

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

CHRISTINE BUSS WERLICH

**DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E SUAS
TRAJETÓRIAS**

Florianópolis

2015

CHRISTINE BUSS WERLICH

**DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E SUAS
TRAJETÓRIAS**

Trabalho de conclusão de curso a ser apresentado como requisito parcial para obtenção de título de Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina e aprovação na disciplina Seminário de Conclusão de Curso II (DEF 5875 – CDS/UFSC) no semestre 2015/1.

Orientadora: Prof^a Dr^a Angela Zuchetto

Florianópolis, 23 de junho de 2015

CHRISTINE BUSS WERLICH

DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL E SUAS
TRAJETÓRIAS

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Licenciado
em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina – CDS/UFSC.

Banca:

Tuchetto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angela Teresinha Zuchetto
DEF/CDS/UFSC

Examinador: Prof. Ms. Ricardo Pimenta
CEFID /UDESC

Examinador: Prof. Ms. Roger Scherer
DEF/CDS/UFSC

Suplente: Prof. Dr. Luciano Lázzaris
DEF/CDS/UFSC

Florianópolis, 23 de junho de 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as crianças com deficiência e suas famílias, pois compreendo as dificuldades, preconceitos e lutas que enfrentam diariamente.

Vocês são grandes guerreiros e tem minha total admiração!
Aos grandes professores de Educação Especial que se empenham em buscar o melhor para o desenvolvimento de seus alunos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me orientado a seguir os caminhos por onde andei até chegar aqui. Experiências de outros cursos, trabalhos em outras áreas, viagens, amizades e oportunidades que fizeram todo o sentido ao final da jornada. Ao meu pai, pela inspiração na área da Educação Física, pelos conselhos e pelo espírito aventureiro e desbravador que me passou. À minha avó Iolanda, por ser uma mulher à frente do seu tempo que ama e realiza o ofício que escolheu para seguir desde jovem, apesar das dificuldades que enfrentou. À minha mãe, pelo dom da vida e incentivo frequente aos estudos e concursos. Ao meu irmão Filipe, pelos momentos de risadas e caronas ao longo de nossa convivência em meio aos afazeres.

À família que me adotou ao longo do caminho. Meus sogros Antônio e Kátia, pelo carinho, preocupação e bom humor. Vocês foram essenciais para que eu prosseguisse. Obrigada por todo suporte, todos os passeios, jantinhas e momentos descontraídos. Ao meu namorado, Marco Antônio, por encerrar esta etapa junto comigo. Obrigada por ter aparecido em minha vida nos dois últimos anos de faculdade, momento em que pudemos nos ajudar mutuamente e compartilhar tantas fases parecidas. Agradeço por sempre me acalmar com sua descontração.

Aos amigos, Fátima, Guaraci, Bartira, Ana, mais que vizinhos, uma família que sempre me compreendeu, ajudou e esteve presente nas mais distintas fases até aqui. Agradeço em especial à Potira, minha grande amiga de tantas histórias, que sempre me incentivou a enfrentar as dificuldades que apareciam com seu pensamento positivo. Às amigas que fiz através da faculdade: Paulinha, Sérgio, Rodolfo, Val, Bruno, Rosângela, Salete e outros que não cito aqui, mas que sabem do meu carinho por eles. Dividimos aflições, viagens, histórias, festas, frustrações e comemorações. Agradeço imensamente por vocês existirem e animarem as fases mais difíceis.

Aos colegas de trabalho e alunos da academia Ritmo. Obrigada por compreenderem momentos em que a dedicação aos estudos sobressaiu-se ao trabalho. Agradeço às palavras positivas de cada um de vocês e ao incentivo que sempre me deram. À chefe Gabriela Almeida, pelas oportunidades de aprendizados.

À minha orientadora Angela Zuchetto, por quem tenho imensa admiração pela excelente profissional que é e por ser uma professora que transmite com amor

o que sabe sobre crianças com deficiência e a Educação Física Adaptada. Obrigada por ter me auxiliado a realizar um trabalho em etapas, pois agitada do jeito que sou, quero abraçar o mundo ao mesmo tempo. Aprendi que temos muito que fazer, conquistar e lutar na área.

