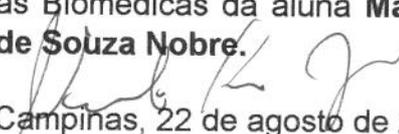


Maria Inês Rubo de Souza Nobre

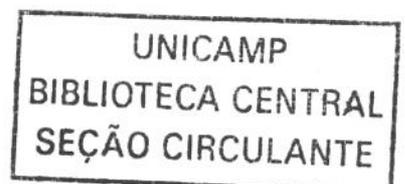
**IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA VISUAL:
PERCEPÇÃO E CONDUTA DE MÃES**

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


Campinas, 22 de agosto de 2001.

Prof. Dr. Newton Kara José.
Orientador

Campinas
2001



Maria Inês Rubo de Souza Nobre

***IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS
PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA VISUAL:
PERCEPÇÃO E CONDUTA DE MÃES***

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

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

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

***Campinas
2001***

UNIDADE	80
Nº CHAMADA	T/UNICAMP N669i
V	EX
TOMBO BCI	54067
PROC.	124103
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	29/10/03
Nº CPD	

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

BIB ID 290538

CM00183404-3

N669i

Nobre, Maria Inês Rubo de Souza

Identificação de crianças portadoras de deficiência visual –
Percepção e conduta de mães / Maria Inês Rubo de Souza Nobre.
Campinas, SP : [s.n.], 2001.

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

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

BANCA EXAMINADORA DE TESE DE DOUTORADO

ORIENTAÇÃO: Prof. Dr. NEWTON KARA-JOSÉ

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

MEMBROS:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

DATA:

200317302

DEDICATÓRIA

*À minha filha, Maria Lívia
meu grande amor que soube entender
meus momentos de ausência no seu
dia a dia, me dando carinho e
compreensão.*

*Ao meu pai, " in memorian",
que com certeza de onde estiver me
deu forças para terminar mais esta
conquista.*

*À minha mãe " in memorian",
que me ensinou que nunca devemos
desistir de nossos sonhos.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Newton Kara José que através de suas eternas discussões me fez ver, qual o melhor caminho a seguir. Meu eterno obrigada.

À minha co-orientadora Profa. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari, pelas correções, pela confiança e empenho para que este estudo pudesse ser concluído.

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

À Profa. Dra. Keila M.M. de Carvalho e Profa. Dra. Lise Roy pelas críticas, sugestões e orientações realizadas na qualificação desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcos Wilson Sampaio e Dra. Maria Aparecida Haddad pela contribuição dada à esta pesquisa.

À coordenação do CEPRE que incentiva e viabiliza o desenvolvimento de pesquisas.

Aos funcionários do CEPRE pelo apoio dispensado para a execução desta pesquisa.

Aos pais de crianças portadoras de deficiência visual, que a cada dia contribuem para minha formação. Obrigada em especial aos seus filhos.

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

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

Aos profissionais da Comissão de Pesquisa - Estatística da FCM pelo trabalho

estatístico. Em especial à Helymar.

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

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

À eterna amiga, Rita Montilha que participou de todas as etapas desta pesquisa, contribuindo com sugestões, troca de conhecimentos e ensinamentos. Obrigada pelas palavras de incentivo nos momentos mais difíceis para a conclusão deste trabalho.

Ao amigo José Roberto Montilha, pelos ensinamentos para a digitação e pela amizade.

À amiga Elisabete Gasparetto, que esteve sempre presente otimista em momentos decisivos desta nossa trajetória.

À amiga Rosibeth que mesmo distante soube dar incentivo, passar confiança e carinho.

À Rosane e Denize, pelas oportunas sugestões e palavras de incentivo para a conclusão deste estudo.

Às amigas Heloísa, Solange, Bernadete, Marilda, Fátima, Tereza, Sonia, Celina e Nélia que sempre tiveram uma palavra de apoio e incentivo.

À aprimoranda Juliana, que durante todo este semestre soube contribuir para que este trabalho fosse concluído.

Aos amigos Ana e Guilherme Cecatti pelo constante incentivo para a conclusão desta pesquisa.

À Odinéia Santos, que mais uma vez esteve presente em minha casa, cuidando de tudo, em especial de meu tesouro, Maria Lívia, para que nada me fizesse desistir.

Às amigas Amália e Tereza, pelo constante incentivo.

À amiga Lilia pela disponibilidade de ouvir minhas dúvidas, mesmo sendo tão distante da vida acadêmica, obrigada pelos cafés....

Aos meus irmãos que mesmo tão distantes souberam me incentivar para que eu não desistisse.

À minha filha, que mesmo sem saber como, me ensina a cada dia ser melhor. Obrigada, pelo seu sorriso nos momentos mais difíceis dessa longa jornada. Você é especial.

Em especial a minha irmã Cecília e seu marido Celso, que constantemente me ouviram, apoiaram e contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Ao José Antonio pelo incentivo, paciência e compreensão neste momento.

Para as Mães Especiais

Escolhendo a mãe para uma criança, Deus passa um nome para o Anjo, sorri e diz: -“ Dê- lhe uma criança com SD”.

-Porque esta, Deus? Ela é tão feliz – diz o Anjo

-Exatamente, sorri Deus-Poderia eu dar uma criança com SD para uma mãe que não sabe sorrir? Seria cruel.

-Mas ela é paciente? – pergunta o Anjo.

-Não a quero muito paciente, ou ela mergulhará num mar de auto piedade e desespero. Uma vez que o impacto do choque e os ressentimentos passarem, ela vai saber controlar a situação. Eu a observei hoje. Tem aquela sensibilidade e independência que são tão necessárias numa mãe. Veja, a criança que vou lhe dar Terá seu próprio mundo. Ela terá que fazê-la viver no seu mundo e não será fácil. – Mas, Deus, não tenho certeza nem se

ela acredita no Senhor! Deus sorriu:

-Não importa. Posso dar um jeitinho nisso. Esta é perfeita.

Ela tem egoísmo suficiente. – Egoísmo? Isto é uma virtude?

Deus mexendo a cabeça, responde:

-Se ela não conseguir separar-se ocasionalmente de seu filho, ela nunca sobreviverá. Sim, aqui está uma mulher que abençoarei com uma criança menos perfeita. Ela nunca desprezará uma palavra dita nunca considerará um passo comum. Quando seu filho disser, pela primeira vez, “mamãe” ela presenciará um milagre e terá consciência disso. Quando descrever uma árvore ou um pôr do sol para seu filho cego, ela os verá como poucas pessoas podem ver minhas criações.

Vou permitir-lhe ver claramente as coisa que eu vejo...Ignorância, crueldade, Preconceito...e dar-lhe a chance de passar sobre elas. Ela nunca estará sozinha.

Estarei ao seu lado a cada minuto de cada dia de sua vida, porque ela estará fazendo o meu trabalho tão bem como se estivesse aqui ao meu lado.

Márcia Mattos

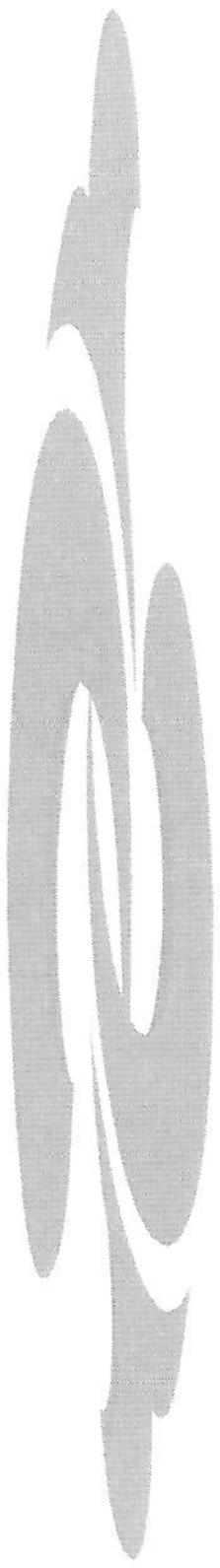
RESUMO	xiii
1. INTRODUÇÃO	15
Família, escola e a criança portadora de deficiência visual.....	18
2. OBJETIVOS	24
3. MATERIAL E MÉTODOS	26
3.1. Tipo de Estudo.....	27
3.2. População e amostra	27
3.3. Variáveis.....	28
3.4. Instrumento da pesquisa.....	30
3.5. Coleta, processamento e análise dos dados.....	31
4. RESULTADOS	32
4.1. Características Pessoais.....	33
4.2. Percepção de mães	38
4.3. Conduta de mães	44
5. DISCUSSÃO	47
6. CONCLUSÕES	62
7. SUGESTÕES	64

8. SUMMARY.....	66
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
10. ANEXOS.....	78

LISTA DE TABELAS

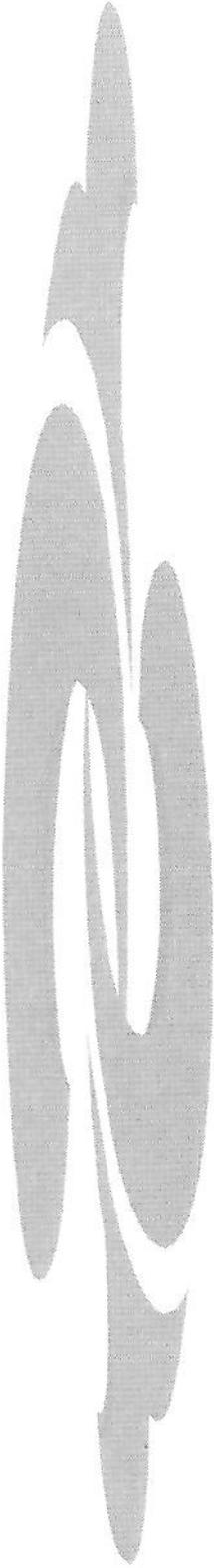
Tabela 1:	Características de crianças portadoras de deficiência visual identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.	33
Tabela 2:	Cidade onde mora a criança com deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho/2000.....	34
Tabela 3:	Denominação da doença, causa da deficiência visual registrada na triagem oftalmológica da criança identificada na Campanha Olho no Olho/2000.....	34
Tabela 4:	Estado marital das mães, de crianças identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.....	35
Tabela 5:	Exercício de trabalho remunerado dos pais de crianças identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.....	35
Tabela 6:	Abandono do trabalho pela mãe por causa da deficiência visual do filho, identificado na Campanha Olho no Olho/2000.....	36
Tabela 7:	Categoria ocupacional dos pais de crianças portadoras de deficiência visual, identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.....	36
Tabela 8:	Escolaridade da mãe de crianças portadoras de deficiência visual, identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.....	37
Tabela 9:	Idade da criança em que foi percebido o problema visual identificada na Campanha Olho no Olho/2000.....	38
Tabela 10:	Pessoa que percebeu o problema visual da criança identificada na Campanha Olho no Olho/2000.....	39
Tabela 11:	Conhecimento prévio da mãe sobre a deficiência visual da criança, identificada na Campanha Olho no Olho/ 2000.....	39
Tabela 12:	Percepção de mães quanto às dificuldades da criança na escola devidas ao problema visual.....	40

Tabela 13:	Percepção da mãe em relação ao professor da criança portadora de deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho/ 2000.....	41
Tabela 14:	Opinião da mãe em relação à possibilidade de seu filho aprender.....	41
Tabela 15:	Opinião da mãe em relação à possibilidade de seu filho terminar os estudos.....	41
Tabela 16:	Opinião da mãe em relação à dificuldade de enxergar que seu filho apresenta	42
Tabela 17:	Opinião da mãe da criança portadora de deficiência visual sobre o que é ir bem na escola	42
Tabela 18:	Conhecimento da mãe sobre pedido de ajuda da professora de seu filho.....	43
Tabela 19:	Recursos utilizados em atividades de leitura e escrita por crianças portadoras de deficiência visual identificadas na Campanha Olho no Olho / 2000.....	43
Tabela 20:	Conhecimento da mãe da criança portadora de deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho / 2000, referente à prescrição e frequência de utilização de óculos	44
Tabela 21:	Conduta da mãe da criança portadora de deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho / 2000, referente a consulta oftalmológica..	44
Tabela 22:	Tempo decorrido entre o problema percebido e a busca de atendimento oftalmológico.....	45
Tabela 23:	Conduta da mãe, referente a levar a criança portadora de deficiência visual à instituição de reabilitação	46



RESUMO

Realizou-se estudo descritivo transversal sobre características, percepções e condutas de mães de crianças portadoras de deficiência visual inseridas na 1º série do ensino fundamental identificadas na campanha Olho no Olho / 2000. A amostra foi composta por 48 mães de crianças portadoras de deficiência visual identificadas na campanha. Para coleta de dados, utilizou-se questionário aplicado por entrevista. Nota-se que a grande maioria das mães mora com marido ou companheiro, sendo que 91,7% referem ter cursado escola, porém apenas 2,1% concluíram o 1º grau. Em relação a categoria ocupacional, entre as mães predominam os serviços manuais não especializados 76,4%. A campanha identificou 62,5% das crianças, em idades de 7 anos e mais, tendo como a maior causa da deficiência visual a toxoplasmose 24,9%. Apenas 37,5% das mães tinham conhecimento da existência do problema visual anteriormente à campanha, apontando que 33,3% das crianças haviam se submetido a consulta oftalmológica, sem receber nenhum tipo de orientação ou prescrição de auxílio óptico ou não óptico para a utilização do resíduo visual. As mães relataram dificuldade no desempenho escolar atribuído em 79,2% dos casos ao problema visual da criança. Em geral mostram-se satisfeitas com a atuação pedagógica dos professores 62,5%, mas revelam dúvidas em relação ao processo de escolarização dos filhos frente a possibilidade de que aprendam 54,2%, de que terminem os estudos 50,0%. Observa-se que mesmo após as crianças serem identificadas como portadoras de deficiência visual 20,8% das mães ainda referiram ausência de dificuldade da criança na escola devido ao problema visual. Referem que quase a totalidade das crianças 93,8% usam na escola o caderno comum em atividades de leitura e escrita e 10,4% usam o xerox ampliado. Conforme as mães, a consulta ao oftalmologista por razões diversas, não resultou em prescrição de auxílios ópticos ou não ópticos a estas crianças e nem orientação específica para uso da visão residual. Ressalta-se a importância da campanha “Olho no Olho”, ou de projetos de triagem visual similares tendo o professor importante papel.



1. INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo é identificar características pessoais de mães de crianças inseridas na 1ª série do ensino fundamental, portadoras de visão subnormal identificadas na campanha Olho no Olho/2000, verificar e identificar percepções e conduta de mães em relação ao problema ocular e à busca de assistência especializada de reabilitação da criança.

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

Em cada 1.000 escolares do ensino fundamental, 100 são portadores de erros de refração necessitando de correção, aproximadamente 5% deles apresentam redução de acuidade visual (AV), isto é, menos de 50% da visão normal. Um escolar nessas condições e sem óculos, só enxergará o que estiver escrito no quadro negro aproximando-se dele, podendo esta dificuldade prejudicar seu rendimento escolar.(ALVES & KARA JOSÉ, 1999).

Define-se como visão subnormal (VSN) a condição de acuidade visual igual ou menor que 6/18 (0,3) mas, igual ou maior do que 3/60 (0,05) no melhor olho com a melhor correção óptica possível. (WHO, 1995).

A visão desempenha um papel predominante nos primeiros anos de vida, pois é um estímulo motivador para a realização de ações. O relacionamento com o mundo exterior é feito principalmente através da visão, de modo que qualquer anormalidade nos olhos e sua função pode levar à dificuldade no aprendizado, no relacionamento social e diminuição do rendimento das atividades físicas e intelectuais (ALLEN, 1967; BURNS, 1973).

Para um bom rendimento escolar é fundamental a boa saúde visual. Por saúde visual entende-se, não só a boa visão, mas também o seu uso com conforto (LAURETTI & ROMÃO, 1982).

Pesquisas mostram que menos de 10% das crianças que iniciam sua vida escolar passaram por um exame oftalmológico realizado por profissional (DAVIDSON, 1977). Tal evidência mostra a necessidade da realização de programas de triagem visual nas escolas, tentando detectar o maior número de crianças que precisam de cuidados especializados, e que, através do programa, possam recebe-los (KÖHLER & STIGMAR, 1973; LIPPMAN, 1971).

A importância dos problemas visuais como causa de dificuldades no rendimento escolar levou, há mais de 30 anos, ao estabelecimento de programas de teste de acuidade visual nas escolas americanas, a fim de se detectar precocemente os problemas visuais (SLOANE & ROSENTHAL, 1960).

A dificuldade visual, em muitos casos, passa despercebida pelos pais, sendo freqüentemente detectada quando a criança é inserida na escola. Esta dificuldade pode manifestar-se por meios de sinais e comportamentos, observáveis por pessoas devidamente preparadas que lidam diariamente com crianças como, por exemplo o professor (TEMPORINI, 1988).

Sabe-se que, segundo a nossa Constituição, a escola é direito de todos, o que não ocorre em alguns casos de crianças portadoras de deficiência visual, seja por dificuldades de aprendizagem, por dificuldades de interação professor – aluno – família, por despreparo profissional e ou por carência de recursos materiais.

A inclusão no processo educacional do portador de deficiência visual atualmente constitui uma das metas importantes do setor Educação. Para esta finalidade, é necessário o envolvimento de órgãos governamentais, de onde emanam a filosofia e diretrizes políticas, fundamentais para a execução desse processo. Não menos importante é a compreensão da família a respeito da deficiência da criança e da necessidade da participação no processo educacional.

A situação atual relativa à existência de recursos educacionais em nosso país é, ainda, bastante precária, principalmente pela insuficiente quantidade de recursos disponíveis. Nos municípios vizinhos a Campinas, por exemplo, dispõe-se de poucas salas

de recursos para deficientes visuais, não chegando a uma sala por município com mais de 100 mil habitantes (BATISTA, 1997). Entende-se por sala de recursos, local com equipamentos, materiais e recursos pedagógicos à natureza das necessidades especiais do educando, onde se oferece a complementação do atendimento educacional realizado em classes do ensino comum, por professor especializado.

Os problemas oftalmológicos constituem uma das prioridades que devem ser consideradas num programa de saúde escolar, evidenciando a necessidade da realização de programas de triagem visual nas escolas, a fim de detectar crianças necessitadas de cuidados especializados que, por meio do programa, recebam tratamento adequado (TEMPORINI, 1982).

A identificação de criança deficiente visual por vezes vai ocorrer apenas quando ela inicia sua vida escolar, quando se observa o aparecimento de dificuldades no processo ensino - aprendizagem. O deficiente visual necessita atenção específica no decorrer da escolarização, que requer do professor o conhecimento de aspectos básicos de saúde ocular e da problemática da deficiência visual visando ao preparo direcionado à realização dessa tarefa.

O diagnóstico precoce de qualquer alteração no desenvolvimento da criança e a sua rápida habilitação possibilita um melhor prognóstico para a maioria dos casos diminuindo o impacto de sua gravidade e de suas conseqüências. (ROSSI, 1994; GAGLIARDO & GONÇALVES, 1996). Inúmeras crianças que poderiam ser beneficiadas por um programa de habilitação atingem a idade escolar com incapacidades já instaladas. Nesse caso, a recuperação será difícil e raramente alcançada.

Portanto, é imperativo detectar o número de crianças deficientes visuais que necessitam de cuidados especializados para receberem atenção adequada.

Família, escola e a criança portadora de deficiência visual

A compreensão dos pais sobre os propósitos de um programa de saúde ocular na escola é essencial, uma vez que a responsabilidade primeira pela saúde das crianças pertence a eles. O sistema educacional assume também uma parcela desta responsabilidade,

assistindo a família para obtenção do cuidado de saúde do seu filho (TEMPORINI, 1982).

A literatura relata inúmeras atitudes de familiares frente à constatação de ter um filho deficiente. Há muitos sentimentos envolvidos, como frustração, culpa, vergonha, negação, rejeição, de maneira geral vividos pelos pais e irmãos da criança (AMIRALIAN, 1997; MATSUKURA et al., 2000).

É facilmente compreensível que a simples existência de uma criança deficiente invariavelmente altere o equilíbrio familiar, muitos estudos se preocuparam em mostrar o impacto do diagnóstico da deficiência visual sobre os pais (AMIRALIAN, 1997).

A mãe da criança portadora de deficiência visual quando recebe o diagnóstico necessita, antes de qualquer informação técnica, ser acolhida. E esta é uma necessidade para amparar não só o sofrimento da mãe, porque todos os familiares serão afetados e manifestam muitas vezes sentimentos de culpa, medo de perder o vínculo, ou até mesmo medo da possibilidade da criança apresentar outro comprometimento associado à deficiência visual. Há também a desconfiança em relação às atitudes dos profissionais envolvidos a às informações por eles prestadas. Estas angústias são muitas vezes causadas e/ou agravadas pelo desconhecimento do diagnóstico e suas implicações, conseqüentes ao distanciamento mantido pelos profissionais da área médica.

A experiência prática tem demonstrado que as primeiras etapas do desenvolvimento da criança portadora de deficiência visual seguem um caminho diverso do das crianças com visão, em se tratando de criança cega AMIRALIAN (1994, 1997), fala das fases vulneráveis no processo de formação de ego que podem ser distorcidas pelo seu déficit sensorial. Este bebê é privado do contínuo “feedback” visual de sua mãe, uma resposta que premia e reforça seus esforços. Embora a mãe possa ter respostas positivas aos progressos do filho, ela muitas vezes tem dificuldades em se comunicar com sucesso com ele. O bebê muitas vezes não poderá ver a expressão facial de sua mãe, seu sorriso, seu olhar encorajador e de prazerosa expectativa; esta falta de resposta poderá afetar inúmeras atividades no desenvolvimento da criança, entre elas o prazer do bebê cego em se movimentar em direção ao ambiente externo.

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

Logo após as primeiras semanas de vida, é a visão a principal fonte de informações sobre o mundo à sua volta. Se esta fonte ou canal for deficiente ou ausente, a criança deve construir o seu mundo com a informação disponível através da audição, do tato, da cinestesia, do olfato e do paladar (HIVARINEN, 1988).

Vários autores corroboram quanto ao papel fundamental que a família exerce no processo de desenvolvimento e aprendizagem das pessoas com deficiência visual como mediadora nas interações, nas formas de comunicação, nas relações da criança com o mundo e no processo de construção do conhecimento (AMIRALIAN, 1997; BRUNO, 1999).

Sabe-se que o primeiro e mais importante grupo social a que a criança pertence é a família, que lhe transmitirá, através das relações interpessoais, os papéis que desempenhará na sociedade. A criança deficiente precisa ser aceita em primeira instância pelo grupo familiar, que lhe transmitirá valores que contribuem para a formação de sua identidade pessoal e social, aos quais se adaptará de forma mais saudável ou problemática, dependendo de contato com outros grupos sociais e da formação que recebeu.

De acordo com GLAT (1995), essa influência da família na integração do deficiente deve ser analisada sob dois ângulos: a facilitação ou impedimento que a família traz a integração da pessoa portadora de deficiência na comunidade e a integração da pessoa na sua própria família. Quanto mais a família trata-la de forma a proporcionar-lhe um envolvimento natural com seus próprios membros e da comunidade, mais integrado à sociedade o indivíduo estará; se é dada oportunidade da criança participar de atividades comunitárias referentes a sua faixa etária, os membros da família o considerarão "igual a eles", apesar das diferenças que apresentam.

Os pais vivem sentimentos de ansiedade diante da incerteza de não saberem até onde os filhos chegarão, se vão ler e escrever, se participarão da sociedade de forma efetiva, então de certa forma acabam dificultando o desempenho das crianças quando tentam encontrar soluções para que elas sigam os valores e padrões da sociedade competitiva.

Pesquisas recentes vêm indicando sistematicamente que os pais bem informados, otimistas, que aceitam o problema da deficiência, têm um papel muito positivo na educação, no bem-estar e no ajustamento do filho deficiente (BUSCAGLIA, 1981).

Comprometer os pais é o primeiro passo para a facilitação da integração da criança no meio familiar e para o desenvolvimento de um enfoque baseado na comunidade, o qual é de especial relevância nos países em desenvolvimento. A participação dos pais é especialmente importante na primeira infância, já que são os principais educadores de seus filhos nesta faixa etária.

Portanto, se a família é em primeira instância, o grupo em que seus membros se apoiam e adquirem segurança e confiança para interagirem saudavelmente em outros grupos mais amplos, há que se considerar que pais e mães recebam mais atenção por parte de profissionais para que se preparem da melhor forma para facilitar a integração de seus filhos com deficiência na sociedade, para que se beneficiem do que ela tem a oferecer, como qualquer outro cidadão.

Considera-se portanto, ser tarefa da equipe de saúde a identificação do repertório de conhecimentos e vocabulários comumente empregado pelas pessoas da comunidade da família.

Para a realização de ações de saúde que dependem do comportamento das pessoas a que se destina, torna-se de extrema importância conhecer previamente as maneiras de agir, sentir e pensar da comunidade-alvo dessas ações e o contexto onde se insere essa comunidade. (TEMPORINI, 1991).

GREEN et al., (1980) recomendam a realização de "SURVEYS" com a intenção de identificar o que denominam de fatores predisponentes à ação de saúde. Nesses fatores

incluem conhecimentos, atitudes, valores e percepções, responsáveis por justificativa ou motivação de um indivíduo ou grupo, a impulsionar ou restringir o comportamento em saúde.

A forma como as pessoas lidam com a sua saúde, de seus filhos e outros familiares dependem em especial de padrões socioeconômicos, de conhecimentos, hábitos, atitudes e crenças aprendidos culturalmente. (TEMPORINI, 1984). As experiências de vida, contribuem para a construção de conhecimentos, crenças, atitudes, valores, emoções e motivações, componentes importantes a condicionarem a percepção dos indivíduos a cerca de fenômenos biológicos, psíquicos e sócio-ambientais. Assim, a percepção constitui experiência sensorial que adquire significado à luz dessas influências.(PIOVESAN,1970 ; MEZOMO, 1993).

Por todos os motivos, é altamente recomendável a ação compartilhada lar – escola – comunidade, unindo esforços para atingir o objetivo comum da saúde do indivíduo (TEMPORINI, 1982).

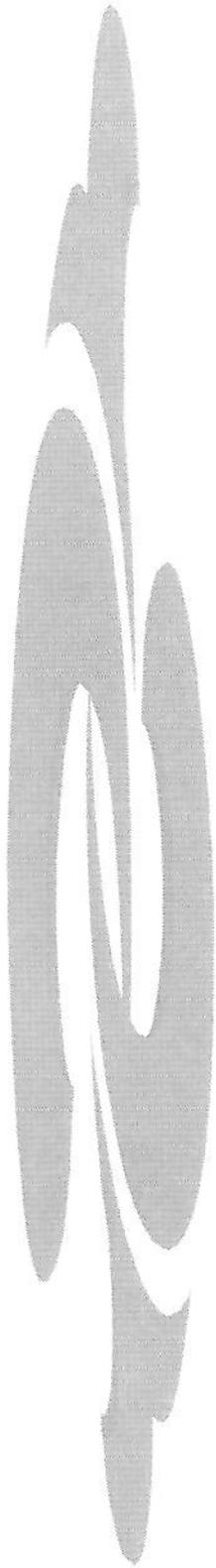
No entanto, se para muitos os problemas de saúde da criança em idade escolar devem ser pensados em conjunto com os da população como um todo, alguns problemas que assumem especial importância no desempenho do processo de aprendizagem devem merecer uma atenção específica na escola. Especialmente os distúrbios da visão, e na perspectiva da identificação e atuação sobre algumas questões concretas, sem afirmações genéricas sobre a saúde do escolar.

