

GELSE BEATRIZ MARTINS MONTEIRO

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas, área de Oftalmologia do(a) aluno(a) **Gelse Beatriz Martins Monteiro**.

Campinas, 03 de agosto de 2005


Prof(a). Dr(a). Edméa Rita Temporini Nastari
Orientador(a)

**CONCEPÇÕES E USO DE AUXÍLIOS ÓPTICOS POR
ESCOLARES COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

CAMPINAS

2005

GELSE BEATRIZ MARTINS MONTEIRO

**CONCEPÇÕES E USO DE AUXÍLIOS ÓPTICOS POR
ESCOLARES COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências
Biomédicas*

ORIENTADORA: Dra. Edméa Rita Temporini-Nastari

CO-ORIENTADORA: Dra. Keila Miriam Monteiro de Carvalho

CAMPINAS

2005

UNIVERSIDADE	BC
CHAMADA	
	UNICAMP
	M764c
	EX
NUMERO BC/	65987
ROC.	16-200086-05
	C <input type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	05/10/05
1º CPD	

BIBID - 374881

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira - CRB-8ª / 6044

M764c

Monteiro, Gelse Beatriz Martins

Concepções e uso de auxílios ópticos por escolares com deficiência visual / Gelse Beatriz Martins Monteiro. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientadores : Edméa Rita Temporini Nastari, Keila Miriam Monteiro de Carvalho

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Reabilitação. 2. Adolescentes. 3. XXXX. I. Nastari, Edméa Rita Temporini. II. Carvalho, Keila Miriam Monteiro de. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

(Sln/fcm)

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Edméa Rita Temporini Nastari

Membros:

1. Profa. Dra. Edméa Rita Temporini-Nastari

2. Profa. Dra. Vera Lucia Rodrigues Alves

3. Profa. Dra. Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 03/08/2005

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos Rodolfo e Vitor,

fonte de minha energia e

motivo de toda minha vida.

AGRADECIMENTOS

Pela orientação precisa, dedicação e amizade da Dra. Edméa e pelo altruísmo da co-orientadora .

Aos amigos que me ajudaram dispondo de seu tempo em leituras e comentários, especialmente ao amigo Moysés Aguiar, pelas longas conversas e discussões enriquecedoras e ao Dr. Kato, pela gentileza de tantas viagens.

Ao meu sobrinho Felipe, minha prima Vania e minha irmã Keila que me acompanharam durante o longo e insulado período de desenvolvimento e aprendizado em que se constitui o Mestrado.

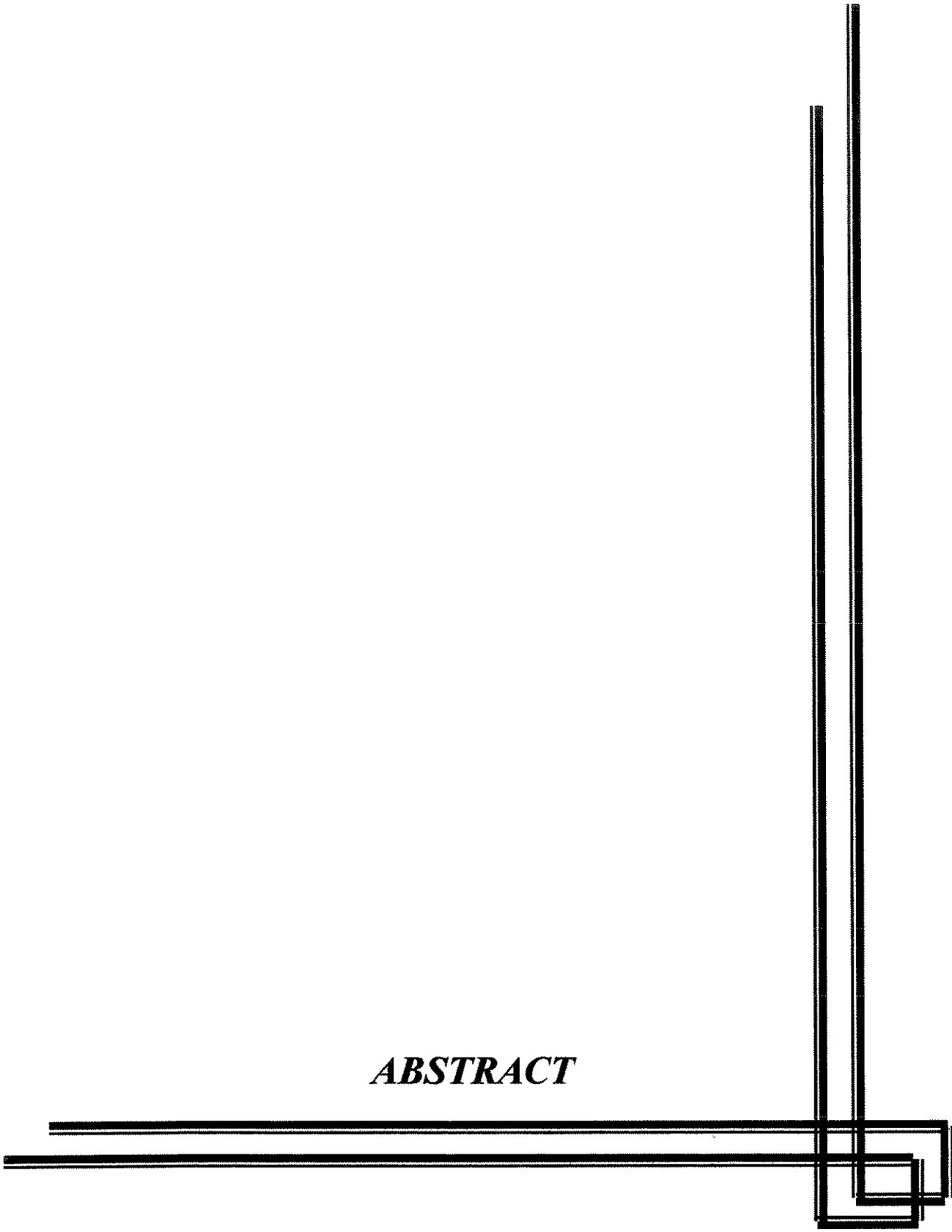
	<i>Pág.</i>
RESUMO	<i>viii</i>
ABSTRACT	<i>x</i>
1 - INTRODUÇÃO	12
Deficiência visual e auxílios ópticos	14
Deficiência visual e inserção escolar	19
Enfoque qualitativo de pesquisa de fatores humanos	21
Teatro espontâneo aplicado à pesquisa qualitativa	24
Conceito de teatro espontâneo.....	26
Origem.....	27
Modalidades.....	28
Utilização de técnicas de trabalho com grupos em investigações científicas.....	30
2 - OBJETIVOS	32
3 - MÉTODO	34
Tipo de Estudo	35
População	35
Procedimentos	36

Métodos de análise dos dados.....	36
Procedimentos de utilização do teatro espontâneo na pesquisa de campo....	38
4 - RESULTADOS.....	40
Descrição da população.....	41
Sessões de teatro espontâneo.....	43
5 - DISCUSSÃO.....	49
6 - CONCLUSÕES.....	56
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
8 - ANEXOS.....	66
Anexo 1 - Quadro I - Classes de acuidade visual e habilidade de leitura estimada.....	67
Anexo 2 - Quadro II - Aspectos da perda da visão.....	68
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	69
Anexo 4 - Transcrição completa das sessões de teatro espontâneo.....	70

RESUMO

Os objetivos desta pesquisa foram identificar concepções, fatores socioculturais e emocionais a respeito do uso de auxílios ópticos por escolares deficientes visuais e oferecer informações a profissionais das áreas de saúde e educacional, interessados nessa temática. Utilizou-se pesquisa qualitativa mediante aplicação da técnica do teatro espontâneo – modalidade de teatro interativo, de improviso, construído a partir de histórias contadas pelos participantes. As sessões de teatro espontâneo foram filmadas e transcritas. Para análise das informações colhidas, foi adaptada a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, conjunto de procedimentos de organização de dados discursivos de natureza verbal. Por se tratar de técnica psicodramática foram consideradas não somente as informações verbais, mas também as cênicas, que incluem gestos, expressões, silêncios e comportamentos. A população estudada compôs-se da totalidade de escolares com idades entre 10 e 14 anos completos que, durante o período da pesquisa, cursavam o ensino fundamental e recebiam apoio pedagógico em sala de recursos para deficientes visuais de uma unidade escolar do sistema público de ensino da cidade de Santa Bárbara d’Oeste (SP). Esses adolescentes foram previamente examinados no Serviço de Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Os resultados da pesquisa mostraram que os escolares têm conhecimentos insuficientes sobre a própria deficiência e dificuldade de adaptação ao uso dos auxílios ópticos. Na observação de reações e comportamentos, verificou-se presença de inibição para mostrar seus auxílios, negação dos próprios problemas e desconforto no uso em público. A análise de sessões de teatro espontâneo permitiu identificar necessidades, dificuldades e barreiras encontradas pelos sujeitos na efetivação dos tratamentos a eles prescritos, assim como concepções e comportamentos que dificilmente se revelam no ambiente de assistência à saúde. A possibilidade de investigar a problemática a partir de duas perspectivas - a da ciência e a do adolescente inserido na sociedade - amplia o campo do atendimento oftalmológico com enfoque reabilitacional.

ABSTRACT



The aims of this study were to identify conceptions, social and cultural factors on optical aids use by visually impaired students and to present information to health and educational professionals. A qualitative research is carried out with spontaneous theater (interactive theater modality based on improvisation) as investigation instrument. The theater sessions were filmed and transcribed. To analyze data it was applied an adapted form of the collective subject discourse technique, proceeding of organization of verbal data. It was added scenes, gestures, expressions, silences and behaviours to the original proposal. The study population included every visually impaired student from elementary public school from a São Paulo State city, aged 10 to 14 years old, attending at the Low Vision Service of the State University of Campinas. As results, short knowledge about the impairment and hard adaptation to optical aids use are identified. The students' behaviour showed refusal of own problems, public use discomfort and lack of participation on own health decisions. Analyzing and observing through spontaneous theater sessions allow the professional to gather information, which is not possible to acquire in the health assistance atmosphere. It was identified necessities, difficulties and barriers the users founded before the prescribed treatment. The possibility of investigate a problem from two different perspectives – the science and the individual inserted into his environment - may upgrade and improve the professional field to give a better ophthalmic assistance.

1 - INTRODUÇÃO

Na sua essência, as ciências médicas são de teor humanístico por se dedicarem à saúde e ao bem-estar do ser humano. As denominações das ciências – humanas, exatas, biológicas – fazem pensar em segmentações excludentes, embora o objetivo de qualquer área da ciência seja a melhor condição de vida do homem.

Nos centros universitários mais avançados de pesquisa, a perspectiva multidisciplinar norteia a maior parte dos estudos. Concorrem para o desenvolvimento das ciências médicas não só as biológicas, mas as exatas, com a engenharia desenvolvendo equipamentos e instrumentos, e as sociais com os estudos do ambiente e modo de vida dos sujeitos.

Ao pensar as implicações filosóficas da ciência moderna, CAPRA (1999) afirmou que o novo conceito de saúde inclui dimensões individuais, sociais e ecológicas. Ressaltou ainda que as manifestações das enfermidades humanas, quando vistas como resultantes da interação de corpo, mente e meio ambiente, são estudadas e tratadas numa perspectiva mais abrangente.

De fato, a medicina tem procurado, para além do pensamento analítico, informações sobre o contexto em que vive o paciente para melhor compreendê-lo e atendê-lo. A obtenção do conhecimento objetivo da realidade se faz por meio da pesquisa científica, que fornece subsídios para o estabelecimento de linhas de ação compatíveis com essa realidade. Entre os campos de investigação da oftalmologia, destacando-se o técnico, o administrativo e o humano ou social, o campo da investigação social precisa ser melhor conhecido para a execução de programas de saúde ocular que envolvem a participação de indivíduos (TEMPORINI, 1991).

As novas concepções de saúde consideram que fatores socioculturais interferem na concretização de tratamentos oftalmológicos reabilitacionais por meio de auxílios ópticos. Adolescentes com diagnóstico de baixa visão freqüentemente têm dificuldade na adesão ao tratamento proposto, por vezes como resultante do ambiente psicossociocultural em que estão inseridos (CARVALHO, 1997).

Os oftalmologistas prescrevem óculos comuns para longe, adições fortes, lentes esféricas e lupas para perto, telescópios para longe e recursos não ópticos associados. Entretanto, muitas vezes constatam que o tratamento proposto não foi colocado em prática. Resulta daí a necessidade de conhecer dificuldades pessoais e o ambiente em que está inserido o indivíduo que precisa utilizar tais recursos. O conhecimento dessa realidade é necessário para o planejamento das ações terapêuticas e reabilitacionais por parte dos profissionais da área de oftalmologia (TEMPORINI 2002, TEMPORINI e KARA-JOSÉ 2004).

Deficiência visual e auxílios ópticos

A deficiência visual engloba dois grupos de características e necessidades diferentes: os indivíduos com visão subnormal ou baixa visão e os indivíduos com cegueira. Aqueles que apresentam baixa visão precisam de adaptações e recursos ópticos e não ópticos, indicados de acordo com o nível de acuidade visual e o tipo funcional de perda visual. A cegueira é caracterizada pela perda total da visão (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1997).

A baixa visão e a cegueira podem ser de causa genética, não-genética, congênita ou adquirida. Podem acarretar perda da acuidade visual, prejudicando a visualização de objetos e do campo visual (WHO, 1997).

A Resolução adotada pelo Conselho Internacional de Oftalmologia em Sidney, Austrália, em abril de 2002 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE/CONSELHO INTERNACIONAL DE OFTALMOLOGIA - OMS/CIO, 2002) recomendou o uso da seguinte terminologia:

- **Cegueira:** a ser aplicada somente para perda total de visão e para condições em que indivíduos precisam contar apenas com habilidades não visuais.
- **Baixa visão:** a ser aplicada para menores graus de perda visual, em que indivíduos podem ser significativamente ajudados por auxílios e recursos ópticos.

- **Deficiência visual:** a ser aplicada quando a condição de perda visual é caracterizada por perda de função visual (como acuidade visual, campo visual, etc.) no que se refere ao órgão. Muitas dessas funções podem ser medidas quantitativamente.
- **Função visual:** a ser aplicada para descrever a habilidade da pessoa em usar a visão em atividades da vida diária. Atualmente, muitas dessas atividades podem ser descritas apenas qualitativamente.
- **Perda visual:** a ser aplicada como um termo geral, incluindo tanto perda total (cegueira) como perda parcial (baixa visão), caracterizados ambos com base em deficiência visual ou perda da visão funcional.

A mesma resolução recomenda a seguinte escala para determinar a extensão da perda visual:

- Visão normal ≥ 0.8
- Visão próxima ao normal < 0.8 e ≥ 0.3
- Baixa visão moderada < 0.3 e ≥ 0.125
- Baixa visão grave < 0.125 e ≥ 0.05
- Baixa visão profunda < 0.05 e ≥ 0.02
- Próximo à cegueira < 0.02 e \geq SPL
- Cegueira total SPL (sem percepção de luz)

Quando não é possível tal detalhamento, a recomendação é que as categorias mínimas sejam definidas como em ICD-9 e ICD-10:

- Baixa visão < 0.3 e ≥ 0.05 ;
- Cegueira < 0.05 inclusive SPL.

Uma discussão completa sobre essas recomendações pode ser encontrada em:

“Visual Standards – Aspects and Ranges of Vision Loss, with emphasis on Population Surveys”, preparada por August Colenbrander, para o encontro ICO de 2002, disponível em website (OMS/CIO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde, com o apoio do Conselho Internacional de Oftalmologia, introduziu essas categorias na Classificação Internacional das Doenças, 9ª revisão – modificação clínica em 1978 (CID 9-CM), estando descritas no Quadro I (Anexo 1).

Outro importante aspecto da perda da visão é levantado pelos novos conceitos de deficiência, inabilidade e desvantagem, definidos na Classificação Internacional de Deficiências, Inabilidades e Desvantagens da OMS, conforme citado por COLENBRANDER (1999) e apresentado no Quadro II (Anexo 2).