Aos professores que levarei para sempre na memória pelo brilhante trabalho e aulas inesquecíveis, Édison Roberto, Luciano Lázzaris, Luciana Fiamoncini, Rogério Pereira, Giovani Pires, Carlos Cardoso, Cintia Lopes, Ricardo Torri, Adriano Nuernberg, Sáskya e Giba. Agradeço também aos professores que não foram bons exemplos, pois demonstram o tipo de profissional que não quero ser. Agradeço aos membros da banca, Roger Scherer e Ricardo Pimenta por se empenharem no trabalho na área que amam. O trabalho que realizam é marcante porque vocês abraçam com dedicação o que fazem.

Agradeço a todos os profissionais, pais e crianças que tive a oportunidade de conviver nesse tempo de pesquisa de campo na Associação Catarinense de Integração do Cego. Pude vivenciar aprendizados inesquecíveis na minha área que levarei para a vida. Não tenho nem palavras para expressar o quanto admiro todo o esforço de vocês para fazerem o melhor aos nossos pequenos especiais. Meu agradecimento especial a cada frequentador da ACIC. Enxerguei a deficiência de outra forma através das histórias de vida de vocês.

Para encerrar, agradeço a tudo que aprendi através da Universidade Federal de Santa Catarina. Pude aprender com as viagens e com a paixão de professores que mudaram minha mente, nas áreas da Psicologia e Educação Física. Tive grandes aprendizados nos diversos projetos que trabalhei com crianças e adultos com deficiência muito eficientes, que apesar de suas limitações, veem longe de muitas outras formas.

RESUMO

O objetivo da pesquisa descritiva foi analisar a trajetória de desenvolvimento das crianças com deficiência visual desde bebês, os locais de estimulação precoce que frequentaram e as atividades motoras adaptadas que participaram até a etapa em que se encontram, frequentando atualmente os atendimentos multidisciplinares na instituição especializada para pessoas com deficiência visual de Florianópolis. O estudo buscou analisar o envolvimento dos pais e as opiniões dos professores que os acompanham, obtendo com esses dados o potencial de desenvolvimento de crianças com deficiência visual. A pesquisa foi composta por onze crianças de 2 a 9 anos que frequentam o Centro de Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil da instituição. O tipo de pesquisa utilizada foi descritiva, exploratória e de caráter qualitativo. O instrumento de coleta de dados escolhido foi uma entrevista com 34 perguntas semiestruturadas para os pais das crianças da instituição especializada para pessoas com deficiência visual e uma entrevista aberta para os profissionais da instituição. A análise de dados foi realizada com base nos resultados das entrevistas dos pais e professores das crianças com deficiência visual. Foi feito um levantamento dos estímulos realizados na instituição e na família, a fim de saber o que interfere no desenvolvimento e na trajetória de crianças com deficiência visual. Através da orientação, mobilidade e atividades motoras adaptadas, pode-se observar que os alunos que tiveram trabalho de estimulação precoce desde bebês até a atual idade, são mais independentes e pró-ativos. Verificou-se a importância das atividades multidisciplinares no cotidiano das crianças com deficiência visual e como a família pode incentivar de forma muito positiva nos ganhos nesse processo. Conclui-se que as crianças que tem estímulos contínuos desde idade precoce, realizam atividades motoras adaptadas, estimulações essenciais e tem continuidade dos trabalhos com a família, são as que têm mais autonomia e ganhos no desenvolvimento, de acordo com as evoluções percebidas em cada caso.

Palavras-chaves: criança, deficiência visual, baixa visão, estimulação motora.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias de Acuidade Visual.....	10
Quadro 2: Idade das Crianças em 2015.....	54
Quadro 3: Quanto aos Diagnósticos e Tipo de Deficiência Visual.....	55
Quadro 4: Quanto ao Diagnóstico de Cada Criança e Idade Gestacional.....	57
Quadro 5: Quanto à Idade das Mães Quando o Filho Nasceu.....	61
Quadro 6: Distribuição do Grau de Instrução dos Pais.....	63
Quadro 7: Distribuição Quanto à Renda Familiar.....	65
Quadro 8: Frequentou Instituições de Estimulação Precoce.....	67
Quadro 9: Quanto ao Sistema de Ensino Frequentado.....	69
Quadro 10: Realização das Atividades da Vida Diária.....	72
Quadro 11: Distribuição Quanto à Rede de Apoio que Frequenta.....	74
Quadro 12: Programas mais Assistidos na TV.....	75
Quadro 13: Quanto ao Sexo dos Amigos que a Criança Brinca.....	76
Quadro 14: Quanto à Idade dos Amigos que a Criança mais Brinca.....	76
Quadro 15: Quanto ao Meio de Transporte Utilizado (Casa-Instituição).....	78
Quadro 16: Tempo de Percurso e o Tempo Total Fora de Casa.....	79