Apesar dos distúrbios de visão poderem estar presentes em idades menores e que o desejável é o diagnóstico ser feito o mais precocemente possível, é necessário que no início da escolarização sejam detectados os casos que não foram diagnosticados anteriormente, como também aqueles que venham a se manifestar durante a vida escolar (NOVAES & ZUCCOLOTTO, 1985).

Considerando a importância da visão na educação e socialização da criança, a alta prevalência de problemas oculares na infância e a existência de recursos para a prevenção ou cura da grande maioria dos problemas oculares, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia

em parceria com o Ministério da Educação desenvolveu a partir de 1998, ampla Campanha Nacional de promoção da saúde ocular hoje denominada “Olho no Olho”, tendo como público alvo crianças matriculadas na 1ª Série do Ensino Fundamental, da rede pública de ensino. A campanha tem como objetivo desenvolver amplo trabalho de promoção da saúde ocular prescrevendo e providenciando óculos sem nenhum custo; o tratamento e encaminhamento para serviços especializados dos casos necessitados.

A não identificação dos problemas visuais das crianças pelos seus pais, a conseqüente dificuldade escolar advinda deste motivo nortearam essa pesquisa, tendo como meta os objetivos descritos a seguir.



2. OBJETIVOS

- 1) Identificar características pessoais de mães de crianças portadoras de visão subnormal identificadas na campanha Olho no Olho/2000.
- 2) Verificar percepções de mães/responsáveis de crianças portadoras de visão subnormal, inseridas na rede pública de ensino, em relação ao problema ocular e ao processo de escolarização da criança.
- 3) Identificar conduta de mães/responsáveis de crianças portadoras de visão subnormal inseridas na rede pública de ensino em relação à busca de assistência especializada de reabilitação.
- 4) Contribuir para o planejamento de ações/programas de saúde ocular, aqueles voltados para a reabilitação de deficientes visuais.



3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1-Tipo de estudo

Este estudo foi realizado durante a campanha Olho no Olho/2000

O presente trabalho constitui um “survey” descritivo. O “survey” constitui modalidade de pesquisa freqüentemente empregada no setor da saúde. Trata-se de um tipo de investigação científica em que se estuda a realidade de forma como se apresenta, sem o propósito de estabelecer relação causal entre as variáveis (TEMPORINI & KARA-JOSÉ, 1995).

3.2-População e Amostra

A população da pesquisa foi constituída por mães de crianças portadoras de visão subnormal, inseridas na rede pública do ensino fundamental das cidades de São Paulo, Campinas, Capivari, Mombuca, Monte Mor, Elias Fausto, Tiête e Rafard.

Compôs-se uma amostra não probabilística, formada por mães/responsáveis que compareceram às unidades de atendimento (Hospital das Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo) e a uma unidade escolar na cidade de Capivari adaptada para o atendimento oftalmológico.

No município de Campinas, foram incluídas todas as escolas da rede pública de ensino, estadual e municipal. As unidades escolares foram indicadas pela secretaria de Educação de Campinas. Na cidade de São Paulo foram selecionadas as escolas situadas na região oeste.

Essas cidades foram incluídas no estudo, por facilidade de acesso e viabilidade da coleta de dados no decorrer das atividades da Campanha “ Olho no Olho”/2000.

Consideraram-se como critérios de inclusão na amostra, crianças inseridas na 1º série da rede pública do ensino fundamental, portadoras de deficiência visual identificadas na Campanha Olho no Olho /2000, nas unidades mencionados.

Conforme as diretrizes técnicas da referida campanha, os professores das escolas

receberam treinamento para efetuarem a triagem visual em todas as crianças matriculadas na 1ª série. As crianças que apresentaram dificuldade visual, ou seja resultado do teste de acuidade visual igual ou inferior a 0,7 em um ou em ambos os olhos, foram encaminhadas para a avaliação oftalmológica em dia e hora pré-determinados pela organização da campanha, acompanhadas da mãe ,responsável ou professor.

3.3-Variáveis

Devida à complexidade das variáveis selecionadas, elas foram classificadas conforme segue, mencionando-se a questão (Q), destinada a mensurá-las.

3.3.1- Características Pessoais:

De escolares portadores de deficiência visual:

sexo (Q 1)

idade (Q 2)

cidade de residência (Q 3)

tipo de deficiência visual (dados da avaliação oftalmológica)

idade do aparecimento do problema oftalmológico (Q 7)

De pais de escolares da 1ª série do ensino fundamental, portadores de deficiência visual :

escolaridade (Q 24)

situação ocupacional (Q 26/ Q 27/ Q 28)

estado civil (Q 25)

3.3.2 -Percepção de pais de escolares da 1ª série do ensino fundamental, portadores de deficiência visual, em relação a:

grau de satisfação quanto ao processo de escolarização de seu filho (Q 15/ Q 16/ Q 21)

grau de satisfação frente às orientações recebidas pelos professores (Q 20)

grau de dificuldade na escola devido à deficiência visual (Q14/ Q 22/ Q 23)

conhecimento do problema visual (Q 4)

pessoa que percebeu o problema oftalmológico (Q 5)

prescrição de óculos (Q 9)

freqüência da utilização dos óculos (Q 10)

prescrição de lentes (Q 11)

freqüência da utilização das lentes (Q 12)

recursos utilizados da escola (Q 18)

3.3.3 - Conduta de pais de escolares da 1ª série do ensino fundamental, portadores de deficiência visual, em relação a:

busca de assistência educacional (Q 13)

busca de reabilitação (Q 19)

busca de assistência oftalmológica (Q 6)

tempo entre percepção do problema e consulta oftalmológica (Q 8)

3.4-Instrumento da pesquisa

3.4.1-Estudo exploratório

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

Como apreender de maneira fidedigna, variáveis complexas, a partir da “fala” das pessoas? Como apreender o significado subjetivo atribuído pelos sujeitos às ações que realizam? Este problema tem sido equacionado com bons resultados, utilizando-se um recurso metodológico denominado pesquisa exploratória ou estudo exploratório (PIOVESAN &TEMPORINI, 1995).

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

O estudo exploratório leva o pesquisador, freqüentemente, a descobertas de enfoques, percepções e terminologias novas para ele, contribuindo para que, paulatinamente, seu próprio modo de pensar seja modificado.(PIOVESAN & TEMPORINI, 1995).

Na fase exploratória da presente pesquisa foram entrevistadas 10 mães, identificadas durante o atendimento oftalmológico da Campanha Olho no Olho/1999, em Campinas (SP). Essas entrevistas foram gravadas e transcritas. Desse modo, obtiveram-se informações em relação à linguagem e ao repertório das mães, que possibilitaram elaborar questões

adequadas à realidade objeto deste estudo. As famílias foram esclarecidas sobre a pesquisa através de carta de apresentação. (Anexos 2,3 e 4)

3.4.2-Teste-prévio

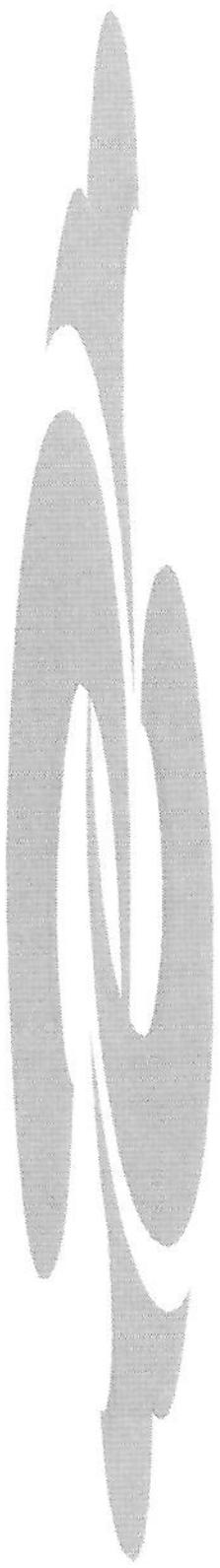
A aplicação do teste prévio possibilitou aperfeiçoar a forma e clareza do questionário final. Nessa fase foram entrevistadas 10 mães, utilizando-se o dia de atendimento no CEPRE, não sendo necessário novo agendamento da criança. Essas mães não foram incluídas na amostra deste estudo.

A partir de estudo exploratório e do teste – prévio, o questionário foi totalmente estruturado, contendo perguntas e respostas. As variáveis quantitativas foram mantidas abertas e categorizadas “a posteriori”. (Anexo 5).

3.5 – Coleta, processamento e análise dos dados

A aplicação do questionário foi realizada por entrevista com a mãe ou responsável pela criança, durante a avaliação oftalmológica da referida campanha, no período de junho a dezembro de 2000.

Após o preenchimento do questionário, procedeu-se à verificação manual para a detecção de possíveis erros e inconsistências. Foi criado um banco de dados no programa EPI-INFO versão 6 (1996), tendo sido digitadas as informações dos questionários, sendo realizados testes de consistência (DEAN et al., 1994).



4. RESULTADOS

A amostra foi formada por 48 mães de crianças identificadas na campanha Olho no Olho /2000 como portadoras de deficiência visual.

4-1 Características pessoais

Dos escolares identificados observa-se predominância do sexo feminino (60,4%), ressalta-se que mais de 50,0% encontram-se na faixa etária de 6 e 7, cursando a 1º série do ensino fundamental. (Tabela 1).

Tabela 1 Características Pessoais de crianças portadoras de deficiência visual identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.

n =48

Características	f	%
Sexo masculino	19	39,6
Sexo feminino	29	60,4

Idade (anos)		
6 8	25	52,1
8 10	18	37,5
≥ 10	5	10,4
$\bar{X} = 7.81$		$\bar{S}d = 1.1$

A maior parte da amostra (56,3%) mora na cidade de São Paulo. (Tabela 2).

Tabela 2 Cidade onde mora a criança com deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho/2000.

n=48

Cidade	f	%
Campinas	17	35,4
Capivari	2	4,1
Elias Fausto	1	2,1
Município de Tietê	1	2,1
São Paulo	27	56,3

A toxoplasmose é registrada em 24,9% dos casos. Observa-se que 62,5% dos casos identificados, não apresentam doença especificada no registro da triagem visual. (Tabela 3).

Tabela 3 Denominação da doença, causa da deficiência visual registrada na triagem oftalmológica da criança identificada na Campanha Olho no Olho/2000.

n=48

Doença	f	%
Catarata congênita	1	2,1
Toxoplasmose	12	24,9
Hipermetropia	2	4,2
Miopia	2	4,2
Retinopatia da prematuridade	1	2,1
Não especificado	30	62,5

As tabelas 4,5,6,7 e 8 apresentadas a seguir, referem-se a características sociais da família nuclear.

A maioria das mães (79,2%) mora com marido/companheiro; 64,6% não trabalham

e 92,1% dos pais exerce função remunerada. Parcela reduzida das mães (14,6%) deixaram de trabalhar devido à deficiência de seu filho.

Em relação à categoria ocupacional, entre as mães predominam os serviços manuais não especializados 76,4% e entre os pais predominam serviços manuais especializados 82,8%.

No que diz respeito à escolaridade da mãe, 91,7% referem ter cursado escola, porém apenas 2,1% concluíram o 1º grau.

Tabela 4 Estado marital das mães, de crianças identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.

n =48

Estado marital	<i>f</i>	%
Com companheiro	38	79,2
Sem companheiro	10	20,8

Tabela 5 Exercício de trabalho remunerado dos pais de crianças identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.

Trabalho remunerado	Mãe		Pai	
	n=48		n =38	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sim	17	35,4	35	92,1
Não	31	64,6	3	7,9

Tabela 6 Abandono do trabalho pela mãe por causa da deficiência visual do filho, identificado na Campanha Olho no Olho/2000.

n=48

Deixou de trabalhar	<i>f</i>	%
Sim	7	14,6
Não	41	85,4

Tabela 7 Categoria ocupacional dos pais de crianças portadoras de deficiência visual, identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.

Categoria *	Mãe		Pai	
	<i>n</i> = 17		<i>n</i> = 35	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Pequenos negociantes	2	11,8	2	5,7
Pequenos funcionários	—	—	2	5,7
Supervisores imediato	—	—	1	2,9
Trabalhos manuais*	2	11,8	29	82,8
Trabalhos manuais**	13	76,4	—	—
Assalariados rurais	—	—	1	2,9

Gouveia * (anexo 1)

Trabalhadores manuais especializados e semi-especializados*

Trabalhadores manuais urbanos não especializados**

Tabela 8 Escolaridade da mãe de crianças portadoras de deficiência visual, identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.

n=48

Escolaridade	<i>f</i>	%
Nunca estudou	4	8,3
Já estudou	44	91,7
1° Grau		
1° série a 3° série	15	34,0
4° série	10	22,7
5° série a 7° série	11	25,0
8° série	1	2,1
2° Grau		
1° série a 2° série	5	11,3
3° série	1	2,1
4° série	1	2,1
Superior	-	-

4.2 -Percepção de mães

A maior parte das crianças com problemas visuais foi identificada na campanha (62,5%), em idades de 7 anos e mais. (Tabela 9).

Tabela 9 Idade da criança em que foi percebido o problema visual identificada na Campanha Olho no Olho/2000.

Época de percepção do problema visual	f	%
	n=48	
Na campanha Olho no Olho	30	62,5
Antes da campanha	18	37,5
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>		
Idade (anos)*		
≤ 1	7	14,9
1 3	3	6,4
3 6	6	12,8
6 7	2	4,2
≥ 7	29	61,7

* 1 respondente não lembra a idade.

O professor é o principal responsável pela identificação do problema visual da criança (58,3%); apenas (25,0%) das mães identificaram o problema em primeiro lugar. (Tabela 10).

Tabela 10 Pessoa que percebeu o problema visual da criança identificada na Campanha Olho no Olho/2000.

n =48

Pessoa	f	%
Mãe	12	25,0
Outros	6	12,5
Professor	28	58,3
Médico oftalmologista	1	2,1
Médico de outra especialidade	1	2,1

Apenas 37,5% das mães conheciam a existência do problema, anteriormente à triagem visual da escola. (Tabela11).