Os tratamentos reabilitacionais têm o objetivo de melhorar a utilização do potencial humano no sentido de extensão da capacidade e de minimização das desvantagens sociais e/ou econômicas do indivíduo que apresenta dificuldades visuais. O termo deficiência descreve a condição do órgão, enquanto os termos inabilidade e desvantagem descrevem a condição da pessoa. Inabilidade refere-se à perda de destrezas e desvantagem é relativa às conseqüências sociais e econômicas (COLENBRANDER, 2000).

A maneira como a visão residual é usada está correlacionada ao tipo de perda visual, extensão da perda, tipo de atividade antes desempenhada e as reações emocionais desencadeadas por essa perda. Em decorrência da baixa visão, o indivíduo apresenta dificuldades funcionais, ou seja, dificuldade na execução de suas tarefas de vida diária, no aprendizado escolar, no relacionamento social, portanto, na inserção social e educacional (CARVALHO, 1993).

A magnificação, que aumenta a capacidade do olho de ver os pequenos detalhes, tem um papel fundamental na reabilitação de baixa visão. A técnica mais simples de magnificação é a aproximação do objeto de interesse. Quando isso não é possível, a magnificação pode ser conseguida mediante sistemas telescópicos que aproximam a imagem (FAYE et al., 2000).

Os telescópios podem ser mono ou binoculares, manuais ou montados em armações de óculos. O tipo a ser usado depende da atividade. Para enxergar placas de sinalização são preferíveis os manuais, de foco regulável. Para ver televisão ou quando é preciso ter as mãos livres para escrever podem ser usados os montados em armações. Os telescópios, de modo geral, têm indicação de adaptação para escolares pois são úteis para leitura de lousa. É preciso aprender a localizar a imagem, focar e fazer o seguimento, procedimentos que requerem motivação e desenvolvimento de habilidades de coordenação motora e cognitiva (CARVALHO, 2001).

Os telescópios mais simples são os de Galileu com 2,5x ou 2,8x de aumento. Para maiores magnificações como 4x, 6x ou 8x devem ser usados os telescópios prismáticos, chamados Keplerianos. Os telescópios têm o inconveniente de restringir o campo visual, que quando é menor que 10 graus deixam de ser útil devido à excessiva dificuldade. Outro problema é a pequena profundidade de foco, que dificulta o uso comparativamente com os auxílios como óculos ou lupas. Os monóculos e binóculos têm uma notação com dois números, por exemplo, 4x10, 4x12, 8x16, etc. O segundo número dividido pelo primeiro dá a profundidade de foco (FAYE, 1984).

Para perto, a magnificação é conseguida por meio do uso de lentes positivas fortes montadas em óculos, lupas de mão ou lupas de foco fixo. As lentes positivas altas podem ser montadas em óculos em forma binocular ou monocular. Os óculos deixam as mãos livres, têm maior campo de visão, são mais aceitos socialmente e úteis para leituras mais prolongadas. As formas binoculares são prescritas nos casos de acuidade visual semelhante nos dois olhos e presença de visão binocular (FONDA, 1991).

As formas monoculares são adequadas para prescrições acima de +12 D, portanto com distâncias focais menores que 10 cm, o que impossibilita o uso binocular, mesmo com prismas de base interna. São usadas então lentes esféricas variando de 3x a 6x, que são adequadas também quando a acuidade visual é muito diferente em cada um dos dois olhos. Acima desse valor são usadas as lentes microscópicas - combinação de duas lentes esféricas com maior campo e poucas aberrações - que variam de 6x a 10x. A distância focal é muito próxima, o que requer treino e o usuário geralmente apresenta dificuldade de seguimento (CARVALHO, 2001).

As lupas de mão são usadas para tarefas curtas e intermitentes como ver preços ou agendas e podem ser usadas em somatório com os óculos convencionais. Geralmente são familiares aos usuários e há pouca rejeição ao uso. O fato de as mãos ficarem ocupadas e a pequena disponibilidade de aumentos são desvantajosas. Com essas lupas, o campo de visão é tanto menor quanto mais longe dos olhos a lente for segurada (FAYE et al., 2000).

As lupas de foco fixo são montadas em armações que ficam a uma distância fixa do papel, portanto são de utilização mais fácil por pré-escolares e pessoas com problemas de coordenação ou tremores. A leitura com lupa de foco fixo pode ser mais rápida e eficiente quando o usuário estiver bem treinado, pois o campo de visão maior possibilita maior velocidade de leitura (FINE et al., 1996).

No entanto, esse tipo de lupa requer adaptações do ambiente para possibilitar postura confortável e ergonômica durante a leitura. Se houver muita dificuldade de seguimento na leitura, pode e deve ser realizado o treino visual pelos profissionais de reabilitação visual e/ou professores especializados em deficientes visuais que trabalham em centros de apoio pedagógico. Quando os usuários moram em locais distantes e não têm possibilidade de retornos para treinamentos, a família pode ser orientada para fazer os exercícios em casa, ou prescreve-se auxílios de menor magnificação. Também no caso de a pessoa ser incapaz de manter uma distância de trabalho muito próxima, seja por fadiga ou problemas posturais, pode-se prescrever adições menores e usar tipos ampliados, embora com a desvantagem da pequena disponibilidade de material impresso. O tamanho de impresso ampliado ideal é 18, podendo chegar a 24 pontos. Deve-se considerar, para boa legibilidade, fatores como a negritude do impresso, peso e cor do papel, espaçamento das letras e linhas, tamanho das margens, estilo de letra (CARVALHO, 2001).

Além disso, a pessoa com baixa visão deve ser orientada sobre o controle da iluminação, diminuição do ofuscamento e condições de ergonomia no uso dos recursos ópticos. Na reabilitação visual, o oftalmologista precisa usar técnicas efetivas na avaliação das funções visuais, realizar refração acurada, prescrever lentes convencionais e promover estratégias simplificadas na prescrição dos recursos ópticos, objetivando a eficiência no uso da visão residual (CARVALHO, 2001).

Deficiência visual e inserção escolar

O sistema educacional brasileiro prevê a inclusão das pessoas com necessidades especiais na sociedade e no sistema regular de ensino, em concordância com a Declaração de Salamanca sobre Necessidades Educativas Especiais (UNITED NATIONS EDUCACIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION - UNESCO, 1994), que ratifica o compromisso com a educação para todos e proclama como princípio fundamental da linha de ação “o dever das escolas de atender todas as crianças, independente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas ou outras”.

Segundo LIMA (2002), a “inclusão escolar é uma concepção educacional aberta à diferença”, o que significa uma escola apta ao acolhimento incondicional do ser humano, ou seja, qualquer pessoa têm direito à educação, independentemente de sua performance.

Quando educados no mesmo meio ambiente de todos os alunos, os indivíduos com deficiências têm oportunidade de se preparar para a vida na comunidade, ao tempo em que a sociedade passa a funcionar de acordo com o valor social da igualdade para todas as pessoas (KARAGIANNIS et al., 1999).

A Política Nacional de Educação assegura a inclusão de pessoas portadoras de necessidades específicas no sistema regular de ensino. O princípio da educação inclusiva é o de que todas as crianças devem aprender juntas, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que possam ter. Nesse sentido, as Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB nº 9.394/96, preceituam no “Art. 58 : Entende-se por educação especial, para efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais”. No Art.4º, inciso III, asseguram “o atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com necessidades especiais, preferencialmente na rede regular de ensino” e no Art. 59, inciso III, “professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns” (BRASIL, 1995).

A convivência escolar entre crianças com deficiência visual e as demais crianças propicia um espaço diversificado e desafiador, o que facilita o desenvolvimento de suas potencialidades. O conceito de que a inclusão não se resume ao ato da matrícula e nem somente ao convívio social, propiciou a implementação de serviços especializados de apoio, como por exemplo, a sala de recursos, o ensino itinerante, centros de apoio pedagógico e serviços de habilitação e reabilitação (GASPARETTO, 2001).

Estudos de larga abrangência realizados na Finlândia (HUURRE et al., 1999) e na Holanda (KEF, 2002) mostraram que adolescentes com deficiência visual têm desenvolvimento psicossocial similar ao de videntes, quando há inclusão educacional, profissional e social. Entre as recomendações para reabilitação de deficientes visuais, sugerem que seja dada ênfase à inclusão e identificam a necessidade de novas pesquisas concernentes a relações sociais e comportamentos de adolescentes com deficiência visual.

Os adolescentes que apresentam baixa visão necessitam utilizar recursos ópticos e não ópticos para atividades educacionais, inserção social e profissional, e muitas vezes encontram dificuldades na adesão aos tratamentos propostos.

A prática de inclusão tem aumentado as oportunidades educacionais para estudantes com deficiência visual (PEAVEY e LEFF, 2002), entretanto o acesso a essas oportunidades é limitado pelas dificuldades psicossociais e culturais encontradas pelos estudantes independentemente do que lhes é oferecido.

Desse modo, há que se pensar sobre o exercício do direito. “É válido proclamar um direito universal se muitas pessoas carecem de recursos, de liberdade ou da capacidade de tirarem vantagem desse direito?” (UNESCO, 1982) Se por um lado há a oferta de inclusão escolar, por outro lado, o aluno deficiente visual necessita superar barreiras, uma delas, a adesão ao uso dos auxílios ópticos, para poder efetivamente exercer seus direitos.

Para que aconteça a verdadeira inclusão, são necessárias ações reabilitacionais pedagógicas e terapêuticas relativas à adesão ao uso de auxílios ópticos necessários para freqüentar salas de aulas em classes regulares de ensino. Ações pedagógicas permitem a construção da autonomia do sujeito que vai se constituindo na experiência das várias decisões que vão sendo tomadas (FREIRE, 1987).

Ações terapêuticas consideram o aspecto emocional, o contexto familiar e social, a história de vida, os interesses e expectativas do indivíduo e têm como meta melhorar a auto-estima, a relação com os diversos aspectos do dia-a-dia e a aceitação de sua baixa visão.

Ao permitir ao indivíduo que ele seja sujeito de seu processo de transformação, a reabilitação possibilita a aceitação das recomendações médicas e a conseqüente eficácia do tratamento (MONTILHA, 2001). O conhecimento das necessidades dos escolares deficiente visuais, do contexto social em que estão inseridos e dos aspectos culturais que envolvem atitudes frente aos tratamentos pode ampliar o campo de atuação dos profissionais de saúde.

Enfoque qualitativo de pesquisa de fatores humanos

Para estudar os fatores humanos relacionados à saúde, levantar informações sobre a realidade social e o contexto em que acontecem os estados de saúde e doença, a contribuição das ciências sociais pode ser feita por meio de pesquisas qualitativas.

Conhecimentos, crenças, atitudes, valores, condições socioambientais e de vida são variáveis sociais que abrangem a conduta humana e seus fatores determinantes (TEMPORINI, 1986). Informações sobre o que os indivíduos sabem, acreditam, rejeitam ou valorizam em relação a aspectos de saúde ocular são valiosos para o planejamento de ações e esforços preventivos (TEMPORINI, 2004).

MINAYO (1994) salientou que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, com ênfase no processo de como os fenômenos ocorrem e não somente ao resultado obtido.

A proposta metodológica qualitativa é aplicável ao estudo das relações sociais presentes no campo da saúde porque identifica fenômenos e constrói um conhecimento. Não parte necessariamente de hipóteses, mas levanta informações que podem conduzir à

formulação de hipóteses no âmbito do comportamento. Busca a compreensão da realidade humana vivida socialmente e pretende explicar os meandros das relações sociais que podem ser apreendidas na observação do cotidiano. As idéias, sentimentos, opiniões têm sua relevância no contexto em que se apresentam, sem que seja necessária para análise a frequência dos fenômenos, característica de estudos quantitativos. Além disso, nem sempre os estudos quantitativos fornecem todas as respostas que se quer obter quando se investiga as condições de vida e o modo de pensar, agir e sentir das pessoas que procuram os benefícios da medicina (MINAYO, 1992).

A compreensão e discussão das informações obtidas requerem uma orientação filosófica como base, sendo a hermenêutica-dialética a mais adequada a esta pesquisa. Segundo HABERMAS (1987), a hermenêutica é definida pelo filósofo Gadamer como a busca da compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, considerando as condições cotidianas da vida. Por outro lado, a crítica dialética enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido. Assim, a união da hermenêutica com a dialética leva a entender as falas dos sujeitos como resultado de um processo social, ou seja, a representação social de uma realidade (MINAYO, 1992).

As pesquisas científicas destinadas a confirmar hipóteses ou a testar procedimentos ou inovações e que se valem de dados estatísticos são denominadas quantitativas. Por outro lado, quando se deseja conhecer uma realidade social, levantam-se informações a partir da perspectiva dos sujeitos e formula-se uma teoria. Nesse caso é aplicável a pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa propicia o conhecimento de processos de relações humanas, tais como entre clientes e profissionais, entre saúde e serviço social, ou os processos de mudança de comportamento - ou persistência (MÜLLEN e IVERSON, 1982).

Métodos qualitativos têm sido utilizados com sucesso para conhecer opiniões de estudantes com deficiências visuais. CHANG e SCHALLER (2002) utilizaram questionários semi-estruturados para conhecer percepções de escolares a respeito do apoio provido por professores. Sugerem, para outras pesquisas, conhecer múltiplas perspectivas na interface entre as necessidades emocionais e de aprendizagem de adolescentes.

Estudo sobre hábitos recreacionais de jovens surdos-cegos (LIEBERMAN e MAC VICAR, 2003), conduzido por meio de questionário estruturado, sugere pesquisas qualitativas para conhecer como os jovens transpõem barreiras e dificuldades, além de pesquisas com professores e instrutores que com eles se relacionam no ambiente de recreação.

Desse modo, mostra-se a adequação da pesquisa qualitativa a estudos no âmbito da saúde pública. A abordagem da saúde pública em oftalmologia engloba aspectos tais como a investigação de problemas oculares na população, condições de prevenção da cegueira e deficiência visual, promoção da saúde ocular, organização de cuidados médicos e cirúrgicos, reabilitação do deficiente visual e a necessidade de novos conhecimentos obtidos por meio de pesquisa. O sistema de administração de saúde pública protege o público por meio de: a) programas preventivos para o controle de doenças oculares; b) programas preventivos concernentes à educação em saúde ocular (NIZETIC, 1973).

De acordo com LEAVELL e CLARK (1976), pode-se identificar três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A prevenção primária diz respeito à adoção de medidas gerais de promoção da saúde e de proteção específica em relação a determinado problema de saúde. A prevenção secundária abrange medidas com vistas ao diagnóstico precoce e atendimento imediato do distúrbio. A prevenção terciária consiste em adotar procedimentos de reabilitação tentando prevenir a incapacidade total e obter a máxima utilização das capacidades restantes.

Nesse sentido, procura-se reintegrar o indivíduo à família, trabalho e sociedade. A atuação nos níveis de prevenção primária, secundária ou terciária exige ações do indivíduo e da comunidade para sua efetivação. Nos diversos níveis de prevenção, considera-se que muito há a ser feito na área da investigação científica, visando ao melhor conhecimento da realidade (TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 1995).

Soluções apropriadas a vários aspectos desse importante problema humano e público – a deficiência visual – podem ser encontrados em uma abordagem interdisciplinar e de equipe. O instrumental de pesquisa e prática nesse campo, em adição ao conhecimento clínico, inclui procedimentos epidemiológicos e modernos gerenciamentos. Prevenção da cegueira requer conhecimento e abordagem multidisciplinar (NIZETIC, 1976).

A oftalmologia é área da medicina que tem no serviço de reabilitação um grande aliado, especialmente no atendimento aos portadores de baixa visão, que necessitam de apoio para sua integração à sociedade. Entende-se integração não apenas a superação das limitações para tornar o indivíduo mais semelhante aos sujeitos videntes, mas o modo de ser dos sujeitos que possuem tal déficit. Assim, um dos procedimentos básicos da reabilitação consiste na escuta e apreensão das necessidades e desejos dos deficientes visuais, pois só o indivíduo deficiente pode ter o saber sobre suas dificuldades e seus desejos, e só ele poderá encontrar o caminho de sua realização (AMIRALIAN, 1990).

Situa-se pois a pesquisa de fatores humanos a serviço das diversas disciplinas que contribuem para prevenção e tratamento da deficiência visual, entre elas, a reabilitação, a educação e a saúde pública, além da medicina clínica.

