SHEPHERD (1996), na maioria dos casos, os pais da criança com deficiência aceitam o seu problema, desenvolvem uma atitude positiva que se transmite à criança, tornando-se fonte importante de estímulo e motivação.

O fato da maioria dos escolares deste estudo apresentarem deficiência visual congênita não descarta a possibilidade das fases de elaboração do luto interferirem no

processo de escolarização e reabilitação. A experiência tem mostrado que muitos portadores de deficiência demoram anos para aceitar seu problema visual, principalmente quando a família também apresenta dificuldades de aceitação. Pode-se supor que a conduta da família seja insuficiente na busca de condições para a inclusão escolar e satisfatório desempenho de seu filho com deficiência visual.

Em estudo realizado com mães de escolares portadores de deficiência visual, identificados na triagem oftalmológica da Campanha Olho no Olho/1999 em Campinas, os sentimentos mais freqüentes entre as mães entrevistadas, em relação ao problema visual de seu filho foram conformação (50,0%) e tristeza (30,0%) (NOBRE et al., 2001).

Segundo CESAR (1993), identificar emoções, atitudes, medos e preocupações dos pais seria uma forma de ajudar a criança, pois a ansiedade dos pais é transmitida aos filhos influenciando desta forma na recuperação de sua saúde.

O universo familiar e suas relações no processo educacional da criança com deficiência constituem um campo pouco estudado, mas muito importante para o desenvolvimento e aprendizagem da criança.

No que se refere à reabilitação o Brasil tem sua história e evolução relacionadas com o surto de desenvolvimento industrial e o conseqüente infortúnio dos acidentes de trabalho (SILVA, 1996).

Segundo LEAVELL & CLARK (1976), tanto o interesse profissional quanto o interesse público na reabilitação foram estimulados pela Segunda Guerra Mundial, quando o problema dos ex-militares mutilados concentrou todas as atenções.

No modelo brasileiro de reabilitação as ações e os serviços são preponderantemente financiados pelo poder público. A rede de atendimento em reabilitação é constituída de serviços públicos, privados, filantrópicos e universitários. Os serviços de atendimento na área de reabilitação, dividem-se em duas grandes redes. A primeira constituída por Instituições, Centros, Serviços de Medicina Física e reabilitação Estaduais e municipais, em sua maioria vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Segunda é composta por Unidades executivas de reabilitação Profissional: Centros, Núcleos e Equipes de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (SILVA, 1986).

Em 1993 o Ministério da Saúde, por meio do SUS, apresentou uma política para atenção ao portador de deficiência. Antes disto, tradicionalmente as instituições que atendiam as pessoas portadoras de deficiência haviam sido aquelas de caráter filantrópico, conseqüência da falta de definição de uma política governamental para a área (BRASIL, 1993).

Campinas é um importante polo de referência na área de saúde no interior do Estado de São Paulo, contando com uma completa infra estrutura de serviços públicos e privados, que vão desde os níveis de assistência básica, até os de maior complexidade (TOLDRÁ, 2000).

Neste estudo a maioria das instituições de reabilitação são não governamentais e não mantêm convênio com o SUS.

Estudo realizado em Campinas, em 1997, caracterizou os serviços de saúde pública que atendiam portadores de deficiência física. No que se refere à capacidade de atendimento dos serviços, a maioria assinalou a existência de demanda reprimida (57,0%), isto é, grande parte da clientela que é encaminhada aos serviços, ou chega por procura espontânea, não é totalmente absorvida (TOLDRÁ, 2000).

Neste estudo apenas 1 das instituições referiu demanda reprimida. Talvez esta diferença se deva ao fato de possivelmente o número de deficientes físicos ser maior do que o número de deficientes visuais.

Outro fator que pode contribuir para a não existência de demanda reprimida na maioria das instituições deste estudo é a prevalência de atividades grupais em relação às individuais. Quando há prevalência de atividades individuais uma clientela menor tem condições de ser absorvida, dificultando ainda mais o acesso do usuário. As ações coletivas, ou o trabalho grupal, são defendidos por diferentes autores e mostram-se, muitas vezes, mais produtivos que as individuais, dada a oportunidade de explorar as funções de socialização e comunicação (ZIMERMAN, 1997; COSTA et al., 1997).

Estas possibilidades de trabalho em grupo beneficiam os participantes nos aspectos que referem a: motivação, mudança de atitudes, adoção de novos hábitos de auto-cuidado, aquisição de maior autonomia e ampliação do universo de informações (ZIMERMAN, 1997).

JONGBLOED & CRICHTON (1990) referem que as intervenções coletivas não devem ser entendidas como perda de qualidade, massificação de atenção ou economia, mas sim como um recurso terapêutico que permite um tratamento das questões trazidas pelas pessoas que, no âmbito individual, muitas vezes são de menor eficácia.

São raros os trabalhos que versam sobre as instituições de reabilitação para deficientes visuais. A experiência tem mostrado a possibilidade da implementação de atividades grupais na maioria das modalidades de atendimentos necessários na reabilitação de deficientes visuais: ensino do braile, atividades da vida diária, orientação e mobilidade, grupos psicoterapêuticos com familiares, grupos de pedagogia e de terapia ocupacional visando a eficiência visual e contextualizando a utilização de auxílios ópticos e não ópticos, grupos de atividades profissionalizantes e de informática. Neste estudo as instituições apresentaram estas ações (TABELAS 26 e 27). Pode-se supor que os modelos de intervenção aqui utilizados têm beneficiado a capacidade e a qualidade de atendimento ao deficiente visual no município de Campinas.

Documentos da HELEN KELLER INTERNATIONAL (1988) e da ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE CEGOS DA ESPANHA - ONCE (1988) referem como atividades essenciais para reabilitação de pessoas portadoras de cegueira a orientação e mobilidade, atividades da vida diária, educação básica e profissionalização.

A ONCE (1988) reforça a importância das atividades que promovam a eficiência visual, a utilização de recursos ópticos e não ópticos adequados às necessidades de cada indivíduo, após passar por minuciosa avaliação oftalmológica. Destaca a importância da equipe multidisciplinar no intuito de contribuir para a utilização do resíduo visual de forma contextualizada nas diferentes atividades do cotidiano.

Nas instituições estudadas nesta pesquisa observou-se ampla diversidade nas atividades de reabilitação oferecidas por todas elas (TABELA 27). Pode-se observar também que as equipes das instituições foram contempladas com as diversas categorias profissionais apresentando pequenas variações quanto ao nível de formação (ensino médio ou superior (TABELA 26).

A prática tem mostrado o reduzido número de profissionais especializados em orientação e mobilidade. Observou-se neste estudo que das 4 instituições, 2 delas contavam

com profissionais de formação em nível médio, encarregados no desenvolvimento desta atividade. Este fato merece novos estudos pois esta atividade é de suma importância para a reabilitação do portador de deficiência visual (CARROL, 1968; WHO, 1992; MONTILHA, 2000a; ONCE, 1988).

O fato das atividades de orientação e mobilidade, vida diária e aprendizado do sistema braile terem sido as mais oferecidas nas instituições deste estudo (TABELA 27), confirma o que a literatura recomenda como atividades básicas de reabilitação (HELEN KELLER INTERNATIONAL, 1988; ONCE; 1988)

No que se refere aos equipamentos disponíveis, todas as instituições apresentam pelo menos a máquina braile. O sistema de vídeo magnificação de imagens e o computador para o desenvolvimento de atividades de informática aparecem em menor proporção. Estes últimos, apesar de importantes, não são imprescindíveis para o processo de reabilitação, e na medida que o usuário desenvolve habilidades para sua comunicação de leitura e escrita e também que ganha autonomia e independência, pode buscar em outros recursos da comunidade o aprendizado do uso de equipamentos tecnológicos mais avançados, de acordo com suas necessidades e interesses individuais.

Evidenciou-se que Campinas apresenta uma situação privilegiada, contando com 4 instituições oferecendo atendimento gratuito a essa clientela, nas diferentes modalidades de intervenção e, na maioria, atendendo a demanda espontânea. Porém faz-se necessário algumas reflexões. A WHO (1981) estabelece recomendações importantes quanto a reabilitação de portadores de deficiência nos países em desenvolvimento. Observa a necessidade de fortalecimento da reabilitação comunitária juntamente com o desenvolvimento de recursos e pessoal apropriado.