Tabela 11 Conhecimento prévio da mãe sobre a deficiência visual da criança, identificada na Campanha Olho no Olho/ 2000.

n=48

Conhecimento prévio	f	%
Sim	18	37,5
Não	30	62,5

Observa-se que 20,8% das mães referiram ausência de dificuldade da criança na escola devido ao problema visual. (Tabela 12).

Tabela 12 Percepção de mães quanto às dificuldades da criança na escola devidas ao problema visual.

n = 48

Dificuldade	f	%
Ausência	10	20,8
Presença	38	79,2
Grau de dificuldade		(n=38)
- muita	23	60,5
- mais ou menos	13	34,2
- pouca	2	5,3

Em geral as mães mostram-se muito satisfeitas com a atuação pedagógica do professor em relação ao seu filho (62,5%). (Tabela 13).

Tabela 13 Percepção da mãe em relação ao professor da criança portadora de deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho/ 2000.

n =48

Grau de satisfação	f	%
Muito satisfeita	30	62,5
Mais ou menos satisfeita	8	16,7
Pouco satisfeita	2	4,2
Nada satisfeita	4	8,3
Não tem opinião	4	8,3

A opinião das mães em relação ao processo de escolarização dos filhos revela dúvidas quanto à possibilidade de que aprendam, (54,2%), de que terminem os estudos (50,0%), evidenciando que a maior parcela das mães têm dúvida sobre a existência de dificuldade de enxergar de seus filhos (72,9%). (Tabelas14, 15 e 16).

Tabela 14 Opinião da mãe em relação a possibilidade de seu filho aprender.

n =48

Dúvida de aprender	f	%
Sim	26	54,2
Não	22	45,8

Tabela 15 Opinião da mãe em relação a possibilidade de seu filho terminar os estudos.

n =48

Dúvida terminar os estudos	f	%
Sim	24	50,0
Não	24	50,0

Tabela 16 Opinião da mãe em relação à dificuldade de enxergar que seu filho apresenta.

n =48

Dúvida	<i>f</i>	%
Sim	35	72,9
Não	13	27,1

As mães consideram que ir bem na escola é a criança aprender a ler (100,0%), a escrever (97,9%) e a fazer contas (95,8%). (Tabela 17).

Tabela 17 Opinião da mãe da criança portadora de deficiência visual sobre o que é ir bem na escola.

n=48

Ir bem na escola	Sim		Não	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Passar de ano	31	64,6	17	35,4
Aprender a ler	48	100,0	-	-
Aprender a escrever	47	97,9	1	2,1
Aprender a fazer conta	46	95,8	2	4,2

Observa-se que grande parte (79,2%) dos professores não pede ajuda à mãe. (Tabela 18).

Tabela 18 Conhecimento da mãe sobre pedido de ajuda da professora de seu filho.

n =48

Pede ajuda	<i>f</i>	%
Não	38	79,2
Sim, sempre	3	6,3
Sim, de vez em quando	7	14,6

As mães referem que quase a totalidade das crianças (93,8%) usam na escola apenas o caderno comum em atividades de leitura e escrita. (Tabela 19).

Tabela 19 Recursos utilizados em atividades de leitura e escrita por crianças portadoras de deficiência visual, identificadas na Campanha Olho no Olho/2000.

n=48

Recursos *	<i>f</i>	%
Xerox ampliado	5	10,4
Caderno comum	45	93,8
Caderno com linha ampliada e reforçada	4	8,3

* Respostas múltiplas

Observa-se que 39,6% das crianças fazem uso de óculos (tabela 20)

Tabela 20 Conhecimento da mãe da criança portadora de deficiência visual identificada na campanha Olho no Olho/2000, referente a prescrição e frequência de utilização de óculos.

n=48

Prescrição de óculos	<i>f</i>	%
Sim	19	39,6
Não	29	60,4
		n=19
Frequência		
Sempre	18	94,7
De vez em quando	1	5,3

4.3- Conduta de mães

As tabelas 21, 22 e 23 apresentadas a seguir referem-se à conduta das mães em relação a deficiência visual dos filhos.

Apenas 33,3% haviam levado a criança ao oftalmologista antes da triagem visual na escola (Tabela 21).

Tabela 21 Conduta da mãe da criança portadora de deficiência visual identificada na Campanha Olho no Olho/2000, referente a consulta oftalmológica.

n=48

Foi ao oftalmologista	<i>f</i>	%
Sim	16	33,3
Não	32	66,7

Em geral as mães buscaram o oftalmologista depois de 2 anos do conhecimento do problema visual da criança, 68,8% (tabela 22).

Tabela 22 Tempo decorrido entre o problema percebido e a busca de atendimento oftalmológico.

Tempo até a consulta	<i>f</i>	%
	n=18	
Nunca foram	2	11,1
Foram	16	88,9

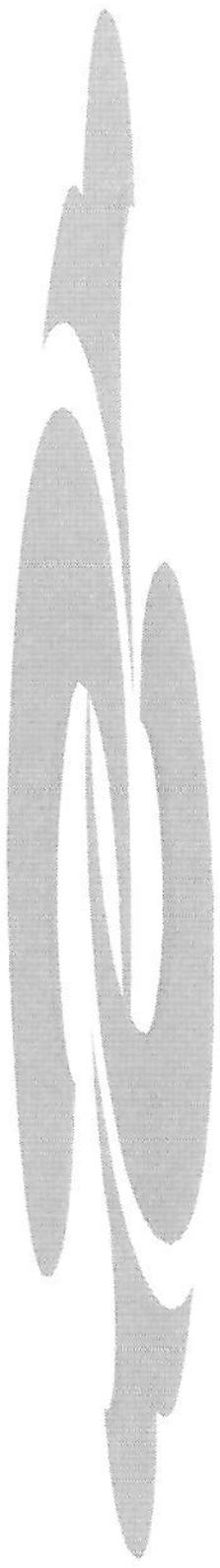
Tempo decorrido (meses)	n=16	
1	1	6,2
7	2	12,5
12	2	12,5
24	2	12,5
36	1	6,2
48	3	18,9
60	5	31,2

Quase a totalidade das mães não recorrem a instituição de reabilitação para atendimento especializado. (Tabela 23).

Tabela 23 Conduta da mãe, referente a levar a criança portadora de deficiência visual à instituição de reabilitação.

n =48

Leva a criança	<i>f</i>	%
Sim	2	4,2
Não	46	95,8
		n =2
Instituição	<i>f</i>	%
Centro Educacional Integrado	1	50,0
Clínica particular de Fonoaudiologia	1	50,0



5. DISCUSSÃO

Em relação a variável sexo (tabela 1), verifica-se predominância do sexo feminino (60,4%), diferente do encontrado em outros estudos onde geralmente há predomínio do sexo masculino, (CARVALHO, 1993; VIEIRA & RODRIGUES, 1995). Este fato chama a atenção, embora sem razões que expliquem o fenômeno.

Observa-se na tabela 2 que a maior parte da amostra (56,3%) mora na cidade de São Paulo, a população desta cidade é maior do que das demais cidades envolvidas no estudo.

Em relação à denominação da doença, causa da deficiência visual, a maior parte dos casos (62,5%), não apresenta denominação especificada na triagem visual. A toxoplasmose foi registrada como a causa mais freqüente da deficiência visual da criança. (tabela 3).

Em pesquisa realizada com pacientes na faixa etária de 0 a 5 anos atendidos no Ambulatório de Estimulação Visual Precoce da Escola Paulista de Medicina, a toxoplasmose foi a responsável pela baixa visual severa em 30,0% dos casos (TARTARELLA et al., 1991).

Resultados similares foram encontrados por CARVALHO et al., 1998 a, onde 43,5% dos casos apresentavam coriorretinite macular por toxoplasmose como sendo a principal causa entre 395 crianças avaliadas no serviço de visão subnormal da Unicamp.

Resultados semelhantes foram obtidos em pesquisa realizada nos 40 primeiros casos atendidos no serviço de visão subnormal infantil do Hospital das Clínicas da Unicamp (SVSNI/HC/UNICAMP), evidenciando a toxoplasmose como o diagnóstico mais presente (57,5%) em (GAGLIARDO, NOBRE, CARVALHO, 1996).

Em pesquisa realizada com escolares pacientes do SVSN/HC/UNICAMP, na faixa etária de 7 a 18 anos e 11 meses, a coriorretinite por toxoplasmose foi a causa mais freqüente da deficiência visual (46,7%). (CARVALHO, et al., 1998 b).

Nota-se que a grande maioria das mães vive com companheiro (tabela 4). Segundo GOMES, (1992), a família estabelece-se a partir da decisão de algumas pessoas conviverem, assumindo o compromisso mútuo de uma ligação duradoura.

Considerando tais fatos, é desejável sempre que as crianças com problemas possam

contar com uma família nuclear. Isso inclui uma relação de cuidado entre os adultos e deles para com as crianças que nascerem nesse contexto.

Quando a mãe tem um companheiro, ele pode ser a maior fonte de conforto. Se o nascimento de qualquer criança afeta um casamento de várias maneiras, o nascimento de uma criança deficiente visual pode acarretar problemas especiais (NOBRE, 1997).

O fato de que na maior parte dos casos o pai é o responsável principal pelo sustento da casa (tabela 5). Talvez possa ser explicado tendo em vista que a deficiência visual da criança requer maior disponibilidade da mãe. Nesse sentido, as mães ressaltaram algumas razões para não exercer trabalho remunerado: “não encontrar emprego, não ter onde deixar os filhos e não permissão, por parte do companheiro, de trabalhar fora de casa”.

Um dos traços socioculturais da sociedade brasileira confere à mulher a responsabilidade pelos cuidados dos filhos, desconsiderando o fato de que ela exerça trabalho remunerado. Por outro lado, tradicionalmente, o homem é o responsável pelo sustento da família, da casa, cabendo à mulher a responsabilidade da educação dos filhos e dos afazeres domésticos (NOBRE, 1997; LIMA & FRANÇOZO, 1999).

As mães usualmente assumem a maior parte dos cuidados da criança, por isso suas vidas pessoais são mais afetadas pelo fato de terem um filho deficiente. O que é mais importante é que seu filho “deficiente” é um membro da família. E é quase impossível dividir seu tempo igual entre os outros filhos, quando um deles é menos capaz que os outros. É inevitável dar mais atenção, ele requer muitas vezes mais trabalho (FREEMAN, 1985). Este fato provavelmente explica o número reduzido de mães que trabalham (tabela 5). Contudo relativamente poucas foram as mães que deixaram de trabalhar 14,6% o que leva a supor a necessidade da sobrevivência superar o período da dedicação diária à criança. (tabela 6).

Resultados similares foram encontrados por NOBRE, (1997). Contudo o tamanho reduzido da amostra oferece limitações na interpretação desses resultados.

Em relação à situação ocupacional das mães, 64,6% são “do lar”, ou seja, são mães que têm basicamente como trabalho as atividades domésticas. As atividades ocupacionais

das que trabalham fora de casa, são bastante diversificadas, sendo trabalho manual não especializado aparecendo faxineira, diarista, doméstica, lavadeira, manicure e etc.

Dentre os pais, 82,8% exercem trabalho manual especializado e semi especializado como pedreiro, marceneiro, eletricista, segurança, etc. (tabela 7).

O nível baixo de escolaridade das mães (tabela 8), pode ser justificado, em parte, por causas individuais que, mesmo considerando a relevância destas, não são causas isoladas ou que, por si só, determinem o fracasso. Não se deve ignorar a influência de aspectos pedagógicos, sociais, políticos, culturais e outros.

Supõe-se que a escolarização favoreça o acesso aos meios de comunicação, fazendo com que as campanhas de saúde sejam melhor interpretadas e com maior adesão da população. Considerando as variáveis escolaridade e ocupação como indicadores do nível sócio econômico, pode-se supor que as mães que compõem a amostra do presente estudo pertençam a categorias menos bem situadas na escala sócio-econômica adotada. (GOUVEIA, 1972; GRACIANO, 1980; NOBRE, 1997; 2000).

Notou-se uma identificação tardia da deficiência visual, pois muitas apresentavam mais de 7 anos quando isto ocorreu (tabela 9).

Em pesquisa recente MONTILHA, et al. (2000), dentre 25 indivíduos, 23,5% dos casos foram identificados entre 2 e 12 anos.

Pesquisa realizada por CARVALHO, et al. (1998a), no Serviço de Visão subnormal (UNICAMP), das 395 crianças da amostra portadoras de deficiência visual, 53,4% tinham de 7 a 14 anos.

Esse fenômeno parece existir ainda quando se observa um pequeno número de crianças identificadas como portadoras de visão subnormal nos primeiros anos de vida. Esses resultados corroboram evidências observadas na prática.

A detecção e o diagnóstico precoces necessitam pois de educação da família e da equipe de saúde de postos de saúde para se efetivarem.

Nesse sentido, SONKSEN et al. (1991), enfatizam a importância do diagnóstico precoce, pois os melhores resultados da estimulação são obtidos quando a intervenção ocorre no primeiro ano de vida.

Os especialistas concordam quanto à importância da descoberta precoce de problemas visuais, como forma decisiva para a correção e minimização de problemas futuros graves. Nesse sentido, toda criança deveria ser submetida a exame oftalmológico completo antes de seu ingresso na escola, ainda na idade pré-escolar (KARA-JOSÉ & TEMPORINI, 1980).

Sabe-se que fatores econômicos e socioculturais impedem que isto ocorra, em dimensão desejável. Assim, programas de triagem visual nas escolas preenchem, em parte, essa lacuna, identificando crianças a necessitarem de atendimento oftalmológico (TEMPORINI,1990).

Em relação `a importância da participação da mãe no processo de escolarização do filho, é unânime o reconhecimento desse fato.