Teatro espontâneo aplicado à pesquisa qualitativa

Pesquisas qualitativas, quando aplicadas a populações de adolescentes, requerem um clima descontraído e lúdico, o que pode ser proporcionado por técnicas psicodramáticas.

Técnicas de teatro espontâneo, também designadas como técnicas psicodramáticas, como por exemplo o “role-playing”, têm sido utilizadas em disciplina de psicologia médica para mostrar aos alunos as diferentes perspectivas dos problemas em estudo. Acredita-se que com a técnica psicodramática é possível localizar o paciente no seu contexto social, conhecer sua vida emocional e ensaiar formas de linguagem e comunicação que facilitam o mútuo entendimento (KAUFMAN, 1993).

Manual da “American Foundation for the Blind” ressaltou a importância que a competência social tem na vida de adolescentes deficientes visuais, sugerindo que um modo eficaz de auxiliá-los a desenvolver habilidades sociais e de comunicação verbal e não verbal é envolvê-los em atividades teatrais. Tal oportunidade provê a oportunidade de praticar essas habilidades em ambiente prazeroso e não ameaçador (WOLFFE et al., 2000).

A adoção de instrumento metodológico derivado das artes cênicas – o teatro espontâneo – que permite, por meio da dramatização de cenas improvisadas, a livre expressão de pensamentos e idéias, favorece a construção do conhecimento. Investiga-se num campo desconhecido, daí a importância de considerar as idéias dos sujeitos da pesquisa sem estímulos de questionários estruturados, ou seja, de modo aberto ou não estruturado.

O teatro espontâneo atua de modo investigativo no contexto psicossocial e constitui-se em nova forma de considerar o comportamento humano porque se propõe a investigá-lo por meio da criação artística (AGUIAR, 1998). Como instrumento de pesquisa qualitativa, permite a compreensão mais aprofundada do discurso dos sujeitos pela livre expressão de idéias e sentimentos, em ambiente de improvisação teatral. Nesse ambiente, os sujeitos participantes do grupo dedicam-se à encenação teatral como a um jogo.

Segundo BALLY (1958), a origem do jogo está na conduta instintiva mas só se faz possível quando as exigências instintivas se relaxam, ou seja, sob condições de segurança e satisfação das necessidades básicas. O jogo acontece quando há liberdade. Atividade voluntária, com regras e limites de tempo e de espaço, é dotado de um fim em si mesmo e tem o poder de absorver a atenção total do jogador que se envolve na atividade, até o fim. Ao sentir-se livre, o homem se relaciona consigo mesmo e com o mundo através do jogo.

HUIZINGA (2000) considera o jogo uma atividade específica, como forma significativa, como função social, que ultrapassa os limites da atividade física ou biológica. É mais que um reflexo psicológico pois tem um determinado sentido. O jogo não é vida corrente, mas uma evasão da vida real para uma esfera temporária de atividade com orientação própria e com consciência de estar dentro de um jogo. O jogador sempre sabe que o que está fazendo é um jogo, assim como o ator que, ao atuar num palco, sabe que está representando.

A íntima relação entre jogar, representar, brincar é atestada pela unidade terminológica em vários idiomas europeus, em que *spielen*, *play*, *jouer*, *jugar* significam tanto jogar como brincar ou representar. Em português há o termo lúdico, que consta em

nossos dicionários como “referente a, ou que tem o caráter de jogos, brinquedos e divertimentos” (FERREIRA, 1999) e que tem a raiz latina *lud*, a mesma de *inlusio*, *illudere* que dão origem à palavra ilusão.

Na condição lúdica proporcionada pelo teatro espontâneo, o sujeito pode vivenciar analogicamente situações da vida real, sem temer conseqüências ou julgamentos e, assim, colocar suas idéias abertamente e permitir ao outro que o conheça.

Quando a dramatização acontece em ambiente de improvisação, como no teatro espontâneo, amplia-se a possibilidade de tomar consciência das sensações e percepções que norteiam as atitudes e o desenvolvimento de habilidades.

Conceito de teatro espontâneo

Constitui uma modalidade de teatro interativo, de improviso, construído coletivamente a partir de situações trazidas pelos participantes. Não há um roteiro preestabelecido; um acontecimento do momento, uma história contada, uma preocupação ou um desejo podem ser iniciadores do processo de criação de uma encenação teatral (AGUIAR, 1998).

De forma genérica, pode-se dizer que se estrutura a partir dos seguintes componentes:

- **Espaço cênico** – Espaço demarcado dentro do qual ocorre a dramatização. Tudo o que acontece dentro desse limite é “faz de conta”. No espaço cênico a pessoa atua como personagem; fora dele volta à sua individualidade.
- **Platéia** – Pessoas que assistem à representação e dela participam ou com palpites, ou com expressões ou movendo-se para entrar em cena. Platéia também é a designação do local em que ficam essas pessoas, ou seja fora do espaço cênico.

- **Protagonista** – é o personagem principal, em torno do qual desenrola-se a cena. É escolhido pelo diretor ou pela platéia, a partir do interesse despertado pela história contada. Representa o grupo, na medida em que expõe uma situação que faz sentido para o conjunto dos participantes.
- **Coadjuvantes** – São os atores que contracenam com o protagonista. Podem ser pessoas da platéia sem qualquer treinamento teatral ou atores-auxiliares contratados pelo diretor para atuar acessoriamente com o objetivo de alavancar cenas.
- **Diretor** – dirige o espetáculo coordenando as ações, questionando e impulsionando as cenas. Escolhe o protagonista e organiza a entrada e saída de atores durante a cena.

Origem

Ao buscar as origens do teatro espontâneo é preciso pensar em teatro de forma geral e a primeira idéia é a de uma modalidade de arte voltada para o comportamento humano. Tanto quanto em outras formas de arte, o artista faz uma leitura da realidade, constrói sua expressão artística e provoca emoções. No caso do teatro, o foco são as relações sociais e o comportamento humano.

Uma segunda perspectiva mostra o teatro como arte curativa. O filósofo grego Aristóteles introduziu o termo *catarse* para referir-se ao efeito peculiar exercido pelo teatro sobre seus espectadores. Afirmava que o teatro tende a purificar os espectadores ao exercitar artisticamente emoções que agem como alívio ou descarga de sentimentos de medo e de piedade suscitados pela dramatização.

O médico Jacob Levy Moreno que iniciou seus experimentos de intervenção comportamental em Viena, em 1919, adaptou o conceito de *catarse* e transferiu a ênfase dos espectadores (teatro escrito, conservado) para os atores (teatro espontâneo) (MORENO, 2002).

O termo terapêutico (do grego *therapeutes*, assistente, criado), se refere em suas origens a expulsar os demônios dos corpos das vítimas; um sacerdote recitava encantamentos sobre as partes afetadas ou sobre a pessoa enferma, que não podendo expulsar o demônio por si mesma, necessitava de um assistente, o terapeuta (TORRES-GODOY, 2001). O xamanismo também pode ser considerado uma forma de ritual sagrado por meio de dramatização, salientando-se a importância do símbolo e da metáfora (JENNINGS, 1994). Sacerdotes de civilizações pré-históricas dramatizavam para promover a cura. Para isso representavam o papel de agente causador da doença do paciente. O retrato da situação promovia a cura; em outras palavras, o paciente assistia à cena, vivia as emoções e em consequência sentia-se curado (MORENO, 2002).

Também as danças xamânicas, nas quais o homem pré-histórico imitava os acontecimentos reais de sua vida, tinham o objetivo de dominar o medo. Um exemplo eram as danças rituais que precediam a caça, nas quais o Xamã assumia o papel de mamute e o caçador, imitando os gestos que faria num futuro próximo real, a fim de vencer a luta pela sobrevivência, acalmava de algum modo, seu medo (FANCHETTE, 1975).

Uma terceira perspectiva remete ao teatro com o objetivo de transformação social e, nesse contexto, aparecem os diversos formatos de teatro espontâneo, cuja característica básica é a improvisação.

Modalidades

Partindo desse princípio, diversas modalidades podem ser incluídas nessa categoria improvisacional:

- **Teatro do oprimido**

Criação de Augusto Boal, baseia-se em intervenções dramatizadas feitas por atores profissionais em locais públicos, com espectadores que não sabem que vão atuar como atores e que acabam interagindo e participando da construção de uma história. É usado para discutir problemas da comunidade, refletir sobre relações de poder ou valores individuais e coletivos. Segundo BOAL (1999), no sentido mais arcaico do termo, teatro é a capacidade dos seres humanos de observarem a si mesmos em ação.

- **Peça didática de Brecht**

Trata-se de criação do dramaturgo alemão Bertold Brecht, com o objetivo de tratar de questões políticas ou de opressão. Apresenta-se ao grupo um pequeno texto. O grupo encena o texto repetidas vezes, cada vez com diferentes atores, destacados dentre os próprios participantes. Nessas repetições, uma mesma pessoa pode voltar ao palco para fazer diferentes personagens, ou o mesmo personagem em diferentes contracenias, de forma que o tema vai sendo tratado por diversas perspectivas, até que os participantes tenham consciência da opressão existente nas situações teatralizadas (AGUIAR, 1998).

- **“Clown”**

O “clown” é um palhaço que faz teatro de improvisação com o intuito de provocar transformações por meio do riso. É um personagem que mostra suas fraquezas e as enfatiza. Põe em desordem certa ordem e assim denuncia a ordem vigente (LECOQ, 1987). Dentro dessa categoria há o trabalho na área da saúde feito pelo grupo denominado Doutores da Alegria.

- **“Playback theatre”**

É uma forma original de improvisação teatral na qual as pessoas relatam eventos reais de suas vidas e os vêem, logo em seguida, encenados no palco. Uma pessoa, da platéia, conta sua história para o diretor e uma trupe de atores representa essa história. Foi criado por Jonathan Fox, que se inspirou nos valores e na estética das tradições orais primitivas e na importância dos rituais e da narração de histórias na vida em zonas rurais do Nepal (SALAS, 2000).

- **“Role-playing”**

Estratégia de treinamento de papéis específicos. As cenas propostas referem-se a um papel que será desempenhado na vida real. A vivência e a antecipação de emoções prepara emocionalmente para o que está por vir. É bastante aplicado no campo educacional da área de saúde, como por exemplo, em oficinas de dramaterapia para deficientes visuais e em disciplina de psicologia médica (KAUFMAN, 1993).

- **Teatro debate**

Modalidade que consiste na discussão de tema de interesse geral, permeado por encenações curtas inspiradas nas colocações dos participantes. Requer a atuação de uma trupe de no mínimo três atores que atuam de improviso, alavancando a discussão do tema em questão. Dentro do princípio dialético, a encenação baseia-se em três tempos: tese, antítese e síntese (AGUIAR et al., 2004).

- **Psicodrama**

MORENO (2002) relata as experiências, no início do século XX, de teatro espontâneo em praças públicas e depois em teatros locados com o objetivo de discutir problemas sociais. A partir da descoberta do seu efeito terapêutico, passou a denominar psicodrama esse tipo de trabalho. Assim, entende-se atualmente, que psicodrama é o teatro espontâneo realizado com o objetivo de ajudar o sujeito a se transformar (AGUIAR, 1998). Nessa categoria enquadram-se a psicoterapia psicodramática bipessoal ou de grupo.

- **Sociodrama**

Quando o teatro espontâneo é utilizado com vistas ao desenvolvimento de um grupo preexistente e que continuará existindo depois da intervenção, é chamado sociodrama e tem o objetivo de promover a saúde ao proporcionar relações interpessoais adequadas.

Utilização de técnicas de trabalho com grupos em investigações científicas

Além das citadas modalidades de teatro improvisacional, há outras derivações das artes cênicas que utilizam técnicas grupais tanto para intervenção como para pesquisa científica.

Um exemplo é o grupo focal, em que várias pessoas apresentam suas idéias durante uma discussão em grupo que será objeto de observação por parte do pesquisador. Segundo KITZINGER (1995) grupo focal é uma forma de entrevista em grupo que capitaliza a comunicação entre pesquisador e participantes. O grupo focal usa a interação grupal como parte do método e tem a vantagem de encorajar a participação daqueles que

estiverem relutantes e daqueles que pensam não ter nada a dizer. FLECK et al. (2003) usou grupos focais para avaliação da qualidade de vida do idoso e observou que os idosos mantiveram-se interessados e participativos durante toda a condução dos grupos.

GREEN e KREUTER (1991) afirmaram que estratégias de trabalho com grupos são eficazes na coleta de informações para diagnósticos sociais e salientaram três desses métodos: a) o grupo nominal, b) a técnica Delphi, e c) o grupo focal.

O método do grupo nominal consiste em uma série de encontros com pequenos grupos, com o objetivo de compensar a dinâmica do poder social que emerge em encontros com muitas pessoas. A técnica Delphi consiste em enviar questionários para especialistas, formadores de opinião e informantes, obtendo opiniões diferentes sem confrontação. O grupo focal é a estratégia que usa sessões informais, nas quais representantes da população alvo (8 a 10 pessoas por grupo) são estimulados a discutir suas opiniões sobre um tópico específico.

A dramaterapia foi utilizada com objetivos terapêuticos por BIEBER-SCHUT (1991), que usou a dramatização para o desenvolvimento de habilidades sociais de adolescentes deficientes visuais e constatou mudanças comportamentais. Afirmou que a dramatização permite aos participantes experimentar o ponto de vista de outra pessoa e afeta o desenvolvimento do auto-conceito. TORRES-GODOY (2001), que pesquisa a intersecção oncologia/psiquiatria, conceitua dramaterapia como o “uso intencional dos aspectos curativos do drama no processo terapêutico”.

Outro exemplo de pesquisa científica por meio de encenação dramática é o “role-playing” ou teatro pedagógico utilizado por KAUFMAN (1992) para ouvir estudantes de medicina, dando origem à dissertação de mestrado, na Universidade de São Paulo.

LIMA (2003) utilizou o teatro espontâneo para conhecer a identidade de professores de alunos especiais, em pesquisa para tese de doutoramento na Universidade Estadual de Campinas.

Tendo em vista a aplicabilidade e utilidade de métodos qualitativos de pesquisa, especialmente os oriundos das artes cênicas, à problemática da deficiência visual, realizou-se o presente estudo.

2 - OBJETIVOS

Identificar concepções e verificar aspectos socioculturais e emocionais a respeito do uso de auxílios ópticos por escolares deficientes visuais e oferecer informações a profissionais das áreas de saúde e educacional interessados na deficiência visual.

3 - MÉTODO

Tipo de Estudo

Foi realizada pesquisa qualitativa, mediante a aplicação da técnica do teatro espontâneo como forma de investigação científica. Considerou-se que, desse modo, o conhecimento acerca das concepções e utilização de auxílios ópticos nessa população seria mais amplamente apreendido.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, parecer projeto número 006/2002, na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 18.02.2003.

População

A população estudada compôs-se de 7 sujeitos com idades entre 10 e 14 anos completos. Constituem a totalidade dos escolares deficientes visuais inseridos no sistema público de ensino que, no período da realização da pesquisa de campo, recebiam apoio pedagógico na sala de recursos para deficientes visuais do Município de Santa Bárbara d'Oeste, Estado de São Paulo.

Trata-se de sujeitos que já foram atendidos uma ou várias vezes no Serviço de Visão Subnormal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A sala de recursos é definida na Resolução SE 95/00 da Secretaria de Educação Estadual como: “um espaço educacional integrado aos demais ambientes da escola, destinado a complementar ou suplementar as atividades escolares dos alunos matriculados em classes comuns prioritariamente da unidade escolar onde as salas de recursos estiverem instaladas. Deve ser regida por professor devidamente habilitado na área da deficiência a que se destina a sala, atendendo os alunos em horários programados de acordo com as necessidades dos mesmos, em período diverso ao da classe comum” (BRASIL, 2000).

Procedimentos

Os dados foram obtidos mediante a realização de 6 sessões de teatro espontâneo no ambiente escolar usualmente freqüentado pela população do estudo, ou seja, a sala de recursos para deficientes visuais.

Foram mantidos entendimentos com a Diretoria de Ensino do Município de Santa Bárbara d'Oeste a fim de obter autorização para realização da pesquisa na sala de recursos, e foram fornecidas informações sobre o estudo e benefícios para o pleno desenvolvimento dos escolares e melhoria do atendimento aos deficientes visuais. Os sujeitos e seus responsáveis assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após informação (Anexo 3).