De acordo com BLANCO & DUK (1997), o processo de detecção, reabilitação de deficiências e a participação da família são temas que se encontram praticamente ausentes nas legislações dos diferentes países da América Latina, motivo pelo qual não é de se estranhar que as associações, neste âmbito, sejam ainda muito isoladas e careçam de sistematização e articulação. É preciso avançar tanto do ponto de vista legislativo como na prestação de serviços.

Segundo a WHO (1981) os países em desenvolvimento não constituem um grupo

homogêneo no que se refere a prestação de serviços de reabilitação.

No Brasil observa-se ainda as grandes diferenças regionais. A concentração de serviços nas regiões economicamente mais favorecidas provoca o deslocamento de contingentes populacionais do interior para os grandes centros e dos estados pobres para os mais desenvolvidos. Tal deslocamento acarreta desadaptação da família e do cliente, tanto por ocasião de sua vinda quanto de sua volta a seu local de origem (NALLIN, 1994).

Neste sentido é que observa-se a necessidade do fortalecimento da transferência de tecnologia para as regiões menos capacitadas. É necessário que se realizem pesquisas para o conhecimento da realidade da região - dimensionamento do número de deficientes visuais, recursos institucionais existentes, formação de recursos humanos. O próximo passo seria planejar e estabelecer a integração da prevenção e da reabilitação nos serviços existentes na comunidade.

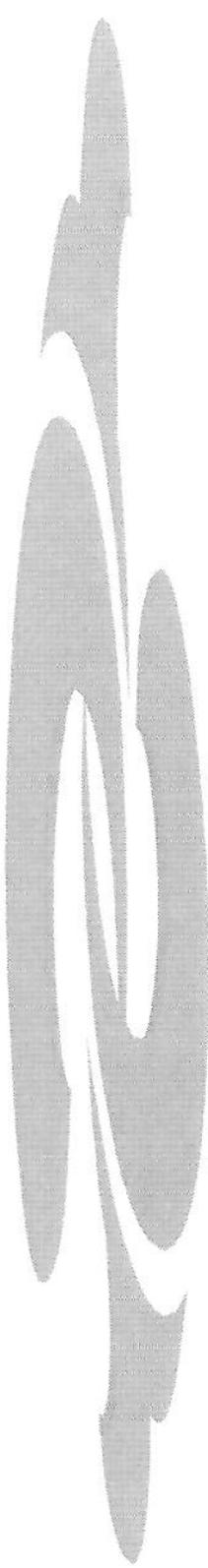
A organização de um programa de reabilitação de base comunitária depende dos membros da comunidade local. Os próprios portadores de deficiência, suas famílias, profissionais de reabilitação e outros membros da comunidade interessados e disponíveis para este trabalho.

A WHO (1981) recomenda a definição de supervisores locais de reabilitação que devem ser membros da própria comunidade. Os profissionais das instituições de reabilitação de outras localidades do país são um recurso valioso na formação e supervisão de outros profissionais da comunidade que por sua vez se tornarão agentes multiplicadores deste trabalho.

Outra recomendação da WHO (1981) é a utilização de procedimentos de cooperação técnica entre países em desenvolvimento por meio de grupos de estudos. Órgãos das Nações Unidas como UNICEF e UNESCO entre outros, assim como organizações não governamentais podem ser solicitados para oferecer importantes colaborações ao fomento do sistema de reabilitação de base comunitária.

Observam-se vários pontos de intersecção no que se refere a atuação com a pessoa portadora de deficiência visual. As áreas de educação e de saúde se complementam e precisam ser estudadas conjuntamente. Percebe-se que a educação especial, educação inclusiva, habilitação e reabilitação sobrepõem papéis ao mesmo tempo que alguns espaços

permanecem com lacunas. É preciso identificá-las e estabelecer parcerias com papéis melhor definidos e estratégias de ação complementares.



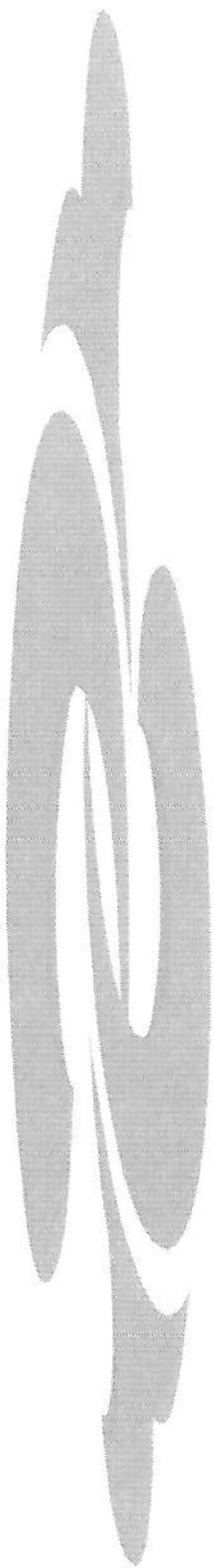
6. *CONCLUSÕES*

- 1- Em relação aos escolares que compuseram a população do estudo.
 - 1.1- Predominaram escolares do sexo masculino; residentes em Campinas e região. Evidenciou-se uma média alta de idade, baixo nível de escolaridade e alto nível de repetência.
 - 1.2- A maioria declarou-se portadora de cegueira, principalmente de origem congênita. Pode-se supor que portadores de visão subnormal não estejam freqüentando a escola ou que não estejam sendo identificados como portadores de deficiência visual, este fato merece novos estudos. Mostraram conhecer a denominação do próprio problema oftalmológico. As principais causas da deficiência visual mencionadas foram: retinopatia da prematuridade, catarata congênita e glaucoma congênito. A maioria declarou participação em processo de reabilitação.
- 2- Em relação às percepções dos escolares sobre o próprio processo de escolarização e de reabilitação.
 - 2.1- Manifestaram dúvida em relação ao próprio grau de dificuldade para a escolarização.
 - 2.2- Entre os escolares portadores de visão subnormal poucos declararam utilizar auxílios ópticos, alguns mencionaram utilizar o sistema braile como recurso para atividades escolares sugerindo, talvez, o desconhecimento de recursos ópticos apropriados à sua condição visual. Já entre os portadores de cegueira o uso da máquina braile destacou-se.
 - 2.3- Tanto para portadores de cegueira como para portadores de visão subnormal o despreparo de professores e o difícil acesso ao material didático apropriado foram destacados como principais razões do alto nível de repetência e conseqüente atraso escolar.
 - 2.4- Perceberam-se aceitos no ambiente da escola por professores, diretores e colegas reconhecendo esta influência positiva no desempenho escolar.
 - 2.5- Reconheceram a contribuição do processo de reabilitação no desempenho escolar.

Os portadores de cegueira ressaltaram o aprendizado da locomoção, do sistema braile e do sorobã. Os portadores de visão subnormal destacaram o aprendizado da utilização do resíduo visual.

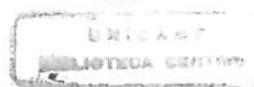
3- Em relação às ações de reabilitação.

- 3.1- O município de Campinas apresentou uma situação privilegiada considerando-se a existência de 4 instituições de reabilitação que oferecem atendimento gratuito aos deficientes visuais e suas famílias, e que na maioria, atende toda a demanda espontânea nas diferentes atividades de intervenção.
- 3.2- O atendimento exclusivo de deficientes visuais foi mencionado pela maioria das instituições, tendo sido o ambulatorial o tipo predominante.
- 3.3- As categorias profissionais serviço social e pedagogia especializada em deficiência visual predominaram nas equipes de todas as instituições.
- 3.4- As atividades de orientação e mobilidade, vida diária e o ensino do sistema braile foram as mais freqüentes em todas as instituições.
- 3.5- Os dirigentes das instituições declararam realizar avaliações sistemáticas do serviço oferecido implementando mudanças referentes a ampliação do quadro de profissionais, freqüência dos atendimentos e introdução de atendimentos grupais.