A participação dos pais no processo educacional de seus filhos é um tema que se encontra praticamente ausente das legislações dos diferentes países latino-americanos, motivo pelo qual não é de se estranhar que as associações, neste âmbito, sejam ainda muito isoladas e careçam de sistematização e articulação. É preciso andar para a frente neste âmbito, tanto do ponto de vista legislativo como na prestação de serviços que facilitem e melhorem a participação dos pais (BLANCO & DUK, 1997).

A compreensão dos pais sobre esse processo é importante, uma vez que a maior responsabilidade referente ao acesso à escolarização cabe a eles.

Os pais tem importantíssimo papel durante a infância e escolarização dos filhos, fornecendo cuidado, proteção física e psicológica. Controlar, regular e motivar os comportamentos de sua criança; ensinar e prover conhecimentos de habilidades, finalmente facilitar a interação com o ambiente físico e interpessoal sendo muitas vezes o interlocutor entre escola – criança (MARTINEZ & ALVES, 1999; NOBRE et al., 2001).

BLANCO & DUK (1997) citam que é fundamental que os pais colaborem nas atividades da escola, que contribuam na avaliação e no planejamento do currículo, que apoiem determinadas aprendizagens em casa e que colaborem na observação dos progressos de seus filhos.

MARTINS (2001) fala da importância em se investir nos familiares, realizando uma parceria que traria benefícios para todos, pois os pais, mais do que ninguém, conhecem as potencialidades e dificuldades das suas crianças e, quando bem trabalhados, podem ser excelentes aliados dos professores, com vistas à inclusão escolar e social dos filhos.

Na grande maioria das sociedades ocidentais, compete à família a tarefa de determinar como vão se dimensionar as práticas da educação utilizadas com a criança (MARTINEZ & ALVES, 1999).

Contudo, no presente estudo, o professor foi a pessoa que percebeu a dificuldade visual do escolar na maioria dos casos. (tabela 10). Resultados similares foram encontrados por ALVES et al., (2000); NOBRE et al.,(2001).

Especialistas em saúde escolar são unânimes quanto à propriedade de o professor observar o estado de saúde do aluno, tendo a possibilidade de desempenhar esta tarefa devido ao seu contato diário com o aluno. Esta convivência lhe permite conhecer o modo de cada um e notar mudanças na aparência ou conduta, que podem ser sinal de defeitos ou enfermidades (TEMPORINI, 1988).

Convém ressaltar que, quanto mais cedo for feito o diagnóstico, mais facilmente serão minimizadas ou evitadas as conseqüências da deficiência visual no desenvolvimento emocional, intelectual e social da criança. A avaliação multidisciplinar envolvendo profissionais médicos, psicólogos, terapeutas e professores levam a compreensão das necessidades educacionais especiais da criança.

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

KARA-JOSÉ et al. (1984a) sugerem que os pediatras deveriam ser conscientizados quanto à necessidade de avaliar a acuidade visual das crianças. Recomendam alertar os pediatras quanto ao papel fundamental que podem e devem desempenhar na prevenção da deficiência visual.

O desconhecimento anterior da mãe sobre a deficiência visual do filho, (tabela 11), talvez possa ser explicado por vezes por desconhecimento da mãe e também por não existir um trabalho sistematizado de detecção e seguimento dos casos, o que requer ação coordenada entre profissionais de saúde, professores e pais. (TEMPORINI, 1988; ALVES et al., 2000; NOBRE, et al., 2001).

Quando os familiares recebem a notícia da deficiência, muitos sentimentos ocorrem: tristeza, culpa, medo e ansiedade, ressentimento, negação e raiva. Em parte eles são superados, em parte são recorrentes ao longo da vida (MILLER, 1995; HERRING, 1996).

A negação da deficiência e a inabilidade dos pais em lidar com ela é muito freqüente, pois imaginavam que o problema seria leve e que poderia ser disfarçado (WHO, 1992).

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

Embora a situação ideal para uma criança com deficiência visual seja a integração ou inclusão imediata à escola, nem sempre isso é possível, tanto pela ausência de recursos como por problemas relativos ao desenvolvimento da própria criança (tabela 12). Há casos em que as crianças não apresentam os comportamentos sociais desejáveis para uma situação de grupo e ou habilidades psicomotoras normalmente exigidas na escola regular (NOBRE, et al., 2001).

Em uma pesquisa realizada com deficientes visuais, GOTTSMAN (1976), entre outros dados, mostra: sujeitos cegos, bem ajustados e integrados com seus familiares e com o ambiente, foram na infância bem aceitos e tratados primeiro como crianças e depois como cegos, realizando rotinas domésticas com seus irmãos. Este autor e outros pesquisadores e

educadores afirmam: “ a cegueira em si só não causa problemas à criança, se ela for devidamente orientada em seu processo educacional”. Os problemas nascem da atitude dos pais videntes em relação à criança cega, de situações sociais, da inadequação do ensino. O mesmo pode acontecer com a criança portadora de visão subnormal.

Muitos dos problemas poderiam ser evitados se os educadores, pais ou professores, tivessem acesso à maneira de o deficiente visual perceber e relacionar-se. Seria importante que não perdessem de vista que, na sua totalidade, essa criança tem mais pontos semelhantes às demais, do que pontos diferentes. Assim, antes de mais nada, ela precisa de cuidados físicos, de afeição, de segurança e de atendimento às suas necessidades.

O atendimento será tanto mais eficiente quanto melhor for o nível de integração e cooperação entre o aluno, pais, professor de classe comum e professor de sala de recursos, quando necessário (BRASIL, 1995).

O universo familiar e suas relações no processo educacional da criança com deficiência constituem um campo pouco estudado, mas muito importante para o desenvolvimento e aprendizagem da criança (NOBRE et al., 2001).

A satisfação declarada pelas mães quanto à atuação do professor de seu filho, (tabela 13) pode ser explicada levando-se em consideração o nível socioeconômico. A baixa escolaridade pode ser responsável pela ausência de informações e do desenvolvimento do sentido crítico em relação ao sistema escolar. A prática tem evidenciado que as mães pouco ou nada sabem sobre o processo de escolarização de seus filhos.

Em geral, mães de crianças portadoras de deficiência costumam assumir postura submissa. Não mencionam problemas que já tiveram com professores de seus filhos, muitas vezes por insegurança, medo de perder a oportunidade que está sendo oferecida a ele na escola, sem ao menos saber que é direito de todos o acesso à escola. No estudo exploratório as palavras de algumas mães revelaram medo de que o professor modificasse o tratamento com a criança, caso a mãe questionasse o conteúdo trabalhado em sala de aula.

BLAYA (1978), MARCELL & BRACONNIER (1989), afirmam que pessoas de

classes sociais menos favorecidas estão acostumadas a receberem atendimento de saúde e educação sem questionamento e, muitas vezes, sentem-se bastante agradecidas por ações que não correspondem às suas expectativas, por não se sentirem merecedoras de tal atenção.

Muitas vezes os pais tem comportamento dúbio com relação à educação do filho. Pais brigam nas escolas por vagas para que seus filhos tenham acesso à educação, acreditando que dessa forma terão acesso a uma vida melhor, ou seja, diferente da própria. Acreditam no mito de que a escola é o meio de ascensão social, no mito da igualdade de oportunidades (COLLARES & MOYSÉS, 1996).

Ao freqüentar a escola comum, o escolar portador de visão subnormal pode encontrar dificuldades no processo educativo pelo fato de não existirem recursos materiais e humanos apropriados (GASPARETTO, et al.; 2001).

Parece existir certa descrença das mães nas potencialidades dos filhos (tabelas 14, 15 e 16).

O professor detém a tarefa precípua de transmissão de conhecimentos na escola, mas para tal, deverá receber informações de como proceder com o aluno portador de deficiência visual em sala de aula.

O bom desempenho do aluno no processo educacional depende, em grande parte, de ações preventivas para a detecção e atendimento de possíveis desvios de saúde, muitas vezes ignorados pela própria família e pela criança (KARA-JOSÉ et al., 1984b; TEMPORINI, 1992). É inegável que distúrbios de saúde podem interferir no processo ensino - aprendizagem.

Destaca-se a importância de um trabalho de educação-prevenção junto aos professores para que possam atuar como multiplicadores de conhecimentos nessas áreas junto aos pais, alunos e comunidade (ALVES, et al., 2000).

Indivíduos portadores de visão subnormal se diferenciam na habilidade de utilizar a visão. A habilidade visual depende não apenas da doença ocular, mas também, da eficácia

do uso da visão. Por esse motivo não há “receitas” de atuação e nem é possível fazer generalizações na avaliação desses indivíduos (GASPARETTO et al.,2001).

Crianças portadoras de deficiência visual, não são um grupo homogêneo. Além de sua incapacidade visual podem ter outras deficiências de caráter sensorial, físico ou intelectual que irão se somar aos efeitos de sua baixa visão (WHO, 1992)

A experiência mostra que muitas das mães de crianças portadoras de deficiência visual, não recebem informações adequadas, ou satisfatórias sobre a forma que seu filho enxerga e de que forma ela pode auxiliá-lo a usar seu resíduo visual, favorecendo assim, em muitos casos, a dúvida e até mesmo a incerteza sobre a deficiência visual da criança.

Em se tratando ainda da escolarização, em geral professores do ensino fundamental não recebem em seus currículos de formação preparo especial para lidar com alunos deficientes visuais, o que torna ainda mais difícil o esclarecimento às famílias sobre as reais necessidades da criança deficiente visual.

Em estudo recente, GASPARETTO et al., (2001); evidenciaram que dentre os 50 professores que compuseram sua amostra, 92,0% declararam desconhecimento a respeito de como atuar com alunos que tem visão subnormal em sala de aula.

A preparação do professor, mediante desenvolvimento de programas de saúde, constitui a base para o sistema de construção e disseminação do conhecimento em saúde. Contudo, nem sempre o professor dispõe de conhecimentos, atitudes e práticas no campo da saúde escolar, que deveria ter adquirido no seu curso de formação (ARMOND, 1998; TEMPORINI, 1990).

As mães quando questionadas sobre o que é “ir bem na escola”, referem aprender a ler e a escrever (tabela 17). Esses resultados sugerem que mesmo sendo as mães de nível baixo de escolaridade, entendem que passar de ano não significa ir bem na escola. O processo de escolarização do portador de deficiência visual é complexo merecendo estudos mais profundos.

Grande parte dos professores, não pedem ajuda à mãe da criança portadora de

deficiência visual inserida na sala de aula (tabela 18). Este dado pode estar relacionado ao despreparo do professor para receber este aluno em sala de aula. Se o professor não é preparado, como pode solicitar ajuda, se nem mesmo sabe o que pode e deve ser feito.

A família e a escola constituem-se elementos primários, espaço básico e fundamental para o desenvolvimento, aprendizagem, socialização e integração dos alunos com deficiência visual. Deste ponto de vista, não podemos dissociar escola-família, nem abordá-las como entidades separadas.

O conceito de trabalho educativo e pedagógico tem, historicamente em nosso meio, excluído a participação da família no processo ensino-aprendizagem e nas tomadas de decisões acerca do processo educacional realizado no sistema escolar (BRUNO,1999).

BRUNO (1992) fala sobre a necessidade de o aluno com deficiência visual contar com pessoas disponíveis para que, através da comunicação e da interação, possam ajudá-lo a ampliar suas experiências, a conhecer e a interpretar o mundo. A família exerce papel fundamental no processo de desenvolvimento e aprendizagem das pessoas com deficiência visual como mediadoras nas interações, nas formas de comunicação, nas relações da criança com o mundo e no processo de construção do conhecimento.

BUSCAGLIA (1982), cita que “ o que falta é uma declaração de direitos paternos para regular a associação entre pais e profissionais em benefício da criança deficiente” .

São poucas as pesquisas acerca da dinâmica familiar, sobre as relações e interações com a criança portadora de deficiência visual e de como a família pode contribuir para a promoção do desenvolvimento e aprendizagem de seus filhos.

As pesquisas disponíveis estão mais relacionadas às famílias de crianças com deficiência mental ou sobre aspectos psicológicos e o impacto que a deficiência acarreta na organização e estruturação familiar (BRUNO, 1999).

Em pesquisa recente GASPARETTO et al., (2001), concluíram que 70,0% dos professores entrevistados, declararam deter pouco conhecimento de como lidar com alunos com visão subnormal em sala de aula. Tem-se observado que o despreparo para atuar com

aluno portador de visão subnormal e a insuficiente experiência profissional, leva os professores a acreditarem que não sabem como atuar com este aluno, pois na grande maioria desconhecem as especificidades da deficiência visual, não conseguindo em muitos casos compartilhar esta dificuldade com os pais.

CARVALHO et al.,(1998b), avaliando a eficácia das condutas no Serviço de visão subnormal da disciplina de oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (SVSN/FCM/UNICAMP), em questionário aplicado a 70 professores, verificaram que para 47,5% desses professores as orientações realizadas pelo serviço não foram suficientes.

A prática tem mostrado que a maioria dos professores do ensino regular não recebem orientação específica ou suficiente para lidarem com alunos portadores de visão subnormal em sala de aula, dificultando assim o processo de interação família-escola.

A utilização de materiais específicos para a leitura e escrita foi pouco observada. (tabela 19).

CARVALHO et al., (1994), recomendam que o aluno com baixa visão desenvolva e melhore a sua eficiência visual através da ajuda de materiais adaptados às suas necessidades visuais e principalmente pela organização e adequação do ambiente. Para facilitar o processo de aquisição da leitura e escrita recomendam a ampliação de textos, cadernos com pautas ampliadas, canetas hidrográficas e lápis especiais para aumento do contraste.

TORRES & CORN (1990), também recomendam a utilização de alguns dispositivos para favorecer o funcionamento visual, entre eles citam canetas tipo pincel atômico, acetato, papel com pautas em negrito e outros; as autoras falam que os materiais não precisam necessariamente serem prescritos por um especialista, mas os professores necessitam saber do porque da utilização destes recursos.

