

Rita de Cassia Ietto Montilha

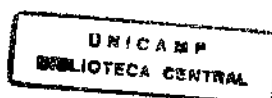
**REABILITAÇÃO DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA
VISUAL: CARACTERÍSTICAS, CONHECIMENTOS E
OPINIÕES DE CLIENTELA ATENDIDA EM UM
CENTRO UNIVERSITÁRIO**

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*



800209

UNIDADE	30
N.º CHAMADA:	1/UNICAMP
	M767r
V.	Ex.
TOMBO BC	32891
PROC.	395/98
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	28/05/98
N.º CPD	

CM-00105116-2

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

M767r Montilha, Rita de Cássia Ietto
Reabilitação de portadores de deficiência visual: características, conhecimentos e opiniões de clientela atendida em um centro universitário / Rita de Cássia Ietto Montilha. 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. Terapia ocupacional. 4. Oftalmologia - pesquisa. I. Newton Kara José. II. Edméa Rita Temporini Nastari. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Rita de Cassia Ietto Montilha

***REABILITAÇÃO DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA
VISUAL: CARACTERÍSTICAS, CONHECIMENTOS E
OPINIÕES DE CLIENTELA ATENDIDA EM UM
CENTRO UNIVERSITÁRIO***

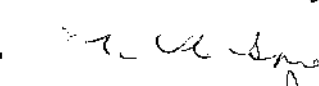
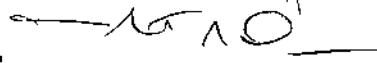
*Campinas
1997*

BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

ORIENTAÇÃO: Prof. Dr. NEWTON KARA JOSÉ

CO-ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. EDMÉA RITA TEMPORINI

MEMBROS:

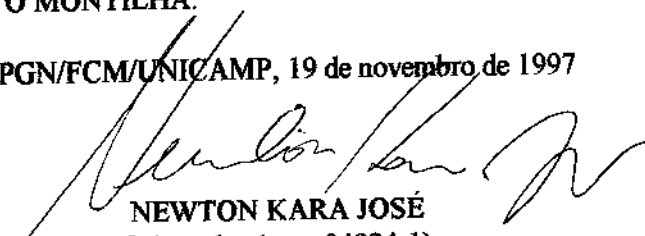
1. 
2. 
3. 

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

DATA: 19/11/97

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 RITA DE CÁSSIA IETTO MONTILHA.

CPGN/FCM/UNICAMP, 19 de novembro de 1997


NEWTON KARA JOSÉ
Orientador (mat. 04824-1)

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Dante Tetto, "in memoriam", que sempre colocou a união da família e o relacionamento entre as pessoas, acima de tudo.

À minha mãe, Yvone Caporicci Tetto, quem ensinou-me que com positivismo e dedicação alcançamos nossos ideais.

À minha filha, Gabriela, quem me impulsiona a acreditar num mundo melhor, e por quem tudo vale a pena.

Ao meu marido, Beto, cúmplice e companheiro em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Newton Kara José, que com sabedoria, competência e disponibilidade orienta profissionais não médicos no trabalho de prevenção da cegueira e reabilitação. Obrigada por me orientar.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Edméa Rita Temporini, que com sua competência, seriedade e compromisso com a pesquisa contribuiu muito para a elaboração e conclusão deste trabalho. Obrigada pela paciência.

Às profissionais da equipe do Programa de Adolescentes e Adultos Deficientes Visuais do CEPRE, Celina, Silvia, Regina, Samira, Bete e Sônia, companheiras na luta da melhoria das condições de atendimento e independência do portador de deficiência visual. Obrigada pelo caminhar juntos.

À coordenação do CEPRE que incentiva e cria condições de trabalho favoráveis ao desenvolvimento de pesquisas que visem melhorar a qualidade da assistência aos portadores de deficiência.

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

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

À Ana Adélia, que com seriedade e tranquilidade soube informar e acalmar as dúvidas e dificuldades ocorridas no percurso dessa trajetória. Obrigada pelo carinho.

À amiga Maria Inês, que compartilhou comigo essa trajetória incentivando-me com sua força e positivismo. Sem sua colaboração esse caminho teria sido mais difícil. Obrigada pela colaboração pessoal e profissional.

Ao Beto, pela compreensão, amor e dedicação, principalmente nestes últimos meses. Obrigada por acreditar em mim e sempre estar ao meu lado.

Às amigas Solange, Bernadete, Heloísa, Marilda, Lise e Adriana que com carinho e profissionalismo souberam mostrar sempre um caminho melhor. Obrigada pela compreensão.

À Rosane Silvestre de Castro, companheira de momentos difíceis e de conquistas. Obrigada pela rica troca de experiências.

À Maria e a Lina que me ajudaram a manter a casa na rotina e cuidaram tão bem da minha filha. Obrigada pela atenção, carinho e colaboração.

À Lucila Martins Montilha, com quem eu pude contar em momentos difíceis. Obrigada pela dedicação.

Às minhas irmãs, Rosa e Fabíola, pelo carinho, compreensão para com minha falta de atenção, ausência e pela ajuda nos cuidados com a "Gabi". Obrigada por existirem.

E finalmente, à minha mãe, Yvone, à quem devo muito do que sou hoje, e, que mesmo à distância sempre acreditou em mim, apoiando-me nos desafios da vida.. Obrigada pelo exemplo.

SUMÁRIO

RESUMO.....	i
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Histórico da reabilitação.....	4
1.2. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” – Dinâmica do processo de reabilitação de portadores de deficiência visual.....	9
1.3. Modalidade de atendimento: grupo de espera.....	16
1.4. A importância de variáveis relativas ao comportamento humano no campo da saúde pública.....	21
2. OBJETIVOS.....	23
3. METODOLOGIA.....	25
3.1. Tipo de Estudo.....	26
3.2. População e Amostra.....	26
3.3. Variáveis.....	27
3.4. Instrumento.....	28
3.5. Coleta de Dados.....	30
3.6. Procedimentos para a análise dos dados.....	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	33

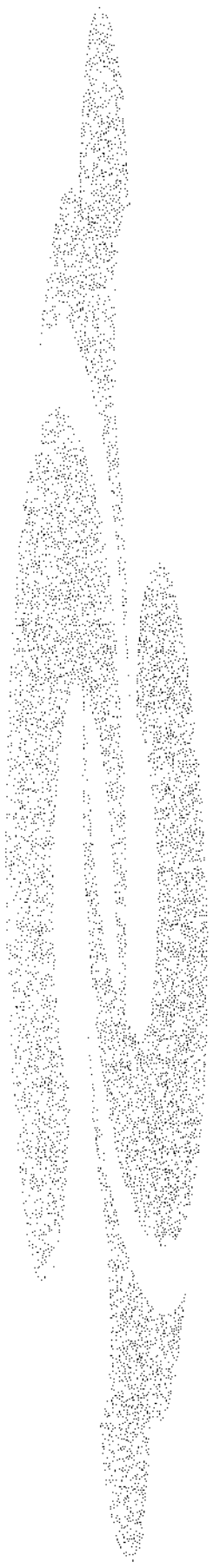
4.1. Características Pessoais.....	35
4.2. Características relativas ao processo de reabilitação.....	47
4.3. Conhecimentos.....	55
4.4. Opiniões.....	61
5. CONCLUSÕES.....	72
6. SUGESTÕES.....	74
7. SUMMARY.....	76
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
9. ANEXOS.....	86

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1:	Características pessoais de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	35
Tabela 2:	Escolaridade de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	38
Tabela 3:	Situação ocupacional de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	40
Tabela 4:	Tipo, origem e idade do início da deficiência visual. Portadores de deficiência visual atendidos no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	43
Tabela 5:	Origem do encaminhamento ao serviço de reabilitação de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (CEPRE), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	47
Tabela 6:	Tempo de espera para portadores de deficiência visual iniciarem o processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	50
Tabela 7:	Participação no grupo de espera durante o processo de reabilitação de deficientes visuais. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	50
Tabela 8:	Situação em relação ao processo de reabilitação de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	52

Tabela 9:	Tempo de duração do processo de reabilitação de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	53
Tabela 10:	Conhecimento sobre o próprio problema oftalmológico por portadores de deficiências visuais. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	55
Tabela 11:	Expectativas do portador de deficiência visual em relação ao processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	58
Tabela 12:	Auto avaliação da dificuldade visual. Opinião de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	61
Tabela 13:	Limitações devidas à deficiência visual. Opinião de clientes atendidos no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	62
Tabela 14:	Opinião em relação as dificuldades devidas à deficiência visual da clientela atendida no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	64
Tabela 15:	Opinião em relação a maior dificuldade devida a deficiência de clientela atendida no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	65
Tabela 16:	Opinião em relação à mudanças decorrentes da participação no grupo de espera durante o processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	66

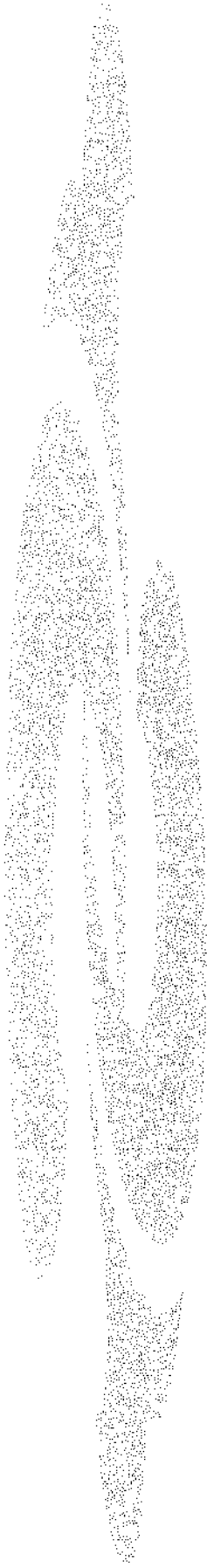
Tabela 17:	Opinião em relação ao tempo de espera para iniciar o atendimento de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	68
Tabela 18:	Opinião de deficientes visuais sobre o tempo de duração do processo de reabilitação (concluído). Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	69
Tabela 19:	Opinião de deficientes visuais sobre o tempo de duração do processo de reabilitação (em andamento). Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	70
Tabela 20:	Opinião em relação ao resultado do processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.....	71



RESUMO

Estudou-se características de clientela portadora de deficiência visual, seus conhecimentos e opiniões sobre o processo de reabilitação realizado no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (CEPRE) da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Pretendeu-se contribuir para o aprimoramento da dinâmica de atendimento em reabilitação no CEPRE e oferecer informações a serviços congêneres. A amostra foi constituída de 25 sujeitos, maiores de 12 anos, portadores de deficiência visual, bilateral, congênita ou adquirida, atendidos em processo de reabilitação no CEPRE, no período de 1994 a 1997. Os resultados revelaram maior propoção de portadores de visão subnormal (68,0%); leve predomínio do sexo masculino (57,0%), idade média de 32,2 anos; a maioria residente na cidade de Campinas (56,0%) e apresentando reduzido nível sócio-econômico. Adquiriram a deficiência visual após o nascimento 68,0% sendo a maioria na vida adulta (70,6%). As causas mais freqüentes de deficiência visual foram atrofia do nervo óptico, retinose pigmentar e catarata congênita. A maior proporção de encaminhamentos foi realizada pelo serviço de visão subnormal da Unicamp (48,0%). A maioria dos clientes mostrou conhecer o processo de reabilitação apresentando expectativas referentes ao trabalho desenvolvido no CEPRE. As opiniões em relação às limitações (68,0%) e dificuldades (88,0%) devidas à deficiência visual referem-se, principalmente, às relacionadas à locomoção. A aceitação do problema visual foi o fator mais apontado (89,5%) como mudança decorrente da participação no grupo de espera (atendimento interdisciplinar introdutório à reabilitação, em grupo, de início imediato após procura do serviço). Sugere-se que a área de reabilitação deva promover estudos da prevalência e das causas de deficiência visual na população adulta brasileira; prevenção de sua

ocorrência; e efetivação de programas de reabilitação para atendimento imediato de portadores de deficiência visual.



1. INTRODUÇÃO

"... havia chegado o tempo de se tomar consciência da comunidade; de se acordar para o fato de que os pobres tenham tanto direito de ajuda para suas mentes quanto do cirurgião para salvar sua vida..."

"... despertemos para a tarefa de adaptar nossas técnicas às novas condições."

(Freud, 1918)

A presente pesquisa versa sobre características de clientela portadora de deficiência visual, seus conhecimentos e opiniões sobre o processo de reabilitação realizado no Programa de Adolescentes e Adultos Deficientes Visuais do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (CEPRE) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

O interesse na realização deste estudo teve origem na experiência da autora, atendendo portadores de deficiência visual, adolescentes e adultos, na área de terapia ocupacional, no CEPRE. Evidenciou-se, assim a necessidade de adequar o atendimento oferecido de acordo com a demanda da clientela.

Ocorria no CEPRE, como na maioria dos serviços de reabilitação, que a capacidade de atendimento do serviço era menor do que a lista de espera. Isto por vários motivos, desde o fato do atendimento ser oferecido por uma equipe interdisciplinar com horários diferentes, até o fato da reabilitação ser um processo individualizado, dependendo, assim, do tempo interno de cada um, não permitindo que se estabeleça um prazo para terminar.