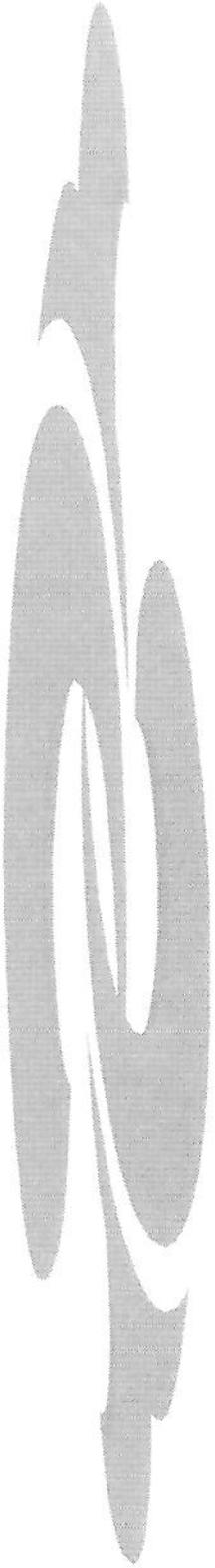


7. SUGESTÕES

105



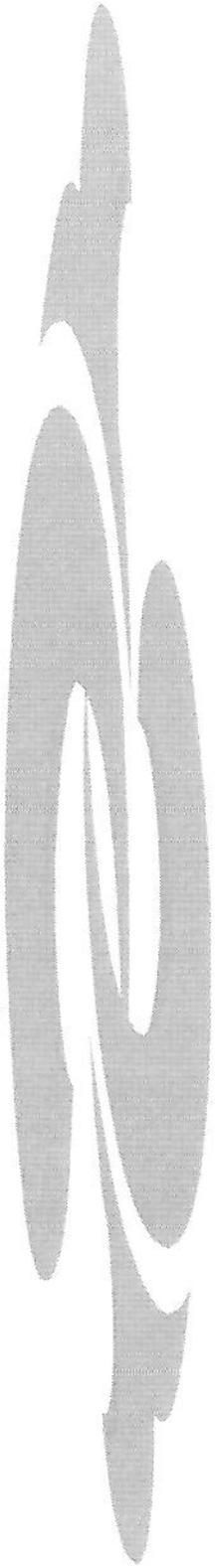
- 1- Observa-se a necessidade de ação articulada entre vários setores da comunidade para que o processo de inclusão seja efetivo. Para tal, sugere-se o estabelecimento de uma rede de apoio constituída por um protocolo de ação tendo início na identificação do aluno deficiente visual, seu cadastramento nas secretarias de saúde e educação, acompanhamento oftalmológico, orientação do oftalmologista dirigida ao professor do ensino regular e da sala de recursos; agendamento de reavaliações constantes com oftalmologista e equipe de reabilitação para intervenções precisas e orientações necessárias à escola e família no que se refere a utilização de auxílios ópticos, não ópticos e equipamentos apropriados.
- 2- Sugere-se a promoção de estudos com o objetivo de verificar como se desenvolve a assistência em nível de reabilitação de deficientes visuais nos outros municípios da região de Campinas.
- 3- Recomenda-se a viabilização de acesso aos recursos ópticos, não ópticos e material didático ampliado para os portadores de visão subnormal e do material didático em braile para os portadores de cegueira.
- 4- Sugere-se o planejamento e execução de cursos de educação continuada tanto para professores da sala comum e professores de salas de recursos como para as diferentes categorias profissionais que compõem as equipes de reabilitação, visando o preparo para a atuação com o aluno portador de deficiência visual.



8. *SUMMARY*

A transversal descriptive study was performed regarding the characteristics of visually impaired school students and their perceptions in relation to their own schooling progress and rehabilitation. The rehabilitation activities in the municipality of Campinas, São Paulo were also studied. The population was composed of visually impaired school students of 12 years and above who were being educated in the public teaching system in Campinas. For the collection of data a questionnaire was applied by interview. In relation to the rehabilitation activities, the population was composed of 4 institutions indicated by the schools interviewed. A self-applied questionnaire was used. Of the students, 53.5 % declared themselves to be blind and 46.2 % said that they were visually subnormal, the majority of the problems were congenital (84.6%). The most frequently mentioned causes of visual impairment were premature retinopathy (21.4 %), congenital glaucoma (21.4%) and congenital cataracts (14.3%). A reduced proportion of students with visual impairment were observed inside the public teaching system in Campinas (26). A high mean age (17.1 years), a low level of schooling (65.3 % attending fundamental teaching) and a high level of repetition of years (73.1 %) were noted. For both the blind and the low vision students the poor preparation of the teachers and the difficulty in accessing specific didactic material for visually impaired individuals were highlighted as reasons for the high level of repetition and consequent falling behind in schooling. Some of the low vision students mentioned used of the brail system as a resource for schooling activities (25.0 %), perhaps suggesting a lack of awareness regarding optical and non-optical resources appropriate for their visual condition. The majority of students mentioned participation in rehabilitation institutions (80.8 %), recognizing its contribution to their schooling, particularly for learning about locomotion, the brail system, sorobã for the blind and the utilization of the residual vision by the visually subnormal students. Campinas has a privileged situation, in that it has 4 rehabilitation institutions which offer free attendance to visually impaired individuals and which, in the majority, attend to the spontaneous demand of the different modalities of intervention. The improvement of access to optical and non-optical resources and didactic material for visually impaired students is recommended as well as the giving of capacitation courses to both teachers (aiming prepare the teacher for working with the visually impaired student) and the

different types of professionals which make up the rehabilitation teams. A gathering of forces is suggested to form a support network composed of a community which appreciates the value of diversity from the effective participation of visually impaired individuals, family, teachers and rehabilitation professionals for the concretization of the process of inclusion.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, M. R. & KARA-JOSÉ, N. - **O olho e a visão: o que fazer pela saúde ocular de nossas crianças**. Rio de Janeiro, Vozes, 1996. 151p.
- ALVES, M.R.& KARA- JOSÉ, N. **Campanha Nacional de Reabilitação Visual OLHO no OLHO – Manual de Orientação ao professor**, 1999. 40p.
- ALVES, R. - Senso comum e ciência. In: ALVES, R. **Filosofia da Ciência: introdução ao jogo e suas regras**. 11 ed. São Paulo, Brasiliense, 1988. p.10-9. (Série Pensamento e Ação no Magistério, 3).
- AZEVEDO, T.F.P. - Educação da pessoa com necessidades especiais: o caso de Juiz de Fora. **Temas sobre desenvolvimento**, 9 (50): 40-7, 2000.
- BAUMEL, R.C.R.C. - **As habilidades dos professores dos portadores de deficiência visual** - Estado do Paraná. São Paulo, 1990. [Tese de Doutorado - Universidade de São Paulo]
- BAUMEL, R. C. R. C. – Escola inclusiva: questionamentos e direções. In: BAUMEL, R. C. R. C. & SEMEGUINI, I., org. – **Integrar / incluir: desafio para a escola atual**. São Paulo. FEUSP, 1998. p. 33-44.
- BERWICK, D.M.- **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo, Markon Books, 1994.
- BLANCO, R. & DUK, C. - A integração dos alunos com necessidades especiais na região da América latina: situação atual e perspectivas. In: MANTOAN, M. T. E. - **A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema**. São Paulo, Memnon, 1997. p. 184-95.
- BLAYA, M. - **Psicoterapia com pacientes de classes menos favorecidas**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1978.
- BOWLBY, J. - **Formação e rompimento dos laços afetivos**. São Paulo, Martins Fontes, 1982. 166p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programas de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços**. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde, 1993. 48p.
- BRASIL. **Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial: área de deficiência visual**. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial, Brasília, MEC / SEESP, 1995, 58p (Série Diretrizes; 8).
- BRUNO, M.M.G. - **O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual: da intervenção precoce à integração escolar**. São Paulo, NEWSWORK, 1993. 144p.
- BRUNO, M. M.G - Escola inclusiva: problemas e perspectivas. *Série-Estudos...*, 10:79-90, 2000.
- CARVALHO, K. M. M. - **Visão subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil**. Campinas, 1993. (Tese- Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP).
- CARVALHO, K. M. M.; GASPARETTO, M.E.R.F.; VENTURINI, N.H.B.; KARA-JOSÉ, N. - **Visão subnormal: orientações ao professor do ensino regular**, 2ª ed. Campinas, Editora da UNICAMP. 1994. 48p.
- CARVALHO, K. M. M.; MINGUINI, N.; MOREIRA-FILHO, D. C.; KARA-JOSÉ, N. - Characteristics of a pediatric low-vision populatuion. *J. Pediatric. Ophthalmol. Strabismus*, 35:162-5, 1998a.
- CARVALHO, K. M. M.; VENTURINI, N. H. B.; MELO, H. F. R.; VENTURINI, T. B. P.; SHIROMA, L. O ; BUONO, C. L. - Eficácia das condutas de um serviço de visão subnormal. *Arq. Bras. Oftal.* 61 (6): 648-9, 1998b.