Procedeu-se à gravação sonora em fita cassete, nas duas primeiras sessões, o que foi insuficiente para recuperação dos dados devido à baixa qualidade do som e ao fato de que muitas cenas não contém falas.

O registro das informações das quatro sessões seguintes foi realizado por meio de filmagem, por operador de câmera e gravado em fitas VHS, mini DV e em CD, permitindo a visualização tanto em aparelhos de televisão como em monitores de computadores ou projeção em tela para uso em sala de aula. A filmagem de uma das sessões foi editada, reduzindo-se o tempo do filme de 1 hora e 30 minutos para 10 minutos, em formato que permite também a exibição em congressos ou aulas.

A transcrição completa das fitas sonoras e visuais compõem o Anexo 4.

Métodos de análise dos dados

Para análise das informações colhidas, foi adaptada a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo, conjunto de procedimentos de organização de dados discursivos de natureza verbal (LEFÈVRE et al., 2004).

Ao possibilitar a análise do discurso, o teatro espontâneo se insere nos pressupostos teóricos qualitativos, em que informações podem ser obtidas por meio de depoimentos individuais apresentados em grupo. Segundo LEFÈVRE et al. (2000), “pelo espaço proeminente que conferem aos discursos, as abordagens de corte qualitativo permitem a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos neles presentes, na medida em que remetem a uma teia de significados de difícil recuperação quando o estudo é de corte quantitativo, em que o discurso, quando está presente, é sempre reduzido a uma expressão numérica”.

Por se tratar de técnica psicodramática foram consideradas não somente as informações verbais mas também as cênicas, que incluem gestos, expressões, silêncios e comportamentos.

Selecionou-se, das falas ou cenas, as idéias centrais (IC) que são a síntese do conteúdo discursivo e construiu-se os discursos do sujeito coletivo (DSC), em que aparece o pensamento do grupo como se fosse de um indivíduo.

Para apresentação, os resultados foram agrupados de acordo com as fases das sessões de teatro espontâneo, ou seja:

- fase de aquecimento: quando acontecem conversas informais e trata-se de contexto grupal;
- fase pós-dramatização: quando os sujeitos ainda estão sob a influência das emoções geradas pelo teatro e conversam no contexto grupal;
- fase da dramatização: quando os sujeitos expressam-se por meio do imaginário.

Em termos de orientação filosófica, a compreensão e discussão dos dados obtidos basearam-se na hermenêutica-dialética. Em concordância com MINAYO (1992) e HABERMAS (1987), o conceito de hermenêutica-dialética se apresenta neste trabalho como um “caminho do pensamento” na interpretação das falas e comportamentos.

Procedimentos de utilização do teatro espontâneo na pesquisa de campo

A realização da pesquisa de campo, por meio do teatro espontâneo, obedeceu aos seguintes procedimentos:

- **Registro de informações**

Foram realizadas seis sessões de teatro espontâneo na sala de recursos de escola pública. Participaram, além da pesquisadora/diretora de cena, uma atriz auxiliar com formação em psicodrama, a professora da sala de recursos, seis alunos com baixa visão e uma aluna cega. Um operador de câmera registrou as informações por meio de recursos audiovisuais.

- **Aquecimento**

Na fase preliminar das sessões, promoveu-se a integração grupal e a concentração na atividade que se iniciava, por meio de conversas, jogos e dinâmicas de grupo que incluíram aquecimentos específicos para produção de textos e dramatização.

O aquecimento é importante porque propicia um campo relaxado de trabalho em que a comunicação e a exposição pessoal fluem mais facilmente (FERREIRA, 1993). Nessa fase são feitos jogos dramáticos, movimentos corporais, leituras, escritas ou desenhos.

- **Dramatização**

A partir de uma história, um fato ou uma cena contada por algum dos participantes foram feitas encenações improvisadas. Os sujeitos participaram como protagonistas (em torno de quem gira a história), coadjuvantes e plateia (podiam entrar em cena esporadicamente ou dar palpites), sempre sob a coordenação da diretora.

- **Compartilhamento**

Após a dramatização, o protagonista voltava ao contexto grupal, desligando-se do personagem e sendo recebido pelos outros participantes que faziam relatos pessoais de histórias vividas, sentimentos, identificações com a cena dramatizada.

- **Processamento**

Posteriormente às sessões, a partir da transcrição dos registros audiovisuais de falas e comportamentos, levantaram-se as informações relevantes e procedeu-se à análise dos depoimentos por meio da técnica de análise do discurso do sujeito coletivo.

4 - RESULTADOS

Descrição da população

Os dados foram obtidos a partir dos exames oftalmológicos realizados no SVSN/HC/UNICAMP; e as informações sobre o efetivo uso dos auxílios ópticos baseiam-se em afirmações dos próprios sujeitos e da professora da sala de recursos.

Sujeito nº 1:

Idade: 10 anos; sexo: feminino;

Diagnóstico: AO: Persistência de artéria hialóidea e do vítreo primário;

AV Longe c/c: AO: 20/400 – Categoria OMS: IV – Baixa visão grave;

Auxílios ópticos prescritos: telescópio foco regulável 4x de aumento e lupa de foco fixo 7x de aumento;

Uso do auxílio óptico: usa o telescópio e não adquiriu a lupa.

Sujeito nº 2:

Idade: 12 anos; sexo: masculino;

AV Longe s/correção: AO: 20/200 – Categoria OMS: III – Baixa visão moderada;

Diagnóstico: AO: Aniridia e catarata;

Auxílios ópticos prescritos: telescópio e lupa manual.

Uso dos auxílios ópticos: Usa diariamente telescópio e lupa manual.

Sujeito nº 3:

Idade: 13 anos; sexo: feminino;

AV Longe s/c: OD:20/60 e OE:20/150 – Categoria OMS: III – Baixa visão moderada;

Diagnóstico: AO: Atrofia de nervo óptico por neurite óptica;

Auxílios ópticos prescritos: não houve, apenas óculos convencionais;

Uso dos auxílios ópticos: usa diariamente os óculos convencionais.

Sujeito nº 4:

Idade: 11 anos; sexo: feminino:

AV Longe s/c: AO: 20/300 – Categoria OMS: III – Baixa visão moderada;

Diagnóstico: AO: Nistagmo;

Auxílios ópticos prescritos: telescópio foco regulável 4x de aumento e óculos;

Uso dos auxílios ópticos: Não havia adquirido o telescópio ainda e após três sessões de teatro mostrou o telescópio recém adquirido cujo uso estava iniciando em sala de aula; usa irregularmente os óculos prescritos.

Sujeito nº 5:

Idade: 11 anos; sexo: feminino:

AV Longe s/c: AO: SPL – Categoria OMS: VII – Cegueira total;

Diagnóstico: AO: Retinopatia da prematuridade;

Auxílios ópticos prescritos: não houve prescrição.

Sujeito nº 6:

Idade: 14 anos; sexo: masculino:

AV Longe s/c: AO: 20/160 – Categoria OMS: III – Baixa visão moderada;

Diagnóstico: AO: Retinopatia da prematuridade;

Auxílios ópticos prescritos: óculos bifocais com adição forte, telescópio 4x;

Uso dos auxílios ópticos: não quer usar o telescópio e utiliza os óculos diariamente.

Sujeito nº 7:

Idade: 11 anos; sexo: feminino:

AV Longe s/c: AO: 20/800 – Categoria OMS: V – Baixa visão profunda;

Diagnóstico: AO: Opacidade corneana congênita e aniridia;

Auxílios ópticos prescritos: lente esférica+16DE para leitura e telescópio 4x ;

Uso dos auxílios ópticos: usa ambos ocasionalmente.

Sessões de teatro espontâneo

As Idéias Centrais (IC) e os Discursos dos Sujeitos Coletivos (DSC) forneceram informações, dentre as quais se destacam as mais relevantes.

A. Fase de aquecimento

Causas da deficiência visual

IC 1: “Não sei.”

DSC: “Não me lembro”, “não sei”.

Observação: junto com a mensagem verbal houve silêncios e meneios de cabeça indicando desconhecimento sobre as causas da baixa visão ou cegueira.

IC 2: “Acho que é um tipo de aniridia”.

DSC: “Acho que é um tipo de aniridia, acho que a minha bolinha é um pouco aberta, do olho, um pouquinho aberta, eu acho que é isso, só pode ser isso”

IC 3: “É por causa de urina de gato”.

DSC : “É por causa de urina de gato; mas quando minha mãe tava grávida não tinha bicho”.

IC 4: “enxergo melhor com esse olho”.

DSC: “eu enxergo mais com esse olho, com esse olho dá pra ver todo mundo aqui”.

Modo de utilização dos auxílios ópticos

IC 5: “Leio de perto com telescópio e fica embaçado”.

DSC: “Quando eu levo o dicionário para a escola, quando eu leio assim com o telescópio, assim de pertinho, fica tudo embaçado”.

IC 6: “O telescópio é para longe e a lupa para leitura de perto”.

DSC: “O telescópio é para longe, eu tenho um telescópio para lousa e uma lupa para letra pequena; a médica me ensinou a usar a telulupa; minha lupa é para leitura e aumenta 6 vezes, é para leitura de dicionário, livro de matemática, história”.

“...(quando sem óculos) aí todo mundo fica falando assim, ‘põe a lupa’, e eu falo assim que a lupa é para longe, aí falam ‘põe a lupa’, ‘põe a lupa’, aí eu chego bem pertinho e digo: assim não dá, a lupa é para longe, mas elas insistem”.

Pedido de exibição do auxílio óptico

IC 7: A inibição ao mostrar o uso dos óculos e da telulupa.

DSC: A adolescente, de cabeça baixa, coloca seus óculos (lentes esféricas) e os retira muito rapidamente. O grupo pede que coloque de novo para observarem melhor. Ela pisca, coça os olhos e logo retira. Mostra a telulupa, regula, diz que vê a colega bem de pertinho. Logo passa a telulupa para outro experimentar.

IC 8: O conhecimento da finalidade do auxílio

DSC: “é para enxergar de longe e de perto (óculos com lentes bifocais), não sei quantos graus tem”; “uso leitura braile e bengala; quando estou sem (a bengala), uma pessoa me guia; é ruim porque eu acostumei com a bengala”; “tenho lentes ‘transition’ que escurecem no sol e clareiam dentro dos lugares”.

IC 9: “Os óculos são fortes”.

DSC : “É forte, dá dor de cabeça, ainda não acostumei, uso só pra ir pra escola; quando não uso, enxergo normal, só que os óculos ajudam mais” (óculos bifocais).

DSC : “É nova, ganhei (a telelupa) há pouco tempo; (sobre os óculos) vou precisar fazer; tenho outro (óculos), mas não tou usando, é forte”.

Uso dos óculos

IC 10: “Só uso para ir à escola porque pegam no meu pé”.

DSC: “Essa menina aí é preguiçosa, tem preguiça de usar óculos”; “quem não usa óculos vai para a diretoria”; “uso óculos todo dia na escola porque pegam no meu pé”; “só uso pra ir pra escola”.

Situações em que ficaram sem o auxílio óptico

IC 11: “Tropecei, caí, quebrei os óculos”.

DSC: “Eu tava na escola, tava mostrando o desenho que eu fiz, eu virei assim e o caderno espiral enroscou aqui assim e quebrou os óculos; tive que sair mais cedo para ir na ótica”; “uma vez eu estava em casa, tropecei no tapete, caí, quebrou meu óculos”; “um dia eu tava dançando de meia e escorreguei e caí assim...”; “não uso porque quebrou uma perninha”;

“eu estava jogando futebol e meu amigo quebrou meus óculos”; “uma vez eu tava na terceira série, uma menina caiu em cima da minha bengala e entortou a bengala”.

Relatos sobre o uso dos auxílios ópticos

IC 12: Atividades cotidianas (grifadas)

DSC: “Eu estava andando de bicicleta e atropeliei uma menina...pedi desculpas mas ela saiu correndo pra contar pra mãe dela; fui pra casa e liguei a televisão...”; “eu assisto Pícara sonhadora (novela de televisão)...eu vou contar...ela ficou grávida...”, “era uma vez um menino que gostava de ir no rio, ele falou para o amigo, vamos ao rio? e foram nadar em vez de ir na escola”. “um pescador estava na beira do rio...”

B. Fase pós-dramatização

IC 13: a presença da morte violenta no contexto social.

DSC: “alguém morreu”; “morreram 5 pessoas no meu bairro, foi acidente de carro, eu conhecia eles”.

IC 14: acidentes domésticos

DSC: “machuquei minha sobancelha, arranhei no varal quando estava pendurando roupa, (o varal) é de arame farpado”; “eu tava lavando o banheiro, enfiei o pé na privada”; “uma vez enfiei o pé no esgoto”; “uma vez eu quebrei meu pé”.

C. Fase da dramatização

IC 15: A morte como punição

Descrição da cena: História de um papagaio que se afogou e morreu. Cenas sobre o enterro, o choro, várias outras mortes, uma prisão e a morte na cadeia.

Descrição da cena: Uma história de telenovela em que uma personagem atropela duas pessoas, é presa, acusada de matá-los, e foge da cadeia.

Descrição da cena: Um chefe que morre de infarto pretensamente por culpa do funcionário.

Descrição da cena: Uma personagem morre de tanto comer sorvete, é encenado o velório, o choro e o fantasma da morta que volta para puxar a perna de outras personagens.

IC 16: Roubo de bens materiais e pessoais, presença de drogas no contexto social.

Descrição da cena: A história se inicia com a compra de um automóvel, que na sequência é roubado. Vão à delegacia, e a protagonista acusa a coadjuvante que faz o papel de mecânico: “essa ladrona roubou meu ‘fio’, roubou meu carro, minha casa, roubou tudo, até meu filho roubou”. Quando a filha aparece, a mãe pergunta o que aconteceu e a filha responde: “cheirei farinha”.

IC 17: Negação dos problemas.

Descrição da cena: A mãe leva a filha drogada a uma consulta médica, mas não dá essa informação para o médico, ao contrário, afirma que ela tem “ataque” e quando o médico pergunta claramente se usaram drogas, mãe e filha negam. O médico receita um antidepressivo (fluoxetina), mas ao sair do consultório, a mãe deixa a receita sobre um móvel e as duas vão para casa alegres dizendo que depois irão passear no parque.

IC 18: A percepção da medicina como proteção e solução externa para os problemas.

Descrição da cena: A protagonista sacudindo a filha que se dizia drogada: “cadê o médico dessa cidade?”

Descrição da cena: Em consulta médica, a mãe pergunta mais de uma vez se o problema é anemia, se é preciso internar (*mas vai precisar internar ela?*).

Descrição da cena: Mãe leva a filha ao médico porque supõe-se que esteja louca. O médico pergunta à mãe o que ela quer fazer, ela responde que quer internar a filha.

IC 19: Vergonha de usar o auxílio óptico em público.

Descrição da cena : Na história, uma adolescente vai ao banheiro da escola, e na falta do papel higiênico, pede a uma amiga que o busque. Um colega ouve e espalha pela escola que ela está com dor de barriga. Quando ela volta à sala de aula, diz à professora que seus óculos caíram dentro da privada e foram perdidos quando deu a descarga. Pede para ir embora para casa. Ao chegar em casa, com medo de ser repreendida pelos pais, encontra seus óculos dentro da bolsa e diz, rindo, que era mentira.

5 - DISCUSSÃO

Contar histórias é reconhecidamente uma forma de terapia; para quem conta e expressa suas emoções organizada e compreensivelmente e para quem ouve e lembra cenas de sua própria vida. Se contar histórias é terapêutico, encená-las é melhor porque a história é acolhida e compartilhada com os ouvintes, que interagem cenicamente.

O teatro espontâneo e suas vertentes, o psicodrama, o sociodrama, o teatro de improvisação atuam de modo investigativo no contexto psicossocial, ao mesmo tempo em que apresentam função terapêutica.

A ação dramática oferece uma alternativa para tratar questões subjetivas, sejam socioculturais ou interpessoais (LIMA, 2003). A análise e observação de sessões de teatro espontâneo permitem o conhecimento de comportamentos e atitudes que dificilmente se revelam em ambiente de assistência à saúde. Possibilitam que ações dos profissionais de saúde sejam adequadas à concretização de tratamentos que dependem não só da prescrição do médico, mas também do comportamento do paciente que pode aceitar, ou não, a utilização do recurso óptico, ainda, que pode conseguir comunicar seus anseios, ou não.