Além da pouca capacidade de atendimento para aqueles que conhecem, buscam e conseguem ingressar num processo de reabilitação, ocorre a insatisfação do profissional devida ao reconhecimento de que muitos deficientes visuais necessitam do atendimento e poucos têm acesso a ele e, na maioria das vezes, aqueles que têm acesso chegam tardiamente aos serviços de reabilitação.

Tem-se observado que o indivíduo que busca atendimento de reabilitação chega ao serviço tendo sofrido uma série de desgastes, desde o

momento do conhecimento do diagnóstico até a conscientização de que não há cura para seu problema visual. É informado de que apenas um processo de reabilitação pode oferecer-lhe condições de melhorar sua qualidade de vida, ou seja, de adquirir maior independência. Quando decide-se pela reabilitação inscreve-se na instituição e, na maioria das vezes, faz parte de uma lista de espera que provavelmente terá longa duração (mais de um ano).

O trabalho realizado por dez anos com esta população, possibilitou perceber suas necessidades, realizar alterações na dinâmica de funcionamento do programa de atendimento, propor novas abordagens de intervenção, reavaliá-las, estudar o tema, discutir com a equipe interdisciplinar. Contudo, com vistas a uma mudança mais abrangente, fez-se necessário conhecer melhor a clientela atendida, suas características, conhecimentos e opiniões sobre a reabilitação. Com essa finalidade realizou-se a presente pesquisa.

A fim de subsidiar a discussão dos resultados deste estudo, apresenta-se, a seguir, o relato de aspectos essenciais do histórico da reabilitação do deficiente visual (DV), a dinâmica do processo de reabilitação no CEPRE, o desenvolvimento de modalidades de atendimento que visaram adequar o processo de reabilitação à demanda da clientela e a importância de variáveis relativas ao comportamento humano no campo da saúde pública.

1.1. HISTÓRICO DA REABILITAÇÃO

Desde a Idade média o sujeito portador de deficiência visual enfrenta problemas em sua trajetória de vida. Naquela época a concepção de

competência estava vinculada à perfeição anatômica. Os indivíduos que apresentavam alguma imperfeição eram simplesmente excluídos do grupo social a que pertenciam. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987).

Em 1260 foi criada na França a primeira entidade destinada a dar assistência ao cego, o Quinze-Vingts . Países do Oriente e outros da Europa passaram a dar atenção ao deficiente visual, mantendo-o, ainda, isolado e segregado, porque era visto como um ser digno de piedade e sem a menor potencialidade. (SILVA, 1987)

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

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

discriminado. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

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

O início da educação para deficientes visuais no Brasil e na América do Sul, se deu com a criação do Imperial Instituto de Meninos Cegos, em 1854 no Rio de Janeiro, posteriormente denominado Instituto Benjamin Constant. (SILVA, 1987)

Em 1946 foi criada, em São Paulo, a Fundação para o Livro do Cego com objetivo de imprimir livros em caracteres Braille. No ano seguinte organizou-se o primeiro curso de especialização de professores, primeiro passo para a educação descentralizada do deficiente. Em 1950 foi instalada a primeira classe Braille do Estado de São Paulo, em caráter experimental. Nessa década começou oficialmente o ingresso de deficientes visuais na formação de nível superior, especificamente na faculdade de Filosofia através de permissão do Conselho Nacional de Educação. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

Várias campanhas foram realizadas com o objetivo de estimar-se o número de deficientes visuais no Brasil e propor um Programa Educacional enquadrando-os no sistema geral de educação e integrando-os à comunidade. No Ano Mundial de Prevenção da Cegueira, 1962, observou-se a necessidade de um censo nacional, realizado em 1964, abarcando a faixa etária de 1 à 14

anos. Não foram identificados, nesta época, mais de 2% da população brasileira atingida por deficiências, nesta faixa etária. Comparando estes dados com os de outros países, o resultado desse censo, não pareceu corresponder à realidade. *"As estimativas da OMS (Organização Mundial de Saúde) prevêem de um modo geral, para um país em vias de crescimento, um índice médio de 10% de deficientes para a população total. Acrescente-se que a alta incidência se deva, sobretudo, às conseqüências do subdesenvolvimento econômico em seus múltiplos aspectos, destacando-se a subnutrição materno-infantil e doenças decorrentes, os traumatismos de vários tipos e a falta ou precariedade de assistência médica, pré, peri e pós-natal que afetam expressivas camadas da população. Todos esses dados são estimativas, a realidade continua desconhecida e o censo de nada valeu".* (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

A criação do CENESP (Centro Nacional de Educação Especial), em 1973, proporcionou oportunidades de educação, implementando estratégias para a orientação da Educação Especial no período pré escolar, no ensino de primeiro e segundo graus, superior e supletivo para deficientes visuais, auditivos, mentais e físicos entre outros. Em 1978 a emenda Tales Ramalho à nova Carta Magna, assegurava legalmente a assistência, reabilitação e reinserção de deficientes na vida econômica e social do país, ficando proibida a discriminação e abrindo-se a possibilidade de admissão ao serviço público. Entretanto, observa-se que a criação ou não de leis não garantiu o reconhecimento das potencialidades, nem ajudou no equacionamento dos problemas dos deficientes. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987)

Com relação aos portadores de visão subnormal, até bem pouco

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

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

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

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

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

A partir dessas considerações observa-se a importância em aprofundar os estudos sobre as características, conhecimentos e opiniões de clientes atendidos em reabilitação, visando contribuir para o aprimoramento e criação de serviços exequíveis e eficazes em relação ao portador de deficiência visual.

1.2. CENTRO DE ESTUDOS EM REABILITAÇÃO "PROF. DR. GABRIEL O. S. PORTO" - DINÂMICA DO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL

O Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", FCM - UNICAMP, foi inaugurado em 19 de maio de 1973 sob o nome de Centro de Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto".

O Centro de Reabilitação desde sua criação desenvolve trabalho direcionado aos deficientes auditivos e visuais, e tem por objetivo a reabilitação e educação dos mesmos, bem como de seus familiares, dentro de uma proposta global em sintonia com as demais instituições e órgãos afins, que atuam na área dessas deficiências sensoriais no município de Campinas.

A área de deficientes visuais tem por objetivo: atender a comunidade, propiciar a formação de pessoal que trabalhe em habilitação e

reabilitação de cegos e/ou portadores de visão subnormal; desenvolver pesquisa em nível de prevenção, tratamento e reabilitação nesta área de deficiência. (CENTRO DE REABILITAÇÃO "PROF. DR. GABRIEL PORTO", 1991)

O atendimento refere-se à indivíduos portadores de cegueira e/ou visão subnormal, congênita ou adquirida, a partir do nascimento sem limite de idade, residentes tanto em Campinas quanto em outras localidades do território nacional.

Como filosofia de habilitação e reabilitação do portador de deficiência visual, os profissionais do CEPRE têm o papel de instrumentalizadores e facilitadores do processo de crescimento e desenvolvimento do próprio sujeito. Para tal, considera-se e respeita-se a história de vida, o estilo cognitivo, as expectativas, as resistências emocionais, o potencial, as habilidades e o ritmo tanto da família quanto do próprio sujeito. (CENTRO DE REABILITAÇÃO "PROF. DR. GABRIEL PORTO", 1991)

De acordo com o Plano de trabalho da área de deficientes visuais do CENTRO DE REABILITAÇÃO "PROF. DR. GABRIEL PORTO", (1991) a intervenção ocorre a partir de uma equipe multidisciplinar, o que possibilita um trabalho com uma visão desenvolvimentista, englobando o acompanhamento e desenvolvimento em todos os níveis de relação do indivíduo, bem como o aproveitamento máximo da eficiência visual, sem compartimentalizar o sujeito, ao contrário, integrando todos os aspectos do desenvolvimento, cada profissional tem seu papel específico dentro de sua área, papel este que contribui para o desenvolvimento global do sujeito.

A área de atendimento é dividida, atualmente, em dois programas

que se correlacionam através de objetivos comuns:

- 1- Programa Infantil: atende crianças de 0 a 12 anos e tem como objetivo geral intervir e facilitar o processo de desenvolvimento global da criança portadora de deficiência visual, preparando-a para o ingresso na vida escolar, identificando e buscando soluções para situações problemas.
- 2- Programa de Adolescentes e Adultos: Faixa etária a partir de 12 anos. Tem como objetivo geral instrumentalizar o adolescente e adulto portador de deficiência visual, através de atividades dos vários setores de atendimento, para que o mesmo se conscientize e busque dentro de seu potencial e interesse, o maior nível de independência e integração possível.

Entre 1990 e 1995 a área contava também com o Programa de Deficiência Visual Múltipla (DVM) que teve seu trabalho interrompido apesar da grande demanda e da capacitação específica dos profissionais. Ocorreu que este programa fazia parte de uma parceria entre o CEPRE - UNICAMP e o SUS no que se refere a remuneração dos referidos profissionais e devido a insatisfação salarial dos mesmos e a não possibilidade da Universidade contratá-los, este programa de atendimento foi interrompido.

O objetivo do referido Programa era o atendimento à criança portadora de deficiência visual associada à deficiência física e/ou mental. Faixa etária de 0 a 12 anos. Visava o atendimento interdisciplinar à criança portadora de deficiência visual múltipla e suas respectivas famílias, considerando suas necessidades e potencial de desenvolvimento.

Como já mencionado o enfoque dessa pesquisa referiu-se ao

trabalho realizado no Programa de Atendimento a Deficientes Visuais Adolescentes e Adultos do CEPRE.

Programa de Atendimento a Deficientes Visuais Adolescentes e Adultos do CEPRE. (CENTRO DE REABILITAÇÃO "PROF. DR. GABRIEL PORTO", 1991)

O Programa atende indivíduos portadores de Cegueira e/ou Visão Subnormal, congênita ou adquirida, sem outros comprometimentos e a partir de 12 anos de idade cronológica.

A proposta de trabalho é desenvolvida por uma equipe multidisciplinar, com uma atuação interdisciplinar, formada por Assistente Social, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, Pedagogas Especializadas, Prof^ª. de Orientação e Mobilidade e Prof^ª. de Atividades da Vida Diária.

A equipe visa oferecer recursos para que o cliente busque seus próprios interesses, suas possibilidades e possa elaborar suas limitações, a fim de alcançar o nível de independência que desejar. É objetivo da equipe favorecer ao cliente o desenvolvimento de habilidades, a capacidade de resolução de problemas e de enfrentar situações novas e o reconhecimento de limitações.

Estes objetivos ocorrem dentro de um processo dinâmico, considerando a relação do indivíduo com ele mesmo, com a sua família e com a sociedade como um todo.

O indivíduo ingressa no Programa através da triagem realizada pelo setor de serviço social e entrevista complementar realizada por um profissional da equipe, onde são coletados dados mais específicos sobre as dificuldades encontradas pelo indivíduo.

A entrevista complementar permite avaliar eventual necessidade de exames complementares, encaminhamentos a outras instituições e ingresso no Programa.

O momento do ingresso do cliente no Programa foi um dos aspectos relevantes para este estudo. Durante um longo período os clientes aguardavam os profissionais apresentarem vaga para que fossem atendidos por todos os setores concomitantemente, depois observou-se a possibilidade de serem avaliados por cada membro da equipe ingressando naquela atividade que havia vaga e ingressando em outras de acordo com a sua necessidade e interesse, não sendo mais obrigatória a participação em todas. Das duas formas havia uma lista de espera que crescia mais do que a capacidade de atendimento pela equipe, resultando num longo período de espera para a clientela (em média 1 ano e meio). Nos últimos cinco anos os clientes ingressaram automaticamente após a entrevista complementar em um atendimento em grupo chamado "Grupo de Espera", modalidade de atendimento institucional proposta e desenvolvida pela pesquisadora, a princípio, e posteriormente contando com a colaboração dos demais membros da equipe.

Este Grupo foi denominado inicialmente de "Grupo de Encontro" e tinha por objetivo se constituir num espaço aberto para os indivíduos que se encontravam em lista de espera, onde pudessem discutir suas dificuldades,

necessidades e expectativas sob a coordenação e orientação da terapeuta ocupacional. Acreditava-se que a partir da sua participação no grupo o sujeito poderia ser atendido imediatamente à sua chegada ao Serviço, tendo subsídios para lidar com a ansiedade causada pela espera do atendimento, poderia ter suas necessidades e interesses detectados por um profissional da área da reabilitação e conseqüentemente mais prontamente encaminhado e orientado para o setor do qual necessitasse de atendimento mais emergente.

O trabalho desenvolvido pelo grupo de espera sofreu várias modificações e mereceu destaque nesse estudo pois foi o grande motivador da necessidade e possibilidade da introdução de novas abordagens no processo de reabilitação. Esta pesquisa trouxe a opinião de uma parte dos clientes atendidos nesta modalidade terapêutica que será melhor abordada em outro tópico.

Dando continuidade ao trabalho desenvolvido pelo Programa apresento os principais objetivos de cada setor que compõe a equipe:

O **Serviço Social** é o setor que recebe o indivíduo na Instituição e acompanha a sua trajetória na reabilitação no que diz respeito a impedimentos sociais que possam interferir no seu processo de reabilitação. Através de um trabalho grupal, desenvolve temas como direitos e deveres do cidadão e da pessoa deficiente.

A **Psicologia** visa lidar com aspectos emocionais relacionados à deficiência visual, relacionamento social, familiar e quanto à postura frente a si mesmo. O atendimento é individual. Este setor está sem oferecer atendimento por falta de profissional disponível desde 1995, tendo ficado interrompido pelo mesmo motivo entre 1991 e 1994.

A **Terapia Ocupacional**, através de atendimentos individuais, tem por objetivo proporcionar conscientização das reais limitações e potencialidades do indivíduo de acordo com seu nível de interesse e expectativa quanto a reabilitação. Tem como meta, também, o desenvolvimento dos potenciais para o trabalho, lazer, vida escolar, bem como a promoção da auto-estima, favorecendo uma melhor relação intra e interpessoal e maior nível de independência.

A **Pedagogia Especializada para indivíduos portadores de cegueira** visa a alfabetização ou a realfabetização através do sistema Braille, a orientação e uso de equipamentos de comunicação, bem como materiais específicos para pessoas cegas, buscando ampliar ao deficiente os meios e recursos existentes na área da comunicação.

A **Pedagogia Especializada para indivíduos portadores de visão subnormal**, visa atingir o máximo da capacidade funcional da visão do indivíduo com ou sem recurso óptico através do treinamento visual.

Os atendimentos no setor de Pedagogia são realizados individualmente, atendendo às necessidades específicas de cada caso.

O setor de **Orientação e Mobilidade** realiza um atendimento individualizado, e tem como objetivo promover uma maior independência do indivíduo em sua locomoção através do exercício de habilidades de orientação e movimentos por meio de técnicas específicas.

O setor de **Atividades da Vida Diária**, tem como meta instrumentalizar o indivíduo para a realização de atividades de sua rotina diária

(higiene pessoal, vestuário, alimentação, atividades do lar), promovendo-lhe maior independência. Os atendimentos são individuais ou grupais de acordo com o carácter da atividade.

Durante o processo de reabilitação o indivíduo está sempre sendo reavaliado, onde são observados os aspectos relacionados à interesse, motivação, assiduidade e expectativas do indivíduo. A observação desses critérios é que rege a permanência ou não do sujeito no programa.

O desligamento do programa se dá no momento em que os objetivos são atingidos e, normalmente, a alta ocorre concomitantemente com a alta que o indivíduo se dá.

Procura-se realizar orientação vocacional e profissional, no sentido do indivíduo ingressar numa preparação para o trabalho ou dar continuidade a sua vida acadêmica.

1.3. MODALIDADE DE ATENDIMENTO: GRUPO DE ESPERA

Entre as alterações realizadas na dinâmica de funcionamento do Programa de atendimento do CEPRE, encontram-se as seguintes: os atendimentos que eram oferecidos duas vezes por semana, individualmente, em cada modalidade terapêutica, isto é: orientação e mobilidade; atividades da vida diária; terapia ocupacional; pedagogia; psicologia; etc, passaram a ser oferecidos uma vez por semana, permitindo assim, que um número maior de sujeitos fossem atendidos.

Esta proposta funcionou como uma alternativa que apenas atenuou o problema. Criou-se então, como já citado anteriormente, o Grupo de Espera, onde todos os portadores de deficiência visual, adolescentes e adultos que buscam a reabilitação, neste Centro, são atendidos em grupo semanalmente. O objetivo deste atendimento é lidar com a expectativa do sujeito em relação à reabilitação, trabalhar com a ansiedade causada pela espera e esclarecer qual é o papel real da instituição. Num segundo momento os encontros têm, também, o objetivo de realizar orientação inicial do processo de reabilitação, permitindo que os indivíduos realizem atividades básicas enquanto aguardam o início dos atendimentos individuais.

Faz-se necessário compreender melhor o que é um Grupo de Espera, apesar de parecer um tanto audacioso defini-lo. Será esclarecido, então, o que denomina-se Grupo de Espera dentro do contexto do trabalho realizado no CEPRE, como fez GROISMAN *et al.*, (1979) autor do trabalho que inspirou a realização desta experiência.

No Novo Dicionário Aurélio o vocábulo "espera" traz o seguinte significado: *"ato ou efeito de esperar; esperança; demora; emboscada; cilada; tocaia; ponto ou lugar marcado para esperar ou aguardar alguém ou alguma coisa; prazo marcado ou concedido para execução de algo"*.

Devido às várias conotações diferentes quanto a palavra "espera" é preocupante o seu uso como título de uma modalidade de atendimento, porém o trabalho foi caracterizando-se de tal forma que fica difícil modificar o nome apesar de persistir esta preocupação.

Praticamente, o grupo de espera se define, no CEPRE, como um

grupo aberto, de adolescentes e adultos portadores de deficiência visual, sem número limitado de participantes, coordenado por uma terapeuta ocupacional, que se reúne num determinado local em dia, horário e intervalo estabelecidos. O grupo é formado enquanto aguarda-se um provável encaminhamento, para atendimento individual ou em grupo, realizado pela equipe interdisciplinar. Os participantes do grupo discutem as causas que os levaram a buscar a reabilitação, suas dificuldades, necessidades e expectativas imediatas.

Segundo GROISMAN *et al.*, (1979) são raros os trabalhos que fazem referência a experiências com grupo de espera, entre os quais se destacam os trabalhos de KORNBLIT & RASCOVSKY, por serem os que descrevem com clareza os objetivos e a técnica dos referidos grupos.

KORNBLIT & RASCOVSKY, (1970) desenvolveram o trabalho: "Importância Institucional de los llamados grupos de espera" que relata a experiência iniciada em 1968 no Departamento de Adolescentes do Centro de Saúde Mental nº 1 de Buenos Aires, Argentina. Naquela época, houve um aumento significativo da afluência de pacientes às instituições psiquiátricas e carência de pessoal técnico habilitado para o atendimento. Ocorria que o tempo dispensado ao diagnóstico era maior do que aquele destinado ao tratamento e, com isso, os pacientes permaneciam longos períodos na fila de espera, favorecendo a desistência ou a deterioração do trabalho terapêutico. Introduziu-se, então, o grupo de espera onde os pacientes eram incluídos logo que chegavam à instituição, sendo realizado, concomitantemente, estudo psicológico por outros profissionais.

O grupo era constituído por um número não limitado de pacientes,

adolescentes entre 12 e 20 anos, coordenado por dois terapeutas, em reuniões semanais de uma hora e meia de duração. O tempo de participação de cada paciente no grupo variava de acordo com a disponibilidade de vagas nos grupos terapêuticos.

A equipe observou que o grupo tinha uma "atividade diagnóstica eficaz, uma vez que se podia confrontar as condições de cada adolescente em grupo, seu comportamento e sua capacidade de participação" (GROISMAN *et al.*, 1979).

De acordo com esses autores, a primeira referência a uma experiência brasileira constituiu no trabalho desenvolvido por Hezim no Instituto Nacional de Previdência Social, na Clínica Psiquiátrica do Posto de Assistência Médica 13 de Maio, no Rio de Janeiro, a partir de junho de 1976. O grupo de espera foi criado em função do grande número de pacientes já entrevistados aguardando atendimento nos grupos psicoterápicos. Devido a demora, foi observado um índice de abandono de um para quatro entrevistados. O principal objetivo era "permitir melhores condições de avaliação e verificação de possibilidades de maior aproveitamento dos pacientes ao tratamento proposto".

A partir de 1978 o setor de Adolescentes do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro iniciou o trabalho com o grupo de espera colhendo uma experiência bastante positiva e avaliando esta modalidade terapêutica não só como auxiliar no diagnóstico, por sua estrutura móvel e transitória mas, também, como mais uma porta aberta, um ponto de referência para os pacientes, uma forma ativa e dinâmica de se esperar. *"A espera em*

conjunto, pelo paciente e pela Instituição, essa experiência compartilhada já tem em si um aspecto terapêutico, pois ela é operativa, mobiliza e leva o paciente a pensar e possivelmente se modificar" (GROISMAN *et al.*, 1979).

De acordo com estas considerações acredita-se na importância da reflexão sobre a evolução do atendimento de reabilitação oferecido pelo Programa de atendimento a adolescentes e adultos deficientes visuais do CEPRE, considerando os estudos sobre as novas metodologias de intervenção terapêutica, destacando o papel do "Grupo de Espera" como proposta de atendimento imediato aos deficientes visuais no processo de Reabilitação.

Estas questões apresentaram-se freqüentemente em nossa consciência e nos mobilizaram a repensar, agir, e propor algo que possa iniciar uma mudança.

Acreditou-se na possibilidade de propor uma intervenção que horizontalizasse a intervenção junto ao portador de deficiência visual não abandonando a preocupação com a qualidade, respeitando-se o tempo de cada um. A própria comunidade tem condição de participar, ela precisa ser instrumentalizada no sentido de oferecer condições de desenvolvimento do potencial das pessoas deficientes visuais e de integrá-las. Objetiva-se também, poder ampliar esta proposta para outros Serviços, sejam eles de Reabilitação ou não, com o intuito de atender, dentro de suas necessidades básicas, o maior número possível de deficientes visuais.

1.4. A IMPORTÂNCIA DE VARIÁVEIS RELATIVAS AO COMPORTAMENTO HUMANO NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Vários trabalhos relatam sobre a importância de variáveis relativas ao comportamento humano no campo da saúde pública.

Segundo TEMPORINI, (1994), *"As maneiras de agir, sentir e pensar de indivíduos e grupos, bem como o contexto social em que se inserem, assumem especial importância para a efetividade de ações de saúde pública que dependem da participação das pessoas a que se destinam"*. Esta idéia apresenta uma relação direta com o que ocorre com a clientela que busca reabilitação. Observa-se que, muitas vezes, a expectativa dos portadores de deficiência visual é diferente daquilo que o serviço pode oferecer, falta conhecimento sobre o que vem a ser um processo de reabilitação. As expectativas divergem desde a forma de oferecimento, do conteúdo até a forma de participação da clientela.

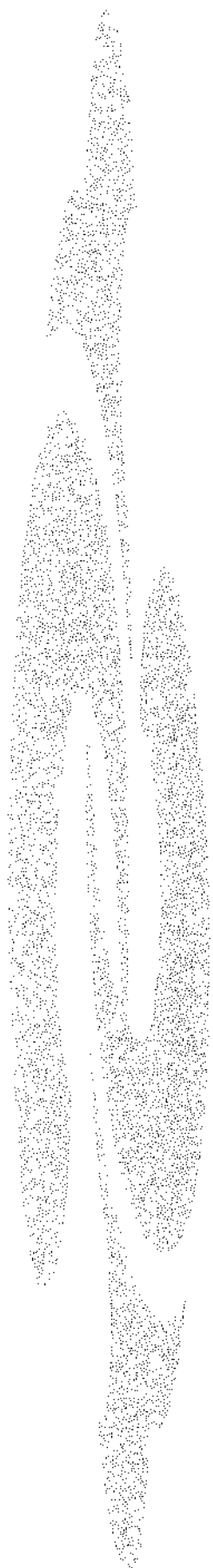
A experiência tem demonstrado que influências decorrentes do ambiente psicossociocultural do indivíduo interferem nas tomadas de decisão em saúde pública. Sendo assim, nem sempre o fácil acesso a serviços de saúde assegura, por si só, um nível satisfatório de saúde em uma população. *"O planejamento de ações de saúde que requerem a participação da comunidade, deve ser realizado mediante o conhecimento prévio acerca do que aquelas pessoas sabem, acreditam, desejam ou rejeitam e fazem, em relação ao problema de saúde objeto do programa"*. (TEMPORINI, 1991).

Não é raro de se encontrar vários casos de abandono do processo de reabilitação, resistência às orientações realizadas ou indiferença quanto a um

longo período de tratamento. Estas observações preocupam os profissionais de saúde, que atuam com portadores de deficiência visual, que têm como objetivo geral favorecer-lhes o maior nível de independência possível.

Segundo PIOVESAN, (1970) mesmo em programas de saúde tecnicamente bem elaborados, mas que apresentem falhas ou omissão no que diz respeito ao fator humano, observa-se fracasso. Em tais casos , verificou-se que o problema ocorria, em sua origem, do fato da população ter percepções diferentes das que haviam sido admitidas pelos membros da equipe.

Neste contexto percebe-se a importância de se verificar conhecimentos e opiniões de clientela atendida em serviço de reabilitação, a fim de avaliar, compreender os resultados e planejar ações, relativas a serviços de reabilitação, compatíveis com a realidade a qual se destinam.



2. OBJETIVOS

- 1- Descrever características de portadores de deficiência visual atendidos no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto". (CEPRE).
- 2- Identificar conhecimentos de portadores de deficiência visual, atendidos no CEPRE, sobre o processo de reabilitação.
- 3- Identificar opiniões de portadores de deficiência visual em relação ao atendimento de reabilitação no CEPRE.
- 4- Contribuir para a dinâmica do atendimento em reabilitação de portadores de deficiência visual, adolescentes e adultos, no CEPRE e oferecer informações para subsidiar serviços congêneres.

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Realizou-se um "survey" descritivo com o objetivo de examinar características de clientela portadora de deficiência visual, seus conhecimentos e opiniões sobre o processo de reabilitação realizado no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto" da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A escolha desse método baseou-se na necessidade de descrever e interpretar a realidade da forma como se apresentava. Não houve intenção de manipular variáveis.