- CARROL, T. J. - **Cegueira: o que ela é, o que ela faz e como viver com ela**. São Paulo, Fundação para o livro do cego no Brasil (trad.), 1968. 352p.
- CAVALCANTE, R.S.C. – A inclusão do aluno com necessidades educacionais especiais na sala de aula do ensino regular: o papel do professor. **Temas sobre desenvolvimento**, 9 (52): 31-5, 2000.
- CERQUEIRA, J. B. & FERREIRA, E. M. B. - Recursos didáticos na educação especial. **Rev. Benjamin Constant**, 15: 24-8, 2000.
- CESAR, A. F. C. - Uma Abordagem da Terapia Ocupacional em relação ao vínculo mãe e filho em um ambiente hospitalar. **Rev. Terapia Ocupacional**, 1 : 12-5, 1993.
- CORDE - Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Brasília, CORDE, 1994. 54p.
- COSTA, E.S.; DUQUE,E.S; PINTO,M.; FARIA,J.B. – Estudo das estruturas organizacionais e indicadores de hospitais de ensino das regiões sul e sudeste do Brasil – **Rev. Ciênc. Farm**, 18(2): 293-306, 1997.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, P.; BRENDEL, K.A.; SMITH, D.C.; BURTON, A.H.; DICKER, R.C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R.F.; ARNER, T.G. - **Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.
- ECKSTEIN, M. B.; FOSTER, A; GILBERT, C. E. - Causes of childhood blindness in Sri Lanka: results from children attending six schools for the blind. **Br J Ophthalmol**, 79: 633-6, 1995.
- FOUCAULT, M. - **Microfísica do poder**. Org. e trad. Roberto Machado. 4ª ed. Graal, Rio de Janeiro, 1984. 296p.

- FREIRE, P. - **A educação na cidade**. São Paulo, Cortez, 1991. 79p.
- GASPARETTO, M.E.R.F.; TEMPORINI, E.R.; CARVALHO, K.M.M.; KARA- JOSÉ, N.
O aluno portador de visão subnormal na escola regular: desafio para o professor?
Arq. Bras. Oftal. 64: 45-51, 2001.
- GILBERT, C. ; FOSTER, A; NEGREL, A; THYLEFORS, B. - Childhood blindness: a
new form for recording causes of visual loss in children. **Bull World Health Org**,
71: 485-9, 1993.
- GOULD, J. & KOLB, W.L. - **A dictionary of the social sciences**. 1ª ed. Toronto, Collier -
Macmillan, 1964.
- HELEN KELLER INTERNATIONAL - **Community - Based Rehabilitation of the blind**
- **a training guide for field workers**. Second edition, New York, 1988, 131p.
- HERRING, J. - Adjusting to your child's visual impairment. In: HOLBROOK, M. C. (org).
Children with visual impairments: a parents guide. New York, Woodbine House,
1996. (The special needs collection).
- JONGBLOED, L. & CRICHTON, A. - A new difinition of disability: implications for
rehabilitation practice and social policy. **Can J Occup Therapy**, 57 (1): 32-5, 1990.
- KARA-JOSÉ, N.; ALMEIDA, G. V.; ARIETA, C. E. L.; ARAÚJO, J. S.; BECGARA, S.
J.; OLIVEIRA, P. R.; - Causas de deficiência visual em crianças. **Bol. Of. Salud.**
Panam. 97(5): 405-13, 1984.
- KARA-JOSÉ, N.; CARVALHO, K. M. M.; PEREIRA, V. L.; VENTURINI, N. H. B.;
GASPARETTO, M. E. R. F.; GUSHIKEN, M.T. - Estudo retrospectivo dos primeiros
140 casos atendidos na Clínica de Visão subnormal da UNICAMP. **Arq. Bras.**
Oftal., 51(2): 65-9, 1988.
- KARA-JOSÉ, N. & TEMPORINI, E. R. - Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos.
Rev. Panam. Salud Publica / Pan. Am. J. Public Health, 6 (4): 242-48, 1999.

- KELLER, D.D. - Orientation to low vision aids. **J. Vis. Impairm. Blind.**, **73(5)**: 161-66, 1979.
- LEAVELL, H.R. & CLARK, A B. – **Medicina preventiva**. São Paulo, Mc Graw-Hill, 1976.
- MARCELLI, D. & BRACONNIER, A. - **Manual de Psicopatologia do Adolescente**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1985. 318p.
- MARGRAIN, T. H. - Helping blind and partially sighted people to read: the effectiveness of low vision aids. **Br J Ophthalmol**, **84**: 919-21, 2000.
- MASINI, E. F. S. - A educação do portador de deficiência visual - as perspectivas do vidente e do não vidente. In: ALENCAR, E. M. L., org. - **Tendências e Desafios da Educação Especial**. Brasília, SEESP, 1994. p.82-103. (Série Atualidades Pedagógicas, 1).
- MASINI, E. F. S. - A pessoa com baixa visão: desenvolvimento de sua eficiência visual. **Temas sobre desenvolvimento**, **8(46)**: 28-34, 1999.
- MAZZOTTA, M. J. S. – **Educação especial no Brasil: História e políticas públicas**. São Paulo, Cortez, 1996. 208p.
- MEZOMO, J. C. - Qualidade na relação hospital - paciente. **Rev. Hospital - Adm. e Saúde**, **17 (5)**: 271-5, 1993.
- MILLER, N. B. - **Ninguém é perfeito - vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais**. Papirus, Campinas, 1995. 300p.
- MONTILHA, R.C.I. – **Reabilitação de portadores de deficiência visual: características, conhecimentos e opiniões de clientela atendida em um centro universitário**. Campinas, 1997. (Tese - Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas).

- MONTILHA, R. C. I. - O atendimento de terapia ocupacional com o adulto portador de cegueira adquirida. . **Sinopse de oftalmologia**, 2(1): 24-5, 2000a.
- MONTILHA, R. C. I. - Visão subnormal e a abordagem da terapia ocupacional. **Sinopse de oftalmologia**, 3(1): 22-4, 2001
- MONTILHA, R.C.I.; TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N; NOBRE, M.I.R.S. Deficiência visual: características e expectativas de clientela de serviço de reabilitação. **Rev. Ciênc. Med**, 9 (3): 121-126, 2000b.
- MOREIRA, A T. R.; MOREIRA JR., C. A; ARANA, J. - Causas de cegueira no Instituto de cegos do Paraná. **Arq. Bras. Oftal.**, 54(6):275-78, 1991.
- NALLIN, A. - **Reabilitação em instituição: suas razões e procedimentos: análise de representação de discurso**. Brasília, CORDE, , 1994. 184p.
- NIZETIC, B. - Perspectives in ophthalmology. A public health point of view. **Can. J. Ophthalmol.**, 8:311-6, 1973.
- NOBRE, M.I.R.S.; TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N.; MONTILHA, R.C.I. Deficiência visual de escolares: percepções de mães. **Temas sobre desenvolvimento**, 10(55):24-7, 2001.
- ONCE - **El adiestramiento de la vision subnormal**. Madrid, 1988. 123p.
- PIOVESAN, A. - Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, 4 (1): 85-97, 1970.
- PIOVESAN, A. & TEMPORINI, E.R. - Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Publica**, (29): 318-25, 1995.
- ROCHA, H. & RIBEIRO-GONÇALVEZ, E. (Org.) - **Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção - recuperação - reabilitação**. Belo Horizonte, Ed. Fundação Hilton Rocha, 1987. 354p.