A apreensão mais completa da realidade permite o direcionamento efetivo de programas e atividades visando à preservação da saúde ocular (TEMPORINI, 2002). A abertura para o conhecimento por várias perspectivas alarga a abrangência do pensamento científico e da intervenção médica. Identificados os fatores sociais que determinam a conduta individual e coletiva responsável pelo fracasso ou êxito de ações médicas para a saúde ocular, o profissional tem mais condições de avaliar, além da eficiência técnica dos auxílios ópticos, a aceitação do uso no meio social e conseqüente efetivação da reabilitação visual.

Quando se trabalha com adolescentes e suas habilidades sociais, é preciso saber como eles vêem a si mesmos e dar-lhes amplas oportunidades de discutir suas dificuldades e o impacto da deficiência visual sobre suas vidas. A baixa visão não é freqüente e isso pode fazer com que se sintam diferentes ou desajeitados entre pessoas de visão normal; eles podem pensar que há mais homogeneidade na população do que realmente existe (WOLFFE et al., 2000).

A realização da pesquisa de campo em ambiente de improvisação teatral e em local privativo permitiu que, no terceiro encontro, quando já se estabelecera um clima de confiança e franqueza, os adolescentes falassem sobre suas dificuldades visuais. No contexto grupal, durante conversas informais e mediante perguntas estimuladoras, os escolares mostraram conhecer pouco sobre a própria deficiência, muitas vezes se expressando por meio de ditos populares ou afirmando esquecimento (vide IC 1, 2, 3 e 4 do capítulo Resultados).

A respeito da utilização adequada ou não utilização dos auxílios ópticos, foi possível perceber que conhecem a finalidade correta dos auxílios, mas que as tentativas de ajuda esbarram no desconhecimento dos pretensos ajudantes em relação à adequação do uso do auxílio (IC 6, 8). Nos casos em que há falta de instruções sobre o uso acontece o desconforto e até o abandono do auxílio óptico (IC 5, 9).

PEAVEY e LEFF (2002) observaram que quando os companheiros videntes são desinformados sobre deficiências visuais ou têm medo ou pena dele, o estudante deficiente visual terá dificuldade para ser aceito e apreciado. A inibição ao demonstrar o uso de óculos especiais com lentes que interferem na aparência estética, pode ser relacionada à necessidade de aceitação social (IC 7).

Em relação à adaptação à tecnologia, foi possível perceber que, quando são necessários dois auxílios para acompanhar aulas que exigem leitura da lousa e do caderno, o uso é intermitente e alternado, exigindo atenção para o manuseio. A finalidade é sempre a leitura. Esta, embora seja atividade diária e ocupe uma parcela considerável do tempo no dia-a-dia do escolar, está sempre ligada à obrigação e quase nunca às atividades cotidianas e de lazer. Dessa forma, alguns adolescentes não chegam a superar a fase de adaptação ou muitas vezes limitam a utilização dos óculos ou auxílios ao período escolar e a situações sob pressão (IC 9, 10).

Quanto ao manejo e avarias, alguns usam e mantêm em funcionamento seus auxílios; outros esquecem ou abandonam o auxílio logo que surge um problema (quebrar a haste, entortar a armação). Percebe-se que a manutenção do auxílio óptico e o acompanhamento do tratamento são insuficientes (IC 11).

Ao contarem acontecimentos que deveriam incluir o uso do auxílio, referiram-se às atividades cotidianas preferidas e estas relacionavam-se a ações em ambiente externo (pescar, nadar, andar de bicicleta) e a atitudes passivas que prescindem de exatidão na percepção visual, como por exemplo, assistir televisão (IC 12). É na escola que surge a necessidade de melhor acuidade visual. Ali, inseridos no meio estudantil regular, contrapõem-se as necessidades de, por um lado enxergar bem, e por outro, livrar-se de estigmas para socializar-se.

Na observação dos aspectos socioculturais dos sujeitos, tiveram importância não apenas as conversas que precediam as dramatizações, mas também lembranças e frases soltas ditas após as dramatizações, quando ainda estavam sob a influência das emoções geradas pelo teatro e que revelaram o contexto doméstico e a situação de vulnerabilidade social em que vivem (IC 13, 14). O acidente com arame farpado foi relatado após o término de uma sessão de teatro espontâneo, cujo enredo era a desavença entre o patrão e o empregado de uma empresa, o que pode ser associado a sentimentos de opressão.

O contexto dramático, no qual a expressão de idéias e sentimentos se fez por meio do imaginário, constitui-se em fonte inesgotável de reflexões sobre aspectos socioculturais. A cada leitura ou releitura das transcrições completas das sessões de teatro espontâneo (Anexo 4) revela-se a importância de falas e atitudes que mostram o universo cultural dos sujeitos objeto desta pesquisa.

Consideram-se a seguir os aspectos relacionados à vulnerabilidade social.

No desenrolar das histórias improvisadas cenicamente, eram comuns as alusões a mortes acidentais (afogamento, atropelamento) ou repentinas, que, acrescidas dos comentários extra-dramatização, denunciam a proximidade constante da morte no contexto social (IC 15).

As referências a roubos de bens materiais e pessoais, ao uso de drogas como fuga da realidade podem ser associados à insatisfação de necessidades básicas, como moradia, segurança e estrutura familiar estável. (IC 16).

As características do cotidiano dos jovens escolares que participaram dos encontros de teatro espontâneo evidenciaram a situação de vulnerabilidade social em que se encontram e a conseqüente priorização das “necessidades inferiores” que, ainda não satisfeitas, pouco espaço deixam para que “necessidades superiores” façam parte de suas vidas. Sem que seja necessário um aprofundamento na área da psicologia, a hierarquia das necessidades humanas pode ajudar a ilustrar o contexto em que vivem os sujeitos desta pesquisa. A proposta teórica categoriza as necessidades humanas na forma de uma pirâmide, e na seguinte ordem a partir da base: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de auto-estima, de auto-realização (MASLOW, 1970).

Para explicar a preponderância de uma necessidade sobre outra, Maslow fez uma divisão em dois grandes grupos: necessidades inferiores e necessidades superiores. Assim, quando duas necessidades são frustradas, a que se encontra em nível mais baixo na hierarquia prevalece no indivíduo, tornando-se mais necessária a sua satisfação. Por exemplo, é mais fácil sentir-se preocupado por segurança do que por respeito (AGUIAR, 2001).

As condições de vida podem esclarecer a relatividade na importância dada à correção visual, mas ainda há que se considerar os aspectos pessoais internos com relação à aceitação das deficiências e à disposição para tratamentos (NOBRE, 2001).

A relação médico/paciente é relevante para a compreensão de como se dá a concretização do tratamento. Em cena de consulta médica, a personagem “paciente” subtrai informações e nega a doença ao mesmo tempo em que deseja a cura, no que a personagem “médico” corresponde receitando de acordo com o que lhe é solicitado (IC 17). É possível interpretar a negação da doença como origem da negação do tratamento, uma vez que a prescrição médica é descartada no momento em que se retiram do consultório e se dirigem a passeio no parque em vez de providenciar o tratamento proposto. Há uma clara ruptura do processo de relação entre o indivíduo e o atendimento médico. Pode-se supor que esse fenômeno tenha a ver com o fato de o paciente não se sentir sujeito na construção de sua própria saúde.

Assim como em outras relações profissionais, existe uma tensão na relação entre agente e paciente; o primeiro dá as ordens e o segundo deve obedecer. A desconsideração da ordem pode ser interpretada como uma forma de luta pelo poder, na medida em que aquele que deveria obedecer não participa da decisão.

Se o médico é aquele que ajuda (terapeuta = ajudante), o poder seria do paciente, com o terapeuta a seu serviço, mas quem detém o conhecimento passa a ter o poder. Ficam assim invertidas as posições na relação de poder e isso é contestado na forma de desconsideração. Essa reflexão pode ser associada aos ritos de inversão identificados pelo antropólogo Roberto da Matta em eventos populares, como o carnaval, em que a elite social assiste ao desfile dos humildes fantasiados de nobres (MATTA, 1983).

Em várias sessões de teatro espontâneo houve cenas de procura por serviços médicos, que podem ser interpretadas como busca de proteção e solução externa para problemas como o uso de drogas, inquietações amorosas, pretensa loucura (IC 17, 18), que poderiam ser resolvidos em outras instâncias. Como metáfora da fraqueza pessoal, era mencionada a “anemia” e como desejo de transferência de responsabilidade para uma esfera superior de conhecimentos intelectuais era solicitada a “internação”, numa aparente demonstração de passividade e submissão.

A mesma passividade e conformismo pode ser percebida com relação à deficiência. Não houve comentários sobre fazer consultas periódicas ao médico, modificar o tipo de auxílio ou o poder dióptrico das lentes dos óculos quando já não se mostram adequados. Eram preferidas as histórias em que não existissem referências explícitas à deficiência visual e não fosse necessária a boa acuidade visual para o desenrolar da ação. Não houve demonstrações de interesse em atividades prazerosas que exijam boa acuidade visual; não houve comentários sobre livros, jogos de cartas, de palavras cruzadas ou quebra-cabeças.

Por outro lado, as relações sociais parecem ocupar posição de destaque entre as preocupações de adolescentes. A cena em que a protagonista perde os óculos por cair no vaso sanitário externa o sentimento de desconforto em relação ao uso de um auxílio óptico em público. A dinâmica social, nessa encenação, foi representada pelo colega que espalha a notícia (de dor de barriga) e pela protagonista que prefere se ausentar (vai embora mais cedo) a enfrentar a situação (IC 19).

A idade da adolescência é a etapa da vida em que a socialização assume importância fundamental. Para pertencer a um grupo, os adolescentes procuram ser o mais semelhante possível uns dos outros – nas vestes, no corte de cabelo, no palavreado, no comportamento geral. Desejam ser adequados e não querem ser diferentes ou especiais (KEF, 2002).

Para se socializar, abrem mão dos recursos ópticos necessários à melhoria da visão. As brincadeiras de colegas, o prejuízo estético oriundo da interferência na aparência causada pelos óculos e outros recursos incomuns, o desconforto da diferença são demais importantes nessa fase da vida do adolescente para serem preteridos em função de enxergar melhor.

6 - CONCLUSÕES

Os dados analisados conduzem às conclusões apresentadas a seguir.

1. Em relação à deficiência visual:

- . insuficiência de conhecimento em relação às causas da deficiência visual;
- . conhecimentos acerca da finalidade e da correta utilização dos auxílios ópticos;
- . desinformação sobre recursos ópticos por parte das pessoas com quem os sujeitos se relacionam no ambiente escolar;
- . dificuldade de adaptação ao uso dos auxílios ópticos;
- . manutenção insuficiente dos auxílios ópticos;
- . insuficiência no seguimento do tratamento médico.

2. Em relação aos aspectos socioculturais e emocionais:

- . desconforto no uso de recursos ópticos em público;
- . limitação do uso de auxílio óptico ao período escolar, mediante pressão;
- . necessidade de socialização preponderante em relação à necessidade de enxergar bem;
- . atividades do contexto social e doméstico dissociadas de atividades escolares e sem exigência de boa acuidade visual;
- . negação da deficiência visual;
- . passividade e conformismo;
- . falta de participação nas decisões sobre tratamentos para sua própria saúde.

O método qualitativo de pesquisa permitiu verificar concepções e aspectos socioculturais e emocionais relacionados à deficiência visual. Por meio da técnica psicodramática, foi possível identificar o modo como os sujeitos utilizavam os auxílios ópticos, suas necessidades, dificuldades e barreiras na efetivação dos tratamentos a eles prescritos.

Adolescentes portadores de baixa visão participantes de uma sessão de teatro espontâneo, enquanto dramatizam situações pessoais e reconhecem semelhanças e diferenças nas dificuldades encontradas em suas vidas, mostram ao pesquisador a conjuntura sociocultural em que vivem.

A possibilidade de olhar para um problema a partir de duas perspectivas - a da ciência e a do adolescente inserido na sociedade - amplia o campo do atendimento oftalmológico com enfoque reabilitacional.

***7 - REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- AGUIAR, M. **Teatro espontâneo e psicodrama**. São Paulo: Ágora, 1998. 221 p.
- AGUIAR, M., BATAGLINI, R.; GARCIA, M.N.; MONTEIRO, G.B.M.; RIGOLETTO, R.N.; RIX, K.C. O psicodrama e a educação sexual através do teatro-debate. **Revista Brasileira de Psicodrama** 12 (2): 169-178, 2004.
- AGUIAR, R.M. **A hierarquia das necessidades de Maslow em estudantes de diferentes cursos universitários**. São Paulo, 2001. (Tese - Doutorado – Universidade de São Paulo)
- AMIRALIAN, M.L.T.M. A integração dos deficientes visuais: aspectos psicológicos e sociais. **Boletim de Psicologia**, 40(92-93): 61-4, 1990.
- BALLY, G. **El juego como expresión de libertad**. México, DF: Fondo de Cultura Economica, 1958.
- BIEBER-SCHUT, R. The use of drama to help visually impaired adolescents acquire social skills. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 85(8): 340-1, 1991.
- BOAL, A. **Jogos para atores e não-atores**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 347 p.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Série Diretrizes 8. **Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial: área de deficiência visual**. Brasília, DF, 1995. 58p.
- BRASIL. Ministério da Educação. SEESP. **Resolução 95/2000**: Dispõe sobre o atendimento dos alunos com necessidades educacionais da rede estadual de São Paulo. Brasília: MEC, 2000.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1999. 445 p.
- CARVALHO, K.M.M. **Visão subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil**. Campinas, 1993. (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).
- CARVALHO, K.M.M. Recursos para visão subnormal. **Arq Bras Oftalmol**, 60: 317-9, 1997.

CARVALHO, K.M.M. Reabilitação visual – recursos ópticos. In: KARA-JOSÉ, N.; ALMEIDA, J.G. **Senilidade Ocular**. São Paulo: Roca, 2001. p.217-20.

CARVALHO, K.M.M.; FREITAS, C.C.; KIMOLTO, E.M.; GASPARETTO, M.E.R.F. Avaliação e conduta em escolares portadores de visão subnormal atendidos em sala de recursos. **Arq Bras Oftalmol**, 65: 445-9, 2002.

CHANG, S.C; SCHALLER, J. The views of students with visual impairments on the support they received from teachers. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 96: 558-71, 2002.

COLENBRANDER, A.; LIEGNER, J.T.; FLETCHER, D.C. Enhancing impaired vision. In: FLETCHER, D.C. editor **Low Vision Rehabilitation: caring for the whole person**. San Francisco: American Academy Ophthalmology, 1999.

COLENBRANDER, A. Reabilitação de baixa visão. In: VEITZMAN, S. **Visão subnormal**. São Paulo: CBO, 2000. 162 p.

FANCHETTE, J.: Psicodrama y teatro moderno. Título original francês: Psychodrame et théâtre moderne. Trad. espanhol: Vazquez J. Buenos Aires: Ed.La Pléyade, 1975.

FAYE, E.E.: **Clinical Low Vision**. 2.ed, Boston (MA): Little, Brown & Co, 1984. p. 27-44.

FAYE, E.E.; ALBERT, D.L.; FREED, B.; SEIDMAN, K.R.; FISCHER, M. **The lighthouse ophthalmology resident training manual – a new look at low vision care**. New York: Lighthouse International, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, W.B. **Psicodrama e educação: uma proposta educacional para o redimensionamento das relações humanas**. Campinas, 1993. (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

FINE, E.M.; KIRSCHEN, M.P.; PELI, E. The necessary field of view to read with an optimal stand magnifier. **J Am Optom Assoc** 67(7): 382-9, 1996.

FLECK, M.P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública** 37(6): 793-9, 2003.

FONDA, G.E. Designing half-eye binocular spectacle magnifiers. **Surv Ophthalmol** 36(2): 149-54, 1991.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 184 p.

GASPARETTO, M.E.R.F. **Visão subnormal em escolas públicas: conhecimento, opinião e conduta de professores e diretores do ensino fundamental**. Campinas, 2001. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

GREEN, L.W.; KREUTER, M.W. **Health promotion planning: an educational and environmental approach**. Mountain View: Mayfield, 1991.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica: para a crítica da hermenêutica de Gadamer**. Porto Alegre: L & PM, 1987.