3.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi constituída por indivíduos maiores de 12 anos portadores de deficiência visual bilateral, congênita ou adquirida, atendidos no Programa de adolescentes e adultos deficientes visuais do CEPRE no período de 1994 a 1997. A escolha dessa idade, delimitando o grupo amostral, deveu-se ao fato dessa ser a idade definida para atendimento no Programa.

A amostra foi não probabilística, obtida segundo critério de viabilidade da coleta de dados e facilidade de acesso ao usuário. Não se pretendeu, portanto, generalizar os resultados. Obteve-se uma amostra de tamanho 25.

3.3. VARIÁVEIS

As variáveis escolhidas para delinear este estudo foram as seguintes:

- **Características pessoais**

Sexo

Idade

Cidade de nascimento

Cidade de residência

Escolaridade

Ocupação

Tipo de deficiência visual

Origem do problema oftalmológico

Idade do aparecimento do problema oftalmológico

- **Características relativas ao processo de reabilitação**

Origem do encaminhamento para a reabilitação

Tempo de espera para iniciar o atendimento em reabilitação

Participação ou não no atendimento do grupo de espera

Terminou / não terminou o processo de reabilitação

Duração do atendimento de reabilitação até a alta

Razão de não terminar o processo de reabilitação

Tempo de permanência em atendimento no CEPRE

- **Conhecimentos em relação a**

- Seu problema oftalmológico

- Causa do problema oftalmológico

- Sua expectativa quanto à reabilitação

- **Opiniões em relação a**

- Auto-avaliação da dificuldade visual

- Limitações devido à deficiência visual

- Dificuldade devido à deficiência visual

- Atividade mais difícil anteriormente à reabilitação

- Mudanças decorrentes da participação no grupo de espera

- O tempo de espera para iniciar o atendimento de reabilitação

- O tempo de duração do processo de reabilitação

- Os resultados do processo de reabilitação

3.4. INSTRUMENTO

- **Estudo Exploratório**

Foi realizado um estudo exploratório para a elaboração do instrumento de medida. Esse recurso metodológico possibilitou o conhecimento sobre o "universo de respostas" que refletia as características da realidade da população que se pretendia estudar.

Segundo TEMPORINI (1994) "O estudo exploratório leva o

pesquisador, freqüentemente, à descoberta de enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para o controle de vieses pessoais e, conseqüentemente, possibilitando elaborar instrumento de medida mais consentâneo à realidade que pretende conhecer.

O estudo exploratório foi realizado por meio de entrevistas não-dirigidas com indivíduos portadores de deficiência visual em processo de triagem para cirurgia de catarata, durante a execução de um projeto comunitário de reabilitação visual em Capivari em novembro de 1992.

Durante dois dias consecutivos, 4 profissionais do CEPRE realizaram as entrevistas com os indivíduos que eram triados e não tinham como indicação a cirurgia de Catarata e sim tinham indicação de Reabilitação por apresentarem acuidade visual igual ou menor a 0,2, no melhor olho, caracterizando assim deficiência visual.

Foram realizadas 81 entrevistas, gravadas e transcritas. À partir da análise das informações obtidas, elaborou-se o instrumento da pesquisa.

• Elaboração do Questionário

Com as variáveis selecionadas e o estudo exploratório realizado, foi possível elaborar um questionário estruturado, ou seja, contendo perguntas e respostas. As variáveis quantitativas, apenas, foram categorizadas "à posteriori".

A experiência da pesquisadora no atendimento de clientela do

CEPRE também facilitou a adequação e a transferência dos dados obtidos no estudo exploratório para a elaboração das questões.

• Pré-teste

O Pré-teste foi realizado aplicando-se o questionário a clientes em atendimento no CEPRE em 1996. Foram realizadas 6 entrevistas que sugeriram modificações nas respostas apresentadas e a inclusão de algumas outras variáveis. Esse procedimento suscitou várias alterações no questionário. Realizadas tais alterações e aplicado o questionário aos sujeitos da amostra, verificou-se que o mesmo estava concluído por não apresentar necessidade de outras alterações. (ANEXO 1)

3.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora por meio de entrevista individual. Entrevistou-se os indivíduos em atendimento no Programa de Adolescentes e Adultos Deficientes Visuais que freqüentam o CEPRE uma vez por semana. Houve a necessidade de convocar outros clientes para alcançar o tamanho planejado da amostra, pois a capacidade de atendimento do Programa é de cerca de oito clientes que permanecem em média 1 ano e meio em atendimento. A convocação foi realizada mediante carta encaminhada para o endereço localizado no prontuário do cliente. (ANEXO 2) Quando o prontuário apresentava número telefônico este contato, também era feito. Cabe ressaltar que haviam alguns endereços incompletos o

que inviabilizou a convocação desses indivíduos. As datas para entrevistas foram estabelecidas com antecedência de 10 dias, buscando garantir a presença do cliente.

O CEPRE foi o local indicado para a realização das entrevistas já que era do conhecimento da clientela.

Para estabelecer-se a convocação dos clientes observou-se a ordem decrescente de inscrição no CEPRE. O período de coleta de dados estendeu-se mais do que o esperado, foi de novembro de 1996 à março de 1997. Isto ocorreu devido ao prazo de antecedência da convocação e a ausência dos convocados. Assim para entrevistar 25 indivíduos, foram convocados 68.

Antes de iniciar a aplicação do questionário com cada cliente explicava-se os objetivos da pesquisa, assegurava-se o anonimato e a confidencialidade das informações. Além disso buscou-se assegurar ao cliente a possibilidade de ciência posterior do trabalho concluído, a disposição na biblioteca do CEPRE.

3.6. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

- **Análise estatística**

O banco de dados foi criado no programa EPI INFO versão 6 (DEAN *et al.*, 1994). A análise estatística descritiva foi realizada através do pacote estatístico "SAS"- Statical Analysis System. Foi realizada a distribuição de frequências, medidas de posição e de dispersão.

- **Classificação das ocupações**

Para a análise da variável ocupação foi aplicada a classificação de GOUVEIA (1972) - (ANEXO 3).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo não devem ser generalizados pois, descrevem a realidade da forma como se apresentou na amostra de 25 casos entrevistados. Objetiva-se com isto realizar uma discussão que enriqueça a compreensão da problemática da pessoa que apresenta a deficiência visual e contribua para a criação ou o aprimoramento dos serviços de reabilitação nesta área.

4.1. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS

Tabela 1: Características pessoais de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 25		
Características pessoais	f	%
Sexo: Masculino	14	56,0
Feminino	11	44,0
Idade (anos)		
13 - 23	7	28,0
24 - 34	8	32,0
35 - 45	5	20,0
46 - 56	4	16,0
≥ 57	1	4,0
X = 32,2 anos		
Sd = 13,7		
Cidade onde nasceu		
Campinas	5	20,0
São Paulo	2	8,0
Outras cidades interior SP	10	40,0
Cidades do interior de MG	4	16,0
Cidades do interior do PA	2	8,0
Cidades do interior de outros estados	2	8,0
Cidade de Residência		
Campinas	14	56,0
Outras cidades do interior de SP	11	44,0
Mora em zona urbana	22	88,0
Mora em zona rural	3	12,0

No que se refere às características pessoais dos sujeitos entrevistados (tabela 1), observou-se ligeira predominância do sexo masculino (56%) sobre o feminino (44%).

Resultados similares foram registrados em outras pesquisas. Assim, em estudo realizado na Clínica de Visão subnormal do Hospital de Clínicas da UNICAMP (SVSN-UNICAMP) em 1993, encontrou-se numa amostra de 836 casos 57,1% de homens e 42,9% de mulheres. (CARVALHO, 1993).

Em estudo realizado no Instituto de Cegos do Paraná, numa amostra de 121 casos, também predominou o sexo masculino (63,6%) (MOREIRA; MOREIRA JR; ARANA, 1991).

KARA-JOSÉ *et al.*, (1996), em estudo realizado no Hospital de Clínicas da UNICAMP (HC-UNICAMP), em pacientes submetidos à cirurgia de catarata nos anos de 1989 e 1991, referiu predominância do sexo masculino - 55,1% e 56,0%, respectivamente.

Esses resultados levam a supor que um maior número de portadores de deficiência visual do sexo masculino, em relação ao sexo feminino procuram serviços de reabilitação, talvez por aspectos culturais e sócio-econômicos, ligados, possivelmente, ao fato do homem ainda na maioria das vezes ser quem provê o sustento da família necessitando reabilitar-se para retomar o trabalho remunerado. Esse achado merece estudos posteriores mais específicos.

A idade variou entre 13 e 63 anos, sendo a média de 32,2 anos. Observa-se a diversidade, em relação a idade, de pessoas atendidas pelo

Serviço.

Em relação à procedência, (cidade de nascimento), observou-se que a maioria, 40,0% provem de outras cidades do interior do estado de São Paulo sendo de Campinas apenas 20,0%. De acordo com as expectativas a maior proporção de portadores de deficiência visual (DV), atendidas no CEPRE, reside na cidade de Campinas (56%).

Sabe-se que há um número escasso de instituições que oferecem atendimento de reabilitação aos deficientes visuais, mas mesmo assim, tudo indica, que a proporção de sujeitos residentes em outras cidades (44,0%) que desloca-se para receber atendimento no CEPRE seja, talvez, devido ao alto grau de credibilidade que a população deposita na UNICAMP.

Esse fato foi também evidenciado num estudo realizado com pacientes que, quando questionados sobre o motivo de recusa em realizar cirurgia de catarata, alguns responderam que por medo de seus resultados (morte, piora da visão, perda total da visão). Observou-se que este sentimento foi atenuado quando oferecida a possibilidade de cirurgia no Serviço de Oftalmologia da UNICAMP. (TEMPORINI, KARA-JOSÉ, KARA-JOSÉ JR, 1997).

Tabela 2: Escolaridade de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Escolaridade	f	%
n = 25		
Nunca estudou na escola	2	8,0
Está estudando	10	40,0
Já estudou	13	52,0
1º Grau (ou equivalente)		
n = 23		
1ª série	-	-
2ª série	2	8,7
3ª série	2	8,7
4ª série	1	4,3
5ª série	2	8,7
6ª série	3	8,7
7ª série	4	17,4
8ª série	-	-
2º Grau (ou equivalente)		
1ª série	1	4,3
2ª série	-	-
3ª série	5	21,7
3º Grau (ou superior)		
Incompleto	1	4,3
Completo	3	13,0

Quanto a escolaridade (tabela 2), nota-se que 92,0% dos sujeitos freqüentaram escola ou ainda estão estudando. Ressalta-se que 56,0% incluem-se apenas em 6 séries do 1º grau.

Freqüentaram cursos profissionalizantes, em áreas técnicas variadas (telefonia, eletrônica, contabilidade), apenas 24,0% dos casos.

É interessante observar que outros estudos, demonstraram resultados semelhantes em relação à escolaridade do portadores de deficiência visual.

WAISBERG (1984), realizou estudo sobre atendimento de portadores de visão subnormal no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, tendo encontrado, concentrado no 1º grau, assim como CARVALHO (1993), o baixo nível de escolaridade, 59,2% e 63,5%, respectivamente.

Por outro lado, apesar das variações entre os níveis de escolaridade, observa-se que decresce o número de sujeitos portadores de deficiência visual nos níveis mais elevados. Pode-se supor que a deficiência visual dificulta a participação do sujeito na escola, reforçando a importância da reabilitação visual e global através de serviços de visão subnormal e de reabilitação.

Tabela 3: Situação ocupacional de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Situação Ocupacional	f	%
	n = 25	
Está trabalhando	8	32,0
Já trabalhou, mas atualmente não trabalha	6	24,0
Nunca trabalhou	11	44,0
	n = 25	
Aposentado por invalidez	7	28,0
Categoria ocupacional *	n = 8	
(dos que trabalham atualmente)		
1- Nível Alto	-	-
2- Média Alta (profissionais liberais e equivalentes)	-	-
3- Média (Assalariados de nível médio)	-	-
4- Pequenos negociantes e equivalentes	2	25,0
5- Pequenos funcionários e equivalentes	3	37,5
6- Supervisores de trabalho manual	-	-
7- Manuais especializados e semi-especializados	2	25,0
8- Manuais (urbanos) não especializados	1	12,5
9- Agricultores s/ empregados e assalariados rurais	-	-

*Conforme classificação de GOUVEIA (1972).

A situação ocupacional parece ser outro aspecto que demonstra interferência devida à deficiência visual. Note-se que como apresentado na tabela 3, 24,0% dos sujeitos já exerceram ocupação remunerada. Deve-se considerar que nesse grupo podem estar aqueles que trabalhavam antes de adquirir a deficiência visual. Observa-se uma diminuição da proporção dos sujeitos que trabalham atualmente, isto leva a supor que adquirir a deficiência visual pode dificultar a vida profissional.

São raros os trabalhos que abordam a ocupação de deficientes visuais. A pesquisa realizada por CARVALHO (1993), evidenciou que apenas 20,2% da amostra encontrava-se na faixa etária acima de 15 anos, o percentual de sujeitos que exercem ocupação remunerada é pequeno.

Resultados semelhantes foram encontrados por WAISBERG (1984).

A proporção de aposentados por invalidez embora reflita, aproximadamente, apenas 1/3 da amostra, preocupa já que a idade média da clientela estudada é de 32 anos, período de idade produtiva.

O processo de reabilitação tem como um de seus objetivos estimular e instrumentalizar o portador de deficiência visual para o trabalho. Sabe-se que a área de reabilitação profissional, mais especificamente, é raramente abordada. Segundo BUENO (1994), a Organização Internacional do Trabalho (Convenção nº 159 de 01 de junho de 1983) estabelece como finalidade da reabilitação profissional: "permitir que uma pessoa com deficiência obtenha e mantenha um emprego adequado e progrida no mesmo, promovendo-se assim a sua integração ou reintegração na sociedade".

O CEPRE realiza trabalho de reabilitação que se dirige a um dos dois alvos que precisam ser atingidos para a reabilitação profissional - a pessoa portadora de deficiência visual. O outro alvo que segundo BUENO (1994), está ligado intrinsecamente ao primeiro, é a sociedade em geral. Neste sentido reconhece-se a necessidade de ações dirigidas à sociedade destinadas a eliminar barreiras sociais e físicas.

Estas ações demandam tempo e profissionais especializados, pois referem-se à frentes de atuação junto ao mercado de trabalho, órgãos públicos e legisladores. (BUENO, 1994).

O CEPRE, atuando na reabilitação da pessoa portadora de deficiência visual, faz uma intervenção indireta à comunidade, na medida que, o indivíduo estando reabilitado provoca uma modificação do entendimento dos seus familiares e do meio social onde vive, sobre o potencial da pessoa portadora de deficiência. Tem-se consciência da necessidade da ampliação deste trabalho e esta preocupação deve refletir-se nas futuras alterações de planos e metas da assistência ao deficiente visual no CEPRE.

Pode-se supor que a deficiência visual somada à conseqüente escolaridade insuficiente, dificultem o trabalho remunerado. Note-se que o nível de ocupações exercidas (tabela 3) também é baixo, apresentando predomínio na categoria de pequenos funcionários e equivalentes (37,5%). Essa observação reforça a idéia da importância das ações educativas e de incentivo e implementação de programa de triagem visual escolar, reabilitação escolar e profissional.

Tabela 4: Tipo, origem e idade do início da deficiência visual. Portadores de deficiência visual atendidos no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Deficiência visual	f	%
n=25		
Visão subnormal	17	68,0
Cegueira	18	32,0

Origem do problema oftalmológico	n=25	
Origem		
Adquirida	17	68,0
Congênita	18	32,0

	n = 17	
Idade do início da deficiência visual	4	
2 - 12	3	23,5
13 - 23	3	17,6
24 - 34	5	17,6
35 - 45	1	29,5
46 - 56	1	5,9
≥ 57		5,9

X = 27,9 anos		
Sd = 17,6		

A tabela 4 mostra a caracterização de deficientes visuais conforme a deficiência apresentada - tipo, origem e idade do início.

A deficiência visual abrange cegueira e visão subnormal (VSN). Considera-se importante esta subdivisão devido a ser distinto o enfoque da reabilitação para ambas essas situações.

Segundo a OMS (1973) é considerado portador de cegueira o indivíduo com acuidade visual desde 0,05¹, com ambos os olhos e melhor correção óptica possível, até ausência de percepção de luz, bem como portador de campo visual tubular, restrito a 20 graus ou menos. A visão subnormal engloba a acuidade visual desde 0,3 até 0,1, com ambos os olhos e melhor correção óptica possível.

Visão subnormal (VSN) é definida também 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" (CARVALHO, GASPARETTO, VENTURINI, KARA-JOSÉ, 1992).

Os indivíduos com VSN beneficiaram-se nas duas últimas décadas do advento de recursos ópticos especiais, propiciando-lhes a oportunidade de, após período de adaptação, desenvolverem seu potencial visual aplicando-o em suas atividades cotidianas (KARA-JOSÉ *et al*, 1988).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1987, há 41 a 52 milhões de pessoas cegas no mundo, indicando a taxa de

¹ Referência da Tabela de medida de acuidade visual de Snellen

prevalência mundial da cegueira de aproximadamente 1% (SCHWAB, 1990).

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

Neste estudo encontrou-se o predomínio de indivíduos com VSN (68,0%). MOREIRA *et al*. (1991), numa instituição do Paraná encontrou 57% dos cegos . Nota-se que provavelmente nem sempre há relação direta entre o número de portadores de visão subnormal com o número dos que buscam reabilitação.

Os estudos de oftalmologistas, sobre a distribuição de pacientes cegos e portadores de visão subnormal, baseiam-se geralmente, na medida da acuidade visual e classificam os diferentes níveis segundo as variações de visão normal, subnormal e cegueira. Nos estudos referidos nesta pesquisa considerou-se apenas a subdivisão entre cegueira e visão subnormal.

CARVALHO (1993), encontrou entre portadores de visão subnormal e cegueira, 86,3% e 13,6%, respectivamente. Em outro estudo no mesmo Serviço de atendimento, KARA-JOSÉ *et al* (1988), encontraram 85,0% dos casos com visão subnormal, 5,0% com cegueira e os demais não tinham a informação.

Com relação a origem do problema oftalmológico, 68% dos casos de deficiência visual foi adquirida e 32% congênita. Os outros estudos não fazem referência sobre este aspecto. (Tabela 4).

A tabela 4 também demonstra a idade do início do problema oftalmológico, variando entre 2 e 57 anos. Percebe-se o predomínio de casos que adquiriram a deficiência em idade adulta. Este resultado deve ser

considerado quando realizar-se o planejamento do atendimento de reabilitação, já que as expectativas e a situação emocional dos que adquirem a deficiência é diferente daqueles que apresentam deficiência visual congênita.

Observa-se reduzida proporção de idosos em atendimento de reabilitação no CEPRE, o que foi encontrado também no estudo realizado no SVSN na UNICAMP e em outros SVSN do Brasil, citado por CARVALHO (1993).

Nos resultados encontrados em estudos nacionais, o número de casos decresce conforme aumenta a faixa etária (CARVALHO, 1993).

KARA-JOSÉ *et al.* (1984a), ressaltam que a deficiência visual em crianças não é comum, sendo que a maioria dos casos ocorre após os 50 anos de idade causadas mais freqüentemente por ametropias não corrigidas e catarata não operada e, após os 60 anos, são devidas ao aumento da freqüência de doenças oculares com diminuição da visão como catarata, glaucoma e degeneração senil de mácula (KARA-JOSÉ *et al.* 1984b, KARA-JOSÉ *et al.* 1989).

Segundo CARVALHO (1993), os dados populacionais de países desenvolvidos, mostram que as taxas de cegueira e VSN na população apresentam-se muito aumentadas com a idade, principalmente após os 70 anos.

Sendo assim, supõe-se que o fato de os idosos buscarem em menor proporção os serviços de atendimento a portadores de deficiência visual no Brasil, pode relacionar-se: à menor sobrevivência do idoso; à desatenção para com o idoso que depende de conduta da família em relação à busca de atendimento; à desinformação sobre a existência de serviços especializados; e às questões

procura de tratamento.

Cabe ressaltar, também, o crescimento do número de cirurgias de catarata em idosos, desde que foram iniciados projetos comunitários de reabilitação visual, como por exemplo o "Projeto Catarata", em 1987. (TEMPORINI *et al.*, 1997).

4.2. CARACTERÍSTICAS RELATIVAS AO PROCESSO DE REABILITAÇÃO

Tabela 5: Origem do encaminhamento ao serviço de reabilitação de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (CEPRE), Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

N = 25		
Origem do encaminhamento	f	%
Serviço de Visão Subnormal - HC - Unicamp *	12	48,0
Outro cliente do CEPRE	4	16,0
Oftalmologista do HC - Unicamp	2	8,0
Amigo ou vizinho	2	8,0
Oftalmologista particular	1	4,0
Professor	1	4,0
Profissional de outra instituição de reabilitação	1	4,0
Médico do posto de saúde	1	4,0
Não lembra	1	4,0

*Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.

Sabe-se que são raros no Brasil pesquisas que precisem sobre o

sobre a necessidade de intervenção. Observa-se na tabela 5 que 48,0% de clientela atendida no CEPRE foi encaminhada pelo SVSN-UNICAMP, 16,0% por outro cliente do CEPRE, 8% por oftalmologistas da UNICAMP, 2,0% por amigo ou vizinho e os demais encaminhamentos (26,0%), com frequência menor, de diferentes profissionais da área de educação e saúde. Nota-se que a maioria dos encaminhamentos desta população ficou restrito à serviços da UNICAMP e ao próprio CEPRE. Este fato reforça a necessidade de ações educativas em reabilitação interação entre a equipe de reabilitação e o oftalmologista. conclusão reforça a idéia da necessidade de ações em nível de prevenção em Saúde Pública.

O oftalmologista tem papel determinante no encaminhamento para a reabilitação. Quando ocorre a perda visual permanente o oftalmologista é a pessoa mais influente na vida do paciente, que poderá rejeitar a reabilitação se esta não for sugerida por ele (HUNT, 1984; GREENBLATT, 1988a).

GREENBLATT (1988b) num estudo sobre a interação dos oftalmologistas com os deficientes visuais mostrou que além de haver um número pequeno de encaminhamentos por parte dos oftalmologistas para os serviços de reabilitação, muitos também não conheciam tais serviços. Depois de informados regularmente sobre os tipos de atendimentos oferecidos pelas instituições houve aumento do número de encaminhamentos.

ALVES & KARA-JOSÉ (1996) citam a necessidade do portador de deficiência visual necessitar do trabalho de uma equipe multidisciplinar constituída por: médico oftalmologista, fisioterapeuta, professor de educação física, terapeuta ocupacional, técnico de orientação e mobilidade, psicólogo e

assistente social. Os autores colocam que as equipes de saúde, por intermédio de trabalho multiprofissional, devem atuar: "cadastrando entidades e profissionais da comunidade, voltados para a reabilitação do deficiente visual; realizando levantamento da demanda potencial de deficientes visuais na comunidade; divulgando na comunidade, a importância da reabilitação; facilitando o acesso do deficiente visual às unidades de saúde e facilitando o acesso do deficiente visual à escola".

GREENBLATT (1988a) realizou uma pesquisa com todos os programas de residência médica em oftalmologia dos Estados Unidos (145), entre eles 90,5% continham treinamento na área de visão subnormal e auxílios ópticos mas apenas 13,8% abrangiam questões relacionadas à reabilitação de deficientes visuais. Este estudo sugere que seja intensificado o treinamento em reabilitação nos programas de residência em oftalmologia para que ocorram encaminhamentos adequados e conseqüente participação dos pacientes nos programas de reabilitação.

A desinformação da própria população sobre as ações de prevenção secundárias e terciárias onde encontram-se diagnóstico precoce, tratamento imediato e reabilitação, respectivamente, somado às dificuldades de acompanhantes para ir a consultas oftalmológicas criam barreiras que dificultam o acesso aos serviços existentes (TEMPORINI *et al.*, 1997).

Segundo TEMPORINI *et al* (1983), o simples fato de colocar serviços de saúde ao alcance da população, por si só, não assegura níveis desejáveis de higiene. A saúde é, antes de tudo, uma decisão pessoal, baseada em conhecimentos e valores sócio-culturais.

Tabela 6: Tempo de espera para portadores de deficiência visual iniciarem o processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 14		
Tempo de espera	f	%
Tempo (meses)		
≤ 2	7	50,0
3 - 13	4	28,6
≥ 14	3	21,4
$\bar{X} = 12,0$ meses		
Sd = 18,0		

Tabela 7: Participação no grupo de espera durante o processo de reabilitação de deficientes visuais. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 25		
Participação	f	%
Sim	20	80,0
Não	5	20,0

A proporção de sujeitos que lembraram o tempo de espera para iniciar a reabilitação foi de 56,0%. A tabela 6 mostra que desse grupo, 50,0% esperou até 2 meses. Tudo indica que esses sejam os sujeitos que receberam

atendimento imediato participando do grupo de espera.

Segundo KARA-JOSÉ *et al.*(1996) é necessário que o intervalo de tempo entre o exame do portador de DV por catarata senil e a cirurgia não se estenda por mais de três meses. A diminuição do intervalo entre a consulta e a realização da cirurgia foi considerado um dos fatores de diminuição de óbices (obstáculos expressivos à cirurgia). Neste estudo, o número de cirurgias em 1991 aumentou cerca de 50,0% em relação a 1989 após a agilização da triagem a partir de uma série de medidas de descentralização de exames pré-operatórios e estabelecimento de escala de prioridade.

No que se refere à reabilitação, a experiência tem mostrado a necessidade de diminuição do tempo de espera entre a inscrição e o início do atendimento. o longo tempo de espera leva, muitas vezes, à desistência, talvez: pela diminuição da credibilidade que o sujeito e sua família depositam no serviço; pelo desconhecimento do trabalho que será desenvolvido durante o processo de reabilitação; pela necessidade do acompanhamento familiar já que grande parte da clientela não tem locomoção independente devida à DV; por habituar-se à situação de dependência devida à baixa auto-estima que se instala, principalmente, nos casos de DV adquirida. O portador de DV não conhece o seu potencial, não diferencia limitação de possibilidade e desconhece o processo de reabilitação.