- RODRIGUES, M. L. V. - Prevenção de perdas visuais. **Rev. Medicina, Ribeirão Preto**, **30(1)**: 84-89, 1997.
- SANTOS, M.P. - Educação inclusiva e a declaração de Salamanca: conseqüências ao sistema educacional brasileiro. **Rev. Integração**, **10 (22)**: 34-40, 2000.
- SASSAKI, R.K. – **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 1ª ed. Rio de Janeiro, WVA, 1997. 167p.
- SASSAKI, R. K.- Inclusão: A universidade e a pessoa com deficiência. **Rev. Nacional de Reabilitação**, **20**: 5-9, 2001.
- SAVIANI, D. – **Da nova LDB ao plano nacional de educação: por uma outra política educacional**. 3ª ed. Campinas, Autores Associados, 2000. 164p.
- SHEPHERD, R. B. - **Fisioterapia em pediatria**. São Paulo, Santos, 1996. 421p.
- SILVA, O.M. - **A epopéia ignorada- a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. São Paulo, Ed. CEDAS, 1986. 470p.
- STAINBACK, S. & STAINBACK, W. - **Inclusão um guia para educadores**. Porto Alegre, Artes Médicas Sul, 1999. 451p.
- STOCHHOLM, K.- Utopia e realidade: trinta anos de educação integrada. **Rev. Benjamin Constant**, **(6)**: 3-6, 1995.
- TARTARELLA, M. B.; NAKAMO, K.; CASTRO, C.T. M.; MARTINS, A. P. M. - Visão subnormal em crianças. **Arq. Bras. Oftal.**, **54(5)**: 221-4, 1991.
- TEMPORINI, E.R. - Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq. Bras. Oftalm.**, **54(6)**: 279-81, 1991.
- TEMPORINI, E. R. & KARA-JOSÉ, N. - Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de intervenção. **Arq. Bras. Oftalmol.** , **58**:189-94, 1995.

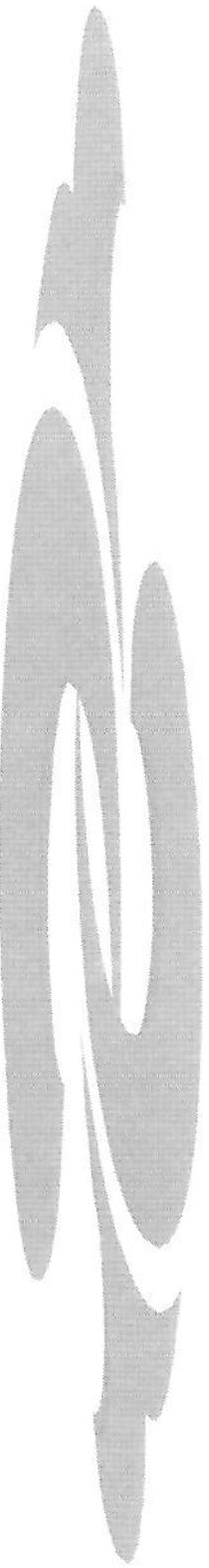
- TEMPORINI, E. R.; PIOVESAN, A.; SANTOS-FILHO, E.; CARVALHO, G. C. M.; FEDERMAN, M.; SILVA, O.M. P.; CARDOSO, S.T.C.; FERRENOUD, B. A. F. - Prevenção da AIDS: percepções de estudantes universitários relacionadas à transmissão sexual. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, 4(3/4):64-71, 1996.
- TEMPORINI, E. R. ; KARA-JOSÉ, N.; KARA-JOSÉ JR, N. - Catarata senil: características e percepções de pacientes atendidos em projeto comunitário de reabilitação visual. **Arq. Bras. Oftal.**, 60(1): 79-83, 1997.
- TOLDRÁ, R.C.; PÉREZ, M.AG.; MATTAM.AP. – Caracterização da assistência aos portadores de deficiência física nos serviços públicos de saúde em Campinas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, 8 (1): 13-37, 2000.
- TORRES S. I. & CORN, A. L. - **When you have a visually handicapped child in your classroom: sugestions for teachers.** American Foundation for the Blind. Second Edition, New York. 1990. 48 p.
- VERÍSSIMO, H. - Inclusão: a educação da pessoa com necessidades educativas especiais- velhos e novos paradigmas. **Rev. Benjamin Constant**, 18: 6-10, 2001.
- VIORST, J. - **Perdas necessárias.** São Paulo, Melhoramentos, 1988, 335p.
- WATSON, G. - Competencies and bibliography addressing student's use of low vision devices. **J. Vis. Impairm. Blind.**, 83:160-3, 1989.
- WIENER, W. & VOPOTA, A. - Suggested curriculum for distance vision training with optical aids. **J. Vis. Impairm. Blind.**, 83:49-56, 1989.
- WOLFFSOHN, A. L.; COCHRANE, A. L.; WATT, N. A. - Implementation methods for vision related quality of life questionnaires. **Br. J. Ophthalmol.**, 84:1035-40, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Prevenção de incapacidades y rehabilitacion.** Ginebra, OMS, 1981. 43p. (Série de Informes Técnicos, 668).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Management of low vision in children.** In:
WHO Consultation, Bangkok, 1992. **Annals.** Bangkok, 1992. 47p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Social and behavioural aspects of
comprehensive eye care: report.** Regional Office for Europe, Brussels, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global data on blindness.** Genève, WHO,
1995, **73 (1):** 115-121. (Bulletin of the World Health Organization, vol. 73)

ZIMERMAN, D. E. - Como agem os grupos terapêuticos? In: ZIMERMAN, D. E. &
OZÓRIO, C. - **Como trabalhamos em grupo.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. p.
95-105.



10. ANEXOS

ANEXO 1

PESQUISA: ESCOLARIZAÇÃO E REABILITAÇÃO DE ADOLESCENTES E ADULTOS DEFICIENTES VISUAIS – CAMPINAS, 2000

Rita de Cassia Ietto Montilha

QUESTIONÁRIO Nº $\frac{\quad}{1\ 2}$

1 - Sexo: Masculino _____ (1) Feminino _____ (2)	$\frac{\quad}{3}$
2- Quantos anos completos você tem ? _____ anos	$\frac{\quad}{4} \quad \frac{\quad}{5}$
3- Qual a cidade em que você nasceu ? _____ Em que Estado fica esta cidade? _____	$\frac{\quad}{6} \quad \frac{\quad}{7}$ $\frac{\quad}{8} \quad \frac{\quad}{9}$

4- Em que série você está, nesta escola?		
1° Grau (ou equivalente)		
1ª série	___ (1)	
2ª série	___ (2)	
3ª série	___ (3)	
4ª série	___ (4)	
5ª série	___ (5)	
6ª série	___ (6)	
7ª série	___ (7)	
8ª série	___ (8)	
2° Grau (ou equivalente)		
1ª série	___ (9)	<u>10</u> <u>11</u>
2ª série	___ (10)	
3ª série	___ (11)	
4ª série	___ (12)	
5- Você está fazendo algum curso técnico? Sim ou não? ECA: Qual é o curso técnico que você está fazendo?		
Não	___ (1)	
Sim	___ (2)	<u>12</u>
Qual?		<u>13</u> <u>14</u>
6-Nesta escola ou em outra, você repetiu algum ano? ECA: Qual(is)? ECN: PASSE PARA QUESTÃO 8?		
Não.....PASSE PARA QUESTÃO 8.....	___ (1)	<u>15</u>
Sim.....	___ (2)	
Qual(is)?		<u>16</u>

<p>7- Na sua opinião, por que você repetiu de ano?</p>	
<p>_____</p> <p>(MOTIVO)</p>	<p>17 18</p>
<p>8- Você atualmente trabalha e está recebendo por este trabalho, sim ou não ? ECA: Qual o trabalho que você faz no momento?</p> <p>Sim ___ (1) Não ___ (2)</p>	<p>19</p>
<p>_____</p> <p>(Trabalho)</p>	<p>20 21</p>
<p>9- Por causa do seu problema nos olhos, atualmente você tem um pouco de visão ou não enxerga nada?</p> <p>Um pouco ___ (1) Nada ___ (2)</p>	<p>22</p>
<p>10- Você sabe o nome do problema que você tem nos olhos, sim ou não? ECA: Qual é esse problema? Por que você teve esse problema?</p> <p>Sim ___ (1) Não ___ (2)</p>	<p>23</p>
<p>_____</p> <p>(Problema)</p>	<p>24 25</p>
<p>_____</p> <p>(Causa do problema)</p>	<p>26 27</p>
<p>11- Quantos anos você tinha quando você ficou com esse problema nos olhos ?</p> <p>_____ anos</p>	<p>28 29</p>