LISTA DE SIGLAS

ACIC – Associação Catarinense de Integração para o Cego

ACL – Amaurose congênita de Leber

AMA – Atividade Motora Adaptada

CADI – Centro de Atendimento e Desenvolvimento Infantil

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DV – Deficiência Visual

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 O PROBLEMA	12
1.2 OBJETIVOS	12
1.2.1 OBJETIVO GERAL	12
1.3 JUSTIFICATIVA	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 DEFICIÊNCIA VISUAL	15
2.2 A INFLUÊNCIA DA DEFICIÊNCIA VISUAL NA INFÂNCIA E INTERVENÇÕES	18
2.3 A ESTIMULAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	27
3 METODOLOGIA	46
3.1 TIPOS DE PESQUISA	46
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO AMOSTRAL	46
3.3 COLETA DE DADOS	48
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	48
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETAS DE DADOS	49
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	50
3.7 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	50
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA.....	103
APÊNDICE B – ROTEIRO ADAPTADO PARA ENTREVISTA NA ACIC.....	107
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
ANEXO	110

1 INTRODUÇÃO

O termo deficiência visual refere-se a uma diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas, hereditárias ou adquiridas, mesmo após tratamento clínico e/ ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. De acordo com Gândara (1994), a diminuição da resposta visual pode ser leve, moderada, severa, profunda (que compõem o grupo de visão subnormal ou baixa visão) e ausência total da resposta visual (cegueira).

O conceito de cegueira é relativo, pois reúne indivíduos com diversos graus de visão residual e abrange vários tipos de deficiência visual grave. Isso não significa, obrigatoriamente, total incapacidade para ver e sim prejuízos da aptidão para o exercício de tarefas rotineiras exercidas de forma convencional, através do olhar, só permitindo sua realização de formas alternativas. A cegueira total indica a completa perda de visão. Quando a visão é nula, nem a percepção luminosa está presente. Considerados com cegueira parcial ou visão subnormal, estão os indivíduos capazes de contar dedos a curta distância, os que só percebem vultos que só têm percepção e projeção de luminosidade, pessoas capazes de contar dedos a curta distância e os que só percebem vultos. É possível nesse caso identificar também a direção de onde provém a luz (CONDE, 2011).

Os estudos desenvolvidos por Gândara (1994) trazem diferenciações dos tipos de deficiência visual. Cegos: têm somente a percepção da luz ou que não têm nenhuma visão e precisam aprender através do método Braille e de meios de comunicação que não estejam relacionados com o uso da visão. Portadores de visão parcial: têm limitações da visão à distância, mas são capazes de ver objetos e materiais quando estão a poucos centímetros ou no máximo a meio metro de distância. De acordo com a intensidade da deficiência, temos a deficiência visual leve, moderada, profunda, severa e perda total da visão.

De acordo com a idade de acometimento, a deficiência pode ser congênita ou adquirida. Diz-se congênita ou precoce quando a perda da visão acontece no período do nascimento até os três anos de idade. Fala-se em deficiência adquirida quando ocorre a partir dos três anos de idade. Nesse caso os indivíduos conseguem lembrar-se das experiências visuais à perda da visão, imagens e ambientes (ALMEIDA, 1995).

Em geral, as causas mais frequentes que levam à cegueira infantil são glaucoma congênito, a retinopatia da prematuridade, a rubéola, a catarata congênita, a toxoplasmose congênita, a hipovitaminose A, o sarampo e o tracoma. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda tratamentos precoces de várias doenças oculares, as quais são preveníveis ou tratáveis com a devida intervenção oftalmológica. Em 2002 as outras principais causas de deficiência visual foram o glaucoma (12,3%), degeneração macular relacionada à idade (8,7%), opacidades corneanas (5,1%), retinopatia diabética (4,8%), cegueira na infância (3,9%), tracoma (3,6%), e oncocercose (0,8%), de acordo com a OMS (RESNIKOFF et al., 2004).

Almeida (1995), afirma que a visão é a forma mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior, pois capta distintos registros e permite organizar no cérebro, informações trazidas pelos outros sentidos. Ao nascer, ainda não sabemos enxergar; precisamos aprender a ver. O desenvolvimento das funções visuais acontece nos primeiros anos de vida e com a ajuda de testes de acuidade visual ainda na maternidade é possível avaliar a visão de um bebê.