Observa-se, a partir da experiência , que com a diminuição do tempo de espera, os sujeitos têm se mostrado mais participativos e conscientes do processo de reabilitação. O atendimento de grupo de espera tem o papel de acolher o sujeito que, na maioria das vezes, perdeu a visão a pouco tempo e

ainda sonha com a cura, favorecer que expresse seus sentimentos para que inicie o processo de elaboração do luto, troque experiências com outros sujeitos que apresentam dificuldades em comum, conheça e conscientize-se do que vem a ser o processo de reabilitação e receba orientações com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida o mais rápido possível além de, favorecer sua adesão à reabilitação para que alcance maior nível de independência (MONTILHA,1997).

Tabela 8: Situação em relação ao processo de reabilitação de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Situação	n = 25	
	f	%
Concluiu o processo de reabilitação	10	40,0
Reabilitação em andamento	13	52,0
Abandonou o processo de reabilitação	2	8,0

Tabela 9: Tempo de duração do processo de reabilitação de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Duração da reabilitação		f	%
Concluída		n = 7	
(meses)			
≤ 2		1	14,3
3 - 13		4	57,1
≥ 14		2	28,6
—			
X = 12,0 meses			
Sd = 9,0			
Em andamento		n = 13	
(meses)			
≤ 6		3	23,0
7 - 19		4	30,8
20 - 32		4	30,8
≥ 33		2	15,4
—			
X = 20,3 meses			
Sd = 20,0			

Nas tabelas 8 e 9 observa-se ligeiro predomínio dos sujeitos que estão em processo de reabilitação (52,0%). No entanto, é interessante observar que a média de duração dos que concluíram o processo foi de 12 meses e dos que a reabilitação está em andamento é de 20,3 meses. Tem-se que considerar

mas pode-se supor que há variação na duração do processo devido a cada indivíduo ter um ritmo próprio e esse ser respeitado durante a reabilitação.

A experiência tem mostrado, que os sujeitos portadores de DV congênita levam menor tempo durante a reabilitação quando encontram-se na fase adulta, talvez porque já tenham aceito o problema visual. Sabe-se que o aspecto emocional interfere expressivamente no desenvolvimento das atividades abordadas no processo de reabilitação como a orientação e mobilidade, atividades da vida diária, utilização do método Braille ou uso de recursos ópticos especiais.

Pode-se supor que a variação da duração da reabilitação refira-se ao atendimento de sujeitos que tiveram dificuldades para aceitar a perda visual.

Segundo CARROLL (1968), as condições da pessoa que perde a visão na idade adulta constitui-se por uma primeira fase de choque, seguida de uma segunda de pesar e privações. O autor refere que é falsa bondade procurar poupar a pessoa do choque e do pesar. Isto tem que ser antes aceito para que possa haver uma reabilitação.

4.3. CONHECIMENTOS

Tabela 10: Conhecimento sobre o próprio problema oftalmológico por portadores de deficiências visuais. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Conhecimento	f	%
n = 25		
Declara saber a denominação	19	76,0
Declara não saber a denominação	6	24,0

Problema mencionado		
n = 19		
Atrofia do nervo óptico	4	21,0
Retinose pigmentar	3	15,7
Catarata congênita	3	15,7
Deslocamento de retina	2	10,5
Glaucoma	1	5,3
Glaucoma congênito	1	5,3
Alta miopia	1	5,3
Neurite óptica	1	5,3
Trauma ocular	1	5,3
Degeneração macular juvenil	1	5,3
Fibroplasia retrolental	1	5,3

Causa do problema		
n = 25		
Hereditário	6	30,0
Trauma / Acidente trânsito	3	15,0
Prematuridade / Incubadora	3	15,0
Diabetes	1	5,0
Toxoplasmose	1	5,0
Auto agressão / Transtorno psicótico	1	5,0
Meningite	1	5,0
infecção	1	5,0
Problema circulatório	1	5,0
Seqüela de derrame	1	5,0
Não sabe	6	24,0

A tabela 10 apresenta o conhecimento sobre o próprio problema oftalmológico que causou à visão subnormal ou à cegueira. Chama a atenção que 76,0% dos casos declararam saber a denominação do problema. Supõe-se que esse resultado mostre maior envolvimento, da clientela, com o processo de reabilitação na medida que apresenta ter conhecimento sobre seu problema visual.

Entre as causas da deficiência visual ressaltam-se a atrofia do nervo óptico (21,0%) e retinose pigmentar e catarata congênita ambas com 15,7%. Da amostra, 7 sujeitos citaram diferentes problemas oftalmológicos.

Como causa do problema visual 30% declararam ser hereditário, 15% trauma por acidente de trânsito, 15% prematuridade/incubadora, 24% não souberam declarar a causa e 7 sujeitos declararam diferentes causas para o problema oftalmológico.

Em estudo realizado na Fundação Altim Ventura (Recife-PE), numa amostra de 317 casos na faixa etária de 1 mês a 89 anos, encontrou 13% de deficiência visual causada por catarata congênita, 8% por atrofia do nervo óptico, 8,5% por retinose pigmentar, 8,2% por albinismo, 7,2% por alta miopia, 5,7% por retinopatia diabética e/ou hipertensiva além de outras causas menos freqüentes.

Na pesquisa realizada no Instituto de Cegos do Paraná, MOREIRA *et al.* (1991), numa população de 121 casos na faixa etária entre 5 e 62 anos, encontraram, entre outras, as seguintes causas de cegueira: mal formação ocular congênita (23,9%), glaucoma congênito (16,5%), processo infeccioso intra-ocular (10,7%), atrofia do nervo óptico (10,7%), trauma (8,2%), retinose

pigmentar (5,8%), catarata congênita, fibroplasia retrolental e descolamento de retina somaram menos de 1% dos casos.

Na pesquisa no SVSN-UNICAMP há uma distribuição diferente por faixa etária. Segundo CARVALHO (1993), a partir dos 15 anos, faixa etária que se assemelha mais a desta pesquisa, as causas de deficiência visual encontradas mais freqüentemente foram: degeneração senil de mácula (18,1%), retinose pigmentar (14%), coriorretinite macular (13,1%), atrofia óptica (12,2%), catarata (7,8%) e degeneração juvenil da mácula (7,1%).

Os dados da pesquisa acima aproximam-se dos desse estudo talvez pelo fato do SVSN da UNICAMP ser uma das grandes fontes de encaminhamento para o CEPRE, como demonstrado na tabela 5. Outra possível razão é a subdivisão da faixa etária, não realizada nos outros estudos citados, que evidencia a retinose pigmentar e atrofia do nervo óptico como uma das principais causas de deficiência visual na faixa etária aqui estudada.

Os outros trabalhos citados, embora com variação nas freqüências, apontam como principais causas da deficiência visual a atrofia do nervo óptico, catarata congênita, fibroplasia retrolental, descolamento de retina e traumas.

Faz-se necessário a investigação das principais causas da cegueira no Brasil para que a prevenção possa desenvolver-se de maneira mais acertiva. Segundo a OMS, para países subdesenvolvido ou em desenvolvimento como o Brasil, as principais causas de cegueira seriam: hipovitaminose A, tracoma, oncocercose e catarata. (ROCHA & RIBEIRO-GONÇALVES, 1987).

Os estudos citados mostram que as principais causas de deficiência

encontradas, com exceção da catarata, diferem dos apontados pela OMS. Percebe-se a necessidade de novos inquéritos para que se caracterizem as reais causas brasileiras. Talvez este aspecto mereça atenção mais ampla de órgãos públicos para que se efetivem programas de prevenção da cegueira, para que se adequem os serviços existentes e para que se criem serviços de acordo com as necessidades da população.

Tabela 11: Expectativas do portador de deficiência visual em relação ao processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Expectativas	n = 25			
	sim		não	
	f	%	f	%
Aprender a andar sozinho	19	76,0	6	24,0
Aprender a usar os óculos prescritos	15	60,0	10	40,0
Usar o computador	13	52,0	12	48,0
Aprender a cozinhar sozinho	13	52,0	12	48,0
Aprender a cuidar da casa sozinho	10	40,0	15	60,0
Ler e escrever	9	36,0	16	64,0
Começar a trabalhar	9	36,0	16	64,0
Voltar a trabalhar	9	36,0	16	64,0
Curar o problema visual	8	32,0	17	68,0
Aprender a comer sozinho	6	24,0	19	76,0
Aceitar o problema visual	5	20,0	20	80,0
Desenvolver melhor a visão	5	20,0	20	80,0
Voltar a ir à escola	4	16,0	21	84,0
Começar a ir à escola	2	8,0	23	92

A tabela 11 apresenta os resultados referentes às expectativas dos portadores de DV entrevistados. Observou-se predomínio em relação à orientação e mobilidade (76,0%). Este resultado foi de encontro com o esperado já que é sabido que um dos aspectos mais limitantes do adulto que perde a visão é a locomoção.

Segundo CARROLL (1968), para todo adulto normalmente ativo que perde a visão, a perda da mobilidade é uma perda essencial, porque ela significa mais que andar. Significa a liberdade de ir de um lugar para outro, através de todos os meios que geralmente o sujeito se utiliza, quer seja no pequeno espaço de uma sala ou de uma casa na qual trabalha ou vive-se, quer seja em áreas geográficas locais ou extensas.

Começar ou voltar a trabalhar somam 72,0% das expectativas, o que também era esperado, já que a vida adulta é período produtivo e como observado anteriormente a deficiência visual parece interferir nas condições necessárias para o trabalho profissional.

O interesse em aprender a usar os óculos prescritos também ressaltase entre as expectativas. Esse resultado reafirma a necessidade de orientação específica para o uso e aproveitamento adequado dos auxílios ópticos em portadores de VSN.

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

KELLER (1979) e WIENER & VOPATA (1980), acreditam para o

treino do uso dos recursos ópticos deva-se utilizar a técnica de repetição de tarefas, pois assim o paciente vai aprendendo na prática, entre outros fatores, a distância de trabalho e a profundidade de foco.

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

No processo de reabilitação do CEPRE, os profissionais da equipe seguem estas sugestões, favorecendo que o sujeito portador de VSN utilize, nas diversas atividades que ali desenvolve, os recursos ópticos prescritos. Observa-se também a iluminação e contraste mais adequados para cada caso.

Segundo MONTILHA (1996), observa-se que o cliente portador de VSN só apresenta um bom aproveitamento das orientações realizadas, das experiências vividas com os materiais, das adaptações e auxílios ópticos, se houver conscientização de suas habilidades, limitações e boa auto-estima.

4.4. OPINIÕES

Tabela 12: Auto avaliação da dificuldade visual. Opinião de portadores de deficiência visual. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 25		
Auto avaliação da dificuldade visual	f	%
Enxerga um pouco	12	48,0
Enxerga muito pouco	5	20,0
Nada enxerga	8	32,0

A proporção dos que avaliam enxergar pouco predominou (48,0%) na amostra estudada. (Tabela 12).

Tabela 13: Limitações devidas à deficiência visual. Opinião de clientes atendidos no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 25

Limitações	sim		não	
	f	%	f	%
Andar sozinho	17	68,0	8	32,0
Trabalhar	16	64,0	9	36,0
Ler	14	56,0	11	44,0
Escrever	13	52,0	12	48,0
Passear	13	52,0	12	48,0
Cozinhar sozinho	8	32,0	17	68,0
Frequentar a escola	7	28,0	18	72,0
Conversar com amigos	6	24,0	19	76,0
Dirigir veículo	5	20,0	20	80,0
Comer sozinho	3	12,0	22	88,0
Conversar com a família	3	12,0	22	88,0
Praticar esportes	3	12,0	22	88,0

A tabela 13 versa sobre as limitações devidas à deficiência visual, como era esperado, observa-se que locomover-se apresenta maior proporção nas opiniões emitidas (68,0%).

Trabalhar foi outro aspecto de destaque entre as opiniões declaradas pela clientela da amostra, 64,0% referiram que nunca trabalharam ou pararam

conhecimento da opinião de clientela para o planejamento do serviço de reabilitação já que, como citado anteriormente, a reabilitação profissional é pouco abordada nestes serviços.

A comunicação escrita através da leitura e escrita propriamente dita, reflete 56,0% e 52,0%, respectivamente, das limitações segundo a opinião da clientela da amostra. Observa-se a necessidade da reabilitação para o aprendizado do uso dos auxílios ópticos prescritos ou do sistema Braille.

Surpreende a opinião referente ao lazer, 52,0% emitiram opinião sobre o passeio e 12,0% sobre a prática de esportes estarem limitados devida à deficiência visual. Cabe ressaltar que, mais uma vez, a locomoção aparece como fator limitante, já que interfere diretamente na realização destas atividades.

Tabela 14: Opinião em relação as dificuldades devidas à deficiência visual da clientela atendida no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Dificuldades	n = 25			
	Presente		Ausente	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Andar sozinho na rua	22	88,0	3	12,0
Ler	22	88,0	3	12,0
Escrever	17	68,0	8	32,0
Trabalhar	16	64,0	9	36,0
Cuidar da casa	11	44,0	14	56,0
Relacionar-se com pessoas	3	12,0	22	88,0
Comer sozinho	2	8,0	23	92,0

Na tabela 14 destacam-se entre as dificuldades devidas à deficiência visual as mesmas atividades que aparecem como limitadas: a locomoção (88,0%); a comunicação escrita (leitura 88,0% e escrita 68,0%) e o trabalho (64,0%).