12- Para você, freqüentar a escola é: fácil, nem fácil, nem difícil, difícil ou você não tem opinião?				
Fácil	___	(1)		
Nem fácil, nem difícil.....	___	(2)		
Difícil	___	(3)		
Não tem opinião.....	___	(4)		30
13- Na escola, quais os recursos que você usa para leitura e escrita: máquina braile, reglete, colega da classe dita a matéria, xerox ampliado, caderno comum, caderno com linhas mais largas e escuras, só ouve as aulas, ou existe outro recurso? Qual?				
	Sim (1)	Não (2)	Não se aplica (3)	
Máquina braile	___	___	___	31
Reglete	___	___	___	32
Colega da classe dita a matéria	___	___	___	33
Xerox ampliado	___	___	___	34
Caderno Comum	___	___	___	35
Caderno com linhas mais largas e escuras	___	___	___	36
Só ouve as aulas	___	___	___	37
Grava as aulas	___	___	___	38
Outro	___	___	___	39
Qual?				40

<p>14- Na escola em que você estuda tem sala de recursos, ou melhor, uma sala separada com professor de deficientes visuais para auxiliar você?</p> <p>SimPASSE PARA QUESTÃO 16..... ___ (1)</p> <p>Não ___ (2)</p>	<p style="text-align: right;">41</p>
<p>15- Na escola em que você estuda vai um professor somente para auxiliar os alunos deficientes visuais a estudarem?</p> <p>Sim ___ (1)</p> <p>Não ___ (2)</p>	<p style="text-align: right;">42</p>
<p>16-De maneira geral na escola, você se dá bem com seu professor ou professores, sim ou não? ECA: Você se dá muito bem, mais ou menos bem ou você não tem opinião?</p> <p>Sim, muito bem ___ (1)</p> <p>Sim, mais ou menos bem ___ (2)</p> <p>Não se dá bem..... ___ (3)</p> <p>Não tem opinião ___ (4)</p>	<p style="text-align: right;">43</p>
<p>17-Na sua opinião o seu relacionamento com os colegas da escola é: muito bom, bom, mais ou menos , ruim , ou muito ruim?</p> <p>Muito bom ___ (1)</p> <p>Bom ___ (2)</p> <p>Mais ou menos ___ (3)</p> <p>Ruim..... ___ (4)</p> <p>Muito ruim ___ (5)</p>	<p style="text-align: right;">44</p>

18- Na sua opinião o seu relacionamento com a direção da escola é: muito bom, bom, mais ou menos , ruim , ou muito ruim?					
Muito bom	___	(1)			
Bom	___	(2)			
Mais ou menos	___	(3)			
Ruim.....	___	(4)			
Muito ruim	___	(5)			
					45
19- Na sua opinião, o fato de se dar bem ou não se dar bem com os colegas, os professores e diretor(a) influi muito, mais ou menos, pouco ou nada influi, no seu aprendizado?					
	Influi muito (1)	Influi mais ou menos(2)	Pouco influi (3)	Nada influi (4)	
Colegas	___	___	___	___	46
Professores	___	___	___	___	47
Diretor(a)	___	___	___	___	48
20- Na sua opinião, o seu problema de vista atrapalha para você estudar? Atrapalha muito, mais ou menos, não atrapalha nada ou você não tem opinião?					
Atrapalha muito.....					(1)
Atrapalha mais ou menos.....					(2)
Não atrapalha nada	PASSE PARA QUESTÃO 23.....				(3)
Ou você não tem opinião					(4)
					49

APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE SÃO CEGOS:

21- Na sua opinião, o seu problema de vista atrapalha para::

	Sim (1)	Não (2)	
anotar as aulas, sim ou não?	—	—	50
ler os livros escolares, sim ou não?	—	—	51
fazer as provas, sim ou não?	—	—	52
fazer trabalhos em grupo, sim ou não?	—	—	53
compreender a matéria, sim ou não?	—	—	54
ou para fazer outras coisas que eu não falei	—	—	55
Qual(is):	_____	_____	56 57
	_____	_____	

PASSE PARA QUESTÃO 24

APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE NÃO SÃO CEGOS:

22- Na sua opinião, o seu problema de vista atrapalha para:

	Sim (1)	Não (2)	
enxergar na lousa, sim ou não?	—	—	58
enxergar no caderno, sim ou não?	—	—	59
escrever no caderno, sim ou não?	—	—	60
ler os livros escolares, sim ou não?	—	—	61
fazer as provas, sim ou não?	—	—	62
fazer trabalhos em grupo, sim ou não?	—	—	63
compreender a matéria, sim ou não?	—	—	64
ou para fazer outras coisas que eu não falei	—	—	65
Qual(is):	_____	_____	66 67
	_____	_____	

APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE NÃO SÃO CEGOS

23- Eu vou dizer alguns tipos de auxílios que as pessoas usam para enxergar melhor. Você usa:

	Sim (1)	Não (2)	
óculos, sim ou não?	—	—	<u>68</u>
lupa, sim ou não?	—	—	<u>69</u>
senta perto da lousa, sim ou não?	—	—	<u>70</u>
coloca luz perto do que você está lendo, sim ou não?	—	—	<u>71</u>
senta perto da janela, sim ou não	—	—	<u>72</u>
usa caderno com linhas largas, sim ou não?	—	—	<u>73</u>
usa caderno com linhas reforçadas, sim ou não?	—	—	<u>74</u>
usa caneta ponta grossa, sim ou não?	—	—	<u>75</u>
Usa lápis mais forte, sim ou não?	—	—	<u>76</u>
Faz outra(s) coisa(s) para facilitar, seus estudos, que eu não falei, sim ou não?	—	—	<u>77</u>
Qual(is) _____			<u>78</u>
_____			<u>79</u>

<p>24- Em relação aos materiais e ambiente escolar, você se sente muito satisfeito, mais ou menos satisfeito, pouco satisfeito ou nada satisfeito?</p> <p>Muito satisfeito.....__ (1) Mais ou menos satisfeito.....__ (2) Pouco satisfeito.....__ (3) Nada satisfeito.....__ (4)</p>	<p style="text-align: right;">80</p>
<p>25- Em relação aos professores da escola, você se sente muito satisfeito, mais ou menos satisfeito, pouco satisfeito ou nada satisfeito?</p> <p>Muito satisfeito.....__ (1) Mais ou menos satisfeito.....__ (2) Pouco satisfeito.....__ (3) Nada satisfeito.....__ (4)</p>	<p style="text-align: right;">81</p>
<p>26- Em relação a diretoria da escola, você se sente muito satisfeito, mais ou menos satisfeito, pouco satisfeito ou nada satisfeito?</p> <p>Muito satisfeito.....__ (1) Mais ou menos satisfeito.....__ (2) Pouco satisfeito.....__ (3) Nada satisfeito.....__ (4)</p>	<p style="text-align: right;">82</p>
<p>27- Na sua opinião, alguma coisa poderia ser feita para facilitar seu aprendizado na escola ou está bom assim? ECA: O que você sugere para facilitar o seu aprendizado na escola?</p> <p>Não, está bom assim.....__ (1) Sim.....__ (2)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Sugestões)</p>	<p style="text-align: right;">83</p> <p style="text-align: right;">84 85</p>

28- Você freqüentou ou freqüenta algum serviço de reabilitação, sim ou não? ECA: Qual e em que cidade?			
Sim, freqüentou mas não freqüenta mais.....	___ (1)		
Sim, freqüenta no momento.....	___ (2)		86
Nunca freqüentou	(ENCERRAR O QUESTIONÁRIO).....	___ (3)	
<hr/> (Nome do serviço)			87
<hr/> (Cidade)			88
29- Você teve algum tipo de dificuldade para começar o processo de reabilitação, sim ou não? ECA: Qual(is) foi(ram) essa(s) dificuldade(s):			
Não	___ (1)		75
Sim	___ (2)		
	Sim (1)	Não(2)	
Demora para ser chamado(a) pela instituição, Sim ou não?	___	___	76
Falta de acompanhante para levá-lo a instituição, sim ou não?	___	___	77
Falta de transporte, sim ou não?	___	___	78
Outra(s) dificuldade(s) que eu não falei, Sim ou não?	___	___	79
<hr/> Qual(is)			80 81

APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE SÃO CEGOS:		
30-Na sua opinião a reabilitação ajudou ou tem ajudado no seu aprendizado escolar, sim ou não? ECA: Ajudou ou tem ajudado em quê?		
Sim ___ (1)		
Não ___ (2)		
	Sim (1)	Não (2)
Aprender o braile, sim ou não?	___	___
		81
Aprender o sorobã, sim ou não?	___	___
		82
Aprender a utilizar o computador, sim ou não?	___	___
		83
Aprender a assinar seu nome, sim ou não?	___	___
		84
Aprender a andar sozinho na escola, sim ou não?	___	___
		85
Outra coisa que eu não falei, sim ou não?	___	___
		86
<hr/>		87 88
(Qual(is)?		
APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE SÃO CEGOS		
31- Com quem você aprendeu o braile, na escola, com sua mãe, no serviço de reabilitação, ou com outra pessoa que eu não falei?		
Com professor da escola	___ (1)	89
Com sua mãe	___ (2)	90
Com professor no serviço de reabilitação	___ (3)	91
Ou com outra pessoa que eu não falei	___ (4)	92
<hr/>		93 94
(Quem?)		

APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE SÃO CEGOS

32- Na sua opinião, onde seria melhor aprender o braile, na escola, no serviço de reabilitação, ou em outro lugar?

Na escola.....__ (1)

95

No serviço de reabilitação__ (2)

Em outro lugar__ (3)

(Qual?)

96

APENAS PARA OS ENTREVISTADOS QUE NÃO SÃO CEGOS

33- Na sua opinião a reabilitação ajudou ou tem ajudado no seu aprendizado escolar, sim ou não? ECA: Ajudou ou tem ajudado em quê?

Sim ___ (1)

Não ___ (2)

	Sim (1)	Não (2)	
Aprender a usar o auxílio óptico, sim ou não?	___	___	97
Aprender a escrever com letra cursiva, sim ou não?	___	___	98
Aprender a utilizar o computador, sim ou não?	___	___	100
Aprender a utilizar o Circuito Fechado de TV, Sim ou não?	___	___	101
Aprender a usar o xerox ampliado, sim ou não?	___	___	102
Aprender a usar o resíduo visual, sim ou não?	___	___	103
Aprender a assinar seu nome, sim ou não?	___	___	104
Aprender a andar sozinho na escola, sim ou não?	___	___	105
Outra coisa que eu não falei, sim ou não?	___	___	106
<hr/>			
(Qual?)			107

34- Durante quanto tempo você freqüentou ou há quanto tempo você freqüenta esse serviço?

107

(meses)

Obrigada.

ANEXO 2
PESQUISA: ESCOLARIZAÇÃO E REABILITAÇÃO DE ADOLESCENTES E
ADULTOS DEFICIENTES VISUAIS – CAMPINAS, 2000

Rita de Cassia Ietto Montilha

QUESTIONÁRIO N°
1 2

<p>1- Assinale a alternativa que corresponde à categoria desta instituição:</p> <p>Governamental..... (1)</p> <p>Não governamental.....(PASSE PARA QUESTÃO 4)..... (2)</p>	<p><u> </u></p> <p>3</p>
<p>2- Se Governamental: Federal (1)</p> <p style="padding-left: 150px;">Estadual (2)</p> <p style="padding-left: 150px;">Municipal (3)</p>	<p><u> </u></p> <p>4</p>
<p>3- Essa instituição tem vinculação com alguma unidade universitária? EM CASO AFIRMATIVO: Qual a Universidade?</p> <p>Sim (1)</p> <p>Não(PASSE PARA QUESTÃO 6)..... (2)</p>	<p><u> </u></p> <p>5</p>
<p>(Universidade)</p>	<p><u> </u></p> <p>6</p>

4- Assinale a alternativa que corresponde ao(s) tipo(s) de vinculação que a instituição tem com a Universidade. (RESPONDA TODOS OS ÍTENS)			
	Sim (1)	Não (2)	<u> </u>
Técnica	—	—	<u>7</u>
Financeira	—	—	<u>8</u>
Administrativa	—	—	<u>9</u>
5- Essa instituição mantém convênio com o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?			
Sim	— (1)		<u> </u>
Não	— (2)		<u>10</u>
6- Assinale a alternativa que corresponde ao(s) tipo(s) de deficiência que esta instituição atende. (RESPONDA TODOS OS ÍTENS)			
	Sim (1)	Não (2)	
Pessoa com deficiência visual	—	—	<u>11</u>
Pessoa com deficiência física	—	—	<u>12</u>
Pessoa com deficiência auditiva	—	—	<u>13</u>
Pessoa com deficiência mental	—	—	<u>14</u>
Pessoa com deficiências associadas	—	—	<u>15</u>

7- Assinale a alternativa que corresponde à(s) faixa(s) etária(s) atendida(s) pela instituição. (RESPONDA TODOS OS ÍTENS)			
	Sim (1)	Não (2)	_____
0 a 3 anos e 11 meses	_____	_____	16
4anos completos a 11anos e 11 meses	_____	_____	17
12 anos completos ou mais	_____	_____	18
8- Assinale a alternativa que corresponde ao tipo de atendimento oferecido pela instituição.			
Internato	_____	(1)	19
Ambulatorial	_____	(2)	
Ambos	_____	(3)	

9- Qual(is) o(s) tipo(s) de profissional(ais) com que a instituição conta para desenvolver as atividades de reabilitação de deficientes visuais? (RESPONDA TODOS OS ÍTENS)

	Sim (1)	Não (2)	
Assistente Social	—	—	20
Terapeuta Ocupacional	—	—	21
Fonoaudiólogo	—	—	22
Pedagogo com habilitação em Deficiência Visual	—	—	23
Pedagogo sem habilitação em Deficiência visual	—	—	24
Psicólogo	—	—	25
Fisioterapeuta	—	—	26
Prof. Educação Física	—	—	27
Prof. Educação Especial	—	—	28
Técnico especializado em deficiência visual (Nível Médio)	—	—	29
Outro(s)	—	—	30
Qual(is) _____			31

10- Abaixo você encontra um rol de atividades para atendimento do portador de deficiência visual em processo de reabilitação. Considerando a sua instituição, assinale com um **X** o(s) tipo(s) de atendimento(s) oferecido(s) e o tipo de profissional encarregado desse atendimento. Exemplo: Orientação e mobilidade ao encargo do terapeuta ocupacional - marque um **X** no lugar em que se cruzam as 2 informações.

Profissional Encarregado	Tipo de Atendimento										
	Orientação e Mobilidade (1)	Braile (2)	Atividades da Vida Diária (3)	Informática (4)	Atividade esportiva (5)	Orientação Escolar (6)	Oficina Profissionalizante (7)	Colocação profissional (8)	Atendimento familiar (9)	Treinamento visual - Uso do resíduo visual (10)	Orientação para uso do auxílio óptico (11)
Assistente Social (a)											
Terapeuta Ocupacional (b)											
Psicólogo (c)											
Pedagogo com Habilitação em DV* (d)											
Pedagogo sem Habilitação em DV (e)											
Fisioterapeuta (f)											
Prof. Educação Física (g)											
Prof. Educação Especial (h)											
Técnico especializado em DV (N. Médio) (i)											

- DV = deficiência visual

Para uso do pesquisador:	n°	letras
	Tipo de atendimento	
	1	_____
	2	_____
	3	_____
	4	_____
	5	_____
	6	_____
	7	_____
	8	_____
	9	_____
	10	_____

11-A instituição costuma realizar atividades de grupo com deficientes visuais?		
Sim.....	_____ (1)	
Não	PASSE PARA QUESTÃO 14..... (2)	<u>32</u>
12- Essas atividades (de grupo) são realizadas em que tipo(s) de atendimento(s):		
	Sim (1)	Não (2)
Orientação e mobilidade?	_____	_____
		<u>33</u>
ensino de braile?	_____	_____
		<u>31</u>
atividades de vida diária?	_____	_____
		<u>32</u>
informática?	_____	_____
		<u>33</u>
atividade esportiva?	_____	_____
		<u>34</u>
orientação escolar?	_____	_____
		<u>35</u>
oficina profissionalizante?	_____	_____
		<u>36</u>
colocação profissional?	_____	_____
		<u>37</u>
atendimento familiar?	_____	_____
		<u>38</u>
treinamento visual?	_____	_____
		<u>39</u>
orientação pra o uso do auxílio óptico	_____	_____
		<u>40</u>
outra(s)?	_____	_____
		<u>41</u>
Qual(is)?		<u>42</u>

13- Qual é a frequência com que os usuários da instituição participam das atividades de reabilitação nos seus diferentes tipos de atendimento? (Por exemplo: diária, 1 vez por semana, e assim por diante). Assinale com um "X" o lugar onde se cruzam as 2 informações.