Os materiais convencionais para a escrita e leitura, nem sempre suprem as necessidades visuais. A ausência ou excesso de iluminação, a não utilização de contrastes, podem ser fatores prejudiciais ao desempenho visual, gerando fadiga visual. (GASPARETTO, et al., 2001).

BATISTA (1998); MASINI (1994), citam a falta de conhecimento do professor sobre procedimentos de atenção à criança com deficiência visual, o que leva a atuações inadequadas.

Na escola comum, o desconhecimento sobre a deficiência visual causa a falta do uso de materiais especiais e limita as técnicas de ensino, levando a criança em muitos casos à apresentar dificuldades que poderiam ser resolvidas com simples adaptações e ou orientações adequadas para o caso.

Em relação a prescrição de óculos (tabela 20), nota-se que a maioria segue a orientação.

A postura dos pais, professores e colegas para os novos usuários de óculos tem papel relevante na aderência ao uso dos mesmos. Para TERRY (1990), existe um aumento de comentários favoráveis no julgamento social de crianças com 4 anos de idade e um aumento de comentários negativos de crianças com mais de 5 anos para com os usuários de óculos na escola, determinando o estereótipo negativo imputado aos usuários de óculos.

Isto evidencia a necessidade de ações educativas por parte dos professores, pais e demais familiares, propiciando um ambiente mais favorável ao uso de óculos na escola. A falta de aderência ao uso de óculos pode acarretar, problemas no desenvolvimento psico-social da criança (ALVES, et al., 2000).

HORWOOD, (1998), fala que “óculos odiado e/ou não usado” pode constituir foco de conflito familiar e escolar, representando um enorme estresse desnecessário para a criança.

Em pesquisa recente sobre crenças em saúde ocular, entre professores, ARMOMD & TEMPORINI, (2000), relata que dos 545 professores da população de sua pesquisa, 99,4% acreditavam que, uma vez indicado o uso de óculos para a criança, esse uso deve ser constante. Admite-se, entretanto, que tal prática nem sempre se faz necessária, dependendo do caso, a prescrição pode ser apenas para usá-lo para desenvolver tarefas de longe, atividades de leitura e escrita, etc.

As mães quando perguntadas sobre a busca da consulta oftalmológica (tabela 21), e o tempo decorrido até a primeira consulta (tabela 22), observou-se que 33,3% tinham passado pelo oftalmologista, mas a média de tempo decorrido entre a percepção do problema visual e a busca de atendimento foi de 11,7 meses.

Este dado sugere, que mesmo as mães sabendo do problema, muitas vezes por inúmeros motivos não vão em busca de assistência adequada.

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

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

Sabe-se que quando a deficiência visual é diagnosticada no primeiro ano de vida e a criança recebe estimulação prontamente, obtém-se melhores repercussões na eficiência visual e, conseqüentemente, em todos os aspectos de desenvolvimento (NOBRE, et al., 2000; GAGLIARDO & NOBRE, 2001).

Observou-se que mesmo após a consulta oftalmológica, a mãe não recebeu nenhuma orientação quanto à prescrição de auxílio-óptico e não-óptico para portadores de visão subnormal.

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

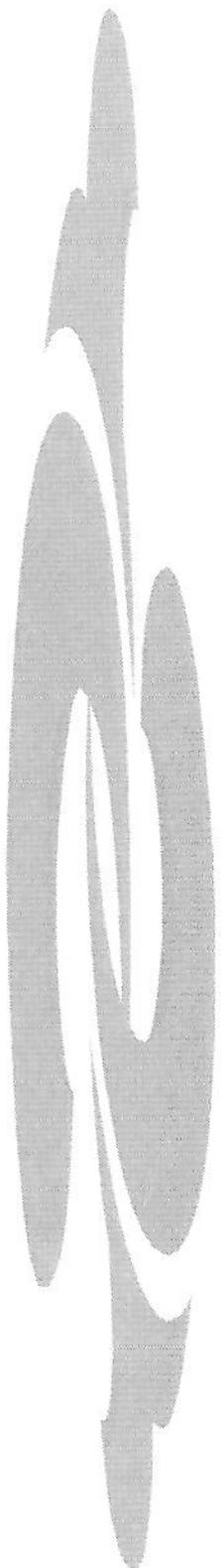
Recentes estudos mostram que com a utilização de auxílios-ópticos prescritos de

acordo com o nível visual apresentado pelo sujeito, a funcionalidade visual pode ser melhorada (MARGRAIN, 2000; WOLFFSOHN, COCHRANE, WATT, 2000).

SALOMON (1996), afirma que “ o objetivo educacional no atendimento a crianças portadoras de deficiência visual é promover o pleno desenvolvimento destas, com o uso de todos os recursos que possibilitem sua inserção no mundo social”.

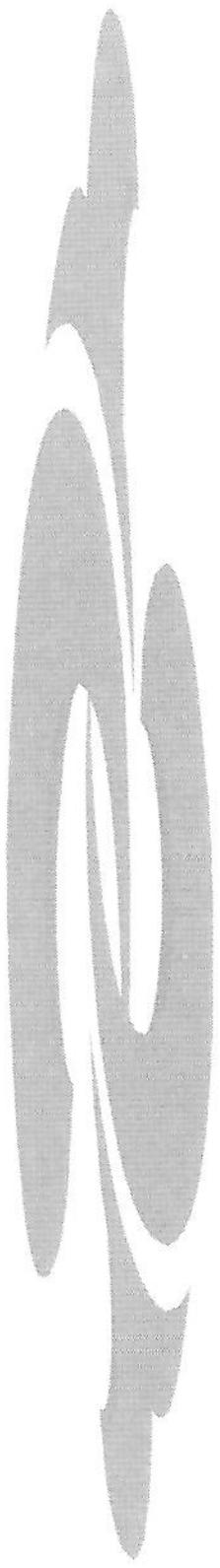
Observa-se na tabela 23, que quase a totalidade das mães não recorreram à instituições de reabilitação. Este fato pode estar relacionado a inúmeros fatores como o não encaminhamento pelo médico, o não esclarecimento do caso à família, a dificuldade de acesso, o não envolvimento da família.

GREENBLATT (1988), num estudo sobre a interação dos oftalmologistas com os deficientes visuais, mostrou que, além de haver um número reduzido de encaminhamentos dos oftalmologistas para serviços de reabilitação, muitos não conheciam os serviços existentes em sua comunidade.



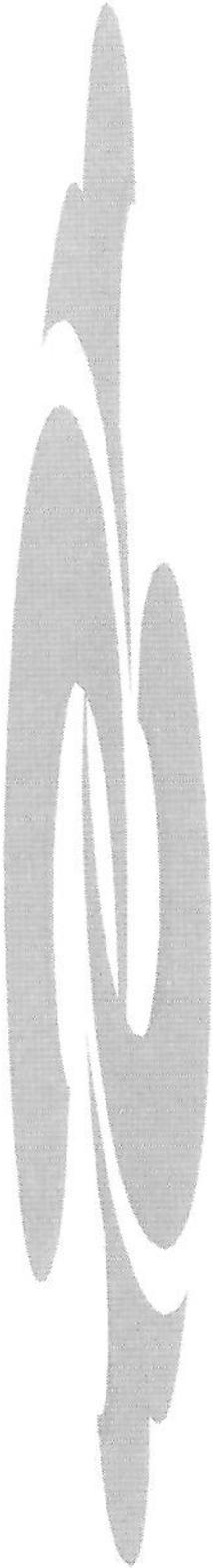
6. CONCLUSÕES

1. A maioria das mães mora com marido ou companheiro, entretanto poucas exercem trabalho remunerado, predominando serviços manuais não especializados; parcela reduzida completou o 1º grau.
2. Na percepção das mães, as crianças revelam dificuldade de desempenho na escola devido ao problema visual, embora reconheçam a atuação pedagógica eficaz dos professores, proporção reduzida de mães referiram ter conhecimento do problema ocular anteriormente a campanha de triagem visual.
3. Dentre as mães que haviam buscado atendimento oftalmológico antes da campanha, nenhuma delas referiu ter recebido orientação e/ou prescrição de auxílio óptico ou não óptico para seu filho.
4. Em geral as mães não recorreram à assistência especializada de reabilitação.
5. Ressalta-se a importância da campanha Olho no Olho da triagem visual na escola para identificar crianças portadoras de deficiência visual, desempenhando o professor importante função.



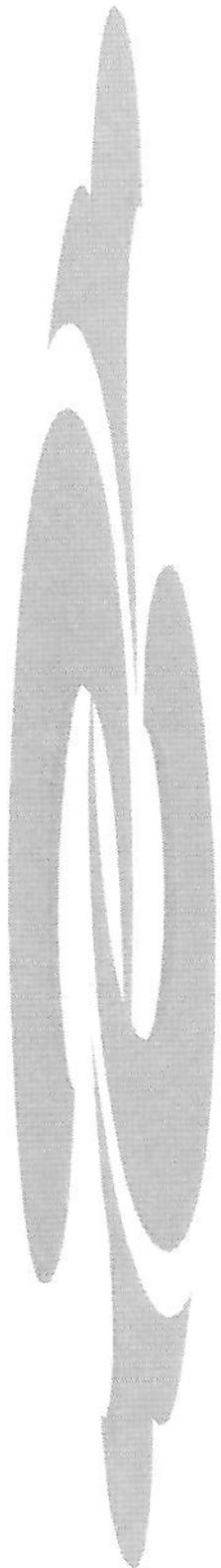
7. SUGESTÕES

- 1- Que a triagem visual na escola, para identificar crianças portadoras de deficiência visual seja inserida com apoio do Ministério da Saúde e da Educação.
- 2- Que todas as crianças identificadas como portadoras de deficiência visual recebam atendimento especializado.
- 3- Implementar o acompanhamento oftalmológico e de reabilitação das crianças identificadas na campanha Olho no Olho ou em campanhas similares.



8. *SUMMARY*

A transversal descriptive study was performed to record the characteristics, perceptions and behavior of mothers of visually impaired children. These children were in the first year of primary teaching and were identified during the “Olho no Olho” (eye on the eye) campaign, 2000. The sample was composed of 48 mothers of visually impaired children identified during the campaign. For the collection of data, a questionnaire was applied by interview. It was seen that the large majority of the mothers lived with their husbands or partners, 91.7 % stated that they had been to school, although just 2.1 % had completed fundamental schooling. As far as occupational categories were concerned, 76,4% non-specialized manual services predominated among the mothers. The campaign showed that 61.7 % of the children were aged 7 and above and that the major cause of visual impairment was toxoplasmosis (24.9%). Just 35.4 % of the mothers had been aware of the existence of visual problems before the campaign and 33.3% of the children had seen an ophthalmologist without receiving any type of orientation or prescription of optical or non-optical aids for utilization of the residual vision. The mothers reported difficulty in the educational progress in 79.2 % of the cases due to the children’s visual problems. In general they demonstrated satisfaction with the pedagogical performance of the teachers (62.5 %), although they had doubts as to the children’s learning (54.2 %) and as to whether they would complete their studies (50.0 %). It was observed that even after the children were identified as visually impaired, 20.8 % of the mothers still referred to the absence of difficulty of the child at school in relation to their visual problem. They stated that nearly all the children (93.8 %) just used a common exercise book for reading activities at school and 10.4 % used an amplified photocopy. Visits to the ophthalmologist, for various reasons, did not result in the prescription of optical or non-optical aids for the children or even specific orientation for the use of residual vision. This study highlighted the importance of the “Olho no Olho” campaign or similar visual screening projects with the teacher playing an important role.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALVES, M.R.& KARA JOSÉ, N. **Campanha Nacional de Reabilitação Visual OLHO no OLHO – Manual de Orientação ao professor**, 1999, 40p.

ALVES, M.R.; ALVES, V.L.R.; TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N. – Características e percepções de pais de escolares portadores de problemas oculares atendidos em projeto comunitário. **Rev. Bras. Oftal.**, 59 (2): 99-104, 2000.

AMIRALIAN, M.L.T.M. – Interação – condição básica para o trabalho do profissional com o portador de deficiência visual. In: ALENCAR, E.M.L., org. – **Tendências e Desafios da Educação Especial**. Brasília, SEESP, 1994. p.153-59. (Série atualidades Pedagógicas, 1)

AMIRALIAN, M.L.T.M. – **Compreendendo o cego: uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenhos – estórias**. São Paulo, Casa do psicólogo. 1997. 321p.

ARMOND, J.E. – **Saúde ocular: conhecimento, crenças e opiniões de professores de primeira série do primeiro grau, do sistema público de ensino da região sul do município de São Paulo**. São Paulo, 1998. [Tese de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

ARMOND, J.E. & TEMPORINI, E.R. – Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do município de São Paulo, SP – Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, 34 (1): 9-14, 2000.

BATISTA, C.G. Prevenção de dificuldades escolares em crianças com deficiência visual. **Temas em Psicologia**, 2: 75-86, 1997.

BATISTA, C.G. Crianças com deficiência visual – como favorecer sua escolarização? **Temas em Psicologia**, 6: 217-229, 1998.

- BLANCO, R. & DUK, C. – A integração dos alunos com necessidades especiais na região da América Latina e Caribe: situação atual e perspectivas. In: MANTOAN, M.T.E. – **A integração de pessoas com deficiência : contribuições para uma reflexão sobre o tema.** São Paulo. Memnon, 1997. p.184 –95.
- BLAYA, M. – **Psicoterapia com pacientes de classes menos favorecidas.** Artes Médicas, Porto Alegre, 1978.
- BRASIL. Secretaria de Educação Especial – **Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial: Área de Deficiência Visual.** Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Brasília, MEC/SEESP, 1995, 58p (Série Diretrizes, 8).
- BRUNO, M.M.G. **Deficiência visual: reflexão sobre a prática .**São Paulo, Laramara, 1992. 124p.
- BRUNO, M.M.G. – **O significado da deficiência visual na vida cotidiana: análise das representações dos pais-alunos-professores.** Campo Grande, 1999. [Tese Mestrado – Universidade Católica Dom Bosco]
- BURNS, M..J. – Building a priority for national vision health care. **Eye, Ear, Throatmon.,** 52: 353-6, 1973.
- BUSCAGLIA, L.F. O papel importantíssimo da família na reabilitação da criança deficiente. Rio de Janeiro: **correio da UNESCO,8:** 5-15, 1981.
- BUSCAGLIA, L.F. O direito dos pais segundo Buscaglia, 1982. In: REGEN, M.; ARDORE, M.; HOFFMANN, V.M.B.- **Mães e filhos especiais: relato de experiência com grupo de mães de crianças com deficiência.** Brasília. CORDE, 1993. p119-120.