Tabela 15: Opinião em relação a maior dificuldade devida a deficiência de clientela atendida no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Maior dificuldade	n = 25	
	f	%
Andar sozinho	14	56,0
Ler	5	20,0
Relacionar-se com as pessoas	4	16,0
Cuidar da casa	2	8,0

A maior dificuldade apontada, como esperado, é em relação à locomoção - 56,0% (Tabela 15).

Tabela 16: Opinião em relação à mudanças decorrentes da participação no grupo de espera durante o processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

Opinião	f	%		
	n=20			
Mudou	19	95,0		
Não mudou	1	5,0		
	sim		não	
	f	%	f	%
Conheceu outras pessoas com problemas parecidos com o seu (n=19)	19	100,0	-	-
Começou a aceitar o problema visual (n=19)	17	89,5	2	10,5
Começou a atravessar a rua com ajuda de outra pessoa (n=19)	12	63,1	7	36,9
Começou a usar óculos (n=17)	5	29,4	12	70,6
Valorizou mais a própria vida (n=17)	5	26,3	14	73,7
Começou a andar sem arriscar-se (n=16)	4	25,0	12	75,0

Conforme apresentado na tabela 16, em relação às mudanças decorrentes da participação no grupo de espera, ressaltam-se entre as opiniões declaradas, começar a aceitar o problema visual (89,5%) e começar a atravessar a rua com a ajuda de outra pessoa (63,1%).

Esses resultados reafirmam a idéia de que a troca de experiência entre sujeitos com dificuldades parecidas favorece a identificação e expressão de sentimentos, abrindo espaço para recepção de orientações e elaboração de sentimentos relacionados à perda da visão.

Outras mudanças foram declaradas pelos sujeitos da amostra, mas embora em menos frequência, refletiam questões relacionadas à auto-estima, utilização de auxílio óptico e locomoção.

No decorrer da experiência de atendimento do grupo de espera no processo de reabilitação de deficientes visuais no CEPRE, observou-se, segundo a opinião de clientes, que a participação nessa modalidade de atendimento propiciou maior interesse e melhor compreensão sobre a reabilitação além de favorecer a aceitação da deficiência visual a partir da troca de experiências.

Tabela 17: Opinião em relação ao tempo de espera para iniciar o atendimento de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 22		
Opinião sobre espera	f	%
Demorou muito	4	18,2
Demorou mais ou menos	4	18,2
Demorou pouco	7	31,8
Nada demorou	7	31,8

Da amostra, 88,0% emitiram opinião quanto ao tempo de espera para iniciar o atendimento de reabilitação (Tabela 17). A proporção de 31,8% repetiu-se entre os que declararam que demorou pouco e que nada demorou, somando então 63,6%. Tudo indica que essa proporção de sujeitos refira-se aos que foram atendidos no grupo de espera e, conseqüentemente, esperaram menos.

Tabela 18: Opinião de deficientes visuais sobre o tempo de duração do processo de reabilitação (concluído). Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 12		
Opinião sobre duração da reabilitação (concluída)	f	%
Demorou muito	1	8,3
Demorou mais ou menos	4	33,3
Demorou pouco	3	25,0
Nada demorou	4	33,3

A tabela 18 apresenta os resultados referentes a opinião sobre o tempo de duração da reabilitação concluída. Pouco menos da metade dos sujeitos da amostra emitira, opinião sobre este aspecto. Entre este grupo as opiniões variaram e a predominância ocorreu em duas respostas - demorou mais ou menos (33,3%) e nada demorou (33,3%). Tudo indica que não há uma opinião homogênea em relação a duração do processo de reabilitação, talvez porque ela tenha variado bastante, conforme apresentado na tabela 9.

Tabela 19: Opinião de deficientes visuais sobre o tempo de duração do processo de reabilitação (em andamento). Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 13

Opinião sobre duração da reabilitação em andamento	f	%
Duração média (regular)	4	30,8
Está levando o tempo necessário	9	69,2

Na tabela 19 observou-se a predominância na proporção de sujeitos que declararam que a reabilitação está levando o tempo necessário (69,2%). A tabela 9, embora apresente diversidade na variação do tempo de duração do processo de reabilitação em andamento, aponta 46,2% de sujeitos em atendimento há mais de 20 meses. Esse resultado mostra que, embora a média de duração (20,3 meses) não seja pequena, esta clientela não emitiu opinião de que o processo esteja demorando.

Pode-se supor que a clientela tenha dificuldade em declarar sua real opinião quanto à duração do atendimento por ainda estar em processo de reabilitação. Pode-se supor ainda que a clientela sinta-se confortável durante a reabilitação, mostrando-se indiferente ao tempo de demora. Talvez este aspecto mereça ser melhor estudado, pois pode refletir a dificuldade do cliente em desligar-se do serviço de reabilitação por este lhe ser acolhedor, lhe proporcionar segurança, adiando assim, o momento de lidar "sozinho" com as

cumprir o objetivo de favorecer a independência do portador de deficiência visual e passa a segregá-lo dentro da instituição.

Tabela 20: Opinião em relação ao resultado do processo de reabilitação. Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto", Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1997.

n = 12		
Opinião	f	%
Correspondeu à expectativa	11	91,7
Não correspondeu à expectativa	1	8,3

A tabela 20 ressalta a predominância dos sujeitos que declaram que a reabilitação correspondeu às suas expectativas (91,7%). Pode-se supor que o CEPRE tem trabalhado, de um modo geral, na direção das expectativas de sua clientela.

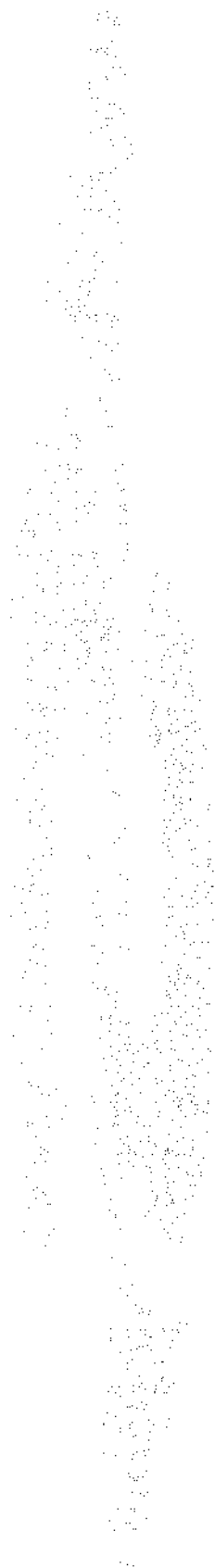
Esses resultados evidenciam as dificuldades apresentadas pelos portadores de deficiência visual e refletem a necessidade da área de reabilitação promover estudos da prevalência e de causas de deficiência visual na população adulta brasileira; a prevenção de sua ocorrência e a efetivação de programas de reabilitação para atendimento imediato de portadores de deficiência visual em consonância as suas necessidades.

5. CONCLUSÕES

- 1- Na amostra predominaram indivíduos do sexo masculino; adultos; residentes em Campinas e região; de baixo nível de escolaridade e de ocupação; portadores de visão subnormal adquirida na vida adulta.
- 2- Entre características relativas ao processo de reabilitação destacam-se o predomínio do encaminhamento inicial, realizado pelo Serviço de visão subnormal ou por oftalmologistas do HC da UNICAMP e o relativamente curto período de espera para iniciar o atendimento de reabilitação (até dois meses).
- 3- A clientela mostrou conhecimentos em relação ao seu próprio problema oftalmológico e às atividades oferecidas pelo serviço. As principais causas da deficiência visual mencionadas foram: atrofia do nervo óptico, retinose pigmentar e catarata congênita. As expectativas predominantes em relação ao processo de reabilitação referiram-se ao aprendizado da locomoção independente e ao uso de auxílios ópticos.
- 4- Na opinião dos respondentes, predominou a locomoção como principal causa de limitação e dificuldade devida à deficiência visual; a aceitação do problema visual e o aprendizado inicial de técnicas de locomoção foram consideradas as principais mudanças decorrentes da participação do grupo de espera; o processo de reabilitação desenvolvido pelo CEPRE vem correspondendo as suas expectativas.

6. SUGESTÕES

- 1 - Sugere-se a necessidade da área de reabilitação promover aumento do nível de escolaridade e de ocupação dos portadores de deficiência visual, mediante ação articulada e integrada com outros setores da comunidade, em especial, nas áreas de educação e saúde.
- 2 - A área de reabilitação deve promover estudos da prevalência e das causas de deficiência visual na população adulta brasileira; prevenção de sua ocorrência e efetivação de programas de reabilitação para atendimento imediato de portadores de deficiência visual em consonância as suas necessidades.



7. SUMMARY

The objective of the study of this work considered the characteristics of a clientele bearer of visual deficiency, their knowledge and opinion about the rehabilitation process performed at the Center of Studies and Research on Rehabilitation "Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto" (CEPRE) at the School of Medical Science of the Campinas State University. We intended to contribute to the improvement on the dynamics of rehabilitation care at CEPRE and in similar services interested in the rehabilitation process of the bearers of visual deficiency. The sample constituted of 25 persons over the age of 12, bearing congenital or acquired visual deficiency, attending a rehabilitation process in the CEPRE during the period from 1994 to 1997. The results showed a majority of bearer of low vision (68,0%); a slight predominance of the male sex (57,0%), with an average age of 32.2 years, the majority residents of the city of Campinas (56,0%), with a low scholar and occupational level. Acquired the visual deficiency after birth (68,0%) being the majority in adulthood (70,6%). The more frequent courses were the atrophy of the optic nerve, pigmental retinose, and congenital cataract. The great majority of persons were directed to CEPRE by the Low Vision Service of UNICAMP (48,0%). The majority of the clients demonstrated to know about the rehabilitation service, presenting expectations relative to the work developed in the CEPRE. The opinions relative to the limitations (68,0%) and difficulties (88,0%) due to visual deficiency were, mainly, about locomotion. Among the opinions issued, related to the changes resulting from the participation in the caring of the waiting group (Interdisciplinary intervention, in group, with immediate start after service search), there was a predominance in the acceptance of the visual deficiency (89,5%). It suggest that rehabilitation area must further study of the prevalence and the causes of visual deficiency in the

Brazilian adult population; the prevention of its occurrence; and the accomplishment of rehabilitation programs for immediate intervention of the bearer of visual deficiency.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L.S. - Causas de cegueira e visão subnormal no Centro Louis Braille - Porto Alegre. **Arq. Bras. Oftal.**, 48(2):65-67, 1985.

ALVES, M. R. & KARA-JOSÉ, N. - **O olho e a visão: o que fazer pela saúde ocular de nossas crianças**. Rio de Janeiro, Vozes, 1996. 151p.

ARIETA, C.E.L. - **Resultados de programa de atendimento cirúrgico de cegos por catarata, utilizando medida da acuidade visual por auto exame**. São Paulo, 1991. [Tese - Mestrado - Escola Paulista de Medicina]

BUENO, C.L.R. - A reabilitação profissional e a inserção da pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho. **Rev. Integração**, (13)4: 13-6, 1994.

CARROL, T.J. - **Cegueira: o que ela é, o que ela faz e como viver com ela**. VENTURINI, J.L.; SILVA, A.A. (trad.), São Paulo, Fundação para o Livro do Cego no Brasil, 1968. 352p. [mimeo]

CARVALHO, K.M.M. - **Visão Subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil**. Campinas, 1993. [Tese - Doutorado - Faculdade de ciências Médicas - UNICAMP]

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM REABILITAÇÃO "PROF. DR. GABRIEL O. S. PORTO" - **Plano de trabalho da área de deficiência visual em: atendimento, docência e pesquisa.** Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1991.[mimeo]

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.

GOUVEIA, A.J. - **O emprego público e o diploma de curso superior.** Fundação Carlos chagas, 1972. (Série pesquisas educacionais, 5)

GREENBLATT, S.L. - Teaching Ophthalmology residents about rehabilitation. **Ophthalmology**, **95**(10): 1468-1472, 1988a.

GREENBLATT, S.L. - Physicians and chronic impairment: a study of ophthalmologist's interactions with visually impaired and blind patients. **Soc. Sci. Med.**, **26**(4):393-9, 1988 b.

GROISMAN, M.; ORLANDI, A.L.; QUINTES, H.M.F.; TRÓIA, M.C.C.;
MARANHÃO, M.L.A. - Grupo de espera: uma perspectiva institucional
de atendimento imediato ao adolescente. In: CONGRESSO
BRASILEIRO DE GRUPO , 4, Rio de janeiro, 1979. **Gradiva**. Rio de
janeiro, 1979.

HUNT, S. - Handling permanent visual impairment. **Ocular Surg. News**,
2:36-42, 1984.

KARA-JOSÉ, N.; CARVALHO, K.M.M.; CALDATO, R.; PEREIRA, V.L.;
OLIVEIRA, A.M.N.D.; FONSECA NETO, J.C. - Atendimento de
ambliopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas, São Paulo,
Brasil. **Bol. Sanit. Panam.**, 96(1):31-43, 1984a.

KARA-JOSÉ, N.; ALMEIDA, G.V.; ARIETA, C.E.L.; ARAÚJO, J.S.;
BECGARA, S.J.; OLIVEIRA, P.R. - Causas de deficiência visual em
crianças, Campinas, São Paulo, Brasil. **Bol. Sanit. Panam.**, 97(5):405-
412, 1984b.