Tipo de atendimento

Frequência

	Diária	Semanal	Quinzenal	Mensal	Outra	Não Sei
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)
10-Orientação e mobilidade						
11- Ensino de braile						
12- Atividades da vida diária						
13- Informática						
14- Atividade esportiva						
15- Orientação escolar						
16-Oficina profissionalizante						
17- Colocação profissional						
18- Atendimento familiar						
19- Treinamento visual						
20- Orientação para uso do auxílio óptico						

Para uso do pesquisador:	nº	letras
	Tipo de atendimento	
	10	_____
	11	_____
	12	_____
	13	_____
	14	_____
	15	_____
	16	_____
	17	_____
	18	_____
	19	_____

14- Na sua opinião, a frequência de cada atendimento realizado atende totalmente as necessidades, atende parcialmente as necessidades ou não atende as necessidades?

	Atende Totalmente as Necessidades (1)	Atende parcialmente as necessidades (2)	Não atende as necessidades (3)	
Orientação e mobilidade	___	___	___	___
Ensino do braile	___	___	___	43
Atividades de Vida Diária	___	___	___	44
Informática	___	___	___	45
Atividade esportiva	___	___	___	46
Orientação escolar	___	___	___	47
Oficina Profissionalizante	___	___	___	48
Colocação Profissional	___	___	___	49
Atendimento Familiar	___	___	___	50
Treinamento visual	___	___	___	51
Orientação para uso do auxílio óptico	___	___	___	52
				53

15-Assinale os equipamentos que essa instituição coloca à disposição de seus usuários durante o processo de reabilitação. (NÃO DEIXE RESPOSTAS SEM ASSINALAR)			
	Sim (1)	Não (2)	
Máquina braile	—	—	
Sistema de vídeo Magnificação de imagem	—	—	54
Computador	—	—	55
Dos-Vox	—	—	56
Lente-Pró	—	—	57
Lupa Eletrônica	—	—	58
Virtual Vision	—	—	59
Outro	—	—	60
			61
16- Na sua opinião, quanto contribuem as atividades de reabilitação para o processo de escolarização dos deficientes visuais?			
Contribuem muito.....	—	(1)	
Contribuem mais ou menos	—	(2)	
Contribuem pouco	—	(3)	62
Nada contribuem	—	(4)	
17- A instituição costuma avaliar o serviço de reabilitação oferecido?			
Sim, sistematicamente	—	(1)	
Sim,eventualmente	—	(2)	63
Não costuma avaliar	PASSE PARA QUESTÃO 21.....	(3)	

18- Com base nos resultados dessa(s) avaliação(ões), essa instituição realizou alterações no atendimento oferecido aos deficientes visuais?		64
Sim	___ (1)	
Não	PASSE PARA QUESTÃO 21.....	___ (2)
19- Considerando os últimos dois anos, que tipo de alterações foram realizadas no serviço de reabilitação, decorrentes das avaliações? (RESPONDA TODOS OS ÍTENS)		
	Sim (1)	Não (2)
Ampliação do quadro de profissionais da equipe	___	___
		65
Diminuição da freqüências de atendimentos	___	___
		66
Aumento da freqüência de atendimentos	___	___
		67
Introdução de atendimentos grupais	___	___
		68
Outra(s)	___	___
		69
Qual(is)		70 71

20 -Essa instituição consegue atender prontamente todos os usuários elegíveis para reabilitação que a procuram?		
Sim	PASSE PARA QUESTÃO 23.....	___ (1)
Não		___ (2)
		72

21- Qual o procedimento adotado pela instituição quando não há possibilidade de atendimento imediato de reabilitação?			
	Sim (1)	Não (2)	
Encaminhamento para outra instituição	—	—	73
Agendamento para avaliação	—	—	74
Avaliação imediata	—	—	75
Inclusão em fila de espera	—	—	76
Orientação ao usuário Para posterior atendimento	—	—	77
Orientação de familiares	—	—	78
Outro	—	—	79
Qual ? _____			80
22 - Em relação à demanda de deficientes visuais que buscam reabilitação, a instituição atendeu no último ano:			
todos os usuários	—	(1)	
quase todos os usuários	—	(2)	
mais ou menos a metade.....	—	(3)	81
quase nenhum.....	—	(4)	
nenhum.....	—	(5)	

<p>23 –Nessa instituição, costuma ocorrer fila de espera para que se inicie o atendimento de reabilitação? Qual é, em média, esse tempo de espera?</p> <p>Sim, costuma ocorrer espera.....__ (1)</p> <p style="text-align: center;">_____ (Tempo médio)</p> <p>Não costuma ocorrer espera(PASSE PARA QUESTÃO 27).....__ (2)</p>	<p>82</p> <p>83</p>
<p>24 - Quais são os fatores que influenciam para que ocorra a fila de espera?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>84 85</p>
<p>25 –Na sua opinião essa espera é:</p> <p>Grande.....__ (1)</p> <p>Média__ (2)</p> <p>Pequena__ (3)</p>	<p>86</p>
<p>26-Na sua opinião, o que poderia ser feito para abreviar o período de espera para o atendimento na sua instituição?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>87 88</p>
<p>27-Considerando a permanência do usuário participando dos atendimentos, o tempo é variável ou não? EM CASO AFIRMATIVO: O tempo varia em consequência do quê?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>89 90</p>

28- Qual é em média o tempo de duração do processo de reabilitação?	
(Tempo médio)	<u>91</u> <u>92</u>
29- Na sua opinião, essa duração é:	
Grande(1)	
Média(2)	
Pequena(3)	<u>93</u>

Agradeço a atenção.

a pesquisadora

ANEXO 3

Campinas, fevereiro de 2000.

À _____

O Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas está orientando pesquisa de pós graduação à respeito da escolarização e reabilitação de portadores de deficiência visual no município de Campinas. A Profa. Rita de Cassia Ietto Montilha, docente do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" (CEPRE), da mesma Faculdade, está encarregada da coleta de informações que serão obtidas nas escolas públicas do município, junto aos escolares deficientes visuais de 12 ou mais. Sua colaboração será de extrema valia para a realização desse estudo, da qual dependem a fidedignidade e confiabilidade dos resultados a serem obtidos.

A fim de atualizar o levantamento de dados a respeito dos escolares portadores de deficiência visual do município de Campinas necessitamos do agendamento de entrevista dos alunos com 12 anos ou mais, portadores de deficiência visual, que freqüentam esta escola, com a Profa. Rita. Esta entrevista é sigilosa e o aluno nem a escola serão identificados no questionário. A duração da entrevista é de cerca de 15 minutos.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada a esta solicitação e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Newton Kara José

ANEXO 4

Campinas, fevereiro de 2000

O Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas está orientando pesquisa de pós graduação à respeito da assistência de reabilitação de portadores de deficiência visual no município de Campinas. A Profa. Rita de Cassia Ietto Montilha, docente do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" (CEPRE), da mesma Faculdade, está encarregada da coleta de informações que serão obtidas nos serviços especializados existentes no município. Sua colaboração será de extrema valia para a realização desse estudo, da qual dependem a fidedignidade e confiabilidade dos resultados a serem obtidos.

O questionário deve ser entregue diretamente para a Profa. Rita. Cabe ressaltar que durante o preenchimento do questionário não deve-se tirar dúvidas com outros profissionais o que invalidaria os resultados do estudo. Informamos também que este material é sigiloso e que a instituição não será identificada nos resultados.

Caso prefira que outra pessoa encarregada por vossa senhoria responda o questionário, por estar mais a par das informações referentes ao processo de reabilitação, ela responderá o questionário completo.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada a esta solicitação e colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Newton Kara José

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE