

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

**ATENDIMENTO DE ESTIMULAÇÃO EM SERVIÇO
DE VISÃO SUBNORMAL: CARACTERÍSTICAS DE
USUÁRIOS, OPINIÃO E CONDUTA DE MÃES**

MARIA INÊS RUBO DE SOUZA NOBRE

Campinas, 1997

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Maria Inês Rubo de Souza Nobre

**ATENDIMENTO DE ESTIMULAÇÃO EM SERVIÇO DE VISÃO
SUBNORMAL: CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS, OPINIÃO E
CONDUTA DE MÃES**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Neurologia/Neurociências da Faculdade
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de Mestre em
NEUROCIÊNCIAS.**

Orientador: Prof. Dr. Newton Kara, José

Co-orientador: Profa. Dra. Edméa Rita Temporini

Campinas, 1997



UNIDADE	BC
N.º CHAMADA:	
T	Unicamp
N	669a
V.	Ex
C.º	32443
PROD	281/97
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	13/12/97
N.º CPO	

CM-00104071-3

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

N669a Nobre, Maria Inês Rubo de Souza
 Atendimento de estimulação em serviço de visão subnormal :
 características de usuários, opinião e conduta de mães / Maria Inês
 Rubo de Souza Nobre. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

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

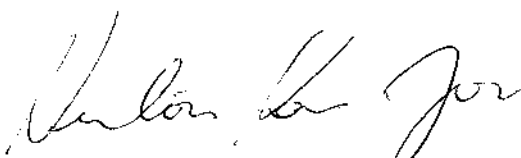
1. Deficientes visuais. 2. Reabilitação. 3. Família. 4.
 Oftalmologia - Pesquisa. I. Newton Kara José. II. Edméa Rita
 Temporini Nastari. III. Universidade Estadual de Campinas.
 Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTAÇÃO: Prof. Dr. NEWTON KARA JOSÉ

CO-ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. EDMÉA RITA TEMPORINI

MEMBROS:

1. 
2. 
3. 

**Curso de Pós-Graduação em Neurologia/Neurociências -
Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de
Campinas**

DATA:

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação em Neurologia/Neurociências da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre em Neurociências pela Terapeuta Ocupacional MARIA INÊS RUBO DE SOUZA NOBRE.

CPGN/FCM/UNICAMP, 12 de novembro de 1997


NEWTON KARA JOSÉ
Orientador (mat. 04824-1)

DEDICATÓRIA



DEDICATÓRIA

Para Maria Lívia, minha filha, que constantemente esteve comigo, dando incentivo, apoio, carinho e compreensão para que este trabalho se realizasse.

Para minha mãe (in memoriam), que me ensinou que o Sol pode brilhar sempre, basta você querer.

AGRADECIMENTOS



AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Newton Kara José que me fez ver a importância da pesquisa na área da reabilitação. Obrigada por acreditar em mim, e sempre enxergar além da deficiência de nossas crianças.

À Profa. Dra. Edméa Rita Temporini, pela paciência, confiança e empenho para que este estudo pudesse ser concluído.

À Profa. Dra. Keila M. M. de Carvalho, Doutora em visão subnormal, que acredita na importância da reabilitação.

À todos os pais e crianças que tive o privilégio de conhecer durante esses anos todos, cujos nomes eu gostaria de escrever com brilho de néon, por tudo o que me ensinaram.

À coordenação do CEPRE que incentiva e favorece a execução de pesquisas.

À Ana Rita, Sueli e Walter da secretaria da clínica oftalmológica.

À Ana Adélia pela total dedicação e paciência com os alunos da Pós-Graduação.

Às amigas Bernadete, Celina, Heloisa, Lise, Marilda e demais companheiras de trabalho, que sempre tiveram uma palavra de apoio e incentivo.

Às amigas Solange e Adriana pela disponibilidade em ouvir minhas dúvidas e me fazer refletir sobre as mesmas.

Aos amigos Rita e José Roberto Montilha, pelo companheirismo, pela paciência, pelos ensinamentos de digitação, pelas críticas e inúmeras sugestões e pela sincera amizade.

Aos amigos Anna e José Guilherme Cecatti, pelo total apoio e incentivo nos momentos mais difíceis, pela análise estatística e pela total colaboração para que este trabalho pudesse ser concluído.

À amiga Rosane Silvestre de Castro pelo seu bom humor nos momentos mais difíceis.

Aos meus irmãos Hélio e Mário Sérgio que, mesmo distantes, souberam me incentivar.

À Cíntia, minha irmã, quem primeiro me fez ver a importância da pesquisa para a continuidade da formação acadêmica.

À Cecília e Celso, que mesmo distantes da vida acadêmica souberam valorizar e contribuir para a conclusão deste trabalho.

À Odinéia Santos, que esteve presente em todos os momentos difíceis organizando minha casa, cuidando do meu tesouro, minha filha, para que nada me fizesse desistir de continuar.

Ao meu Pai que mesmo sempre calado, me serviu de exemplo quanto à garra e perseverança frente a um ideal.

SUMÁRIO

SUMÁRIO

SIGLAS E ABREVIATURAS

RESUMO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Histórico	3
1.2. Visão subnormal e atendimento da estimulação	5
1.3. A criança, a visão, o oftalmologista e a família	8
2. OBJETIVOS	15
3. METODOLOGIA	16
3.1. Tipo de estudo	16
3.2. População e amostra	16
3.2.1. Critérios de inclusão na amostra	17
3.2.2. Critérios de exclusão da amostra	17
3.3. Variáveis	18
3.4. Instrumento	19
3.5. Coleta, processamento e análise de dados	21
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÕES	61
6. SUGESTÕES	62
7. ABSTRACT	63
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
9. ANEXOS	73
9.1. Questionário	73
9.2. Classificação de ocupações segundo Gouveia	83

SIGLAS E ABREVIATURAS

--	--

SIGLAS E ABREVIATURAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEPRE	Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O.S. Porto"
CETREIM	Centro de Terapia e Reabilitação Integrada Municipal
CETREVIS	Centro de Treinamento de Visão Subnormal do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo
DEREFIM	Departamento de Reabilitação Física e Mental
DV	Deficiente visual
FAV	Fundação Altino Ventura
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
HC	Hospital de Clínicas
HOPE	Hospital de Olhos de Pernambuco
OMS	Organização Mundial de Saúde
RDNPM	Retardo do desenvolvimento neuro-psicomotor
SOG	Serviço de Oftalmologia Geral
SVSN	Serviço de Visão Subnormal
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
VSN	Visão subnormal

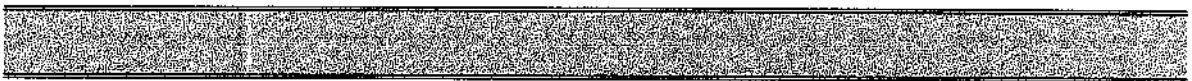
RESUMO



RESUMO

Estudou-se o atendimento de Estimulação no Serviço de Visão Subnormal do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, considerando as características de usuários, opinião e conduta de mães. Elaborou-se um questionário fechado a partir do estudo exploratório. Foram entrevistadas 25 mães de crianças de 0 a 4 anos. A maioria das mães seguiu as orientações dadas, sem demonstrar grande dificuldade. Em geral os casos foram detectados antes dos seis meses de vida, mas apenas 50,0% chegaram ao Serviço de Estimulação da Visão Subnormal até esta idade. Na grande maioria dos casos a mãe, foi quem primeiro percebeu o problema visual da criança (48,0%), seguido de outros familiares (28,0%) e médicos (24,0%). Ressalta-se ainda a importância das mães e familiares na detecção desses casos. Evidenciou-se a dificuldade da mãe em entender o diagnóstico oftalmológico e suas implicações reais no desenvolvimento global da criança. O estudo sugere a necessidade de facilitação do acesso dos deficientes aos centros de reabilitação e uma participação mais ativa dos oftalmologistas no encaminhamento precoce das crianças portadoras de deficiência visual.

1. INTRODUÇÃO



1. INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é conhecer e descrever a opinião e conduta de mães de crianças portadoras de cegueira ou visão subnormal (VSN), atendidas no Serviço de Estimulação Precoce da Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, em Campinas, São Paulo.

Existem várias definições e classificações para visão subnormal ou visão parcial. A rigor seriam incluídos todos os indivíduos que não atingem acuidade visual de 20/20 com a melhor correção disponível, mas normalmente considera-se como portador de VSN o paciente com visão inferior a 20/60 no melhor olho e com a melhor correção obtida (WAISBERG, 1984).

Visão Subnormal é definida como “uma perda severa de 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. No entanto, a capacidade funcional não está relacionada apenas aos fatores visuais, mas também às reações da pessoa à perda visual e aos fatores ambientais que interferem no desempenho” (CARVALHO et al., 1992). Em termos educativos, a pessoa com Visão Subnormal é “aquela que, mesmo após correção óptica, ainda é visualmente deficiente mas pode melhorar seu funcionamento visual através do uso de auxílios ópticos, não ópticos, modificações ambientais e técnicas” (CORN, 1983).

A capacidade de ver proporciona-nos as descobertas, os caminhos, a segurança, provocando-nos a reação de proteção ao perigo, a orientação no espaço, o conhecimento visual do EU, das outras pessoas, das cores, da natureza, das criações do homem, etc. Proporciona também que haja a simbolização, isto é, a representação mental de todas as experiências visuais por meio de símbolos, de imagens (BRUNO, 1993).

A visão também nos facilita conhecer todas as formas de comunicação não-verbal, de extrema importância para o relacionamento interpessoal, na medida em que olhamos para o outro e já podemos compreendê-lo através de suas atitudes corporais, de suas expressões faciais, de seu olhar, etc. Ela também nos permite estar a par de todos os acontecimentos e de informações gerais dadas pela escrita e pelos meios de comunicação visual. Ao mesmo tempo, possibilita-nos relacionar com outras pessoas de forma a carregar a primeira impressão, que é a aparência, ao invés de nos ater com o que elas são na essência.

1.1. Histórico

O trabalho com crianças portadoras de deficiência visual congênita ou adquirida é antigo e bem conhecido no Brasil. Desde o descobrimento até 1822, nada se fez. Os doentes oftálmicos eram tratados segundo condições e crenças locais, variando portanto a terapia conforme se estivesse no Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia, ou outro local.

Em 12 de setembro de 1854, o Imperador Dom Pedro II baixou o Decreto nº 1428, instituindo a criação do primeiro educandário

especializado para o ensino de cegos no Brasil, o “Imperial Instituto de Meninos Cegos”, no Rio de Janeiro, hoje denominado “Instituto Benjamin Constant” em homenagem ao seu terceiro diretor, Benjamin Constant (LEITE FILHO, 1980). Era o primeiro passo que se dava no Brasil para atuar na problemática da cegueira e, obviamente, representou o preâmbulo da prevenção da cegueira. Consta que essa iniciativa foi inspirada num jovem cego brasileiro chamado José Alves de Azevedo que, após seis anos de estudo na França, voltou ao Brasil e alertou as autoridades para a educação do cego (LEITE FILHO, 1980).

Em 1880 Karl Sigmund Franz Credé, berlinense de nascimento, e na ocasião professor de Obstetrícia, idealiza seu método de profilaxia da “oftalmia neo-natorum”, observando que cerca de 10% das crianças nascidas em hospitais eram portadoras de infecções oculares que praticamente desapareciam, desde que o anti-séptico nitrato de prata a 1% fosse instilado nos olhos logo após o nascimento.

A publicação do trabalho de Credé chamou a atenção no Brasil, visto que o assunto já era muito discutido. Segundo Bittencourt, nesta época a “oftalmia neo-natorum” era responsável por cerca de 50% da cegueira existente no país. O Comitê Nacional de Prevenção da Cegueira somente conseguiu aprovar um decreto instituindo o “Credé” obrigatório no Brasil em 1935, sendo esta data de grande significância para a higidez ocular em nosso país (ATHAYDE NETO et al., 1980).

Em 1926, inaugurou-se o Instituto São Raphael em Belo Horizonte e, em 1927, fundou-se em São Paulo o “Instituto para Cegos Padre Chico”. A partir deste período ocorreu a expansão do atendimento ao deficiente visual. A grande maioria destes centros funcionava em regime de internato.

A Fundação para o Livro do Cego, com o objetivo de imprimir livros em caracteres Braille, só foi criada em 1946 e hoje é denominada Fundação Dorina Nowill, em homenagem à Prof. Dorina Nowill, por sua total dedicação à referida fundação.

Em 1950, o Ministério da Educação e Saúde, naquela época um único ministério, viu a necessidade de, paralelamente ao ensino de cego, fazer algo para procurar evitar o crescimento de seu número. Assim sendo, em vinte de dezembro de 1950 criou-se o setor de “Prevenção da Cegueira”, sob a direção do oftalmologista Brito Conde. Este setor tinha como objetivo cuidar dos alunos cegos e amblíopes internados no Instituto Benjamin Constant, atender as pessoas carentes de recursos, orientar a população com campanhas de prevenção da cegueira, publicar trabalhos sobre a especialidade e pesquisar as causas da cegueira (LEITE FILHO, 1980).

1. 2. Visão subnormal e atendimento de estimulação

O trabalho na área de Visão Subnormal teve início neste século. O serviço pioneiro foi o de VSN da Light House em Nova York, no ano de 1953 (KARA JOSÉ et al., 1988). Em 1963, na Universidade do Texas, Natalie Barraga desenvolveu um trabalho com crianças de VSN, ensinando-lhes a leitura de textos normais, através de material didático.

Há não mais de trinta anos, a Oftalmologia brasileira desconhecia suas responsabilidades perante o indivíduo portador de deficiência visual (VEITZMAN, 1992). Foi apenas em 1974 que começaram a surgir as

primeiras clínicas de VSN, como o Centro de Treinamento de VSN do Hospital da Beneficência Portuguesa de São Paulo (CETREVIS) (KARA JOSÉ et al., 1988). Esse atendimento é uma extensão do exame refracional em que se utiliza principalmente o recurso de aumentar a imagem retiniana em um olho com acuidade visual baixa e é também etapa importante na reabilitação do deficiente visual. Cabe ao médico a responsabilidade de orientar o paciente para o melhor aproveitamento de sua visão residual (WAISBERG, 1984).

O profissional médico com formação na área da Visão Subnormal preocupa-se não apenas em diagnosticar a patologia e tratá-la clínica ou cirurgicamente, de modo a garantir uma melhor visão possível (VEITZMAN, 1992), mas também com o encaminhamento à reabilitação, quando esta se faz necessária.

O Serviço de Visão Subnormal da Clínica Oftalmológica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP (SVSN-UNICAMP) iniciou seu trabalho em 1979. Os atendimentos naquela época eram realizados apenas por um oftalmologista e um ortoptista. Muitas mudanças ocorreram desde a implantação desse serviço. Atualmente o oftalmologista acredita não ser possível atender estes pacientes, sem unificar o atendimento clínico ao reabilitacional, tendo-se formado assim uma equipe multidisciplinar (CARVALHO, 1993).

A partir de 1991 criou-se o Setor de Estimulação Precoce, onde o Departamento de Oftalmo-Otorrinolaringologia e o Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (CEPRE) uniram esforços no sentido de realizar atendimento, formando um trabalho em conjunto de oftalmologistas e terapeutas ocupacionais, no qual o atendimento precoce é priorizado.

Descrição do atendimento de Estimulação do SVSN da UNICAMP

Todos os pacientes encaminhados para a oftalmologia da UNICAMP devem passar pelo Serviço de Oftalmologia Geral (SOG), para a primeira consulta. O SOG faz o encaminhamento dos sujeitos ao Serviço de Visão Subnormal que funciona duas vezes por semana. Dentro deste serviço foi criado o atendimento da estimulação infantil, priorizando o atendimento precoce às crianças portadoras de deficiência visual na faixa etária de 0 a 4 anos.

Primeiro realiza-se uma anamnese do caso. As informações referentes às condições sócio-econômicas e culturais são fundamentais para que as orientações fornecidas para a estimulação da criança em casa, sejam compatíveis com a realidade em que vive. Os pais são esclarecidos sobre os procedimentos a serem efetuados com a criança, participando de todo o processo de avaliação a ser realizado. As crianças passam por uma avaliação global do desenvolvimento e uma avaliação da funcionalidade visual, ambas realizadas pelo terapeuta ocupacional.

Segundo WARREN, 1995, cabe ao terapeuta ocupacional avaliar a funcionalidade visual, suas limitações, e proporcionar condições para que a criança utilize seu resíduo visual da melhor forma possível.

Os instrumentos utilizados na avaliação são objetos simples, e de fácil aquisição ou confecção, sendo que muitos deles serão utilizados na estimulação da criança.

Após estas avaliações, o caso é discutido com o oftalmologista e a família recebe as orientações específicas quanto à estimulação. Cabe ressaltar que os pais, neste momento, mostram-se inseguros, com muitas

expectativas. Em sua realidade eles, neste momento, desejam ouvir que o filho enxerga ou que algo milagroso poderá fazer o filho voltar a enxergar normalmente. Não é esta a resposta que se tem sempre para dar. O diagnóstico da deficiência visual é confirmado e neste momento é necessário ao profissional compreender os sentimentos que tomam conta dos pais. Deve-se acolhê-los, respeitando as diferentes reações emocionais de cada um (GAGLIARDO, NOBRE, CARVALHO, 1996).

Os retornos geralmente são agendados trimestralmente com o profissional de Terapia Ocupacional e os retornos oftalmológicos, em sua grande maioria, são semestrais. Os atendimentos da Estimulação Infantil ocorrem na sala do Serviço de Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Os casos que necessitam ser institucionalizados, ou seja, necessitam de estimulação, são encaminhados para instituições, de preferência na sua cidade de moradia. Os profissionais das instituições recebem orientações específicas quanto aos aspectos da estimulação visual propriamente dita, através de cartas ou contato telefônico se necessário.

1.3. A criança, a visão, o oftalmologista e a família

A visão desempenha um papel predominante nos primeiros anos de vida, pois é um estímulo motivador para a comunicação e realizações de ações. O relacionamento com o mundo exterior é feito através da visão, de modo que qualquer anormalidade nos olhos e sua função pode levar à

difficuldade no aprendizado, no relacionamento social e diminuição do rendimento das atividades físicas e intelectuais (ALLEN, 1967; BURNS, 1973; BRUNO, 1993; ALVES & KARA JOSÉ, 1996).

Segundo GESELL, 1985 " A visão é de tal modo fundamental para o desenvolvimento da mente, que o bebê se assenhoreia do mundo com os olhos muito antes de o tomar em suas mãos".

Privados do sentido visual, os bebês cegos congênitos ou com visão subnormal severa, ao completarem um ano de idade poderão apresentar um atraso no desenvolvimento global de aproximadamente quatro meses (HARREL & AKESON, 1987, HYVARINEN, 1988, BRUNO, 1993, SÁNCHEZ, 1994). As crianças portadoras de deficiência visual, quando não trabalhadas precocemente, tendem a apresentar sérios comprometimentos motores, cognitivos e outros, o que resulta na estigmatização das mesmas.

O diagnóstico precoce de qualquer alteração no desenvolvimento da criança e a sua rápida habilitação possibilitam um melhor prognóstico para a maioria dos casos (ROSSI, 1994; LEWIS, 1996; GAGLIARDO & GONÇALVES, 1996), diminuindo o impacto de sua gravidade e alterando suas conseqüências.

Reconhece-se a importância de se iniciar precocemente o trabalho de intervenção com estas crianças, tendo em vista que a estimulação, intervenção ou habilitação, não visam apenas o aspecto visual e sim uma estimulação global baseada no desenvolvimento psicomotor e percepto-cognitivo da criança. Serão utilizados no decorrer deste trabalho os termos estimulação, habilitação ou intervenção com o mesmo significado, ou seja, atividades visando um processo facilitador para o desenvolvimento global da criança.

Realiza-se uma avaliação da funcionalidade visual concomitante à avaliação global do desenvolvimento. Essas avaliações norteiam o trabalho a ser realizado, pois considera-se o desenvolvimento como um processo evolutivo, rápido e transformador no primeiro ano de vida da criança. Esse procedimento só pode ter início com o diagnóstico do processo patológico que conduziu à deficiência. Entretanto, na faixa etária de 0 a 4 anos, a criança participa pouco do exame oftalmológico, dificultando a clareza do diagnóstico.

Os primeiros anos de vida, tão importantes para o desenvolvimento global, são também cruciais para aqueles que possuem uma ou mais deficiências. É preciso fazer o diagnóstico precoce nestas crianças, favorecendo assim o encaminhamento adequado à estimulação. Inúmeras crianças que poderiam ser beneficiadas por um programa de habilitação atingem a idade escolar com incapacidades já instaladas. Nesse caso, a recuperação será difícil e raramente alcançada.

No contexto da estimulação precoce, em relação à família, a mãe da criança portadora de deficiência visual quando recebe o diagnóstico necessita, antes de qualquer informação técnica, ser acolhida. E esta é uma necessidade para amparar não só o sofrimento da mãe, porque todos os familiares serão afetados e manifestam muitas vezes sentimentos de culpa, medo de perder o vínculo, ou até mesmo medo da possibilidade da criança apresentar outro comprometimento associado à deficiência visual. Há também a desconfiança em relação às atitudes dos profissionais envolvidos e às informações por eles prestadas. Estas angústias são muitas vezes causadas e/ou agravadas pelo desconhecimento do diagnóstico e suas implicações, conseqüentes ao distanciamento mantido pelos profissionais da área médica. O desconhecimento também pode

comprometer a participação familiar no atendimento à criança em casa (CÉSAR, 1993).

O terapeuta deve preocupar-se com o bem estar da família, no que se refere à deficiência da criança, seja acolhendo os familiares quanto aos cuidados a serem dispensados à criança portadora de deficiência, seja, recomendando uma adaptação adequada, seja ao ensinamento da utilização dos estímulos luminosos, seja na elaboração de brinquedos adaptados às necessidades da criança, ou dando ouvidos à mãe ansiosa ou depressiva.

Esta falta de informações e o distanciamento às vezes mantido pela equipe médica geram uma ansiedade nos pais, levando-os ao afastamento de seu filho. A partir deste momento, é quase certo que a criança comece a se apresentar angustiada com a perda da mãe e procure reavê-la com todas as suas forças. Na verdade, a mãe deveria sempre ocupar um espaço valioso no tratamento de seu filho, quer seja ele internado temporariamente ou apenas visite o hospital em dias e horários pré determinados para a continuidade do tratamento proposto.

A chegada de um filho portador de cegueira ou deficiência visual provoca uma série de profundas mudanças nos hábitos familiares e condiciona notavelmente as possíveis atividades sociais da família, chegando inclusive a mudar radicalmente seus projetos de vida. É tão forte a evidência da nova situação, que se pode falar dos sonhos e projetos da mãe antes do nascimento de seu filho deficiente, em contraposição aos sonhos e projetos depois deste acontecimento (MILLER, 1995).

Considera-se que isto seja uma constante em todos os casos, independentemente das características pessoais da mãe. O impacto da

nova situação é tão grande que parece obrigá-la a efetuar um redimensionamento geral de seus planos, projetos, ideais e, até mesmo, ilusões sobre o casamento. A profundidade desta reflexão dependerá da individualidade dos membros de sua família e assim ela determinará suas futuras atitudes como pessoa e como mulher.

Em todas as sociedades, de um modo geral, a chegada de uma criança, ou seja, o nascimento, é vista como um acontecimento maravilhoso e que, em geral torna os pais felizes. Durante os nove meses desta espera, os casais, na sua grande maioria, vivem momentos de ansiedades, dúvidas e incertezas, pensando e fantasiando como será esta criança, qual será seu papel em suas vidas.

Segundo ROSSI (1994), a qualidade e intensidade do vínculo que se estabelece desde muito cedo com a mãe, estão intimamente ligados com o desenvolvimento e amadurecimento do indivíduo. A primeira relação social da criança é com sua mãe e a presença materna é fundamental para que a criança tome consciência da diferenciação entre ela e o mundo que a rodeia.

A criança não nasce pronta e acabada. Ao contrário, seu desenvolvimento é um processo lento, contínuo e ordenado. Ao nascer, o bebê tem capacidade para se tornar um ser humano receptivo, participante e interagente em relação ao meio que o rodeia. Aprende a reagir afetivamente às estimulações do meio físico e social. A riqueza e qualidade de suas experiências afetivas futuras dependerão em grande parte da fase inicial de sua vida.

O potencial da criança para crescer e se desenvolver parece depender da presença de adultos dedicados e de um ambiente estimulante (SHEPHER, 1996).

O recém-nascido afeta tanto seu meio ambiente quanto por este é influenciado. Cada recém-nascido varia em relação aos outros numa quantidade infinita de maneiras, na aparência, nos sentimentos, na reação a estímulos, na capacidade de desenvolvimento de seu próprio padrão individual (BRAZELTON, 1981).

Um dos meios privilegiados de comunicação entre mãe/bebê é o olhar. A contemplação do rosto materno durante a mamada, em um momento de prazer oral como o da alimentação, é o que mais prende a atenção do bebê nos primeiros meses. A partir da fixação do rosto materno é que ele vai se interessar por outros quadros visuais do ambiente. O relacionamento com o mundo exterior é feito principalmente através da visão.

Logo após as primeiras semanas de vida, é a visão a principal fonte de informações sobre o mundo à sua volta. Se esta fonte ou canal for deficiente ou ausente, a criança deve construir o seu mundo com a informação disponível através da audição, do tato, da cinestesia, do olfato e do paladar (HYVARINEN, 1988). Em termos práticos, a visão é de importância crucial no desenvolvimento geral da criança, estimulando e dirigindo seus movimentos e ações (LINDSTED, 19..).

É papel de toda a equipe profissional manter, em relação à família da criança com deficiência visual, uma atitude de acolhimento, compreensão e respeito pelo sentimento de luto vivido pela vinda de um filho “deficiente”, “diferente”. A maioria dos pais pensa em deixar suas cidades de origem para mudar-se o mais perto possível de um Centro ou Serviço de Estimulação Precoce, para que seu filho possa ser atendido. Isso faz parte das profundas mudanças que ocorrem na vida das famílias (CAZÓN & CAZÓN, 1996).

Não se pode deixar de considerar a precariedade da saúde em nosso país, cuja constatação favorece os pais ainda mais ao desânimo e frustração, quando percebem que em sua cidade, ou mesmo próximo a ela, nem sempre existe um serviço que possa atender às necessidades de reabilitação de seu filho.

Quando existem outros filhos, a decisão da mudança torna-se ainda mais complicada. Em muitos casos, na prática, são comuns soluções intermediárias que implicam em uma viagem semanal dos pais ou responsáveis, para que a criança não fique sem nenhum atendimento. Por outro lado, sabe-se o quanto isto alterará a relação familiar, os irmãos sabem que naquele período não poderão contar com seus pais; e isto pode acontecer às vezes duas a três vezes por semana, por períodos determinados. Estas separações periódicas representam um verdadeiro esforço para todos os membros da família e podem afetar as relações familiares.

A partir dessas considerações, observa-se a importância em verificar a opinião da mãe da criança atendida no serviço de estimulação, já que esta tem papel predominante no decorrer do processo de desenvolvimento de seu filho. A proposta de intervenção estudada enfatiza a participação da mãe no processo de estimulação e isto justifica a necessidade de conhecer a conduta da mesma frente às orientações dadas.

2. OBJETIVOS



2. OBJETIVOS

- 2.1.** Descrever características de crianças portadoras de deficiência visual, na faixa etária de 0 a 4 anos, atendidas no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.
- 2.2.** Identificar opiniões das mães dos usuários do atendimento de Estimulação do Serviço de Visão Subnormal do H.C.UNICAMP, em relação ao serviço oferecido.
- 2.3.** Identificar a conduta das mães dos usuários em relação às orientações recebidas no atendimento de Estimulação.
- 2.4.** Contribuir para a reflexão sobre propostas de intervenção em nível de atendimento de estimulação em Serviços Hospitalares, visando ao seu aperfeiçoamento.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de Estudo

Este estudo foi realizado no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

O tipo de pesquisa realizado caracteriza-se por “SURVEY” descritivo. O “SURVEY” constitui modalidade de pesquisa freqüentemente empregada no campo da Saúde Pública. Trata-se de um tipo de investigação científica em que se estuda a realidade como se apresenta, sem o propósito de estabelecer relação causal entre as variáveis (TEMPORINI, 1994).

GREEN et al. (1980) recomendam a realização de “SURVEYS” com a intenção de identificar o que denominam de fatores predisponentes à ação de saúde. Nesses fatores incluem conhecimentos, atitudes, valores e percepções, responsáveis por justificativa ou motivação de um indivíduo ou grupo, a impulsionar ou restringir o comportamento em saúde.

3.2. População e Amostra

A população alvo foi constituída por crianças de 0 a 4 anos de idade, moradoras de diferentes regiões do Brasil, atendidas no Serviço de Estimulação Infantil da Visão Subnormal, do Hospital de Clínicas da UNICAMP.

Estima-se em 80 casos novos anuais, o número de crianças atendidas no Serviço de Estimulação Infantil da Visão Subnormal do H.C. UNICAMP. Segundo um primeiro levantamento estatístico, NOBRE (1996b) relata que a partir da inserção do atendimento da estimulação no Serviço de Visão Subnormal do H.C. da UNICAMP, o número de atendimentos é crescente, visto que em 1991 foram atendidos 24 casos novos, passando a 54 casos em 1994.

Compôs-se uma amostra de tamanho 25, não probabilística, obtida segundo critério de viabilidade da coleta de dados e facilidade de acesso ao usuário.

Considerou-se também o número de casos atendidos semanalmente neste serviço. Não se pretendeu, portanto, generalizar os resultados.

3.2.1. Critérios de inclusão na amostra:

- crianças na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, portadoras de deficiência visual já diagnosticada, atendidas como casos de retorno, pelo Serviço de Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia H.C. da UNICAMP.
- a família ter recebido orientações específicas de estimulação para com a criança, fornecidas pelo terapeuta ocupacional do serviço de estimulação.

3.2.2. Critérios de exclusão da amostra:

- Casos sem diagnóstico oftalmológico.
- recusa da família em responder ao questionário.

3.3. Variáveis

Informação em relação a:

- Idade da criança em que a mãe percebeu o problema visual
- Pessoa que percebeu o problema visual da criança
- Motivo da não estimulação em casa
- Alterações no desenvolvimento da criança após o início da estimulação
- Auto-avaliação quanto à sua contribuição no desenvolvimento do filho

Conduta em relação a:

- Encaminhamento à estimulação
- Realizar estimulação em casa
- Trabalhar/não trabalhar devido ao problema do filho

Características da mãe/pai:

- Escolaridade
- Ocupação do pai
- Ocupação da mãe
- Estado conjugal
- Outros filhos vivos
- Outros filhos com deficiência

Características da criança:

- Sexo
- Idade
- Idade à primeira consulta oftalmológica
- Idade em que iniciou a estimulação neste serviço
- Procedência
- Diagnóstico constante do prontuário
- Diagnóstico informado pela mãe
- Uso de óculos comum
- Frequência a serviço de reabilitação

3.4. Instrumento:**Estudo Exploratório**

Na etapa de planejamento da pesquisa foi realizado estudo exploratório com o objetivo de se elaborar um questionário adequado à realidade a ser investigada.

Como apreender, de maneira fidedigna, variáveis complexas, a partir da “fala” das pessoas?. Como apreender o significado subjetivo atribuído pelos sujeitos às ações que realizam? Este problema tem sido equacionado com bons resultados, utilizando-se um recurso metodológico

denominado pesquisa exploratória ou estudo exploratório (TEMPORINI, 1994).

Ao se elaborar um questionário, é necessário atentar-se para determinados requisitos, a fim de garantir a obtenção de medidas compatíveis com a realidade. Esses requisitos constituem a precisão, a confiança e a validade do instrumento de medida (TEMPORINI, 1991).

Na primeira etapa do estudo exploratório foram ouvidas aproximadamente 15 mães de crianças atendidas no Serviço de Estimulação de Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da UNICAMP. Estas entrevistas foram aplicadas pelo próprio pesquisador após o atendimento da criança. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com a autorização das famílias, favorecendo assim ao pesquisador uma linguagem mais adequada à realidade cultural e social dessas famílias.

Elaboração do Questionário

Após o estudo exploratório, ficou clara a necessidade da adequação dos termos técnicos para possíveis termos do cotidiano das famílias.

É de fundamental importância salientar a grande dificuldade das mães em entender termos chaves como diagnóstico, médico oftalmologista, doença congênita, patologia, percepção e outros. Esse fator mostrou a necessidade da adequação dos termos referidos para: doença de vista, médico de olhos, problema de vista, a assim por diante. Na grande maioria, as mães mostraram-se muito tímidas no início da entrevista, com dificuldades de expressão.

Pré-Teste

A aplicação do pré-teste auxiliou o pesquisador quanto à forma e clareza do questionário final. Nessa fase foram entrevistadas 10 mães , utilizando-se o dia do retorno da criança ao Serviço de Visão Subnormal, não sendo necessário novo agendamento da criança.

A partir do estudo exploratório e do pré-teste, o questionário foi totalmente estruturado, contendo perguntas e respostas.(Anexo 1). As variáveis quantitativas foram mantidas abertas e categorizadas "a posteriori".

3.5. Coleta, processamento e análise de dados

A aplicação do questionário foi realizada pela própria pesquisadora no decorrer dos atendimentos. O mesmo foi aplicado à mãe ou responsável pela criança atendida no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia do H.C. da UNICAMP. O questionário foi aplicado, respeitando-se o agendamento das crianças no período de 01 de fevereiro de 1997 a 23 de maio do mesmo ano.

Após o preenchimento do questionário, o mesmo foi passado por uma primeira correção manual para a detecção de possíveis erros e inconsistências. A seguir criou-se um banco de dados no programa EPI-INFO versão 6 (1996) tendo sido digitadas as informações dos questionários , procedendo-se então a uma segunda correção e testes de consistência (DEAN et al., 1994).

Em seguida procedeu-se à análise estatística descritiva através do mesmo programa, com a distribuição de frequências e cálculo de médias para as diferentes variáveis estudadas.

Para a classificação das ocupações referentes às atividades da mãe e do pai da criança, utilizou-se a Classificação de GOUVEIA (1992) (Anexo 2).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO



4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Características da família nuclear da criança portadora de deficiência visual.

Tabela 1

Situação ocupacional dos pais da criança portadora de deficiência visual, atendida no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Trabalho remunerado	mãe		pai	
	f	%	f	%
Sim	11	44,0	23	92,0
Não	14	56,0	2	8,0

Observa-se na na tabela 1 que, enquanto a quase totalidade dos pais exerce alguma função remunerada, menos da metade das mães (44,0%) declarou ter trabalho remunerado. Este fato talvez possa ser explicado pela deficiência visual da criança requerer da mãe uma maior disponibilidade, o que resultaria em uma maior dificuldade em exercer trabalho remunerado. Por outro lado, tradicionalmente o homem é o responsável pelo sustento da família, da casa, cabendo `a mulher a responsabilidade pela educação dos filhos e pelos afazeres domésticos.

No entanto observa-se que 20,0% deixaram de trabalhar em razão da deficiência visual de seu filho.

Tabela 2

Abandono do trabalho pela mãe por causa da deficiência visual do filho atendido no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Deixou de trabalhar	<i>f</i>	%
sim	5	20,0
não	20	80,0

Em relação à tabela 2, observa-se que 20,0% das mães da amostra deixaram de trabalhar devido à deficiência de seu filho. Observa-se, no decorrer da história da família, que a responsabilidade quanto ao cuidado com os filhos recai sobre a mulher (GOMES, 1992). As mães usualmente assumem a maior parte dos cuidados da criança, por isso suas vidas pessoais são mais afetadas pelo fato de terem um filho deficiente. Este fato provavelmente explica o número reduzido de mães que trabalham.

Contudo o tamanho reduzido da amostra oferece limitações na interpretação desses resultados.

Tabela 3

Categoria ocupacional dos pais da criança portadora de deficiência visual, atendida no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

Categoria *	mãe		pai	
	f	%	f	%
	n = 11		n = 23	
Pequenos negociantes	-	-	2	8,7
Pequenos funcionários		27,0	2	8,7
Supervisores imediatos	-	-	3	13,0
Trab.manuais§	7	63,0	3	13,0
Trab.manuais#	-	-	11	47,9
Assalariados rurais °	1	10,0	2	8,7

***GOUVEIA, 1972.**

§ Trabalhadores manuais urbanos não especializados.

Trabalhadores manuais especializados e semi-especializados.

• Agricultores sem empregados e assalariados rurais.

A tabela 3 relata a categoria ocupacional dos pais, onde se observa que das 11 mulheres que exercem trabalho remunerado, 63,0% desenvolvem trabalhos manuais urbanos não especializados, como bordadeira autônoma, copeira, faxineira, etc. Já entre os pais, nota-se uma porcentagem maior de trabalhos manuais especializados e não especializados como: eletricitista, motorista de ônibus, pintor de carros, etc..

Tabela 4

Escolaridade da mãe da criança portadora de deficiência visual, atendida no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal. Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

Escolaridade	f	%
n = 25		
Nunca estudou	1	4,0
Já estudou	24	96,0
1º Grau		n = 24
1º série	1	4,1
2º série	-	-
3º série	2	8,4
4º série	4	16,6
5º série	1	4,1
6º série	2	8,4
7º série	2	8,4
8º série	4	16,6
2º grau		
1º série	-	-
2º série	2	8,4
3º série	2	8,4
4º série	4	16,6
Superior	-	-

Com referência à escolaridade da mãe (tabela 4), observa-se que 66,6% delas freqüentaram o 1º grau, porém apenas 16,6% têm o 1º grau completo, e 25,0% concluíram o 2º grau.

Supõe-se que a escolarização favoreça o acesso aos meios de comunicação, fazendo com que as campanhas de saúde sejam melhor interpretadas e com maior adesão da população. Considerando as variáveis escolaridade e ocupação como indicadores do nível sócio econômico, pode-se supor que as mães que compõem a amostra do presente estudo pertençam a categorias menos bem situadas na escala sócio econômica adotada.

Tabela 5

Número de filhos vivos que moram com a mãe da criança portadora de deficiência visual, atendida no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Filhos	f	%
Um	9	36,0
Dois	13	52,0
Três	3	12,0

Em geral observa-se que na população de nível sócio-econômico reduzido existe uma tendência a maior número de filhos nas famílias,

fatores que podem ser atribuídos a várias causas, entre elas o conhecimento insuficiente de métodos anticoncepcionais.

Os dados da tabela 5 chamam a atenção mostrando que a maioria das mães 88,0% têm 1 ou 2 filhos.

Segundo TRAUSE & IRVIN (1993), a experiência de “ter e se tornar um irmão, tende a estar entre as mais estressantes do início da infância”. Para algumas mães, com a vinda de um bebê, tanto as rotinas domésticas quanto os relacionamentos familiares tendem a ser revistos e redimensionados.

ROSSI (1994) relata que a maneira pela qual a mãe lida com as solicitações do filho mais velho diante do irmão recém-nascido, parece influenciar a forma pela qual a criança mais velha “gerência” suas angústias.

Como se observa, o nascimento de um irmão é de difícil adaptação para as crianças mais velhas, mesmo quando contam com a compreensão dos pais para que estes as ajudem a lidar com seus sentimentos. Com a chegada de um irmão com “algum problema”, a criança tem consciência de que algo errado está ocorrendo, mas neste momento os pais estão preocupados com o seu próprio pesar, não podendo dar a atenção necessária ao filho mais velho. Na grande maioria, os irmãos de deficientes perguntam se são tão amados por seus pais quanto o irmão portador da deficiência, pois geralmente este filho recebe mais atenção e mais tempo de seus pais do que seus irmãos normais (ROSSI, 1994).

Tabela 6

Estado marital das mães. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Estado marital	f	%
com companheiro	22	88,0
sem companheiro	3	12,0

Nota-se na tabela 6, que a grande maioria das mães vive com marido (companheiro). Segundo GOMES (1992), a família estabelece-se a partir da decisão de algumas pessoas conviverem assumindo o compromisso de uma ligação duradoura entre si, incluindo uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças que aparecerem nesse contexto.

Quando a mãe tem um marido/companheiro, ele pode ser a maior fonte de conforto. Se o nascimento de qualquer criança afeta um casamento de várias maneiras, o nascimento de uma criança deficiente visual pode acarretar problemas especiais. Mas os problemas podem se acentuar na ausência de um marido ou companheiro prestando apoio e ajuda à mulher no redobrado cuidado que exige a criança deficiente visual.

4.2 Características da criança portadora de deficiência visual.

Tabela 7

Características da criança portadora de deficiência visual, 0 a 4 anos, atendida no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n= 25

Sexo	f	%
masculino	14	56,0
feminino	11	44,0
Idade (meses)	f	%
0 - 12	4	16,0
13 - 24	7	28,0
25 - 36	5	20,0
37 - 48	6	24,0
≥ 49	3	12,0

Em relação à variável sexo (tabela 7), verifica-se predominância do sexo masculino (56,0%), similarmente ao encontrado em outros estudos, (CARVALHO, 1993; LEAL et al., 1995; VIEIRA & RODRIGUES, 1995). Este fato chama a atenção, embora sem razões que expliquem o fenômeno. Seria interessante que tal aspecto merecesse novos estudos para possível comprovação desta diferença e prováveis razões que explicariam tal fato.

Quanto à idade, observa-se que 44,0% da amostra apresenta até 2 anos de idade (tabela 7). Considerando a natureza do serviço de estimulação prestado, espera-se que crianças portadoras de deficiência recebam atendimento especializado precocemente. E de fato, cerca da metade destas crianças foi encaminhada até os 2 anos.

No hospital de Olhos de Pernambuco (HOPE), LEAL et al. (1995), em estudo retrospectivo de 317 casos de portadores de visão subnormal, constataram que 36,0% pertenciam à faixa etária de 0 a 6 anos, demonstrando a preocupação de profissionais de áreas afins em encaminhar o mais precocemente possível as crianças que necessitavam de um atendimento oftalmológico e pedagógico.

Outros resultados, entretanto, foram encontrados por KARA JOSÉ et al. (1988), em um estudo dos 140 primeiros casos atendidos no Serviço de Visão Subnormal (SVSN), da UNICAMP, no período de 1982 a 1984, tendo sido observado apenas 9,3% na faixa etária de 0 a 7 anos. Cabe salientar que o atendimento específico do serviço de estimulação ainda não havia sido iniciado no serviço de visão subnormal neste período.

Tabela 8

Cidade onde mora a criança com deficiência visual. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Cidade	f	%
Campinas	3	12,0
Outras cidades do estado de São Paulo	20	80,0
Cidades de outros estados	2	8,0

Outra característica julgada importante constitui a cidade de onde procedia a criança atendida no serviço de estimulação.

Os resultados mostram que, a grande maioria dos casos procede do interior do estado de São Paulo (92,0%). Justifica-se que 88,0% da amostra tenha se deslocado de suas cidades de origem, em busca de um melhor atendimento, por ser este serviço considerado um centro de referência para outras instituições, responsabilizando-se pelo treinamento e aprimoramento de profissionais, por meio de cursos de extensão , simpósios, e outras atividades.

Até aproximadamente há seis anos, o Serviço de Estimulação da Visão Subnormal recebia um grande número de pacientes da região Nordeste. A partir de 1992, em decorrência da Fundação Altino Ventura

(FAV), sediada em Recife (Pernambuco), ter sido selecionada para atender portadores de visão subnormal, talvez suprimindo a carência de serviço especializado na região Nordeste e evitando o deslocamento destes pacientes para o sul do país, em busca de tratamento adequado (LEAL et al., 1995). Pode ser esta uma das razões de não ter se encontrado na amostra do presente estudo, pacientes daquela região.

4.3 Conhecimento e opinião da mãe da criança portadora de deficiência visual.

Tabela 9

Pessoa que percebeu o problema visual da criança. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Pessoa	f	%
mãe	12	48,0
médico oftalmologista	-	-
médico de outra especialidade	6	24,0
familiares	7	28,0

A Prevenção da Cegueira é papel de vários profissionais (professores, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas), e também de

líderes de comunidade, de pais, etc.; mas principalmente, dos médicos, sejam eles oftalmologistas ou não (RODRIGUES, 1997).

O oftalmologista embora tendo grande importância no diagnóstico e no encaminhamento da criança deficiente visual, tem pouca influência na detecção precoce do problema que, em nosso meio fica por conta dos parentes, principalmente a mãe e o pediatra. A criança não vai ao oftalmologista quando a suspeita já foi levantada.

A detecção e o diagnóstico precoce necessita pois de educação da família e da equipe de saúde dos postos de saúde. Assim é necessário que a família da criança deficiente visual fosse realmente assistida por grupo de apoio psicológico e pelo ambiente sócio-cultural, a fim de conscientizar-se para melhor aceitar, proporem e unir-se na tarefa da reabilitação. Pois quando isso não ocorre, há uma troca de acusações, incompreensões e mesmo ruptura do relacionamento familiar.

Quando a criança em algum momento apresenta alguma defasagem em seu desenvolvimento, tornando-se um elemento "diferente", a atuação convencional da família será influenciada. Ao se deparar com o novo contexto que abarca a questão da deficiência ou diferença, podem ser observadas repercussões que, em diferentes graus e de diferentes formas, incidem nas relações familiares (SAMEA, 1994).

O impacto da descoberta da deficiência pode causar na família uma ruptura nos estágios iniciais de desenvolvimento do vínculo mãe/filho, muitas vezes interferindo no papel normal da mãe, podendo esta reação causar maiores danos do que a própria deficiência.

O choque, a frustração, o sentimento de pena ou culpa influenciam profundamente o sentimento materno e a interação mãe/filho, e podem ser

por si sós, responsáveis pela não construção de um vínculo saudável e pela desestruturação da dinâmica e relação familiar (BRUNO, 1993).

MILLER (1995) relata quatro fases de adaptação que, em geral, as mães passam após receberem o diagnóstico do problema de seus filhos, denominadas 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.

A criança deficiente pode também estar sujeita à rejeição dentro da família. Mesmo que não se trate de rejeição manifesta, ela pode sofrer emocionalmente, fazendo com que procure atrair as atenções e se torne destrutiva ou manipuladora. Segundo SHEPHERD, 1996, na maioria dos casos, os pais da criança deficiente aceitam o seu problema, desenvolvem uma atitude positiva que se transmite à criança, tornando-se fonte importante de estímulo e motivação.

Considerando a atuação de médicos na detecção precoce da deficiência visual em crianças, os resultados mostram que 24,0% dos casos foram identificados por médicos.

KARA JOSÉ et al. (1984) sugerem que os pediatras deveriam ser conscientizados quanto à necessidade de avaliar a acuidade visual das crianças. Recomendam alertar os pediatras quanto ao papel fundamental que podem e devem desempenhar na prevenção da deficiência visual. Este fato leva a supor que o pediatra deveria ser o médico capaz de orientar e apoiar a mãe, neste momento difícil.

RODRIGUES, 1997, coloca que em relação à prevenção da cegueira, uma medicina curativa bem feita é um dos componentes importantes da prevenção das perdas visuais; e que a reabilitação é a última etapa na luta contra a cegueira e contra as suas consequências sobre os indivíduos afetados, suas famílias e toda a sociedade.

Tabela 10

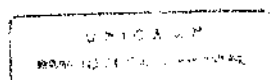
Idade da criança em que foi percebido o problema visual. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Idade (meses)	f	%
0 - 6	21	84,0
7 - 12	3	12,0
≥ 13	1	4,0

Em relação à idade em que foi percebido o problema visual da criança, observa-se que 84,0% dos casos tinham até 6 meses de idade. (tabela 10).

Crianças com baixa visão apresentam dificuldades no que diz respeito ao desenvolvimento global, psico-sócio emocional, a situação ensino aprendizagem (BRUNO, 1993; HYVARINEN, 1995). Muitos especialistas referem-se à importância da visão no processo de



aprendizagem, estimado em 80 a 85,0% tal dependência (ALLEN, 1967; BURNS, 1973; VIEIRA & RODRIGUES, 1995). A condição sócio-econômica; poderá ser mais um fator agravante a estas dificuldades. Assim, se de um lado estas crianças não são suficientemente cegos para merecer serviços social e de reabilitação, de outro não são videntes o bastante para viver uma vida normal. Neste enfoque os programas nacionais voltados para a problemática da cegueira devem criar novos serviços para o atendimento desta população. A deficiência visual da criança pode ser constatada portanto, logo após o nascimento, em idade pré-escolar ou enquanto freqüenta a escola. A descoberta tardia coloca a criança em risco de não ser compreendida ou não ser suficientemente estimulada. Segundo recomendação da OMS, os programas de intervenção precoce são de grande importância, pois criam situações que estimulam a visão. (OMS, 1992).

Conforme dados de CARVALHO (1993), dos 836 casos atendidos no SVSN no período de 1982 até 1991, 46,0% tinham idade inferior a um ano, o que sugere, em comparação com os dados do presente estudo, detecção mais precoce da deficiência visual.

A cegueira na infância é particularmente importante, seja pelos índices com que se apresenta nos países em desenvolvimento, seja por representar um encargo sócio-econômico mais grave (TEMPORINI, 1984). Os especialistas são concordes quanto à importância que a visão assume, desde a mais tenra idade, no processo de aprendizagem, bem como quanto à necessidade da descoberta e tratamento precoces dos distúrbios oculares, como formas de minimização e solução de tais problemas (KARA JOSÉ & TEMPORINI, 1980).

Tabela 11

Opinião da mãe em relação ao grau de melhora da criança, após o início da estimulação. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Opinião	f	%
melhorou muito	13	52,0
melhorou um pouco	9	36,0
não melhorou nada	3	12,0

A maioria das mães declara ter a criança melhorado muito após o início da estimulação (52,0%). Esses resultados podem ser atribuídos em parte as atividades de estimulação que vem sendo desenvolvidas no serviço. Considerando que as mães receberam orientações simultaneamente específicas quanto à estimulação visual, isto parece evidenciar credibilidade das mães ao atendimento que vem sendo oferecido.

Considerou-se de interesse apresentar os diagnósticos constantes do prontuário e o conhecimento do diagnóstico declarado pela mãe, as tabelas 12 e 13 mostram estes resultados.

Tabela 12

Diagnóstico da deficiência visual registrado no prontuário da criança. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Diagnóstico	f	%
Corioretinite	8	32,0
Síndrome genética	6	24,0
Retinopatia da prematuridade	3	12,0
Catarata	2	8,0
Albinismo	2	8,0
Mal formação óptica	2	8,0
Deficiência cortical	1	4,0
Estrabismo	1	4,0

Na tabela 12 observa-se que o diagnóstico mais freqüente foi o de corioretinite macular (32,0%), o que vem ao encontro de estudo de CARVALHO (1993), de 836 casos, dos quais 29,0% eram portadores de corioretinite macular. Resultados semelhantes, foram obtidos em pesquisa realizada nos 40 primeiros casos atendidos no serviço de Estimulação da Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da UNICAMP, (GAGLIARDO et al., 1996), evidenciando a corioretinite macular como o diagnóstico mais presente (57,5%). Este conhecimento torna-se especialmente importante

quando se considera que a maioria destes casos é teoricamente evitável, posto que representam seqüelas de infecção por toxoplasmose congênita.

Tabela 13

Conhecimento sobre a denominação da deficiência visual do filho. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual Campinas. Campinas, 1997.

n = 18

Denominação	f	%
Estrabismo	4	22,0
Catarata congênita	3	16,7
Albinismo	2	11,2
Descolamento da retina	2	11,2
Mal formação óptica	2	11,2
Toxoplasmose congênita	2	11,2
Atrofia do olho	1	5,5
Nistagmo	1	5,5
Lesão nos olhos	1	5,5

Na tabela13, verifica-se que as mães atribuem denominações distintas às contidas no prontuário, com referência ao problema visual de seu filho. É provável que esta diferença tenha ocorrido por dificuldades de comunicação entre médico e a mãe relativos à linguagem técnica utilizada.

Ressalta-se o estrabismo (22,0%), e a catarata congênita (16,7%), entre os problemas apontados pelas mães.

A maioria dos pais das crianças da amostra é leiga na matéria e não entende o jargão profissional. Com frequência, os leigos consideram a terminologia profissional, mesmo quando a entendem, como algo estigmatizante e ameaçador (TELFORD & SAWREY, 1976).

De outro lado este fato pode se acentuar quando se considera o baixo nível de escolaridade observado na tabela 4, que dificultaria o entendimento correto a respeito da denominação do diagnóstico da deficiência visual.

Tabela 14

Idade da primeira consulta oftalmológica. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Idade (meses)	f	%
0 - 6	20	80,0
7 - 12	3	12,0
13≥	2	8,0

Na tabela 14, que mostra a distribuição da idade à primeira consulta oftalmológica, observa-se que, dentre as 21 crianças em que o problema

visual foi detectado até os 6 meses de idade (tabela 10), apenas 1 não chegou à primeira consulta nesse período.

A realização de campanhas de oftalmologia sanitária e de prevenção da cegueira na escola tem identificado crianças portadoras de problemas visuais (TEMPORINI, 1980; CASTRO, 1997). Essas campanhas favorecem a maior conscientização da população, dos profissionais da rede escolar pública e privada e de médicos de outras especialidades sobre a importância do encaminhamento precoce. A deficiência visual, contudo em geral instala-se antes do primeiro ano de vida, assim se detectada apenas na idade escolar já ocasionou problemas no desenvolvimento das crianças.

Segundo VEITZMAN (1992), no cuidado com crianças portadoras de deficiência visual, o diagnóstico precoce e o tratamento médico adequado assumem primordial importância. O retardo no tratamento dessas crianças compromete o prognóstico visual, em se tratando de ambliopia e estrabismo. Assim, exames visuais devem representar uma parte importante no controle geral da saúde dos escolares (MACCHIAVERNI FILHO et al., 1979).

A ausência total ou parcial da visão pode interferir na habilidade motora, fundamental para o processo de independência. Os primeiros meses de vida são de grande importância para o desenvolvimento da visão. LEAL et al. (1995) citam que as experiências visuais são as mais numerosas e minuciosas em relação às fornecidas pelos outros sentidos.

Tabela 15

Idade da criança no primeiro atendimento no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 16*

Idade (meses)	f	%
0 - 6	8	50,0
7 - 12	6	37,5
≥ 13	2	12,5

* Das 25 mães, nove não souberam informar.

Considerando a tabela 10, 21 casos (84,0%), foram percebidos até os 6 meses de idade, na tabela 15, apenas 8 casos (50,0%) chegaram ao atendimento específico do Serviço de Estimulação da Visão Subnormal nesta faixa etária.

É possível que estes resultados se devam ao fato da ausência do encaminhamento pelo oftalmologista.

GREENBLATT (1988), num estudo sobre a interação dos oftalmologistas com os deficientes visuais, mostrou que, além de haver um número reduzido de encaminhamentos dos oftalmologistas para serviços de reabilitação, muitos não conheciam os serviços existentes em sua comunidade. Uma vez informados regularmente sobre os tipos de atendimento fornecidos pelas instituições, ou tendo freqüentado algum tipo

de curso de reabilitação para deficientes visuais, houve um aumento do número de encaminhamentos.

HYVARINEN (1995), sugere uma maior interação entre médicos e outros membros da equipe, à partir desta interação os médicos ganham mais conhecimentos sobre o funcionamento da deficiência visual. A Academia Americana de Oftalmologia tem tomado uma importante medida suplementar em direção a educação na reabilitação, com publicações de monografias sobre reabilitação em baixa visão, que contém informações detalhadas sobre todos os aspectos dos serviços de reabilitação.

Na medida em que se implementassem medidas como a maior concientização por parte dos oftalmologistas quanto à importância do encaminhamento precoce, mais crianças seriam beneficiadas por este serviço. O oftalmologista passa ter um papel fundamental para o futuro da criança. A família pode não procurar a reabilitação, se esta não for sugerida pelo oftalmologista de maneira clara e enfática. Uma demonstração indireta disso pode ser vista pelo fato de que das 21 crianças que tiveram seu problema visual detectado até os 6 meses de vida (tabela 10), 20 tiveram uma consulta oftalmológica nesse período (tabela 14), mas apenas 8 iniciaram a estimulação antes dos 6 meses (tabela 15). Estes resultados surpreendem, considerando-se ser este serviço reconhecido pela comunidade, com referência aos benefícios prestados.

O primeiro ano de vida corresponde a um período em que o organismo está pronto para receber e utilizar os estímulos ambientais, reunindo condições satisfatórias para a aquisição e desenvolvimento das diferentes funções. Assim, esse período compreendido entre o nascimento e o primeiro ano de vida caracteriza-se como sendo um dos mais críticos

no desenvolvimento da criança, o que reforça a idéia da importância de nele se diagnosticar qualquer alteração de desenvolvimento (NAKAMURA, 1996).

NOBRE (1996b) relata, em um estudo dos primeiros 40 casos atendidos no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal do Departamento de Oftalmologia do Hospital de Clínicas da UNICAMP, que 33,0% tiveram intervenção precoce iniciada antes do primeiro ano de vida, favorecendo assim um melhor desenvolvimento global dessas crianças.

Tabela 16

Conhecimento de mães sobre a existência de outros problemas de saúde associados à deficiência visual. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

Conhecimento do problema	f	%
n = 25		
Não tem outro problema	14	56,0
Tem outro problema	11	44,0
n = 11		
Problema neurológico	3	27,2
Paralisia cerebral	1	9,1
Microcefalia	1	9,1
Epilepsia	1	9,1
Convulsão	1	9,1
Problema de cérebro	1	9,1
Problema motor	1	9,1
Hidrocefalia	1	9,1
Atraso neuropsicomotor	1	9,1

As mães mostram conhecimentos imprecisos quando se referem a problemas de saúde associada à deficiência visual. Embora 44,0%

menção a existência de outros problemas de saúde, associada à deficiência visual.

Quando se observa a tabela 16, nota-se que, em quase metade dos casos (44,0%), a deficiência visual está acompanhada por outros problemas. Esses são geralmente de origem neurológica, embora a denominação do problema não necessariamente corresponda à usada pela classe médica. Poderíamos subdividi-la em diferentes categorias, mas esta amostra sugere que a maioria dos problemas poderia ter sido diagnosticada antes do primeiro ano de vida. HYVARINEN (1988) relata que 70,0% das crianças deficientes visuais possuem também outras deficiências.

Crianças com problemas neurológicos graves chegam mais tardiamente aos serviços de estimulação visual, sendo dada maior ênfase à estimulação motora propriamente dita. O desenvolvimento neuromotor pode estar atrasado se a terapia física não se iniciar precocemente. O atraso motor faz a criança atuar como uma criança de menor idade e aumenta o risco de superproteção, o que é comum em famílias de deficientes.

O ambiente exerce importante papel na modulação do desempenho motor, de modo que podemos lançar mão de certos aspectos do ambiente para canalizar e orientar o funcionamento motor (SHEPHERD, 1996).

A ausência de atividade devido à baixa estimulação visual é um problema comum entre estas crianças. Isto leva, em muitos casos, a uma “auto-estimulação” ou “maneirismos” perturbadores que são socialmente mais incapacitantes do que a própria deficiência visual. Esses comportamentos não são exclusivos das crianças portadoras de cegueira,

estando também presentes em muitas crianças portadoras de visão subnormal (BRUNO, 1993).

HYVARINEN (1988) comenta sobre os maneirismos dizendo que “o tempo que poderia ser aproveitado para aprender através de brincadeiras, está sendo desperdiçado pelo uso inadequado das mãos”. Enquanto profissionais, é nosso papel orientar os pais quanto à necessidade de inibir esses comportamentos, oferecendo outros estímulos, dando significado a alguns movimentos para a criança, favorecendo o relacionamento com o mundo ao seu redor.

CANTAVELLA et al (1992) definem maneirismos como “Todo um conjunto de comportamentos motores repetitivos que se apresentam na grande população de crianças cegas ou com baixa visão”. Também podem ser notados em alguns videntes. Os mais encontrados nas crianças cegas ou com VSN severa são: o rocking cefálico, pressão dos globos oculares, balanceios do corpo, riso imotivado e ecolalia.

Tabela 17

Opinião da mãe em relação a alterações no comportamento da criança após o início do atendimento no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

(continua)							n = 25	
Passou a:	Sim		Não		Não lembra			
	f	%	f	%	f	%		
Virar o rosto, se chamado	25	100,0	-	-	-	-		
Olhar para o rosto da mãe	22	88,0	3	12,0	-	-		
Pegar os brinquedos	19	76,0	6	24,0	-	-		
Procurar brinquedos com os olhos	20	80,0	5	20,0	-	-		
Sorrir para a mãe	22	88,0	3	12,0	-	-		
Seguir a luz da lanterna para cima	20	80,0	4	16,0	1	4,0		
Seguir a luz da lanterna para baixo	15	60,0	9	36,0	1	4,0		
Seguir luz da lanterna para os lados	19	76,0	5	20,0	1	4,0		
Reconhecer seu rosto	19	76,0	5	20,0	1	4,0		
Olhar para as mãos	20	80,0	5	20,0	-	-		
Sentar	18	72,0	7	28,0	-	-		
Imitar caretas	13	52,0	12	48,0	-	-		
Pegar coisas pequenas	15	60,0	9	36,0	1	4,0		
Identificar figuras conhecidas	11	44,0	13	52,0	1	4,0		

(conclusão) n = 25

Passou a:	Sim		Não		Não lembra	
	f	%	f	%	f	%
Andar	14	56,0	11	44,0	-	-
Nomear objetos	12	48,0	13	52,0	-	-
Separar objetos iguais	7	28,0	16	64,0	2	8,0
Nomear cores	4	16,0	21	84,0	-	-
Fazer um círculo	5	20,0	20	80,0	-	-
Colocar objetos um dentro do outro	14	56,0	11	44,0	-	-
Identificar tamanho	8	32,0	16	64,0	1	4,0

A opinião em relação a alterações no desenvolvimento da criança após o início do atendimento no Serviço de Estimulação, apresentado na tabela 17, mostra que a maioria das mães apresentou respostas afirmativas. Essas respostas indicam alterações positivas no comportamento da criança e devidas ao atendimento.

É de se supor que este fato tenha ocorrido por ser a visão tão importante para a relação mãe/criança. Nota-se que 88% das mães relataram que a criança passou a olhar para ela, dado este muito significativo tendo em vista que um dos meios privilegiados de comunicação entre mãe e bebê é o olhar. O contato de olho é um importante pré-requisito para o vínculo social na cultura ocidental. Quando a criança não o apresenta causa ao responsável e ao terapeuta um desconforto emocional, que eles necessitam aprender a conviver com ele

(HYVARINEN, 1995). Vale ressaltar que poucas mães não forneceram respostas por não se lembrarem dos comportamentos mencionados.

ROBSON (1967) estudou de maneira aprofundada a comunicação pelo olhar mútuo. Um pequeno número de mães diz que o olhar mútuo está na origem dos sentimentos positivos intensos. Esses sentimentos estão ligados ao fato de ser reconhecido de um maneira altamente pessoal e íntima, sendo portanto um dos meios principais de comunicação não verbal.

O rosto da mãe é o lugar único e inteiro onde se podem integrar, em um mesmo espaço, estados afetivos diferentes. Diante de um bebê alegre, satisfeito, a fisionomia da mãe é praticamente a mesma, ou seja, descontraída. Se o filho chora, está inquieto, ela muda também sua fisionomia, tornando-se preocupada (ROBSON, 1967).

Neste estudo, 88,0% das mães relataram também que a criança passou a sorrir. As mães esperam ansiosas por mais este gesto de comunicação. Por volta da quinta semana de vida, o bebê já sorri ao rosto da mãe espontaneamente, realizando as primeiras discriminações. A primeira relação social da criança é com a sua mãe e a presença materna é fundamental para que a criança tome consciência da diferenciação entre ela e o mundo que a rodeia.

Aproximadamente 78,0% das mães responderam que após o início do atendimento da estimulação, a criança passou a pegar e ou procurar os brinquedos. NOBRE (1996a) enfatiza que, brincando, a criança experimenta, descobre, inventa, exercita e confere suas habilidades; desenvolvendo a partir disso a aprendizagem, o pensamento, a linguagem, a concentração e atenção. Brincar é essencial à saúde física,

emocional e intelectual da criança, contribuindo desta forma para o equilíbrio do adulto.

As crianças deficientes visuais precisam brincar como todas as crianças, pois seu desenvolvimento depende muito dessa estimulação. Brincando, a criança atinge um desenvolvimento harmonioso do corpo e da mente, adquire habilidades, interage com pessoas e objetos, aprende a se expressar, enfrenta desafios, e, é estimulada a resolver problemas (SIAULYS, 1997).

As mães, de forma geral, apresentam dificuldades na compreensão quanto ao brincar da criança e a utilização do brinquedo e brincadeiras como recurso para a estimulação de seus filhos portadores de deficiência visual. A criança deficiente visual geralmente exige uma maneira especial de introdução as brincadeiras, e os pais tornam-se o elo de ligação da relação criança/brinquedo, possibilitando a exploração criativa do mesmo e as aquisições advindas dessas experiências.

Geralmente a criança deficiente visual acaba não recebendo os estímulos necessários para o seu desenvolvimento, por motivos como a falta de recursos econômicos e sociais que dificultam o contato da criança com o repertório de brinquedos em casa. Existe uma dificuldade compreensível das mães em lidar com as especificidades advindas da deficiência visual no brincar da criança (NOBRE, 1996a). Segundo BRUNO (1993), o brincar, para crianças com ausência de visão, é uma atividade vital. O ato de brincar desenvolve-se de um simples exercício para a aquisição de novas etapas do desenvolvimento.

Em relação ao andar, ainda na tabela 17, 56,0% das mães opinaram dizendo que, após o início do atendimento do Serviço de Estimulação, seus filhos passaram a andar. Segundo HYVARINEN (1988),

o desenvolvimento motor e a deficiência visual interagem muito. A movimentação para o alcance de um objeto ocorre na medida em que ela é motivada pela visão. A criança deficiente visual apresenta dificuldade em iniciar a exploração do ambiente e dos objetos pela ausência do recurso, o qual despertaria seu interesse.

O desenvolvimento psicomotor é o caminho que toda criança tem de percorrer para ir conseguindo paulatinamente novas metas ao longo de seu amadurecimento. Parece que os pais alimentam expectativas claras em relação à conquista dos principais marcos do desenvolvimento motor, tais como a aquisição da independência para ficar sentado e para deambular. (HOPKINS & WESTRA, 1989).

Observou-se, em relação à nomeação e classificação de objetos, nomeação de cores e discriminação de tamanho, um grande número de respostas negativas, ou seja, segundo a opinião das mães, a maioria das crianças ainda não executa estas atividades. É provável que isto seja consequência da idade das crianças do presente estudo, ao redor de 2 anos, ainda precoce para o desenvolvimento de tais habilidades, por crianças portadoras de deficiência visual.

4.4 Conduta da mãe da criança portadora de deficiência visual.

Tabela 18

Conduta da mãe, referente a levar à criança portadora de deficiência visual a instituição de reabilitação. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Leva a criança	f	%
sim	13	52,0
não	12	48,0

Na tabela 18 observa-se que 52,0% das mães levam seu filho deficiente a alguma instituição de estimulação. Este dado pouco difere do da tabela 16, onde 44,0% das crianças apresentam outro comprometimento associado à deficiência visual, o que sugere encaminhamento para instituição de estimulação.

Neste estudo não foi observada correlação entre a idade à primeira consulta no serviço de estimulação com a idade ao encaminhamento a outros centros para a estimulação. Supõe-se que, pela média de idade ao primeiro atendimento no serviço de estimulação ter sido de 1,7 meses, estas crianças devem ter sido encaminhadas antes do primeiro ano de vida, favorecendo assim um melhor desenvolvimento visual a estas crianças.

Tabela 19

Instituição de atendimento da criança com deficiência visual. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 13

Instituição *	f	%
APAE	6	46,1
PRO-VISÃO	2	15,3
CEPRE	1	7,7
CETREIM	1	7,7
DEREFIM	1	7,7
AMARATI	1	7,7
PRINCESA VITÓRIA	1	7,7

*Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Centro de Terapia e Reabilitação Integrada Municipal, Departamento de Reabilitação Física e Mental.

Dentre as instituições que oferecem atendimento às crianças portadoras de deficiência visual, ressaltam-se os atendimentos realizados pela APAE . Esse fato pode ser explicado pela APAE ser uma instituição presente em quase todos os municípios do estado de São Paulo (250 unidades), e no Brasil (1500 unidades), responsabilizando-se, assim, pelo atendimento de grande parcela dos deficientes mentais existentes. Esta instituição tem recebido orientação para o atendimento de deficientes

visuais encaminhados pelo Serviço de Estimulação da Visão Subnormal do HC da UNICAMP.

Tabela 20

Realização pela mãe de estimulação em casa. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

n = 25

Realiza estimulação	f	%
sim	24	96,0
não	1	4,0

Em relação à conduta da mãe na realização da estimulação em casa, ou seja, seguir as orientações dadas para a estimulação, 96,0% referem que assim precedem (tabela 20). Isto provavelmente sugere o efetivo envolvimento das mães com essa proposta de trabalho.

A oportunidade da mãe ajudar, de maneira construtiva, na recuperação de seu filho, pode provocar-lhe um sentimento de competência e realização, bem como a sensação de sentir-se física e psicologicamente disponível para seu filho deficiente, sabendo que compartilha de sua difícil experiência.

Muitas vezes, porém, as mães têm dificuldades em lidar com seus filhos “deficientes ou diferentes” do padrão de normalidade, devido às

próprias incertezas sobre seu papel, desconforto esse que freqüentemente é reforçado pela equipe hospitalar. Acrescenta-se a isso a atmosfera hospitalar estranha, o linguajar incompreensível para os leigos e o sentimento de culpa e/ou medo de serem responsabilizadas pela deficiência do filho. Segundo SMITHERMAN, citado por CÉSAR (1993), “identificar as 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”.

Tabela 21

Orientação e conduta da mãe frente ao encaminhamento para outra instituição. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

Orientação	f	%
n= 25		
Não recebeu orientação	11	44,0
Recebeu orientação	14	56,0

leva sempre	n= 14	
	13	52,0
nunca leva	1	4,0

As mães das crianças que necessitaram encaminhamento para outra instituição que não o serviço de estimulação da visão subnormal da UNICAMP; constituem 2 grupos: o 1º que recebeu orientação e outro grupo que não recebeu orientação a este respeito.

Os resultados da tabela 21, mostram que entre as que receberam orientação (56,0%), 52,0% atendeu a esta solicitação e costuma levar a criança a instituição encaminhada. Pode-se supor que essas mães entenderam a importância da estimulação, mostrando-se envolvidas com o processo. Assim, mais uma vez fica clara a importância do papel da mãe no desenvolvimento da criança.

Os 44,0% que não receberam encaminhamentos para a estimulação em outra instituição, são casos onde o diagnóstico da deficiência visual associada a outro comprometimento ainda não foi completado, e alguns casos a criança não necessita ser institucionalizada, por não apresentar atraso significativo em seu desenvolvimento.

COLEMBRANDER & FLETCHER (1991) ressaltam que no “modelo médico” o oftalmologista tem papel ativo e toma atitudes pelo paciente que deve aceitá-las, mas no “modelo reabilitacional”, o papel ativo cabe ao cliente que deve aprender técnicas, treinar e se adaptar, cabendo ao médico e/ou à equipe o papel de orientadores. Segundo LAWRENCE (1985), para a efetivação desta abordagem global de reabilitação visual, o paciente deve ser encorajado a tomar parte no processo de tomada de decisões para o êxito da reabilitação.

Conforme o observado neste estudo, a mãe é quem passa a ter o papel ativo e os estimuladores, educadores, reabilitadores e médicos, tem o papel de trabalhar “com e para” o paciente e sua família.

Sabe-se que o comportamento do indivíduo torna-se fator determinante das suas condições de saúde, bem como do nível de saúde da comunidade da qual ele faz parte. O simples fato de colocar serviços de saúde ao alcance da população, por si só, não lhe assegura higidez (TEMPORINI, 1984).

Tabela 22

Uso de óculos. Serviço de Estimulação da Visão Subnormal, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1997.

Usa	f	%
		n= 25
Não	14	56,0
Sim	11	44,0
		n= 11
sempre	8	32,0
de vez em quando	3	12,0

Em relação ao uso de óculos (tabela 22), observa-se que a maioria segue a orientação (72,0%), ou seja, a criança faz uso do mesmo quando indicado. Sugere-se que 28,0% das crianças que deveriam usar e não o fazem, esteja relacionado à falta de motivação dos pais para persistência no uso, falta de conscientização da família sobre a importância do seu uso

como auxílio para o desenvolvimento visual da criança. Pode-se associar a estes fatores a dificuldade de acesso aos serviços especializados, levando-se em consideração o baixo nível sócio-econômico dos indivíduos da amostra.

5. CONCLUSÕES



5. CONCLUSÕES

5.1. A amostra foi composta de 25 mães de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos de idade, com prevalência do sexo masculino, idade média de 2 anos, sendo a coriorretinite macular, o diagnóstico mais freqüente.

5.2. As mães entrevistadas foram unânimes no que se refere à melhora das crianças após o início do atendimento no Serviço de Estimulação da Visão Subnormal.

5.3. Em relação à conduta das mães frente às orientações dadas, a maioria segue as orientações, não demonstrando dificuldades, a não ser na compreensão do diagnóstico e suas implicações para o desenvolvimento da criança.

5.4. Em geral a mãe percebeu o problema visual da criança anteriormente a outras pessoas.

5.5. Todas as mães reconheceram sua importância na estimulação de seus filhos.

6 . SUGESTÕES



6. SUGESTÕES

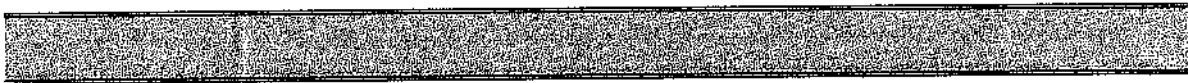
6.1. Considerando a necessidade de apoio psicológico da mãe da criança deficiente visual, seria recomendável que o serviço de visão subnormal do Hospital das Clínicas da UNICAMP pudesse contar com o concurso de profissional dessa área.

6.2. Provimento de espaço físico no serviço de visão subnormal do Hospital das Clínicas da UNICAMP, para a realização de atividades práticas e elaboração de materiais lúdicos usados na estimulação com a participação das mães, sob a supervisão de um Terapeuta Ocupacional.

6.3. Realização de pesquisas em relação a aspectos deste estudo que mereceriam aprofundamento, ampliando-se o tamanho da amostra.

6.4. Há necessidade de facilitação do acesso dos deficientes aos centros de reabilitação e uma participação mais ativa dos oftalmologistas no encaminhamento precoce das crianças portadoras de deficiência visual.

7. ABSTRACT



7. ABSTRACT

The purpose of this study was to know and to describe the opinion and practice of mothers of children with visual deficiency who were cared at the Stimulation of Subnormal Vision Unit of Clinics Hospital at the University of Campinas. It was intended to know the characteristics of the family and the child with visual deficiency. For data collection a structured questionnaire was applied by the investigator to the mothers of these children. The sample size was of 25 mothers of children from 0 to 4 years old. This questionnaire which had been elaborated resulted from work field's activities. The results showed that the majority of mothers adequately followed the instructions given and do not have any major difficulty to perform them. According to the age of the child at the time of the visual impairment detection and of the first visit to the ophthalmologist, the results revealed that the majority of these children was detected before reaching 6 months of life, however only 50,0% arrived to the Stimulation of Subnormal Vision Unit until this age. The mother is who generally first identified the visual impairment on the child (48,0%) followed by other relatives (28,0%) and doctors (24,0%). This is concerned the important role of the mother/woman for the rehabilitation of the child. During the study it was identified the difficulty of the mother in understanding the ophthalmologic diagnosis and its implications for the global development of the child. This study proposes the importance to facilitate the access of the visual impairment the interventions centers and also the participation of the ophthalmologists in early referring these children with visual deficiency.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ¹

ALLEN, H.E. - Incidence of amblyopia. **Arch. Ophthalmol.**, **77** : 1, 1967.

ALVES, M.R. & KARA JOSÉ, N. **O olho e a visão. O que fazer pela saúde ocular das nossas crianças.** Rio de Janeiro, Vozes, 1996.151p.

ATHAYDE NETO, A.; PACHECO, E.S.; CURI, J. M.; BARRETO, J.; SALOMÃO L.M.R.; CORREA, M.C.T.; KLINDER, M.; VINHAS, N.R.; COELHO, V.L. -**Fatos e datas de importância para a prevenção da cegueira no Brasil.** In: Congresso Brasileiro de Prevenção de Cegueira, 4, Belo Horizonte, 1980. Anais. p.87-93.

BRAZELTON, T.B. - **Bebês e mães.** Rio de Janeiro, CAMPUS, 1981.299p.

BRUNO, M.M.G. - **O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual: da intervenção precoce à integração escolar.** São Paulo, NEWSWORK, 1993. 144p.

BURNS, M.J. - Building a priority for national vision health care. **Eye, Ear, Throatmon.**, **52** : 353-6, 1973.

¹ HERANI, M.L.G. Normas para a apresentação de dissertações e teses. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. São Paulo, 1990.

- CANTAVELLA, F.; LEONHARDT, M.; ESTEBAN, M.A.; NICOLAU, C.L.; FERRE, T.M. - **Introducción al estudio de las estereotipias en el niño ciego**. Barcelona, MASSON S.A., 1992. 140p. Colección de Psicopedagogia y Lenguaje.
- 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 - Universidade Estadual de Campinas]
- CARVALHO, K.M.M.; GASPARETTO, M.E.R.F.; VENTURINI, N.H.B.; KARA-JOSÉ, N. **Visão subnormal: orientação ao professor do ensino regular**. Campinas, Editora da UNICAMP, 1992. 48p.
- CASTRO, R.S.- **Triagem visual e assistência oftalmológica em pré-escolares da cidade de Limeira (SP) 1995**. Campinas, 1997. [Tese Mestrado - Universidade Estadual de Campinas]
- CAZÓN, A.R.P.& CAZÓN, C.M.P. - Experiencias y vivencias como papás de una persona sordociega. Dirección General de la ONCE. **Tercer Sentido**, 23: 39-42, 1996.
- CÉSAR, A.F.C. - Uma abordagem da Terapia Ocupacional em relação ao vínculo mãe & filho em um ambiente hospitalar. **1,2,3,...e já! Revista de Terapia Ocupacional**, . 1993. p.12-15.

COLENBRANDER, A. & FLETCHER, D.C. - Low vision rehabilitation. In:
**JOINT COMMISSION ON ALLIED HEALTH PERSONNEL IN
 OPHTHALMOLOGY.** São Francisco, 1991. 16p.

CORN, A. L. - Visual function: A theoretical model for individuals with low vision. **J. Vis. Impairm. & Blind.**, **77(1)**: 362-41, 1983.

DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, P.; BRENDEN, 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.

GAGLIARDO, H.G.R.G. & GONÇALVES, V.M.G. - Conduta Visual - primórdios da comunicação. **Arq. Neuropsiquiatr.**, **54(Supl II)**. 1996.

GAGLIARDO, H.G.R.G.; NOBRE, M.I.R.S.; CARVALHO, K.M.M. - Intervenção precoce ambulatorial - orientação à família. **Arq. Bras. Oftal.**, **59 (4)**: 352, 1996.

GESELL, A. - **A criança dos 0 aos 5 anos.** São Paulo, Martins Fontes, 1985. 392p.

GOMES, H.S.R. **Trabalhando com famílias.** Caderno de ação, 1. São Paulo, 1992.

GOUVEIA, A.J. - **O emprego público e o diploma do curso superior.**

Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1972.

GREEN, L.W. et al. - **Health education planning: a diagnostic approach.** Palo Alto, Mayfield, 1980 (mimeo).

GREENBLATT, S.L. - Physicians and chronic impairment : a study of ophthalmologist's interactions with visually impaired and blind patients. **Soc. Sci. Med.**, **26(4)**: 393-99, 1988.

HARRELL, L. & AKESON N. - It's more than a flashlight! **American Foundation for the Blind**, New York, 1987.49p.

HOPKINS, B. & WESTRA, T. - Maternal expectations of their infants' development: some cultural differences. **Dev. Med. Child Neurol**, **31**, 384, 1989.

HYVARINEN, L. - **La vision normal y anormal en los niños.** Madri, ONCE, 1988. 92p.

HYVARINEN, L. - Considerations in evaluation and treatment of the child with low vision. **American J. of Occupational Therapy**. **59(9)**: 891-97, 1995.

KARA-JOSÉ, N. & TEMPORINI, E.R. - Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de primeira série do primeiro grau. **Rev. Saúde Públ.**, **14**: 205-14, 1980.

KARA- JOSÉ, N.; CARVALHO, K.M.M.; CALDATO, R.; PEREIRA, V.L.; OLIVEIRA, A.M.N.D.; FONSECA NETO, J.C. - Atendimento de amblíopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas, São Paulo, Brasil. **Bol. Of. Sanit. Panamer.**, **97 (1)**: 31-37, 1984.

KARA, JOSÉ, N; CARVALHO, K.M.M.; PEREIRA, V.L.; VENTURINI, N.H.B.; GASPARETTO, M.E.F.R.; GUSHIKEN, M.T. - Estudo retrospectivo dos primeiros 140 casos atendidos na clínica de visão subnormal do Hospital das Clínicas da UNICAMP. **Arq Bras Oftal**, **5(12)**: 65-69, 1988.

LAWRENCE, M. - When is low vision rehabilitation complete?
International Low Vision Conference, 2, Los Angeles, 1985.

LEAL, D.B.; TAVARES, S.S.; VENTURA, L.O.; FLORÊNCIO, T.-
Atendimento a portadores de visão subnormal: estudo retrospectivo de 317 casos. **Arq. Bras. Oftal.**, **58 (6)** : 439-42, 1995.

LEITE FILHO, M. - **Fatos e datas de importância para a prevenção da cegueira no Brasil**. In: Congresso Brasileiro de Prevenção de Cegueira, 4, Belo Horizonte, 1980. Anais. p.52-3.

LEWIS, D.R. - As habilidades auditivas do recém-nascido e a triagem neonatal. In: ANDRADE, C. R. F. **Fonoaudiologia em berçário normal e de risco**, Série Atualidades em Fonoaudiologia. São Paulo, Lovise, 1996. p.149-167.

LINDSTED, E. **O quanto uma criança vê.** Silvia Veitzman (trad.),
(mimeo).

MACCHIAVERNI FILHO, N.; KARA-JOSÉ, N.; RUEDA, G.; PEREIRA, V.L.; COSTA, M.N.; RANGEL, F.F.; FÁVERO, M. Levantamento oftalmológico de primeira a quarta séries do primeiro grau na cidade de Paulínia, São Paulo. **Arq. Bras. Oftal.** **42(6)**: 289-94, 1979.

MILLER, N.B. - **Ninguém é perfeito. Vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais.** Papirus, Campinas, 1995. 300p.

NAKAMURA, H.Y.; - **Investigação do comportamento auditivo em recém-nascidos e lactentes.** Campinas, 1996. [Tese Mestrado - Universidade Estadual de Campinas]

NOBRE, M.I.R.S. Grupo de mães - confecção de materiais. **Arq. Bras. Oftal.**, **59 (4)**: 352, 1996a.

NOBRE, M.I.R.S. - **O papel do terapeuta ocupacional no serviço de visão subnormal.** In: Congresso Europeu de Terapia Ocupacional, 5, Madri, Espanha, 1996. Anais. Madri, Espanha, 1996b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Programa para a prevenção da cegueira. **O atendimento de crianças com baixa visão.** Bangkok, 1992.

- ROBSON, K.S. - The role of eye to eye contact in maternal - infant attachment. **J Child Psycho Psychiat**, 8: 13-25, 1967.
- RODRIGUES, M.L.V. -Prevenção de perdas visuais.**Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 84-89, 1997.
- ROSSI, T.R.F. - **O papel educacional da fonoaudióloga com famílias de crianças surdas**. Piracicaba, 1994. [Tese Mestrado Universidade Metodista de Piracicaba]
- SAMEA, S. - O papel da família no processo de terapia ocupacional: uma visão crítica. In: KUDO, A.M.; MARCONDES, E.; LINS, L.; MORIVAMA, L.T.; GUIMARÃES, M.L.L.G.; JULIANI, R.C.T.P.; PIERRI, S.A. - **Fisioterapia - Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional** 2ºed. São Paulo: SARVIER, 1994. p.243-246. Monografias Médicas, Série pediatria, V. XXXII.
- SÁNCHEZ, P.A. - **Deficiências visuales Y psicomotricidad: Teoria Y Practica**. Madri, Servicios Sociales - ONCE, 1994. 255p.
- SHEPHERD, R.B. - **Fisioterapia em pediatria**. São Paulo, Santos. 1996. 421p.
- SIAULYS, M.O.C. - A importância do brinquedo e do brincar para a criança deficiente visual, In: BRUNO, M.M.G. - **Deficiência Visual - Reflexão sobre a prática pedagógica**. São Paulo: Laramara, 1997. p. 60-76.

- TELFORD, C. W. & SAWREY, M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. 642p.
- TEMPORINI, E.R. - **O plano de oftalmologia sanitária escolar do estado de S.P.: Aspectos Técnico - Administrativo**. S.P., 1980. [Tese Mestrado - Universidade Estadual de São Paulo]
- TEMPORINI, E.R. - Ação preventiva em problemas visuais de escolares. **Rev. Saúde Públ.** , **18**: 259-62, 1984.
- TEMPORINI, E.R. - Pesquisa de oftalmologia em saúde pública.Considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq. Bras. Oftal.**, **54 (6)**: 279-81, 1991.
- TEMPORINI, E.R. - A investigação de variáveis relativas ao comportamento humano no campo da saúde pública. São Paulo, 1994. (mimeo).
- TRAUSE, M.A. & IRVIN, N. - Atendimento aos irmãos. In; KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. **Pais/bebês: a formação do apego**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- VEITZMAN, S. - O papel do oftalmologista numa equipe multidisciplinar para a habilitação de crianças deficientes visuais. **Arq Bras Oftal**, **55(5)**: 215-217, 1992.

VIEIRA, C. & RODRIGUES, M.L.V. - Prevenção da cegueira nas escolas rurais da região de Santa Bárbara D'Oeste - São Paulo. **Rev. Bras. Oftal.** **54(2)**: 43-47, 1995.

WAISBERG, Y. - Clínica de Visão Subnormal: Experiência Inicial - Particularidades do atendimento no Brasil. **Rev.Bras. Oftal.** **42(4)**: 25-30, 1983.

WARREN, M. - Providing low vision rehabilitation services with occupational therapy and ophthalmology: a program description. **American J.of Occupational Therapy.** **49(9)**: 877-83, 1995.

9. ANEXOS



9. ANEXOS

9.1. Questionário

Maria Inês R. S. Nobre

QUESTIONÁRIO Nº 1 2

Nome: -----

1- Sexo : Masculino _____ (1)	
Feminino _____ (2)	<u>3</u>
2- Quantos anos (ou meses) completos tem seu filho? D.N.	
_____ anos	<u>4</u> <u>5</u>
_____ meses	<u>6</u> <u>7</u>
3- Qual a cidade em que vocês moram?	
_____	<u>8</u> <u>9</u>
Cidade	
Em que Estado fica esta cidade?	
_____	<u>10</u> <u>11</u>
Estado	
4- Mãe, que idade seu (sua) filho (a) tinha quando você percebeu o problema de vista dele?	
_____ meses	<u>12</u> <u>13</u>
_____ anos	<u>14</u> <u>15</u>

5- Quem percebeu que seu (sua) filho (a) tinha problema de vista, você mesma, o médico de olhos, outro médico, ou outra pessoa que eu não falei?	
Mãe (1)	
Médico de olhos (2)	
Outro médico (3)	16
Outra pessoa (4)	
Outra pessoa que eu não falei? ECA: Quem foi esta pessoa?	
_____	17 18
Pessoa	
6- que idades seu (sua) filho (a) tinha quando foi ao médico de vista pela primeira vez?	
_____ anos	19 20
_____ meses	21 22
Não lembra (1)	23
7- Você sabe qual o nome do problema de vista que seu (sua) filho (a) tem, sim ou não? ECA: Qual é esse problema?	
Sim (1)	24
Não (2)	
_____	25 26
Problema	

Diagnóstico do prontuário	27 28

11- Mãe, quando mandam você procurar algum lugar fora daqui para levar seu (sua) filho (a) para fazer estimulação por causa do problema de vista, você costuma : Levar sempre que mandam (1) Leva as vezes sim as vezes não (2) Nunca levar (3) Ou nunca mandaram você levar (4)	— 39
12- Quando a gente fala para você fazer alguma coisa com o seu filho em casa para ajudar na estimulação dele, você costuma fazer, sim ou não? ECA: PASSE PARA A QUESTÃO 14. Sim (1) Não (2)	— 40
13- Você não faz porque não entendeu o que era para fazer, porque não teve tempo de fazer , porque não sabia como fazer, ou por outro motivo que eu não falei? Não entendeu o que era para fazer (1) Porque não teve tempo de fazer (2) Porque não sabia como fazer (3) Ou por outro motivo que eu não falei (4)	— 41

14 - Depois que você começou a trazer seu (sua) filho (a) aqui, na sala de estimulação, você acha que ele (a) melhorou muito, melhorou um pouco ou não melhorou nada? Melhorou muito ____ (1) Melhorou um pouco ____ (2) Não melhorou nada ____ (3)			____ 42
15- Na sua opinião, seu (sua) filho (a) hoje em dia passou a:			
	Sim Não Não Lembra		
Passou a virar o rosto quando é chamado	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	43
Passou a olhar para seu rosto (mãe)	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	44
Passou a pegar os brinquedos	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	45
Passou a procurar os brinquedos com os olhos	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	46
Passou a sorrir para você	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	47
Passou a seguir a luz da lanterna (ou objeto) para cima	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	48
Passou a seguir a luz da lanterna (ou objeto) para baixo	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	49
Passou a seguir a luz da lanterna (ou objeto) para os lados	____ (1) ____ (2) ____ (3)	____	50

Passou a reconhecer seu rosto	___ (1) ___ (2) ___ (3)	51
Passou a olhar para as mãos	___ (1) ___ (2) ___ (3)	52
Passou a sentar	___ (1) ___ (2) ___ (3)	53
Passou a imitar caretas	___ (1) ___ (2) ___ (3)	54
Passou pegar coisas pequenas	___ (1) ___ (2) ___ (3)	55
Passou a identificar figuras conhecidas	___ (1) ___ (2) ___ (3)	56
Passou a andar	___ (1) ___ (2) ___ (3)	57
Passou a nomear objetos	___ (1) ___ (2) ___ (3)	58
Passou a separar objetos iguais	___ (1) ___ (2) ___ (3)	59
Passou a nomear cores	___ (1) ___ (2) ___ (3)	60
Passou a fazer um círculo	___ (1) ___ (2) ___ (3)	61
Passou a colocar objetos um dentro do outro	___ (1) ___ (2) ___ (3)	62
Passou a identificar tamanho grande e pequeno	___ (1) ___ (2) ___ (3)	63
Passou a fazer outra coisa que eu não falei	___ (1) ___ (2) ___ (3)	64
Qual(is) ?		65 66

16- Você leva seu (sua) filho (a) em alguma Instituição de reabilitação? ECA: Qual?		
Sim	____ (1)	____
Não	____ (2)	67
Instituição		
		68 69
17- Mãe, você se sente importante para o tratamento de seu filho? ECN: Por quê?		
Sim	____ (1)	____
Não	____ (2)	70
Por que você é muito nervosa	____ (1)	
Porque você é muito triste	____ (2)	
Porque você não aceita o problema	____ (3)	
do seu (sua) filho (a)		71
Ou por outra coisa que eu não falei	____ (4)	
Qual?		
		72 73

18- Quantos filhos vivos você tem?	
Nº de filhos	7475
19- Quantos de seus filhos moram com você?	
Nº de filhos	7677
20- Você tem outros filhos com problemas de saúde? ECA: Qual o problema?	
Sim (1) Não (2)	78
Problema	7980

21- Você já estudou ou está estudando na escola? ECA: Até que série você estudou, ou em que série você está?

Nunca estudou ____ (1)

Está estudando ____ (2)

Já estudou ____ (3)

81

1º Grau (ou equivalente)

1ª Série ____ (4)

2ª Série ____ (5)

3ª Série ____ (6)

4ª Série ____ (7)

5ª Série ____ (8)

6ª Série ____ (9)

7ª Série ____ (10)

8ª Série ____ (11)

82

2º Grau (ou equivalente)

1ª Série ____ (12)

2ª Série ____ (13)

3ª Série ____ (14)

4ª Série ____ (15)

3º Grau (ou Superior)

Incompleto ____ (16)

Completo ____ (17)

83 84

Curso Profissionalizante ____ (18)

Curso

22- Você mora com marido ou companheiro, sim ou não? Sim ____ (1) Não ____ (2)	____ 85
23- O seu marido ou companheiro trabalha e ganha pelo que faz, si m ou não? ECA: Em que ele trabalha? Sim ____ (1) Não ____ (2) ____ Ocupação	____ 86 ____ 87 88
24- Você trabalha e ganha pelo que faz, sim ou não? ECA: Em que você trabalha? Sim ____ (1) Não ____ (2) ____ Ocupação	____ 89 ____ 90 91
25- Você deixou de trabalhar por causa do problema do seu filho, sim ou não? Sim ____ (1) Não ____ (2)	____ 92

9.2. Classificação de ocupações segundo Gouveia

b) O nível ocupacional dos pais:

Habitualmente, para a determinação do nível ocupacional, solicitam-se, além do nome da ocupação, esclarecimentos sobre a posição do indivíduo no emprego e o número de empregados que tenha. A codificação, feita, posteriormente, com base no conjunto de tais informações, exige certo dispêndio de tempo que, no caso em apreço se procurou evitar, incluindo-se no questionário um esquema de agrupamentos pré-estabelecidos, onde o próprio informante assinalava o código correspondente à situação do pai⁸. Os erros de mensuração decorrentes do emprego de tal procedimento terão sido, provavelmente, mais numerosos do que os resultados das práticas habituais. A utilização dos dados referentes à ocupação condicionou-se, assim, ao procedimento adotado para o registro das informações fornecidas pelos candidatos. O esquema incluído no questionário definia trinta categorias ocupacionais que, posteriormente, foram reagrupadas da seguinte maneira:

1. Ocupações de nível alto

Proprietário ou diretor de grande empresa (100 empregados ou mais). Fazendeiro com 50 empregados ou mais. Marechal, general e equivalentes nas demais armas. Ocupante de cargo político, judiciário ou administrativo de alto nível: deputado, governador, ministro, desembargador, etc..

2. Ocupações de nível médio-alto

Proprietários ou diretor de empresa média (11 a 99 empregados). Gerente de grande empresa. Fazendeiro com 10 a 49 empregados. Profissionais liberais: médico, engenheiro, ad-

B. O acerto dessa decisão patenteou-se quando posteriormente se verificou ser de 11.163 o número de candidatos inscritos.

vogado, etc.. Professor universitário. Coronel, tenente-coronel, major, capitão, tenente e equivalentes nas demais armas. Ocupante de cargo político, administrativo ou judiciário de nível médio: Juiz, prefeito, vereador, etc..

3. Ocupações assalariadas de nível médio

Chefes de secção em grandes e médias empresas. Posições de chefia ou cargos equivalentes na administração pública. Professores ou diretores de escolas secundárias. Profissões de nível médio: químico-industrial, topógrafo, etc.. Administradores de fazenda com 50 empregados ou mais.

4. Pequenos negociantes e assemelhados

Proprietários de pequenos estabelecimentos comerciais ou industriais. Sitiantes ou fazendeiros com 1 a 9 empregados.

5. Pequenos funcionários e equivalentes

Professores primários. Escriturários, datilógrafos e ocupantes de cargos semelhantes em repartições públicas, bancos, etc.. Comerciantes, vendedores e viajantes.

6. Supervisores imediatos de trabalho manual

Mestres, empreiteiros, donos de oficinas, etc..

7. Trabalhadores manuais especializados e semi-especializados

Mecânico, eletricitista, marceneiro, etc..

8. Agricultores sem empregados e assalariados rurais

A frequência desses grupos entre os pais dos candidatos masculinos inscritos nas várias cidades incluídas no estudo é apresentada na Tabela 2. Como se vê, na maioria das cidades, o grupo mais numeroso é o constituído de filhos de donos de estabelecimentos comerciais, industriais ou agrícolas de pequeno porte. Nas cidades onde esse grupo não é o mais numeroso, as maiores concentrações são as de filhos de indivíduos classificados no nível médio-alto — em Salvador e Rio-Niterói — e a de filhos de pequenos funcionários e assemelhados — em Belém, Recife e outras capitais do Nordeste. Aliás, esta última categoria constitui porcentagem relativamente grande em todas as cidades. Somadas as duas porcentagens — a que corresponde a essa categoria e a correspondente aos filhos de pequenos proprietários — tem-se, em todas as cidades, com exceção de Rio-Niterói, mais de 40% dos candidatos. O grupo atraído por um cargo de alto nível como o de Técnico de Tributação inclui, assim, proporção substancial de indivíduos provenientes de famílias que poderiam ser classificadas como da pequena classe média ou classe média baixa.

Contudo, não se poderia dizer em que medida essa camada da população está super-representada entre os que se candidatam àquele emprego, pois não se dispõe de dados sobre a sua participação na população total. Ao mesmo tempo, porém, pode-se com segurança afirmar que os filhos de trabalhadores manuais — rurais ou urbanos — estão sub-representados entre os candidatos inscritos. Uma idéia aproximada da extensão desta sub-representação pode ser alcançada mediante a utilização de estimativas referentes à composição social da população da América Latina, da qual a do Brasil não deve grandemente se afastar. Segundo tais estimativas, no ano de 1965, os indivíduos engajados diretamente na produção, que representam, grosso modo, os três estratos manuais da classificação aqui adotada, constituem 70% da população ativa do continente (CEPAL - 1970). Se essa proporção puder ser tomada como válida ou aproximada para o Brasil, ela será claramente bem menor que a constituída, entre os pais dos candidatos, pela soma das porcentagens referentes a supervisores de trabalho manual, trabalhadores manuais e agricultores sem empregados.

TABELA 2
CATEGORIA OCUPACIONAL DOS PAIS DOS CANDIDATOS MASCULINOS
(Porcaragena)

Local de Inscrição	C A T E G O R I A O C U P A C I O N A L									
	Alta	Média-Alta (profissionais liberais e equi- valentes)	Média (Assa- riados de nível médio)	Pequenos neg- cios e equi- valentes	Pequenos fun- cionários e e- quivalentes	Supervisores de trabalho ma- nual	Manuais espe- cializados e se- mi-especializa- dos	Manuais (urba- nos) não espe- cializados	Agricultores sem empregados e a- saliados rurais	TOTAL (100, 00%)
São Paulo	2, 62	16, 27	12, 59	23, 20	19, 79	4, 33	9, 93	5, 11	6, 10	(2. 930)
Rio-Niterói	4, 76	25, 29	15, 91	16, 18	21, 70	3, 69	7, 34	3, 00	2, 09	(1. 866)
Belo Horizonte	2, 82	26, 56	12, 17	26, 56	17, 58	2, 33	5, 28	3, 93	2, 70	(813)
Pôrto Alegre	1, 62	18, 26	10, 75	26, 36	17, 67	2, 65	9, 57	2, 06	11, 04	(879)
Curitiba	3, 44	21, 42	11, 33	25, 12	17, 73	3, 94	9, 11	2, 70	5, 17	(406)
Salvador	2, 23	26, 33	11, 60	23, 66	20, 53	1, 78	7, 58	2, 67	3, 57	(224)
Recife	3, 29	22, 45	15, 56	17, 96	27, 54	3, 59	3, 59	1, 79	4, 19	(334)
Fortaleza	2, 85	22, 85	11, 42	25, 23	24, 76	1, 42	4, 28	0, 47	6, 66	(210)
Outras Capitais do.										
Nordeste	4, 76	17, 46	12, 06	21, 90	25, 39	3, 49	6, 34	2, 53	6, 03	(315)
Beim	4, 09	22, 13	11, 47	22, 13	26, 22	4, 09	4, 91	3, 27	1, 63	(122)
Brasília	5, 59	19, 07	17, 43	23, 02	18, 42	3, 28	6, 25	2, 30	4, 60	(304)

Obviamente, a origem social de um grupo que se candidata a um emprego considerado de nível superior, no funcionalismo público ou no setor privado, terá como limite teórico, a composição da população que completa a escolaridade desse nível. Assim, certa restrição à representação das camadas populares em concursos como o considerado é imposta pela origem dos que completam um curso superior. Contudo, quando comparada a esta população, a que se candidata pode ser mais seleta ou menos seleta. Esta comparação não pode ser feita porque não se dispõe de dados sistemáticos sobre a população universitária das várias cidades incluídas no estudo ⁹.

As variações inter-regionais no que respeita ao nível ocupacional dos candidatos serão, assim, examinadas independentemente de um confronto com a origem social de outros grupos.

Por outro lado, por representarem, no grupo focalizado, proporções maiores, os níveis superiores melhor se prestam a tal exame. Considerando-se, pois, a concentração nos níveis alto e médio-alto como critério para se inferir sobre a existência de diferenças inter-regionais, verifica-se, na Tabela 2, anteriormente mencionada, que as porcentagens correspondentes a esses níveis confirmam, em geral, a tendência constatada nos dados referentes à instrução.

Entretanto, as variações inter-regionais no que respeita à frequência dos estratos ocupacionais altos são menos marcadas e consistentes que as verificadas em relação à instrução. Talvez se mostrassem mais acentuadas e consistentes se outro tivesse sido o procedimento empregado para a coleta das informações relativas à ocupação.

9. Algumas tentativas têm sido feitas no sentido de determinar a composição sócio-econômica do corpo discente das universidades brasileiras (Rios, 1968, Castro, 1968). Porém os esquemas de amostragem, o nível de agregação dos dados e os critérios para a determinação da origem sócio-econômica utilizados em tais estudos não permitem realizar a comparação mencionada.

De qualquer forma, confirmando a tendência assinalada, São Paulo a apresenta a menor porcentagem de candidatos cujos pais se classificam nos níveis al to e médio-alto, seguindo-se-lhe, bem de perto, Pôrto Alegre. Curitiba já se dis- tancia e, na verdade, aproxima-se mais de algumas capitais do Nordeste — Recife e Fortaleza — que das do Sul.

Destaca-se a posição de Rio-Niterói. Corroborando a constatação re lativa ao nível de instrução e concentração de candidatos cujos pais se classificam nos níveis ocupacionais mais elevados mostra-se sensivelmente maior naquela re gião que em São Paulo. Sob êsse aspecto, Belo Horizonte assemelha-se a Rio e Ni terói.

Aceitando-se êsses resultados como válidos, concluir-se-ia que as condições do mercado de trabalho para profissionais de nível superior são melhores em São Paulo e Pôrto Alegre do que em Belo Horizonte e Rio-Niterói, pois, naque- las cidades, uma proporção menor de indivíduos provenientes de camadas sociais mais elevadas volta-se para o funcionalismo público como uma solução para o seu problema de emprêgo.

Porém, para se poder formular tal conclusão seria necessário, por outro lado, estimar a participação daquelas camadas na composição da população total. A êste respeito, a ausência de dados é ainda mais completa que a apontada em relação à escolaridade.

Embora a evidência encontrada nos dados referentes ao nível ocupa- cional não seja, assim, concludente, soma-se aos resultados relativos à instrução, aumentando, desta maneira, a plausibilidade da proposição que orienta esta análise.

Parece, pois, legítimo concluir que a hipótese de uma relação inver- sa entre desenvolvimento econômico e seletividade social do grupo que se interessa pelo funcionalismo encontra certo apoio nos dados relativos à instrução e ocupação dos pais dos indivíduos inscritos no concurso para o cargo de Técnico de Tributação, sendo clara a indicação de que, pelo menos em São Paulo e Pôrto Alegre, se não em