- CARVALHO, K.M.M. – **Visão subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil**. Campinas, 1993. [Tese Doutorado – Faculdade de Ciências Médicas-UNICAMP].
- CARVALHO, K.M.M.; GASPARETTO, M.E.R.F.; VENTURINI, N.H.B.; KARA-JOSÉ, N. **Visão subnormal: orientações ao professor do ensino regular**. 2 ed. Campinas: Editora da UNICAMP. 1994. 48p.
- CARVALHO, K.M.M.; MINGUINI, N.; MOREIRA-FILHO, D.C.; KARA-JOSÉ, N. – Characteristics of a pediatric low-vision population. **J. Pediatric. Ophthalmol. Strabismus**, **35**: 162-5, 1998a.
- CARVALHO, K.M.M.; VENTURI, N.H.B. ; MELO, H.F.R.; VENTURINI, T.B.P.; SHIROMA, L. O.; BUONO, C.L. – Eficácia das condutas de um serviço de visão subnormal. **Arq. Bras. Oftal.** **61 (6)**: 684 –9. 1998b.
- CÉSAR, A.F.C. – Uma abordagem da Terapia Ocupacional em relação ao vínculo mãe e filho em um ambiente hospitalar. **Rev. Terapia Ocupacional**, **1**: 12-5, 1993.
- COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. . Quando as famílias são as culpadas. In: **Preconceitos no cotidiano escolar –ensino e medicalização**. São Paulo, Cortez, 1996. p.173-196.
- DAVIDSON, D.W. The future of vision screening. **Am. J. Optom. Ass.**,**48**: 469-76, 1977.
- DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, P.; BRENDEL, K.A.; SMITH, D.C.; BURTON, A.H.; DICKER, R.C.; SULLIVAN, K.; FAGAN, R.F.; ARNER, T.G. - **Epi Info, version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, U.S.A., 1994.
- FREEMAN, P. – **The Deaf/Blind baby – a programme of care**. William Heinemann Medical Books – Ltd, London, 1985. 186p

- GAGLIARDO, H.G.R.G. & GONÇALVES, V.M.G. - Conduta Visual - primórdios da comunicação. **Arq. Neuropsiquiatr.**, **54(Supl II)**. 1996.
- GAGLIARDO, H.G.R.G.; NOBRE, M.I.R.S.; CARVALHO, K.M.M. – Intervenção Precoce ambulatorial – orientação à família. **Arq. Bras. Oftal.**, **59 (4)**: 352, 1996. (Abstract)
- GAGLIARDO, H.G.R.G. & NOBRE, M.I.R.S. – Intervenção precoce na criança com baixa visão. **Rev. Neurociências** **9 (1)**: 16-19, 2001.
- GASPARETTO, M.E.R.F.; TEMPORINI, E.R.; CARVALHO, K.M.M.; KARA-JOSÉ, N. O aluno portador de visão subnormal na escola regular: desafio para o professor? **Arq. Bras. Oftal.** **64**: 45-51, 2001.
- GLAT, R. **A integração social dos portadores de deficiência: uma reflexão**. Rio de Janeiro, 1995.
- GOMES, H.S.R. **Trabalhando com famílias**. São Paulo, 1992. (Série -Caderno de ação,1)
- GOTTESMAN, M. – Stage development of blind children: a Piagetian view. **The new outlook for the blind**, **70(3)**: 94-100, 1976.
- GOUVEIA, A. J. - O emprego Público e o diploma do curso superior. Fundação Carlos Chagas, São Paulo, 1972. p.15-20.
- GRACIANO, M.I.G. Critérios da avaliação para classificação sócio-econômica. **S. S. Sociedade**, **3**: 81-103, São Paulo, 1980.
- GREEN, L.W. et al. - **Health education planning: a diagnostic approach**. Palo Alto, Mayfield, 1980 (mimeo).
- GREENBLATT, S.L. - Physicians and chronic impairment: a study of ophthalmologist's interactions with visually impaired and blind patients. **Soc. Sci. Med.**, **26(4)**: 393-99, 1988.

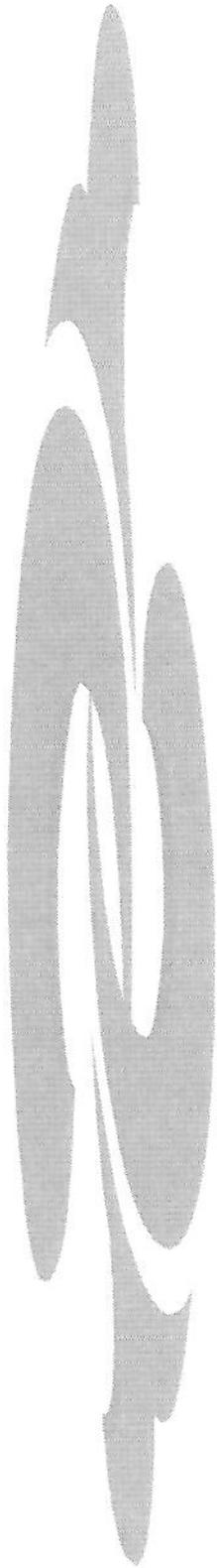
- HERRING, J. – Adjusting to your child’s visual impairment. In: Holbrook, M.C. – **Children with visual impairments: a parents’ guide**. New York, Woodbine House, 1996. (The special needs collection).
- HORWOOD, A. M. – Compliance with first time spectacle wear in children under eight years of age. **Eye**, **12**: 173-78, 1998.
- HYVARINEN, L. – **La vision normal y anormal em los niños**. Madri, ONCE, 1988. 92p.
- KARA-JOSÉ, N. & TEMPORINI, E.R – Avaliação dos critérios de triagem visual de escolares de primeira série do primeiro grau. **Rev. Saúde Públ.**, **14**: 205-14, 1980.
- KARA-JOSÉ, N.; HOLZCHUH, N.; TEMPORINI, E.R. – Vícios de refração em escolares na cidade de São Paulo, Brasil. **Bol. of. Sanit. Panam.**, **96 (4)**: 326-33, 1984a.
- KARA-JOSÉ, N.; CARVALHO, K.M.M.; CALDATO, R.; PEREIRA, V.L.; OLIVEIRA, A.M.N.D.; FONSECA NETO, J.C. – Atendimento de amblíopes e prevalência na população pré-escolar, Campinas, São Paulo, Brasil. **Bol. of. Sanit. Panam.**, **96 (1)**: - 31-37, 1984b.
- KARA-JOSÉ, N.; CARVALHO, K.M.M.; PEREIRA, V.L.; GASPARETTO, M.E.R.F.; VENTURINI, N.H.B.; GUSHIKEN, M.T. – Estudo retrospectivo dos primeiros 140 casos atendidos na clínica de visão subnormal do hospital das Clínicas da UNICAMP, São Paulo. **Arq. Bras. Oftal.** **51(2)**: 65-69, 1988.
- KÖHLER, L. & STIGMAR, G. – Vision screening of for four-year-old children. **Acta. Pediatr. Scand.**, **62**: 17-27, 1973.
- LAURETTI, A & ROMÃO, E. – Estudo da acuidade visual e dos vícios de refração em crianças com baixo rendimento escolar. **Rev. Bras. Oftal.**, **41**: 331 – 36, 1982.
- LIMA, M.C.M.P.; FRANÇOZO, M.F.C. – Famílias de deficientes auditivos do curso por correspondência: um estudo preliminar sobre seu perfil. **Rev. FCM**, **7(1)**: 5-22, 1999.

- LIPPMAN, O. – Vision screening of young children. **Amer. J. Publ. Health.**, 61: 1586-1601, 1971.
- MARCELL, D. & BRACONNIER, A. –**Manual de psicopatologia do adolescente**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. 318p.
- MARGRAIN, T.H. – Healing blind and partially sighted people to read: the effectiveness of low vision aids. **Br. J. Ophthalmol**, 84: 919-21, 2000.
- MARTINEZ, C.M.S. & ALVES, Z.M.M.B. – Famílias que tem uma criança com atraso no desenvolvimento: algumas implicações. **Rev. Bras. de Educação Especial**, II, 3. 1999.
- MARTINS, L.A.R. – Por uma escola aberta às necessidades dos alunos. **Temas sobre Desenvolvimento**, 10 (55): 28-34, 2001.
- MASINI, E.F.S. - .A educação do portador de deficiência visual – as perspectivas do vidente e do não vidente. In: ALENCAR, E.M.L., org. – **Tendências e Desafios da Educação Especial**. Brasília, SEESP, 1994. p.82-103. (Série Atualidades Pedagógicas, 1)
- MATSUKURA, T.S.; EMMEL, M.L.G.; PALHARES, M.S.; MARTINEZ, C.M.S.; SURIAM, C.E. - A importância da provisão de suporte aos cuidadores de crianças portadoras de transtornos no desenvolvimento. **Temas sobre Desenvolvimento**, 8(48): 5-10, 2000.
- MEZOMO, J.C. – Qualidade na relação hospitalar – paciente. **Rev. Hospital – Adm. E Saúde**, 17 (5): 271-5, 1993.
- MILLER, N.B. – **Ninguém é perfeito – vivendo e crescendo com crianças que têm necessidades especiais**. Papirus, Campinas, 1995. 300p.
- MONTILHA, R.C.I.; TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N.; NOBRE, M.I.R.S. Deficiência visual: características e expectativas de clientela de serviços de reabilitação. **Rev. Ciên. Med**, 9(3): 121-126, 2000.

- NOBRE, M.I.R.S. **Atendimento de estimulação em serviço de visão subnormal: características de usuários, opinião e conduta de mães.** Campinas, 1997. [Tese Mestrado - UNICAMP].
- NOBRE, M.I.R.S.; TEMPORINI,E.R.; KARA-JOSÉ,N.; MONTILHA, R.C.I –
Rehabilitation Services for visually impaired children: early intervention or a long delay? **Rev. Ocupacion Humana**, **8(4)**: 9-18, 2000.
- NOBRE, M.I.R.S.; TEMPORINI,E.R.; KARA-JOSÉ,N.; MONTILHA, R.C.I. –
Deficiência visual de escolares: percepção de mães. **Temas sobre Desenvolvimento**, **10 (55)**: 24-7, 2001.
- NOVAES, H.M.D. & ZUCCOLOTTO, S.M.C – A Saúde do escolar. In: **Fracasso escolar – uma questão médica?** São Paulo, Cortez –Cedes, **15**: 17-29, 1985.
- PIOVESAN, A. – Percepção cultural dos fatos sociais: suas implicações no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, **4 (1)**: 85-97, 1970.
- PIOVESAN, A; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo da fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Públ.**, **(29)**: 318-25, 1995.
- ROSSI, T.R.F. - **O papel educacional da fonoaudióloga com famílias de crianças surdas.** Piracicaba, 1994. [Tese Mestrado -Universidade Metodista de Piracicaba]
- SALOMON, S.M. **Processo psico-pedagógico de desenvolvimento da eficiência visual de adultos portadores de visão subnormal: uma modalidade de atendimento, uma escuta, um olhar.** São Paulo, 1996. [Tese Mestrado – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo].

- SAMEA, S. – O papel da família no processo de terapia ocupacional: uma visão crítica. In: KUDO, A.M.; MARCONDES, E.; LINS, L.; GUIMARÃES, M.L.L.G.; JULIANA, R.C.T.P.; PIERRI, S.A. – **Fisioterapia – Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional**. 2 ed. São Paulo: SARVIER, 1994.p.243-46.(Monografias Médicas, Série pediatra, V.XXXII).
- SLOANE, A. E. & ROSENTHAL, P. School vision testing. **Arch. Ophthalmol.**, **64**: 763-70, 1960.
- SONKSEN, P.M.; PETRIE, A.; DREW, K.J. – Promotion of visual development of severely visually impaired babies: evaluation of a developmentally based progame. **Dev. Med. Child. Neurol.**, **33**: 320-35, 1991.
- TARTARELLA, M.B.; NAKAMO, K.; CASTRO, C.T.M.; MARTINS, A.P..M. – Visão subnormal em crianças. **Arq. Bras. Oftal.**, **54 (5)**: 221-4, 1991
- TEMPORINI, E.R. - Aspectos do plano de oftalmologia sanitária escolar do estado de São Paulo. **Rev. Saúde Públ. São Paulo**, **16**: 243-60, 1982.
- TEMPORINI, E.R. - Ação preventiva em problemas visuais de escolares. **Rev. Saúde Públ. São Paulo**, **18**: 259-62, 1984.
- TEMPORINI, E.R. – Percepção de professores do sistema de ensino do estado de São Paulo sobre seu preparo em saúde do escolar. **Rev. Saúde Públ., São Paulo**, **22(5)**: 411-21, 1988.
- TEMPORINI, E.R. – Prevenção de problemas visuais de escolares: conduta de professores do sistema de ensino do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Esc.1**: 68-75. 1990.
- TEMPORINI, E.R. - Pesquisa de oftalmologia em saúde pública. Considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq. Bras. Oftal.**, **54 (6)**: 279-81, 1991.
- TEMPORINI, E.R. – Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Esc.2**: 126-135. 1992.