Quem nasce com o sentido da visão, perdendo ele mais tarde, guarda memórias visuais e consegue lembrar-se de imagens, sons, cores; o que facilita sua readaptação ao meio. Já quem nasce cego não terá tais lembranças visuais, como revela Bueno (2003). Quem enxerga já tem cores e imagens em seu pensamento e em sua memória visual, por mais que feche os olhos e percorra um caminho de olhos vendados, imitando a rotina de um deficiente visual.

A deficiência visual segundo a OMS (2010) refere-se a uma alteração permanente nos olhos ou nas vias de condução do impulso visual e pode ser caracterizada como parcial (baixa visão) ou total (cegueira). Para classificar a deficiência visual em cegueira ou baixa visão utiliza-se como base a avaliação da acuidade visual, campo visual, sensibilidade ao contraste e visão de cores (ROSSI et al., 2011).

A baixa visão é definida como acuidade visual inferior a 6/18 ou acuidade visual igual ou superior a 1/60 ou campo visual menor que 20 graus no melhor olho e com a melhor correção possível. A cegueira é definida como a acuidade visual menor que 1/50 ou perda no campo visual correspondente a menos de 10 graus no melhor olho e com a melhor correção possível (BRASIL, 2013). Destaca-se que o campo visual de um indivíduo com visão normal é aproximadamente 180 graus (BATISTA; ENUMO, 2000).

Estima-se que o número de pessoas com deficiência visual no mundo é de 285 milhões, das quais 39 milhões apresentam cegueira e 246 milhões com baixa visão (OMS, 2010). No Brasil, há aproximadamente 36 milhões de pessoas com deficiência visual (IBGE, 2010). Em Santa Catarina, o censo realizado em 2011 demonstrou que há 1.331.445 pessoas que apresentam alguma deficiência, sendo que 14% dessas apresentam deficiência visual (BRASIL, 2014).

De acordo com a classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a deficiência visual está organizada em diferentes categorias:

Quadro 1 - Categorias da acuidade visual (CID-10/H54-2).

Categorias	Acuidade Visual Fracionária (Fracionária)	Acuidade Visual Decimal (Decimal)
Baixa Visão Moderada	< 6/18 a > 6/60	< 0,3 a > 0,1
Baixa Visão Severa	< 6/60 a > 3/60	< 0,1 a 0,05
Baixa Visão Profunda	< 3/60 a > 1/60	< 0,05 a > 0,02
Cegueira Total	sem percepção de luz	sem percepção de luz

Fonte: OMS (2010).

O medo e dependência podem caracterizar algumas pessoas com deficiências visuais, independentemente da perda visual ser congênita ou adquirida. Essas características podem se desenvolver em decorrência da superproteção experimentada pelas pessoas cegas, e não pela falta de visão. Essa superproteção tira as oportunidades do deficiente visual de explorarem o ambiente com liberdade, o que pode causar atrasos no desenvolvimento perceptivo, motor e cognitivo (WINNICK, 2004).

Pereira (1993) declara que o grande problema não é a deficiência visual, mas sim a aquisição de experiências motoras, que no caso da criança com deficiência visual é muito pobre, e é essencial para otimizar o desenvolvimento psicomotor dessas crianças e sua capacidade de orientação espacial. São recomendados trabalhos de educação especial para quem tem diferentes problemas com deficiência visual. Pedagogicamente, o cego é aquele que, mesmo possuindo

visão subnormal, necessita de conhecimento da escrita Braille (sistema de escrita por pontos em relevo) e o portador de visão subnormal é aquele que lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de recursos ópticos.

Contribuindo com estas assertivas Bueno (2003) *apud* Silva, Silva e Pereira (2000), declaram que uma criança sem deficiência visual adquire de forma espontânea e automática a idéia de espaço, de modo que é capaz de desenvolver-se sem ajuda. A criança cega, não pode adquirir de forma espontânea os conceitos espaciais, a não ser que lhe sejam oferecidas oportunidades de fazê-lo mediante uma adequada estimulação desde as primeiras etapas evolutivas. Por isso, é de grande importância para a criança cega o desenvolvimento dos conceitos espaciais e o conhecimento do espaço.

O deficiente visual apresenta geralmente como resposta sócio afetiva, o medo de situações e ambientes não conhecidos, a insegurança em relação as suas possibilidades de ação física, dependência, isolamento social, desinteresse pela ação motora e autoconfiança muito prejudicada. As limitações em captar estímulos e a falta de experiências práticas causam uma defasagem a nível cognitivo. As defasagens no desenvolvimento geral do indivíduo cego, que se apresentam como relevantes, são mais enfatizadas na área motora (NUNES, 1995).