KARA-JOSÉ, N.; CARVALHO, K.M.M.; PEREIRA, V.L.; VENTURINI,
N.H.B.; GASPARETTO, M.E.R.F.; GUSHIKEN, M.T. - Estudo
retrospectivo dos primeiros 140 casos atendidos na Clínica de Visão
subnormal da UNICAMP. **Arq. Bras. Oftal.**, 51(2): 65-9, 1988.

- KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C.E.L.; DELGADO, A.M.; HADDAD, C.P.;
MELLO, H.F. - Extensão de serviços à comunidade: assistência
oftalmológica da UNICAMP à região de São João da Boa Vista. **Arq.
Bras. Oftal.**, 52(4):151, 1989.
- KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C.E.L.; TEMPORINI, E.R.; KANG, K.M.;
AMBRÓSIO, L.E. - Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o
paciente. **Arq. Bras. Oftal.**, 59(6):573-77, 1996.
- KELLEHER, D.D. - Orientation to low vision aids. **J. Vis. Impairm. Blind.**,
73(5):161-66, 1979.
- KORNIBLIT, A. & RASCOVSKY, A. - Importancia institucional de los
LLamados Grupos de espera. **Revista Argentina de psiquiatria de la
infancia y de la adolescencia**, 1(1): 55-60, 1970.
- MONTILHA, R.C.I. - Visão subnormal e a abordagem da terapia ocupacional.
Arq. Bras. Oftal., 59(4):354, 1996.
- MONTILHA, R.C.I. - Terapia Ocuapcional no atendimento aos sujeitos em
lista de espera para reabilitação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE
TERAPIA OCUPACIONAL, 5; SIMPÓSIO LATINO AMERICANO
DE TERAPIA OCUPACIONAL, 4, Belo Horizonte, 1997. **Anais**. Belo
Horizonte, 1997. v.1.

MOREIRA, A.T.R.; MOREIRA JR.,C.A.; ARANA, J. - Causas de cegueira no Instituto de Cegos do Paraná. **Arq. Bras. Oftal.**, 54(6):275-78, 1991.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - **Prevencion de la ceguera**. Ginebra, OMS, 1973. 102p. (Série de Informes Técnicos, 518).

PIOVESAN, A. - Percepção Cultural dos fatores sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev. Saúde públ.**, 4(1): 85-97, 1970.

ROCHA,H.; RIBEIRO-GONÇALVES,E. (Org.) - **Ensaio sobre a problemática da cegueira: prevenção - recuperação - reabilitação**. Belo Horizonte, Ed. Fundação Hilton Rocha, 1987.

SCHWAB,L. - Cataract blindness in developing nations. **Int. Ophthal. Clin.**, 30(1):16-18, 1990.

SILVA, O.M. - **A epopéia ignorada - a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. São Paulo, Ed. CEDAS, 1987.

TEMPORINI,E.R., KARA-JOSÉ,N.; KARA-JOSÉ JR., N. - Catarata senil: características e percepções de pacientes atendidos em projeto comunitário de reabilitação visual. **Arq. Bras. Oftal.**, 60(1):79-83, 1997.

TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N.; RIGOLIZZO, H.B. - Envolvimento de pessoal da comunidade em projeto de detecção de ambliopia em pré-escolares. **Arq. Bras. Oftal.**, 46(3): 85-89, 1983.

TEMPORINI, E.R. - **A investigação de variáveis relativas ao comportamento humano no campo da saúde pública.** São Paulo, 1994. [mimeo]

TEMPORINI, E.R. - Pesquisa de Oftalmologia em Saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq. Bras. Oftal.**, 54(6): 279-81, 1991.

WAISBERG, Y. - Clínica de visão subnormal: Experiência inicial particularidades do atendimento no Brasil. **Rev. Bras. Oftal.**, 42(4):25-30, 1984.

WATSON, G. - Competencies and bibliography addressing student's use of low vision devices. **J. Vis. Impairm. Blind.**, 83:160-63, 1989.

WIENER, W.; VOPATA, A. - Suggested curriculum for distance vision training with optical aids. **J. Vis. Impairm. Blind.**, 83:49-56, 1989.

9. ANEXOS

ANEXO 1

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM REABILITAÇÃO "PROF.
DR. GABRIEL O. S. PORTO"
CEPRE - FCM - UNICAMP**

Campinas, ____ de _____ de 1996.

**Sr(a). _____
gostaríamos que você comparecesse no CEPRE no dia
____/____/____ às ____:____ horas para uma entrevista com a Rita.
O objetivo é o de convidá-lo a participar de uma pesquisa que visa
melhorar o atendimento que nós oferecemos ao deficiente visual.**

**Caso você não possa comparecer, por favor nos comunique
por telefone: (019) 236-1452 ou por carta no seguinte endereço:**

**CEPRE
A/C Rita Montilha
Rua Dr. Quirino, 1856
Centro - Campinas - SP
Cep: 13015-082**

Atenciosamente,

**_____
Rita de Cassia Ietto Montilha**

ANEXO 2

CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA DEFICIENTE VISUAL ADOLESCENTE E ADULTA DO CEPRE E SUA OPINIÃO QUANTO À REABILITAÇÃO.

QUESTIONÁRIO Nº 1 2

1 Nome:-----	
2- Sexo: Masculino ___ (1) Feminino ___ (2)	3
3- Quantos anos completos você tem ? _____ anos	4 5
4- Qual a cidade em que você nasceu ? _____	6 7
5- Você mora na cidade mesmo, ou mora na roça , sítio, chácara ? Cidade ___ (1) Zona Rural ___ (2) Em que cidade você mora? _____	8 9 10

6- Você estuda ou estudou na escola ? ECA: Em que série você está? Ou, até que série você estudou ?		
nunca estudou	___ (1)	11
está estudando	___ (2)	
já estudou	___ (3)	
1º Grau (ou equivalente)		
1ª série	___ (3)	12
2ª série	___ (4)	
3ª série	___ (5)	
4ª série	___ (6)	
5ª série	___ (7)	
6ª série	___ (8)	
7ª série	___ (9)	
8ª série	___ (10)	
2º Grau (ou equivalente)		
1ª série	___ (11)	
2ª série	___ (12)	
3ª série	___ (13)	
4ª série	___ (14)	
3º Grau (ou superior)		
Incompleto	___ (15)	
Completo	___ (17)	
Curso Profissionalizante _____		13 14
7- Você já trabalhou recebendo por este trabalho, sim ou não? ECA: Em que você já trabalhou?		
Sim	___ (1)	15
Não	___ (2)	
_____		16 17
(Trabalho) _____		

8- Você atualmente trabalha e está recebendo por este trabalho, sim ou não ? ECA: Qual o trabalho que você faz no momento? Sim ____ (1) Não ____ (2) (Trabalho)	____ 18 19 20
9- Por causa do seu problema nos olhos, atualmente você enxerga um pouco, muito pouco ou não enxerga nada? Um pouco ____ (1) Muito pouco ____ (2) Nada ____ (3)	____ 21
10- Você sabe o nome do problema que você tem nos olhos, sim ou não? ECA: Qual é esse problema? Você sabe o motivo desse problema ? Sim ____ (1) Não ____ (2) (Problema) (Motivo)	____ 22 23 24 25 26
11- Quantos anos você tinha quando você ficou com esse problema nos olhos ? _____ anos	____ 27 28

12 - Por causa do problema nos olhos você, nunca fez ou parou de fazer alguma coisa? ECA: O que você nunca fez ou parou de fazer ?

Sim ____ (1)

Não ____ (2)

29

Andar sozinho sim não não lembra
____ (1) ____ (2) ____ (3)

30

Comer sozinho ____ (1) ____ (2) ____ (3)

31

Cozinhar sozinho ____ (1) ____ (2) ____ (3)

32

Ir à escola ____ (1) ____ (2) ____ (3)

33

Ler ____ (1) ____ (2) ____ (3)

34

Escrever ____ (1) ____ (2) ____ (3)

35

Trabalhar ____ (1) ____ (2) ____ (3)

36

Passear ____ (1) ____ (2) ____ (3)

37

Conversar com a família ____ (1) ____ (2) ____ (3)

38

Conversar com os amigos ____ (1) ____ (2) ____ (3)

39

Ou outras coisas que eu
não falei: ____ (1) ____ (2) ____ (3)

40

Qual(is):

41 42

13 - Na sua opinião, o seu problema de vista atrapalha para:			
	sim	não	
andar sozinho na rua, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 43
cuidar da casa, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 44
comer sozinho, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 45
trabalhar, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 45
ler, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 46
escrever, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 47
outras coisas que eu não falei, sim ou não?	___ (1)	___ (2)	___ 48
Qual (is): _____			

_____			49 50

14 - Na sua opinião, qual dessas coisas era mais difícil para você antes de começar o tratamento aqui?			
Andar sozinho na rua	___ (1)		
Cuidar da casa	___ (2)		
Comer sozinho	___ (3)		
Trabalhar	___ (4)		
Ler	___ (5)		___ 51
Escrever	___ (6)		
Outras coisas que eu não falei? ECA: Quais?			

_____			52 53
Ou, você não lembra ___ (7)			

15- Quem mandou você para cá foi:		
Médico do posto de saúde	___ (1)	
Médico de olhos da UNICAMP	___ (2)	
Médico de olhos particular	___ (3)	
Amigo ou vizinho	___ (4)	
Parente	___ (5)	54
Outra pessoa que faz tratamento aqui que não seja amigo, vizinho ou parente?	___ (6)	
Ou, você não lembra?	___ (7)	
16 - Quando você veio aqui o que você esperava :		
	sim não	55
Curar o problema visual, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	
Aprender a usar os óculos que você tinha feito, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	56
Aprender a andar sozinho, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	57
Aprender a cozinhar sozinho, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	58
Aprender a comer sozinho, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	59
Aprender a cuidar da casa sozinho, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	60
Começar a ir a escola, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	61
Voltar a ir a escola, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	62
Aprender a ler e escrever, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	63
Usar o computador, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	64
Começar a trabalhar, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	65
Voltar a trabalhar, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	66
Outra(s) coisas que eu não falei, sim ou não ?	___ (1) ___ (2)	67
ECA: Qual (is) ?		68 69
ou você não lembra	___ (3)	70

17 - Quando você veio aqui pela primeira vez, fez a sua inscrição para o atendimento e respondeu algumas perguntas para a assistente social. Depois de quanto tempo você começou a ser atendido todas as semanas ?

Não lembra ____ (1)

71 72
74

18 - Na sua opinião, para você começar a ser atendido aqui, demorou ?

Muito ____ (1)

Mais ou menos ____ (2)

Pouco ____ (3)

Nada ____ (4)

Não lembra ____ (5)

75

19 - Você foi atendido junto com um grupo de pessoas que também tinham problema de vista, sim ou não? ECN: PASSE PARA A QUESTÃO 22.

Sim ____ (1)

Não ____ (2)

76

20 - Na sua opinião, a sua participação nesse Grupo, mudou alguma coisa no seu dia-a-dia, sim ou não ? O que mudou ?

Sim ____ (1)

77

Não ____ (2)

Começou a usar os óculos ? sim não não lembra
____ (1) ____ (2) ____ (3)

78

Começou a aceitar mais o problema da vista ? ____ (1) ____ (2) ____ (3)

79

Conheceu outras pessoas com problemas parecidos com o seu ? ____ (1) ____ (2) ____ (3)

80

Começou a atravessar a rua com ajuda de outra pessoa ? ____ (1) ____ (2) ____ (3)

81

Aprendeu como andar com ajuda de outra pessoa ? ____ (1) ____ (2) ____ (3)

82

Outras coisas que eu não falei ? ____ (1) ____ (2) ____ (3)
ECA: Qual (is)

83

84 85

21- Você já terminou o tratamento aqui ? ECA: Quanto tempo demorou o seu tratamento ? ECN: PASSE PARA A QUESTÃO 26.

Sim ____ (1)

86

Não ____ (2)

87 88

Não lembra ____ (3)

89

25 - Quando você parou de vir aqui, estava trabalhando ? ECA: Em que ? Sim ____ (1) Não ____ (2) _____ _____ (ENCERRAR AQUI O QUESTIONÁRIO PARA ESTE GRUPO)	_____ 96 97 98
26 - Você já está fazendo o tratamento aqui há quanto tempo? _____	99 100
27 - Na sua opinião, o seu tratamento está demorando: Pouco ____ (1) Mais ou menos ____ (2) Muito ____ (3) O tempo necessário ____ (4)	101

ANEXO 3

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 aprêço se procurou evitar, incluindo-se no questionário um esquema de agrupamentos pré-estabelecidos, onde o próprio informante assinalava o código correspondente à situação do pai ⁸. 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-

8. 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 freqüência 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
(Porcentagens)

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- ciantes e equi- valentes	Pequenos fun- cionários e a- quivalentes	Supervisores de trabalho ma- nual	Manuais espe- cializados e es- mi-especializa- dos	Manuais (urba- nos) não espe- cializados	Agricultores sem empregados e a- salarizados 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)
Porto Alegre	1,62	18,26	10,75	26,36	17,67	2,65	9,57	2,06	11,04	(579)
Curitiba	3,44	21,42	11,33	25,12	17,73	3,94	10,11	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)
Belém	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.