HUIZINGA, J. **Homo Ludens - O jogo como elemento da cultura**. 4^a ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

HUURRE, T.M.; KOMULAINEN, R.J.; ARO, H.M. Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness** 93: 26-37, 1999.

JENNINGS, S. **The handbook of dramatherapy**. London, New York: Routledge, 1994, 232 p.

KARAGIANNIS, A.; STAINBACK, S.; STAINBACK, W. Fundamentos do ensino inclusivo. In: STAINBACK, S.; STAINBACK, W. (editores) **Inclusão: um guia para educadores**. Porto Alegre: Artmed, 1999. 451 p.

KAUFMAN, A. **Teatro Pedagógico: bastidores da iniciação médica**. São Paulo: Ágora, 1992.

KAUFMAN, A. A ação de transformar: teatro pedagógico. **J Bras Psiquiatr** 42 (8): 421-3, 1993.

KEF S. Psychosocial adjustment and the meaning of social support for visually impaired adolescents. **Journal of Visual Impairment & Blindness**. 96: 22-37, 2002.

KITZINGER, J. Qualitative research: introducing focus groups. **BMJ** 311: 299-302, 1995.

LECOQ, J. **Le théâtre du geste: mimes et acteurs**. Paris: Bordas, 1987.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; SCANDAR, S.A.S.; YASSUMARO, S. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. **Rev Saúde Pública** 38(3): 405-14, 2004.

LEAVELL, H.R.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LIEBERMAN, L. J.; MAC VICAR, J. Play and recreational habits of youths who are deaf-blind. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 97: 755-768, 2003.

LIMA, N.S.T. Inclusão e Teatro Espontâneo: novos regimes de verdades? **Revista Brasileira de Psicodrama** 10 (2): 11-22, 2002.

LIMA, N.S.T. **Inclusão escolar e a identidade do professor: a escola como palco de invenção**. Campinas, 2003 (Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

MASLOW, A. H. **Motivation and personality**. New York: Harper & Row, 1970.

MATTA, R. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. 272 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MONTILHA, R.C.I. Visão Subnormal e a abordagem da terapia ocupacional. **Sinopse de Oftalmologia** 3 (1) 22-4, 2001.

MORENO, J.L. **Psicodrama**. 8^a ed. São Paulo: Cultrix, 2002. 492 p.

MÜLLEN, P.D.; IVERSON, D. Qualitative methods for evaluative research in health education programs. **Health Education** 13 (3) 11-8, 1982.

NIZETIC, B. Perspectives in ophthalmology public health point of view. **Can J Ophthalmol** 8: 311-6, 1973.

NIZETIC, B. Eye-health care (clearing-up terminology). (baseado em palestra proferida em 1975 na University Eye Department, Medical School, Trivandrum, Southern India). WHO Regional Office for Europe, 1976.

NOBRE, M.I.R.S. **Identificação de crianças portadoras de deficiência visual: percepção e conduta de mães**. Campinas, 2001 (tese – doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação Internacional de Doenças (CID-10)**, Grupo de Estudos sobre a Prevenção da Cegueira. WHO Technical Report Series nº 518, 1973.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **O atendimento de crianças com baixa visão**. Programa para a prevenção de cegueira da Organização Mundial de Saúde. Bangkok: OMS, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / CONSELHO INTERNACIONAL DE OFTALMOLOGIA – OMS/CIO. **Visual Standards – Aspects and Ranges of Vision Loss, with emphasis on Population Surveys**. Resolução adotada pelo International Council of Ophthalmology-ICO, Sydney, Austrália, (2002), preparada por August Colenbrander, MD. Disponível em: www.icoph.org/pdf/visualstandardsreport.pdf > acesso em 10 mai.2005.

PEAVEY KO, LEFF D. Social Acceptance of adolescent mainstreamed students with visual impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 96 :808-9, 2002.

- SALAS, J. **Playback theatre**. São Paulo: Ágora, 2000, 17 p.
- TEMPORINI, E.R. (1986) **Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1986. (Tese - Doutorado – Universidade de São Paulo).
- TEMPORINI, E.R. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública: considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq Bras Oftalmol**, 54: 279-81, 1991.
- TEMPORINI E.R., KARA-JOSÉ, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de investigação. **Arq Bras Oftalmol**, 58(3): 189-92, 1995.
- TEMPORINI, E.R. A pesquisa na ciência oftalmológica – o que investigar? **Sinopse de Oftalmologia** 4 (1): 15-7, 2002.
- TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N. A perda da visão – estratégias de prevenção. **Arq Bras Oftalmol**. 67(4): 597-601, 2004.
- TORRES-GODOY, P.H. **Dramaterapia**. Santiago: Cuarto Próprio, 2001. 134 p.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION - UNESCO. **O direito de comunicar – expressão, informação e liberdade**. Síntese de FISHER, D. Tradução de MALTA, L.R.S.S. São Paulo: Brasiliense, 1982. p.77. Título original: The right to communicate: a status report (reports and papers on mass communication, 94).
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION - UNESCO. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais**. {Adotada pela Conferência Mundial sobre Educação para Necessidades Especiais: Acesso e Qualidade, realizada em Salamanca, Espanha, em junho de 1994}. Genebra: UNESCO, 1994. 47 p.
- WOLFFE, K. E., THOMAS K. L., SACKS, S. Z. **Focused on: social skills for teens and young adults with visual impairments – Study Guide**. New York: AFB Press, American Foundation for the Blind, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION **Strategies for the prevention of blindness in national programmes**. A primary health care approach. 2.ed. Genève: WHO, 1997.

8 - ANEXOS



Quadro I - Classes de acuidade visual e habilidade de leitura estimada

CLASSIFICAÇÃO CID-9 CM (OMS /CIO)		VALORES DA ACUIDADE VISUAL				DISTÂNCIAS DE LEITURA E AUXÍLIOS SUGERIDOS
Tipos de Visão		Notação Decimal	Notação Snellen	Tabela 1 metro	Magnificação Requerida	
Visão Normal (Próximo a)	Visão Normal	1,5	6/4	1/0,67	0,67	Distância de leitura: 33 cm ou maior Bifocais comuns
		1,2	6/5	1/0,83	0,83	
		1,0	6/6	1/1	1	
		0,8	6/7,5	1/1,25	1,25	
	Visão Próxima ao Normal	0,6	6/10	1/1,67	1,67	Distância de leitura: 33 a 20 cm Bifocais fortes: 3 a 5 D Lupas baixa magnificação: 5 a 8D
		0,5	6/12	1/2	2	
		0,4	6/15	1/2,5	2,5	
		0,3	6/20	1/3,33	3,33	
Baixa Visão	Baixa Visão Moderada	0,25	6/24	¼	4	Distância de leitura: 16 a 10 cm Óculos meia-armação com prismas para binocularidade: 6 a 10 D Lupas fortes: >8 D
		0,20	6/30	1/5	5	
		0,15	6/40	1/6,6	6,6	
		0,12	6/50	1/8,3	8,3	
	Baixa Visão Grave	0,10	6/60	1/10	10	Distância de leitura: 8 a 5 cm (monocular) Lente alto poder leitura: 12 a 20 D Lupas alto poder: >16 D Vídeo magnificação
		0,08	6/72	1/12	12	
		0,06	6/100	1/16,4	16,7	
		0,05	6/120	1/20	20	
	Baixa Visão Profunda	0,04	6/150	1/25	25	Distância de leitura: 4 a 2 cm (monocular) Lente alto poder leitura: 24 a 48 D Lupas alto poder: >28 D Vídeo magnificação Programas de voz e substituição visão
		0,03	6/180	1/30	30	
		0,025	6/240	1/40	40	
		0,02	6/300	1/50	50	
Cegueira (Próximo a)	Próximo a Cegueira	0,017	6/360	1/60	60	Vídeo magnificação Programas de voz e substituição visão
		0,013	6/480	1/80	80	
		0,010	6/600	1/100	100	
		0,008	6/750	1/125	125	
	Cegueira Total			SPL		Programas de voz e substituição visão

Quadro II - Aspectos da perda da visão

Distúrbio	Deficiência	Inabilidade	Desvantagem
Mudanças Anatômicas	Mudanças na função do órgão	Perda de habilidades individuais	Conseqüências sociais
Cuidado médico, Cirúrgico	auxílios, dispositivos visuais		educação, treinamento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Paciente:		
HC:	RG:	Idade:
Responsável legal:		
Parentesco:	RG:	Idade:
Endereço:		
Telefone:		

Dados sobre a pesquisa científica

Título: Concepções e uso de auxílios ópticos por escolares com deficiência visual

Pesquisadora: Gelse Beatriz Martins Monteiro

Mestranda em Ciências Médicas - Disciplina de Oftalmologia da

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Local: Campus da Universidade Estadual de Campinas – SP

Risco: Ausência de risco para o paciente.

Objeto da Pesquisa: Verificar as dificuldades de aceitação e utilização dos auxílios ópticos por escolares por meio da técnica de teatro espontâneo.

Benefícios esperados: Melhor adaptação à situação e aceitação da necessidade de uso de auxílio ótico.

Estou ciente de que as informações obtidas e os resultados serão inteiro conhecimento do Paciente ou representante legal e de que qualquer dúvida será esclarecida pela pesquisadora. O estudo não afetará de nenhuma forma a integridade física dos pacientes. Autorizo a utilização, pelos pesquisadores e pela UNICAMP Universidade Estadual Paulista, de imagens gravadas ou filmadas das encenações teatrais. A identificação do paciente será preservada e será mantido sigilo sobre informações privadas e confidenciais.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Campinas SP,

paciente

representante legal

responsável pela pesquisa

Serviço de Visão Subnormal HC UNICAMP: 19 3788.7936

Comitê de Ética em Pesquisa: 19 3788.8936

Transcrição completa das sessões de teatro espontâneo

As sessões de teatro espontâneo foram realizadas na sala de recursos da Escola Estadual Coronel Luiz Alves, na rua Padre Anchieta, 173 - Vila Siqueira Campos, Santa Bárbara d'Oeste – SP, no horário normalmente freqüentado pelos escolares.

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, os nomes utilizados nesta transcrição são fictícios, conforme abaixo:

Sujeito n.1: Ana; sujeito n.2: Antonio; sujeito n.3: Gilda; sujeito n.4: Jane; sujeito n.5: Liana; sujeito n.6: Rubens; sujeito n.7: Tania.

Em alguns encontros houve a presença de visitantes que participaram das encenações e que serão mencionados com nomes também fictícios: Eva (escolar de 12 anos, cega); Fernanda (escolar de 10 anos, baixa visão); Bela (escolar de 11 anos, visão normal), Jonas (adulto, cego).

1º Encontro – 08.12.2003 (o pescador e o papagaio)

Participaram do encontro os 7 sujeitos objeto desta pesquisa, um adulto cego, pai de aluno e freqüentador usual da sala, a pesquisadora/diretora de cena e uma atriz auxiliar. A sessão foi gravada em fita cassete sob responsabilidade da pedagoga e professora da sala de recursos.

Para iniciar o trabalho foi feito aquecimento corporal e grupal por meio de jogos de reconhecimento do espaço, integração entre videntes e cegos e esclarecidas as necessidades de apoio por parte dos que não enxergam.

Os participantes formaram uma roda e cada um circulou tocando as pessoas e falando seus nomes. Depois, em duplas, um guiava o outro que estava de olhos vendados e era invertida a posição de condutor(vidente)/conduzido(de olhos vendados). A seguir, foi solicitado que contassem para o colega ao lado a primeira história que veio à mente durante o jogo em que estavam de olhos vendados. Na seqüência, formaram-se três grupos de três

peças que contavam a história que tinham ouvido e acrescentavam um fato imaginado. Foram trocados os participantes de cada grupo para que as histórias ouvidas fossem recontadas, de modo que as histórias circularam e foram ouvidas por todos e até misturadas.

Os três grupos dramatizaram suas histórias finais:

1. Um menino estava andando de bicicleta quando atropelou uma menina que caiu no chão e começou a chorar. Ele pediu desculpas e ela saiu correndo para contar para a mãe dela. Ele foi para casa, ligou a televisão e passou a assistir um programa de auditório. O apresentador estava brigando com um papagaio que não parava de cantar “olê, olê, olá...”. Se ele não parasse de cantar, o apresentador o tiraria do programa. Ele canta de novo e é expulso. Em "off", o papagaio canta “Cê acha que sou tonto? olê, olê, olá, tô te vendo ainda, olê, olê, olá”.

2. Um pescador, na beira de um rio, e um papagaio que cantava sem parar o refrão de música de programa de televisão. O pescador mandou o papagaio se calar ou o jogava no rio. O papagaio continuou a cantar e o pescador o jogou no rio. O papagaio então cantou “Não me importo, eu sei nadar, olê, olê, olá”.

3. Uma menina caiu no chão, bateu o nariz. O nariz cresceu e cresceu. Ficou enorme. Começaram a se criar galhos no nariz. Veio um passarinho, piu, piu, piu, fez um ninho no nariz. Então começou a coçar, coçar a pontinha do nariz que ela não alcançava. Precisou comprar uma mãozinha mecânica para coçar o nariz.

Foi sugerida a encenação do prolongamento de uma das histórias e foi escolhida a do papagaio (número 2). A dramatização, de improviso, tomou o seguinte rumo:

Um menino está pescando na beira do rio. Aparece um papagaio e começa a cantar o refrão de música de programa de televisão. O pescador joga o papagaio no rio. O papagaio canta “Não me importo, eu sei nadar, olê, olê, olá”.

Neste ponto da encenação, a diretora não ouve bem o que foi dito e pergunta para a protagonista se o papagaio disse que não sabe nadar. Ela confirma a suposição e a história segue outro rumo:

O papagaio se afogou e morreu. O pescador leva o papagaio para ser enterrado. É encenado o enterro do papagaio com vários amigos de penugem negra (corvo, urubu). Todos choram. A seguir há uma seqüência de mortes, inclusive do pescador que depois levanta do túmulo e assombra os outros com uma metralhadora. Entra em cena o cozeiro (atriz auxiliar) para organizar a confusão. Acontecem ainda várias mortes, o pescador é preso pela polícia e depois de alguns dias morre na cadeia.

Ao término da encenação, os participantes, em círculo, comentaram suas percepções da experiência e colocaram seus sentimentos e a facilidade de interação e movimentação em cena.

2. Encontro – 11.12.2003 (os óculos caíram no vaso sanitário)

Presentes: pesquisadora/diretora de cena, professora da sala de recursos, 5 sujeitos da pesquisa (4 com baixa visão e 1 cego), uma aluna (cega) de outro período, sua acompanhante (visão normal), o pai de um dos escolares (cego). Encontro registrado por meio de gravação em fita cassete.

O aquecimento foi iniciado com reconhecimento dos participantes uns pelos outros, pelo tato, já que havia 3 pessoas cegas. A seguir, houve cantigas de roda, com os participantes circulando e reconhecendo o espaço. Foram feitos exercícios de concentração: prestar atenção em si mesmo, em seu corpo, no espaço em volta de si. Prestar atenção nos outros; quem enxerga olha, quem não enxerga ouve a voz, sente o cheiro, toca. Voltar a prestar atenção em si mesmo. Observar os órgãos dos sentidos: sentir cheiros, ouvir sons, sentir gosto de alimentos (por memória), sentir o tato.

Foram feitos também exercícios de treino de ator: pensar em animais, comunicar-se como se fossem os animais.

A direção de cena pediu que lembrassem histórias de acontecimentos na escola, e as contassem em duplas. As duplas foram trocadas e as histórias recontadas, incluindo, a pedido da diretora de cena, a palavra *óculos*. Mais uma vez foram trocadas as duplas e recontadas a história com *óculos perdidos ou quebrados*.

Em resumo, foram contadas 3 histórias, com os seguintes temas:

1. “Fui jogar futebol e meu amigo quebrou meus óculos”
2. “Achei meus óculos com as lentes soltas dentro da bolsa e tive que pedir à diretora da escola para consertar”
3. “Meus óculos caíram na privada”.

Foi escolhida uma das histórias (número 3) para prosseguimento em forma de dramatização.

Cena 1: A protagonista escolhe o nome Amanda para usar em cena. O local da cena é o banheiro da escola. Amanda vai ao banheiro acompanhada pela amiga Tatiane. Falta papel higiênico e Tatiane vai pedir à professora. O colega Pedro ouve e sai espalhando pela escola que Amanda está com dor de barriga. Amanda diz à professora que seus óculos caíram dentro da privada e foram embora quando deu a descarga, e pede permissão para ir embora. No portão da escola, Amanda conta para a mãe sobre seus óculos, e elas vão para casa e contam para o pai. Quando ia ser repreendida, acha os óculos dentro da bolsa e diz rindo que era mentira. A protagonista diz que a história terminou.

A diretora de cena pede ressonâncias, mas apenas um participante lembra um fato que não desperta interesse dos outros, então pede outros finais para a mesma história. Vários participantes dão sugestões e inicia-se uma cena:

Cena 2: O pai de Amanda “tira satisfação” com Pedro e com o pai dele. Depois Pedro convida Amanda e Tatiane para brincar na casa dele. Provoca Amanda e apanha dela. Os pais são chamados para resolver o conflito e repreendem os jovens. No final, os três amigos resolvem brincar juntos.

Compartilhamento: os participantes não se manifestam e a diretora de cena agradece cada um dos atores e solicita palmas. A sessão é finalizada com as palmas.

3. Encontro - 15.04.2004 (conversa informal - cena de consulta médica)

Presentes: a pesquisadora/diretora de cena, a professora da sala de recursos, os 7 alunos sujeitos da pesquisa e uma nova aluna de 9 anos. A sessão foi filmada por um operador de câmera.

Este encontro pode ser dividido em duas partes:

Conversa informal

No início da sessão, antes da dramatização, houve uma conversa informal, enquanto era esperada a chegada de alguns retardatários. Sentados em círculo, todos conversaram sobre duas sessões anteriores que não foram filmadas, mas gravadas em fita cassete. Os alunos lembraram as histórias representadas e comentaram as cenas mais engraçadas. Liana estava lendo o Diário Braile. À pergunta sobre o que é o diário, respondeu que é sobre a superação da deficiência visual. A escola recebe uma versão impressa para a professora, outra com tipos ampliados para os que têm baixa visão e uma em braile.

Uma das alunas, de baixa visão, não conhecia o diário e então separou-se da turma e leu o jornal após colocá-lo sobre uma mesinha.

Em seguida os alunos comentaram como eles falam “errado”. Dizem *física* em vez de educação física, *arletismo* em vez de atletismo, chamam os professores de *dona* e *dono*, ou às vezes de *psor*, *psora*.

Na seqüência, falou-se sobre o que é teatro espontâneo:

Pesquisadora: “o que fazemos aqui ?”

Tania: “teatro espontâneo; a gente inventa um teatro”.

Liana: “a gente conta uma história, a gente encena ela, depois a gente inventa mais um final dela”.

Estimulados pela pesquisadora, cada um falou sobre sua deficiência visual. Alguns sabem o nome da doença, outros sabem apenas a origem, nem sempre científica.

Pesquisadora: “o que você tem no olho?”

Ana: “não lembro”.

Pesquisadora: “você lembra, Tania?”

Tania: “acho que é um tipo de aniridia”.

Pesquisadora: “e o que é aniridia?”

Tania: “eu acho que a minha bolinha é um pouco aberta, do olho, um pouquinho aberta, eu acho que é isso, só pode ser isso”.

Ana: “eu enxergo mais com esse olho, com esse olho dá para ver todas as pessoas aqui”.

Pesquisadora: “e você, Fernanda?”

Fernanda: “é por causa de urina de gato”.

Professora: “ela tem coriorretinite macular”.

Jane: “os médicos lá da UNICAMP falam que isso aí tem no meu (olho) mas quando minha mãe tava grávida não tinha bicho”.

Quando o assunto é a doença, há silêncios, cada um fala por sua vez, não há falas sobrepostas, a voz é baixa, diferentemente de outros momentos, em que contam histórias e riem e atropelam a fala uns dos outros.

Quando comentam os tipos de auxílios que usam e como os utilizam, há risadas e comentários diversos. Algumas histórias são contadas:

Ana: “quando eu levo o dicionário para a escola, quando eu leio assim com o telescópio, assim de pertinho, fica embaçado”.

Antonio: “o telescópio é para longe. Eu tenho um telescópio para lousa e uma lupa para letra pequena, tipo dicionário”.

Tania: “aí todo mundo fica falando assim, ‘põe a lupa, põe a lupa’, e eu falo assim que a lupa é para longe, é para longe, aí falam ‘põe a lupa, põe a lupa’, aí eu chego bem pertinho e digo, ‘assim não dá, não dá, a lupa é para longe’, mas elas insistem”.

Na verdade ela tem óculos para perto, mas não usa, informa a professora.

Pesquisadora: “então isso acontece quando você está sem os óculos?”

Tania: “É, isso”.

Antonio: “essa menina aí é preguiçosa, tem preguiça de usar óculos”.

Liana: “ela vai para a diretoria porque quem não usa óculos vai para a diretoria, porque ela não usa e ela tem que usar”.

Jane diz que não usa os óculos porque quebrou uma “perninha”. Outros contam que quando quebra, levam à ótica e lá os óculos são consertados sem custos.

Em seguida, é explicado a eles o porquê das sessões de teatro espontâneo, a investigação científica, o objetivo de conhecer o modo de utilização dos recursos ópticos.

Dramatização

Iniciam-se as brincadeiras de aquecimento: conhecer o espaço, brincar de roda, telefone sem fio. Na terceira rodada de telefone sem fio, é construída uma história coletiva e a partir dessa, inicia-se a dramatização da compra de um automóvel Ferrari.

Antonio, Jane, Tania, Ana disputam os papéis. Os outros instalam-se na platéia.

Cena 1: Os vendedores da loja de automóveis sentam, cruzam as pernas e fingem fumar. Entra o comprador, pede uma Ferrari. O vendedor diz que custa muito caro, mas dá um preço que o comprador diz ser muito baixo. Vem o gerente, mostra os carros. O comprador pede para alguém representar o carro. Duas meninas encenam os carros. O comprador afirma que quer comprar, mas o gerente não aceita cheque, então ele resolve ir a outra loja comprar um Audi.

Cena 2: Os mesmos atores, em personagens diferentes. Duas meninas são carros, uma é vendedora e um garoto é o comprador. O ator que faz o personagem comprador pede para mudar de papel e passa a ser o vendedor porque, nas suas palavras, “*eu sou bom, entendo de carros*”. A partir daí Jane, agora compradora, passa a ser a protagonista. A cena se desenvolve com movimento, risos, interações. A compra é efetuada, os carros são levados para casa. O mecânico é chamado para consertar os carros. Entra mais uma participante para o papel de mecânico. Após o conserto, o carro foge. Há uma discussão entre mecânico e proprietário. A polícia é chamada.

Cena 3: Na delegacia, o delegado coloca-se com os pés em cima da mesa. Chegam a protagonista e o mecânico. A protagonista diz que o mecânico roubou o carro, diversas outras coisas e inclusive seu filho. Há acusações, defesas, e a protagonista diz que o filho sumiu e quer que sejam procurados tanto o carro como o filho. Há diversas sugestões da platéia. A protagonista usa os termos carro e filho do mesmo modo, confundindo-os.

Protagonista: “essa ladrona roubou meu “fio”, roubou meu carro, minha casa, roubou tudo, até meu filho, roubou”.

Chega um repórter, a história do roubo é contada. Fernanda, a mais nova da turma entra em cena como filha. A mãe diz, surpresa: “Meu filho, minha filha, você desapareceu, saiu correndo com o carro, que aconteceu?”

Filha: “cheirei farinha”.

Todos riem. A mãe sacode a filha, diz que precisa de um médico: “cadê o médico desta cidade?”

Cena 4: É montada a cena de atendimento no consultório. Há o médico, a enfermeira, a mãe e a filha.

Protagonista: “Bom doutor, vim ver minha filha que está doente, tem ataque. De uma em uma hora dá um ataque nela”.

Médico: “ela precisa fazer uns exames. A senhora autoriza, mãe?”

A enfermeira passa a fazer os exames de sangue, de cabeça. Como o filho não chora, alguém da platéia vem para fazer o choro.

Retornam ao consultório médico.

O médico compenetrado lê todos os exames, faz diagnósticos, a mãe faz perguntas, preocupada.

Médico: “aqui diz que deu nela um problema de sangue (pede mais resultados de exames para a enfermeira)”.

Protagonista: “que que ela tem ? Anemia ?”

Médico: “não; deu problema nela na cabeça, devido que, esse probleminha aí que você falou. Ela usou drogas ?”

“Não”.

“Vocês fizeram uso de drogas ?”

“Não”. (mãe e filha balançam a cabeça negativamente)

Médico: “então deu zero”.

Protagonista: “vai precisar internar ela?”

Médico: “não; ela já melhorou depois daquilo lá; não vai precisar internar; vai precisar dar remédio. Fluoxetina”

Protagonista: “procetina?”

Médico: “fluoxetina; faz a receita por mim, enfermeira”.

A mãe recebe a receita e sai do consultório com a filha. Deixa a receita sobre um móvel ao lado da cama. A direção de cena pergunta :

“para onde vocês vão agora?”

Protagonista: “agora a gente vai passear no parque, essas coisas”.

Há mais um retorno ao médico, outra consulta. A mãe justifica o problema da filha supostamente devido a brigas com namorado.

Médico: (dirigindo-se à filha) “o que acontece com você? Diz para mim”.

Mãe: “é que o namorado dela deixou ela e ela está nervosa”.

Médico: “então não vai precisar de novos exames; você está bem”.

Saem do consultório e vão para casa satisfeitos. Não há menção aos remédios, a receita com a qual saíra do consultório se abanando ficou sobre uma mesa. Fim da encenação.

Alguém pergunta sobre o carro desaparecido mas não há resposta, então a direção pergunta aos participantes sobre o que imaginam como final para os carros. Cada um sugere um final. Palmas. Todos em círculo, compartilham as emoções da dramatização.

4. Encontro de 27.05.2004 (uso dos auxílios – novela de televisão)

Participantes: Pesquisadora/diretora de cena, professora, 6 sujeitos da pesquisa, (e com baixa visão e uma cega), uma aluna de outro período (cega), a aluna nova (baixa visão) e a irmã de uma aluna (visão normal). O registro da sessão foi feito por meio de filmagem.

Os participantes sentam-se em círculo, Bela, a irmã de uma participante se apresenta, diz que tem miopia, usa óculos.

Pesquisadora: “vamos contar para a Bela o que a gente faz aqui”.

Liana: “quer que eu fale? a gente faz teatro espontâneo?”

Jane: “a gente conversa”.

Liana: “a gente conversa sobre consultório, a gente brinca”.

Tania: “a gente conta sobre as nossas vistas”.

Liana: “na última vez, nós representamos a história de um carro”.

Jane: “é, o carro fugiu”.

Liana: “eu era mecânico e eu virei neurologista”.

Jane: “esse aqui era o vendedor de carros”.

Liana: “depois ele virou advogado”.

Jane: “e a Aline imitou o choro da Franciele que tinha medo de injeção. Eu tenho medo de injeção”.

Antonio: “Ah, deixa eu falar uma coisa importante. Ontem tomei minha última dose de vacina contra hepatite B”.

Jane: “eu não preciso”.

Antonio: “precisa. Todo mundo precisa. Esse ano vou tomar de tétano”.

Jane: “ah, é, eu já tomei as três”.

Liana: “uma menina de 18 anos, lá no posto chorou para tomar vacina de febre amarela”.

Todos riem. Chega Rubens, atrasado. Voltam a comentar o teatro do encontro anterior.

Antonio: “posso falar uma coisa ? vamos tentar fazer uma história mais real, porque carro não tem jeito, parece desenho animado”.

Jane: “quero fazer novela”.

Liana: “vamos fazer filme, então, melhor ainda”.

Pesquisadora: “você começaram a lembrar a dramatização de consulta médica e logo lembraram de injeções, vacinas. E em casa, depois da dramatização, vocês lembraram ou pensaram alguma coisa?”

Todos respondem negativamente e passam a comentar outras cenas de encontros anteriores. O papagaio e o Silvio Santos, o nariz que crescia.

Antonio conta uma piada sobre empregado de uma empresa que usava o telefone e foi castigado, colocado numa cruz.

Inicia-se o aquecimento corporal. Colocar os braços para cima, esticar, soltar, sacudir as mãos, abrir os braços para os lados, repetir. Cada um propõe um movimento, os outros repetem. Fazem a brincadeira do elefante que, para se coçar, encosta em outro elefante.

Sentados em círculo novamente, contam histórias inventadas, todos ao mesmo tempo.

A seguir, foi pedido que mostrassem seus auxílios ópticos trazidos a pedido prévio da professora.

Bela: “uso óculos para sair, para ir à escola, troco de óculos para dormir, coloco os antigos porque assisto televisão e adormeço. Uma vez na 3ª série meu óculos quebrou, teve gente que teve que ditar para mim”.

Antonio: “eu tava na escola, tava mostrando o desenho que eu fiz, eu virei assim e o caderno espiral enroscou aqui assim e quebrou os óculos. Tive que sair mais cedo para ir na ótica”.

Jane: “eu estava em casa, tropecei no tapete, caí, quebrou meu óculos”.

Antonio conta como caiu de joelho no chão de seu quarto, esfolou o joelho. “Eu tenho uma poupança, minha mãe deixou tirar o dinheiro para comprar um rádio. Um dia eu tava dançando de meia e escorreguei e caí assim (uma perna para frente outra para trás).”

Tania mostra seus óculos, coloca-os e os tira muito rapidamente. Pedimos que coloque de novo. Ela pisca, coça os olhos e logo tira. Mostra a telulupa, regula, diz que vê a Fernanda bem de pertinho. Passa a telulupa para a Fernanda experimentar.

Antonio conta que a médica, em Americana, ensinou a usar a telulupa. Mostra sua telulupa.

Rubens não sabe se precisa de telulupa.

Tania usa óculos todo dia na escola porque “pegam no meu pé”.

Antonio mostra sua lupa para leitura, diz que aumenta 6 vezes, é para leitura de dicionário, livros, livro de matemática, de história.

Jane mostra sua telulupa e as tampinhas das lentes. É nova, ganhou há pouco tempo. Pesquisadora pergunta se ficou melhor para ler na escola, diz que sim, mas de cara feia. Sobre os óculos, diz “vou precisar fazer”. Tem outro par de óculos que não está usando mais porque “é forte”. Não trouxe.

Rubens explica que seus óculos são para enxergar de longe e de perto (bifocais) não sabe quantos graus tem, “é forte, dá dor de cabeça, ainda não acostumei. Preciso usar todo dia mas só uso para ir para à escola”. Quando não usa, “enxergo normal, só que os óculos ajudam mais”.

Liana usa leitura braile e bengala. Mostra como usa a bengala. Quando não tem a bengala, precisa de uma pessoa para guiá-la. “É ruim, porque eu acostumei com a bengala”.

Eva usa bengala. Não trouxe, está com a tia que a espera lá fora.

Fernanda usava óculos, não usa mais, diz que não precisa.

Pesquisadora : “quem tem alguma curiosidade para contar sobre seu auxílio?”

Diversos: “eu não, eu não”.

Pesquisadora: “quem lembra histórias que aconteceram quando quebrou o auxílio?”

Liana: “eu, uma vez eu tava na 3. Série, uma menina caiu em cima da minha bengala e entortou a bengala”.

Antonio: “quando eu tinha 5 ou 6 anos, eu usava óculos grosso com uma lente super forte...”

Três meninas conversam paralelamente.

É sobre novela de televisão.

Antonio: “uma vez quebrou e minha mãe colou aqui assim. Agora tenho lentes "transition" que escurecem no sol e clareiam em interiores”.

A conversa volta às novelas.

Jane: “eu assisto Pícaro sonhadora, ... eu vou contar ...”

Brincam com a bengala dobrável, Jane não consegue dobrar, Liana e Bela a dobram.

Tania propõe encenarmos uma novela.

Jane: “Havia três homens e três mulheres. Os homens tinham uma irmã chamada Lívia e eles gostavam muito dela, até que ela se envolveu com um homem que era pai das três mulheres. Era velho e estava morrendo. Ela ficou grávida e foi falar com a mulher do homem. A mulher começou a xingar a menina e ela foi embora e se jogou da ponte. Os 3 homens queriam se vingar da mulher, mas um deles se apaixonou por uma das mulheres.”