- TEMPORINI, E.R. & KARA-JOSÉ, N. – Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: Propostas de intervenção. **Arq. Bras. Oftal.**, **58**: 189-94, 1995.
- TERRY, R.L. –Social and personality effects of visual correctives. **J. Social Behav Personality** **5**: 683-95. 1990.
- TORRES, I. ; CORN, A L. **When you have a visually handicapped child in your classroom: sugestions for teahers.** American Fondation for the Blind. Second edition, New York, 1990. 48p.
- VIEIRA, C. & RODRIGUES, M.L.V. – Prevenção da cegueira nas escolas rurais da região da Santa Bárbara D'Oeste – São Paulo. **Rev. Bras. Oftal.** **54 (2)**: 43-47, 1995.
- WOLFFSOHN, A.L.; COCHRANE, A.L.; WATT, N.A. – Implementation methods for vision related quality of life questionares. **Br. J. Ophthalmol.**, **84**: 1035-40, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Management of low vision in children.** In: WHO Consultation, Bangkok, 1992. **Annals.** Bangkok, 1992. 47p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global data on Blindness.** Genève, WHO, 1995, **73 (1)**: 115-121. (Bulletin of the World Health Organization., vol.73)



10. ANEXOS

ANEXO 1

Classificação de ocupações segundo GOUVEIA

b) O nível ocupacional dos pais:

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

1. Ocupações de nível alto

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

2. Ocupações de nível médio-alto

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

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

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

3. Ocupações assalariadas de nível médio

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

4. Pequenos negociantes e assemelhados

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

5. Pequenos funcionários e equivalentes

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

6. Supervisores imediatos de trabalho manual

Mestres, empreiteiros, donos de oficinas, etc..

7. Trabalhadores manuais especializados e semi-especializados

Mecânico, eletricitista, marceneiro, etc..

8. Agricultores sem empregados e assalariados rurais

TABELA 2

CATEGORIA OCUPACIONAL DOS PAIS DOS CANDIDATOS MASCULINOS

(Porcentagens)

Local de Inscrição	C A T E G O R I A O C U P A C I O N A L										TOTAL (100,00%)
	Alta	Média-Alta (profissionais liberais e equi- valentes)	Média (Asses- riados de nível médio)	Pequenos neg- cios e equi- valentes	Pequenos fun- cionários e e- quivalentes	Supervisores de trabalho ma- nual	Manuais espe- cializados e se- mi-especializa- dos	Manuais (turba nos) não espe- cializados	Agricultores sem empregados e ag- saliados rurais		
São Paulo	2,62	16,27	12,59	23,20	19,79	4,33	9,93	5,11	6,10	(2.930)	
Rio-Niterói	4,76	25,29	15,91	16,18	21,70	3,69	7,34	3,00	2,09	(1.866)	
Belo Horizonte	2,82	26,56	12,17	26,56	17,58	2,33	5,28	3,93	2,70	(813)	
Porto Alegre	1,62	18,26	10,75	26,36	17,67	2,65	9,37	2,06	11,04	(679)	
Curitiba	3,44	21,42	11,33	25,12	17,73	3,94	9,11	2,70	5,17	(406)	
Salvador	2,23	26,33	11,60	23,66	20,53	1,78	7,58	2,67	3,57	(224)	
Recife	3,29	22,45	15,56	17,96	27,54	3,59	3,59	1,79	4,19	(334)	
Fortaleza	2,85	22,85	11,42	25,23	24,76	1,42	4,28	0,47	6,66	(210)	
Outras Capitais do- Nordeste	4,76	17,46	12,06	21,90	25,39	3,49	6,34	2,53	6,03	(315)	
Belém	4,09	22,13	11,47	22,13	26,22	4,09	4,91	3,27	1,63	(122)	
Brasília	5,59	19,07	17,43	23,02	18,42	3,28	6,25	2,30	4,60	(304)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2

Prezados Pais

Está sendo realizada a Campanha Olho no Olho – 2000, onde todas as crianças inseridas na 1º série do ensino fundamental da rede pública, deverão passar por uma triagem visual feita na própria escola pelo professor de seu filho.

Nos casos em que a criança apresentar algum problema no olho, ela será encaminhada para uma avaliação oftalmológica, em dia, local e hora pré determinadas. É muito importante a sua colaboração para resolver o problema do seu filho, levando-o para a consulta.

Estamos realizando uma pesquisa sobre o que pensam os pais ou responsáveis sobre o problema visual do seu filho.

Para tanto, solicitamos sua colaboração no sentido de responder às perguntas que lhe forem feitas.

A sua opinião é muito importante, e sem dúvida, irá contribuir para este estudo.

Agradeço a sua colaboração.

Podemos começar?

ANEXO 3

Campanha Olho no Olho – 2000

Senhores Pais

Seu (sua) filho (a) apresentou dificuldade visual na triagem oftalmológica.

Solicitamos seu comparecimento (mãe ou pai) no dia _____ às _____ horas, no _____ para conversar sobre o problema visual do (a) seu (sua) filho (a). Essas informações farão parte de um estudo para melhorar os serviços de educação de deficientes visuais.

A sua presença é de grande importância.

Agradecemos antecipadamente ,

Não é necessário trazer o seu filho.

ANEXO 4
Campanha Olho no Olho – 2000

Senhores Pais

Seu (sua) filho (a) apresentou dificuldade visual na triagem oftalmológica.

Solicitamos seu comparecimento (mãe ou pai) no dia _____ às _____ horas, no _____ para conversar sobre o problema visual do (a) seu (sua) filho (a). Essas informações farão parte de um estudo para melhorar os serviços de educação de deficientes visuais.

A sua presença é de grande importância.

Agradecemos antecipadamente ,

É necessário trazer o seu filho.

<p>5- Quem percebeu que seu (sua) filho (a) tinha problema de vista, você mesma, o médico de vista, outro médico, ou outra pessoa que eu não falei?</p> <p>Mãe (1) Médico de vista (2) Outro médico (3) Outra pessoa (4)</p> <p>Quem? _____</p>	<p style="text-align: center;">11</p> <p style="text-align: center;">12 13</p>
<p>6- Mãe seu (sua) filho (a) já foi ao médico de vista, sim ou não?</p> <p>Sim ____ (1) Não ____ (2)</p>	<p style="text-align: center;">14</p>
<p>7- Mãe que idade seu (sua) filho (a) tinha quando você percebeu que ele (a) tinha problema de vista? Ou você não lembra?</p> <p>_____ meses</p> <p>_____ anos</p> <p>_____ Não lembra</p>	<p style="text-align: center;">15 16</p> <p style="text-align: center;">17 18</p> <p style="text-align: center;">19</p>
<p>8- Após quanto tempo do problema percebido você levou seu (sua) filho (a) ao médico de vista? Ou a senhora não lembra?</p> <p>_____</p> <p>Não lembra (1)</p>	<p style="text-align: center;">20 21</p> <p style="text-align: center;">22</p>
<p>9- Alguma vez foi receitado óculos para seu (a) filho, sim ou não?</p> <p>Sim ____ (1)</p> <p>Não ____ (2)</p>	<p style="text-align: center;">23</p>

<p>10- O médico mandou seu (sua) filho (a) usar os óculos, sempre ou apenas vez em quando? Ou ele (a) não precisa usar óculos?</p> <p>Sempre (1) De vez em quando (2) Não precisa usar (3)</p>	<p style="text-align: right;">24</p>
<p>11 – Além dos óculos, seu filho costuma usar também outras lentes, para ajudar a enxergar, sim ou não?</p> <p>Sim _____ (1) Não _____ (2)</p>	<p style="text-align: right;">25</p>
<p>12 - Seu filho (a) usa as lentes, sempre, ou de vez em quando na escola?</p> <p>Usa sempre _____ (1) Usa de vez em quando _____ (2)</p>	<p style="text-align: right;">26</p>
<p>13 – Quanto tempo levou desde o encaminhamento do seu (sua) filho (a) para a escola, até ele ter começado a frequentar a escola? Ou a sra não lembra?</p> <p>_____</p> <p>Dias ou meses ou anos</p> <p>Não lembra _____ (1)</p>	<p style="text-align: right;">27 28</p> <p style="text-align: right;">29</p>
<p>14- Na sua opinião o problema de vista dificultou a vida escolar de seu (sua) filho (a), sim ou não? ECA Dificultou muito, mais ou menos ou apenas um pouco?</p> <p>Não _____ (1) Sim _____ (2)</p> <p>Muito _____ (1) Mais ou menos _____ (2) Apenas um pouco _____ (3)</p>	<p style="text-align: right;">30</p> <p style="text-align: right;">31</p>

<p>15- Mãe, como você se sente em relação ao professor de seu (sua) filho(a): muito satisfeita, mais ou menos satisfeita, pouco satisfeita ou nada satisfeita? Ou, você não tem opinião?</p> <p>Muito satisfeita _____ (1) Mais ou menos satisfeita _____ (2) Pouco satisfeita _____ (3) Nada satisfeita _____ (4) Não tem opinião _____ (5)</p>	<hr/> 32
<p>16- Na sua opinião, para seu (sua) filho (a) ir bem na escola a sua participação é: muito importante, mais ou menos importante, pouco importante ou não é importante? Ou você não tem opinião?</p> <p>Muito importante _____ (1) Passe para a questão 18 Mais ou menos importante _____ (2) Pouco importante _____ (3) Nada importante _____ (4)</p>	<hr/> 33
<p>17- Porque você não considera importante a sua participação para seu (sua) filho (a) ir bem na escola? É porque:</p> <p style="text-align: right;">Sim(1) Não(2)</p> <p>- Você não sabe como ajudá-lo, sim ou não? _____ _____ 34 - Você tem que fazer muitas outras coisas, sim ou não? _____ _____ 35 Ou por outra coisa que eu não falei _____ _____ 36 Qual? _____ 37</p>	<hr/> 34 <hr/> 35 <hr/> 36 <hr/> 37
<p>18- Na escola, quais os materiais que seu (sua) filho (a) usa para leitura e escrita:</p> <p style="text-align: right;">Sim(1) Não(2)</p> <p>-xerox ampliado, sim ou não? _____ _____ 39 -caderno comum, sim ou não? _____ _____ 40 -caderno com linhas mais largas, sim ou não? _____ _____ 41 -outro tipo de material, sim ou não? _____ _____ 42 Qual? _____ 42</p>	<hr/> 38 <hr/> 39 <hr/> 40 <hr/> 41 <hr/> 42

<p>19- Você leva seu (sua) filho (a) a alguma instituição de reabilitação para fazer tratamento, sim ou não? ECA: Qual instituição?</p> <p>Sim ___ (1) Não ___ (2)</p> <p>_____</p> <p>Instituição</p>	<p style="text-align: right;">___ 43</p> <p style="text-align: right;">___ ___ 44 45</p>
<p>20- A professora do seu filho costuma pedir para a senhora ajudar a preparar o material para o seu filho fazer as tarefas da escola (reforçar as linhas do caderno, reforçar as linhas do material mimeografado, etc...), Sim ou Não? (ECA): A sra ajuda sempre ou de vez em quando?</p> <p>Não ___ (1) Sim, sempre ___ (2) Sim, de vez em quando ___(3)</p>	<p style="text-align: right;">___ 46</p>

<p>21- Para você, o que é ir bem na escola, é?</p> <p style="text-align: center;">Sim (1) Não (2)</p> <p>Passar de ano, sim ou não? _____ _____</p> <p>Aprender a ler, sim ou não? _____ _____</p> <p>Aprender a escrever, sim ou não? _____ _____</p> <p>Aprender a fazer conta, sim ou não? _____ _____</p> <p>Outra razão, sim ou não? _____ _____</p> <p>Qual? _____</p>	<p>_____</p> <p>47</p> <p>_____</p> <p>48</p> <p>_____</p> <p>49</p> <p>_____</p> <p>50</p> <p>_____</p> <p>51</p> <p>_____</p> <p>52</p>
<p>22 – Pensando na vida escolar do seu (sua) filho (a), você tem alguma dúvida em relação:</p> <p style="text-align: center;">Sim (1) Não (2)</p> <p>à possibilidade que ele tem de aprender, sim ou não? _____ _____</p> <p>ao fato de seu filho conseguir terminar os estudos, sim ou não? _____ _____</p>	<p>_____</p> <p>53</p> <p>_____</p> <p>54</p>
<p>23– Você tem dúvidas em relação à dificuldade de enxergar que seu (sua) filho (a) tem, sim ou não?</p> <p>Sim _____ (1)</p> <p>Não _____ (2)</p>	<p>_____</p> <p>55</p>

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

1º Grau (ou equivalente)

- 1ª Série ___ (1)
2ª Série ___ (2)
3ª Série ___ (3)
4ª Série ___ (4)
5ª Série ___ (5)
6ª Série ___ (6)
7ª Série ___ (7)
8ª Série ___ (8)

2º Grau (ou equivalente)

- 1ª Série ___ (9)
2ª Série ___ (10)
3ª Série ___ (11)
4ª Série ___ (12)

3º Grau (ou Superior)

- Incompleto ___ (13)
Completo ___ (14)

Nunca estudou ___ (15)

56

25- Você mora com marido ou companheiro, sim ou não? ECN.: PASSE PARA QUESTÃO 27.

- Sim ___ (1)
Não ___ (2)

57

<p>26- O seu marido ou companheiro trabalha e ganha pelo que faz, sim ou não? ECA: Em que ele trabalha?</p> <p>Sim ___ (1) Não ___ (2)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ocupação</p>	<p style="text-align: center;">58</p> <hr/> <p style="text-align: center;">59 60</p>
<p>27- Você trabalha e ganha pelo que faz, sim ou não? ECA: Em que você trabalha?</p> <p>Sim ___ (1) Não ___ (2)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ocupação</p>	<p style="text-align: center;">61</p> <hr/> <p style="text-align: center;">62 63</p>
<p>28- Você deixou de trabalhar por causa do problema do (a) seu (sua) filho (a), sim ou não?</p> <p>Sim ___ (1) Não ___ (2)</p>	<p style="text-align: center;">64</p>

Dados da triagem oftalmológica

Acuidade visual _____

Doença _____

Aluno _____

Escola _____