Tania conta outro trecho de novela: “A Maria Clara bate na Laura, joga ela no chão e começa a bater”.

Liana conta sobre a novela carinha de anjo. “A menina foi dirigir a caminhonete que a freira dirigia. Ela era filha do que era ladrão e deram um emprego para ele... ela saiu pelo piso. A Dulce Maria saiu pelo piso.”

Pesquisadora: “vamos encenar um pedacinho de uma novela.”

Antonio: “mas sem sair muito do.. sem tirar o pé do chão.”

Três participantes são designados como representantes de novelas. Os outros se aproximam da novela que escolhem. A maioria prefere a novela Celebridade.

Cena 1:

Maria Clara: “Oh! Laura, você não vale nada mesmo, roubou meu projeto pixinguinha.” Joga a Laura no chão e finge bater; repetem a cena. A platéia dá palpites, bate palmas para fazer o barulho dos tapas.

Pesquisadora propõe que inventem a continuação da história diferentemente da novela, mas atrizes continuam a contar o texto da novela. Então a Laura bate na Maria Clara, por sugestão desta. Repetem a cena, caem no chão e se batem. Maria Clara chama o Marcos por telefone. Ele vem resgatá-la. Marcos sugere irem à polícia, mas Laura não quer. Maria Clara atropela a Laura e o Marcos e fala com os mortos ou desmaiados, dizendo que está vingada. Depois não sabe como continuar a história, pede sugestões da platéia. Entra em cena o Renato que encontra os personagens desmaiados e chama ambulância. Chega Maria Clara e diz para Renato: você vira meu cúmplice, ajuda a derrubar a Laura , bate nela.

Renato: “pra isso tem um preço.”

Maria Clara: “que preço ?”

Renato: “tudo que você ganhar com isso fica pra mim.. eu quero uma parte do seu dinheiro.”

Maria Clara: “mas eu não tenho, dei tudo para a Laura.”

Renato: “então não...”

Maria Clara: “Renato, o que você quer de mim ? eu dou tudo.”

Renato se faz de difícil, Maria Clara faz propostas, dá dinheiro.

Chega a Beatriz, a empregada abre a porta. Há uma discussão, Beatriz e Maria Clara se batem. Maria Clara agradece a Renato por ter salvo sua vida e continua pedindo, implorando a Renato que não se importa. Renato xinga Maria Clara de “mentirosa, descarada”. Renato sai de cena, Maria Clara chama a amiga Eliete por telefone e diz que não matou a Laura, que está em apuros. Chega o Renato com o delegado para prender Maria Clara. Ela é presa e tenta fugir. Lutam. Por fim decide-se que ela sai da cadeia. Ela conta como vai ser a fuga. A dramatização é uma cena rápida. Maria Clara pula de alegria e vai embora. O delegado solta o Marcos também.

Pesquisadora pede uma cena para finalizar. Todos dão palpites, falam ao mesmo tempo, dramatizam aos pares e finalizam com a Maria Clara sendo solta e pulando de alegria.

No compartilhamento foi solicitada uma palavra de cada pessoa. “esquisita”, “legal”, “chato”, “bonita”, “hilária”, “embaralhada”.

A seguir, cada um conta sobre outras coisas em sua vida que são hilárias, bonitas, etc.:

Hilário: “desenho animado”. Embaralhada: “quando a gente vai brincar e todo mundo fica dizendo quero ser isso, quero ser aquilo”. Esquisito: “quando se faz uma coisa escondido de outra pessoa e a outra pessoa tenta descobrir”. Legal: “é não fazer nada de errado, é fazer as coisas certinhas”. Chato: “é um colega que não sai do pé.”

Pesquisadora: “Algo mais?”

Todos batem palmas para finalizar.

Liana: “Alguém morreu.” (essa afirmação não foi percebida pela pesquisadora, no momento, somente na recuperação pelo filme gravado).

5. Encontro de 31.05.2004 (patrão / empregado)

Presentes: 4 sujeitos da pesquisa, uma aluna de outro período, a irmã de uma aluna, e a aluna nova.

Aquecimento: massagear o rosto, a cabeça, o braço, a mão, massagear a perna.

Todos saíram para beber água e voltaram abraçados, aos pares.

Sentados em círculo, de olhos fechados, em silêncio.

Pesquisadora: “Imaginem que são nenezinhos, no colo da mamãe”. Imaginem que foram crescendo, engatinharam, andaram pela casa, no colo ou no chão, pegavam brinquedinhos, pedrinhas e faziam de conta que eram brinquedinhos. Foram brincar na rua, com irmãos, vizinhos; foram à escolinha, prezinho, jardim. Lembrem, imaginem ou inventem seu primeiro dia de escola, no jardim. Imaginem que é o começo da escola, que trouxeram brinquedos e fazem amizade com novos amigos. Levantem, peguem o que trouxeram (fora pedido que trouxessem livros, poesias, figuras de coisas que gostam), compartilhem com amigos novos, fazendo amizade.

Conversaram em pares; foram trocados os pares para cada um conversar com outro colega.

Pesquisadora: “Imaginem que eu sou a professora que pede para contarem suas histórias”.

Bela leu uma poesia sobre o sapo no brejo. Tania contou história do carro que trouxe para brincar. Antonio mostrou fotos de carros na revista. Demoradamente mostrou a revista e uma foto de mulher sensual, dizendo “esse é o desejo de nove entre dez homens”.

Os outros não tinham histórias para contar, então a pesquisadora leu uma história em um livro. Era uma história sobre uma professora nova numa escola em que se fazia pesquisa sobre diversidade cultural, origem dos sobrenomes. Os participantes comentaram que alemão é bem branco, que japonês é amarelo, que “caiu na prova se japonês é amarelo”. Cada um começou a falar seu sobrenome, para ver a descendência,

vários eram italianos. Jane não queria falar seu sobrenome. A leitura continuou sobre árvore genealógica. A pesquisadora pediu que lembrassem de seus parentes, antepassados, avô, bisavô, tataravô. Cada um falou o nome de um parente, depois contaram algum fato sobre esse parente, em grupos.

Em seguida, sentados em círculo, recontaram as histórias para o grupo.

Tania: “tenho uma irmã que tem uma orelha aqui. Ela tem 4 anos mais que eu, aí ela... é tudo mentira.”

Bela : “ela falou que a irmã dela é escura, negrinha, que usa óculos mais escuro que o dela. É meia-irmã, por parte de pai. Eu tenho um irmão, Felipe, gosta de jogar futebol, é goleiro, gosta de ler revista de carro, de jogar videogame, odeia feijoada, tem dois metros.”

Eva: “a minha mãe trabalha no restaurante, é pregadeira, que prega como o pastor, que prega a palavra de Deus.”

Fernanda diz que não tem nada para contar.

Um dos personagens foi escolhido para começar a dramatização de uma história.

Jane é a protagonista e descreve o personagem: Cláudio tem o nariz grande, calça 48, é muito alto, tem uma perna de pau e trabalha.

Cena 1: Claudio está chegando no estacionamento para pegar seu carro. Vai para o trabalho, chegando lá, seu chefe o despede. Claudio sai e depois volta e joga uma caixa de ovos no chefe que joga outra nele. Aparece mais um funcionário na guerra de ovos. Depois chefe e funcionário demitido discutem. Aparecem os seguranças para expulsar Claudio e o colocam dentro do carro. Na seqüência, ele entra com o carro no local de trabalho, pela parede, quebrando tudo.

Cena 2: protagonista pede que o chefe volte à cena. Chamam o chefe de novo à cena. Ele diz que está de saco cheio, que está cansado, com 60 anos e morre. Claudio chama um funcionário e pergunta “cadê o chefe?” é informado de que o chefe morreu, mas

não acredita. O funcionário repete bem claro: “o chefe morreu”. Protagonista pede substituto para o papel de chefe. Vem a mulher do chefe. Brigam. Vão para a delegacia. A mulher do chefe diz que ele morreu de infarto por causa do Claudio. O Claudio diz que não tem culpa. O delegado diz: “se morreu de infarto é porque ficou nervoso por causa do Claudio”.

Cena 3: Claudio passa a ser o dono da empresa. Quando aparece a mulher do antigo chefe, ele manda os seguranças a expulsarem. Entram em cena novos personagens pedindo emprego. Claudio pergunta: “você tem profissional ?” e manda para a área de pessoal para fazer a contratação. O novo patrão conversa com os candidatos olhando para um livro, não olha no rosto dos candidatos. Fala com sua assessora: “Daniela, eu quero que você fique cuidando de tudo. Você fica de tarde e outro funcionário fica à noite, se a dona da empresa chegar, vocês não deixam ela entrar”.

Pesquisadora: “como você está se sentindo como dona da empresa?”

Protagonista: “poderosa”.

Pesquisadora: Faça um gesto para mostrar o que é “poderosa”.
(ela mostra com um modo de andar)

Na seqüência, os seguranças não deixam a antiga dona da empresa entrar.

Pesquisadora: “Como termina a história?”

Protagonista: “eu passo tudo para ela” (a assessora).

Fazem a cena. Claudio entra no carro e vai embora.

Compartilhamento: cada um fala uma palavra para a protagonista: Foi legal, Divertido, Legal

Jane mostra que machucou a sobrancelha: arranhou no varal de arame farpado quando estava pendurando roupa. Pede para tomar lanche.

Os participantes não se dispersam, ficam na roda conversando. Pedem para continuar depois do lanche. É marcada outra data para a próxima sessão.

Depois Jane conta que morreram 5 pessoas no seu bairro. Eram conhecidos seus. Ela está abalada com isso.

6. Encontro de 07.06.2004 (dor de cabeça – matar aula)

Presentes: 5 sujeitos da pesquisa (4 com baixa visão e uma cega) e uma visitante (visão normal), a professora da sala de recursos, o operador de câmera para o registro audiovisual e a pesquisadora.

No início foi feita a gravação da apresentação dos participantes das sessões de teatro espontâneo. Cada um disse seu nome, sua idade e condição visual (visão normal, subnormal, cegueira).

A seguir, sentados em círculo, a diretora fala sobre o tema do dia: matar aula.

Aquecimento: arrumar a sala dividindo platéia e palco, sem palavras, em silêncio.

Como foram colocadas cadeiras de dois lados do espaço, a diretora pede que duas pessoas sentem-se nas cadeiras que correspondem à platéia. As outras três ficam no espaço escolhido para ser palco. A seguir, os participantes foram colocados em dois grupos, um de frente para o outro, de forma que quem estava na platéia fitava quem estava no palco e vice-versa, até desaparecer a inibição. Depois, dois a dois, experimentaram estar no palco e depois um a um só no palco.

Três jovens apresentam uma coreografia que estavam ensaiando antes de começar o encontro. Recebem as palmas e agradecem. Liana canta uma música enquanto sua irmã dança. Durante o exercício de andar pelo palco, Liana finge que cai duas vezes e comenta, orgulhosa, que sabe cair em cena.

Pesquisadora pede que caminhem pelo espaço como se estivessem indo sozinhas para a escola e lembrem da última vez que mataram aula. Algumas dizem que nunca mataram aula. Outras perguntam se podem inventar.

Pesquisadora: “Agora vocês vão encontrar uma amiga, fazer pares e contar as histórias que lembraram. Depois, trocar os pares e contar as histórias ouvidas”.

As duplas contam as histórias.

Primeira dupla: “A Tania falou que tava com dor de cabeça e a mãe dela deixou ela não ir na escola”. Mais tarde, foram no centro. Encontraram a tia, e a mãe disse que levaria a Tania ao médico. “A Tania disse que era mentira, que não estava com dor de cabeça e a mãe foi batendo nela de cinta até em casa”.

Segunda dupla: “Minha mãe e minha avó encontraram Tania e a mãe dela no centro da cidade. Quando a mãe dela falou que a Tania estava com dor de cabeça, perguntaram: ‘porque você não levou ela na UNICAMP?’ e a mãe respondeu que estava com dor na perna. Aí a Tania disse que estava com dor no olho. A mãe dela diz ‘não fala assim’ e ela responde ‘falo sim, falo sim, ah, ah’ (como se fosse um papagaio)”.

Terceira dupla: “Era uma vez um garoto que gostava de ir no rio. Ele falou para o amigo, vamos matar aula? Vamos ao rio? Eles foram nadar em vez de ir na escola. Tiraram a roupa, nadaram e depois colocaram a roupa de novo e foram para casa. A mãe perguntou: ‘porque você está com a cabeça molhada?’, ‘É que eu passei na cachoeira depois da escola’. Chega o amigo e diz que é mentira, que ele passou o dia inteiro lá no rio e nem foi para a aula. A mãe do menino bateu tanto nele que ele caiu da cama e foi esticando de tanto apanhar e cresceu 5 metros, virou uma vareta de tão grande”.

A partir das 3 histórias, é escolhida a história da Tania que virou papagaio para iniciar uma nova dramatização.

Cena 1: personagens: Tatiane (filha), Maria (mãe) e Lucia (mãe da colega).

- Mãe, mãe, estou com dor de cabeça

- Então você não vai na escola, vamos para o centro.

No centro, encontram a mãe da colega:

- Porque a Tatiane não foi na escola?

- Porque está com dor de cabeça.

- Porque você não leva ela no médico?

- Não, mãe, não, eu não estou com dor de cabeça, estou matando aula.

A mãe começa a surrar a filha, diz para não fazer mais isso.

- Vou para o centro e você não vai saber (repete várias vezes como papagaio)

A mãe bate na filha e a prende no quarto.

- Vou pular a janela e você não vai saber.

- Mãe, pulei a janela.

A mãe começa a surrar a filha que só diz “não vai saber, não vai saber”. Mãe diz que vai levá-la para o manicômio. Chegam ao manicômio. Vão ao consultório do médico. A filha se sacode e quer fugir. Foge muitas vezes, cai no chão. A mãe tenta falar com o médico e a filha não deixa, comportando-se como papagaio.

Mãe diz que dia e noite ela faz assim, o médico pergunta o que a mãe quer fazer, e ela responde que quer internar a filha.

Duas enfermeiras arrastam Tatiane para o quarto, depois trazem comida, que ela recusa, dizendo que é pedra. Enfermeira diz que vai chamar a mãe da paciente. Tatiane diz que aqui não é escola, é manicômio. Chamam outra enfermeira. Forçam-na a comer. O médico vem ver o que está acontecendo. Repreende a paciente. Quando Tatiane fica sozinha, pula a janela. Vai para o centro falando como um papagaio: “não vai saber, não vai saber”.

A diretora pergunta o que acontece agora e ela responde: “não vai saber”. Sugere que está andando na cidade, que descubrem que ela é louca que só fala ‘não vai saber, não vai saber’, como papagaio. Ligam para o manicômio e vem a ambulância para levá-la à força e ela acaba fugindo. A protagonista se recusa a sugerir o final da história, só diz “não vai saber”. Platéia sugere final.

Cena 2: Tatiane vai ao médico, mas fala como papagaio, dizendo: “A Sra. usa óculos e não vai saber”. Chama as enfermeiras, mas não deixa que as toquem. Resolve ir para casa, mas antes deita sobre uma mesa e pede para que a enfermeira aplique uma injeção. Depois vai para casa e encontra a mãe a quem pede sorvete, sempre repetindo as frases. A mãe não sabe mais o que dizer e traz o sorvete. A filha come e morre de tanto comer sorvete. Fazem o velório. Choram. A mãe lê uma carta da filha que dizia que depois de morrer viria puxar o pé de todos. Tatiane começa a correr atrás de todos para puxar a perna. Final da história. Palmas.

Compartilhamento: cada um vai contar alguma coisa que lembrou enquanto estava participando do teatro.

Jane conta que estava lavando o banheiro e enfiou o pé na privada. Tania lembra que enfiou o pé no esgoto. A seguir algumas participantes dizem que não tem histórias para contar, mas logo contam:

Ana conta que também caiu no vaso. Bela conta outro caso de cair e quebrar o pé. Lembram de uma excursão a Rio das Pedras, com a professora da sala de recursos, onde tomaram café da manhã, brincaram, almoçaram, tomaram sorvete de sobremesa.

Pesquisadora pede uma palavra de cada uma para finalizar: abóbora, peniquinho, humor, humorístico, felicidade, tristeza, amor, alegria. Palmas. Continuam na roda, conversando, não querem ir embora. A reunião é finalizada devido ao horário e a turma se dispersa.