Tais estudos afirmam ainda que a cegueira é um fator que delimita o processo de desenvolvimento como um todo, determinando na área da locomoção a perda do equilíbrio, dos reflexos de proteção, da coordenação motora e do sentido de firmeza dos passos, conduzindo que a restrição do ambiente influencia mais no processo de orientação e mobilidade do que a perda da visão, bem como a questão da superproteção.

O trabalho conjunto da família e a equipe multidisciplinar visa aumentar a experiência motora dessa criança, estimulando sua percepção geral, respeitando em todos os momentos sua integridade física. O desafio está em criar estratégias para que o indivíduo consiga conquistar mais domínio de movimento e confiança para executá-los. As metodologias de ensino utilizadas com deficientes visuais devem priorizar a segurança do aluno e motivá-lo à descoberta orientada de suas potencialidades motoras (ABREU, 2000).

A partir dessas considerações, é necessário ter conhecimento e estudo sobre a deficiência e seus efeitos na vida das pessoas com tal deficiência para poder planejar e realizar as atividades pedagógicas relacionadas com embasamento

propício para obter resultados positivos.

Com base nos parágrafos anteriores, este estudo tem como meta saber como ocorre a influência da estimulação motora no desenvolvimento de crianças com deficiência visual e como funciona a participação dos profissionais e da família ao longo de suas trajetórias.

1.1 O PROBLEMA

Ao realizar esta pesquisa, agreguei minhas vivências na área de estudos e trabalho com pessoas com deficiência visual e me questioneei, como educadora física, como devo proceder nas atividades motoras adaptadas com crianças com deficiência visual, de modo que possa estimular suas possibilidades e capacidades para evitar problemas no decorrer de seu crescimento e até mesmo na vida adulta em função de falta de estímulo.

A educação física trabalha com o indivíduo cego o seu desenvolvimento, não só na área psicomotora como também nos aspectos cognitivos, sociais, afetivos e sensoriais. Percebi inúmeras dificuldades encontradas pelos alunos adultos com deficiência visual nos projetos em que trabalhei.

Se houvesse um trabalho com estímulos desde crianças, teriam maiores ganhos e evoluções no decorrer de suas trajetórias? A atividade motora adaptada tem influência sobre a aprendizagem e o desenvolvimento de uma criança com deficiência visual a ponto de prepará-la para os desafios da vida adulta?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Analisar a trajetória de desenvolvimento de crianças com deficiência visual.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil de crianças com deficiência visual que frequentam programas multidisciplinares em instituições especializadas.

- Apontar o perfil das famílias de crianças com deficiência visual que frequentam instituições especializadas.

- Verificar qual a percepção dos professores quanto ao desenvolvimento das crianças com deficiência visual a partir do engajamento nos programas de reabilitação.

1.3 JUSTIFICATIVA

O interesse em realizar a pesquisa em questão aconteceu ao cursar a disciplina de Educação Física Adaptada no curso de Educação Física, onde tive a oportunidade de vivenciar na prática o trabalho com crianças com deficiência. Ao longo desses anos de envolvimento na área, trabalhei em diversos projetos para pessoas com deficiências e o que pude observar, foi o fato que as crianças estimuladas desde pequenas, perdiam aos poucos o medo da água, da bola, de impactos e realizavam com maior consciência corporal e segurança as atividades ao longo do tempo. Já os adultos que acompanhei, em sua maioria receberam um estímulo um tanto tardio e apresentavam maiores dificuldades para executar simples comandos, em função de que a maioria foi criada com proteção excessiva pelos pais, que tinham medo dos riscos que a autonomia poderia causar aos filhos, segundo relatos dos próprios alunos.

Devido às dificuldades encontradas em função da falta de estímulos, surgiu meu interesse em pesquisar como é trabalhada a estimulação precoce na área de atividade motora na infância. Provocou-me um grande interesse, os casos de crianças com deficiência visual do AMA e ao ter contato com os alunos adultos com o mesmo problema, quis investigar sobre como seria possível através da estimulação motora e da educação física, promover benefícios e melhora na aprendizagem e qualidade de vida para as crianças com deficiência visual.

Segundo Reis (2010), hoje em dia existem inúmeras tecnologias desenvolvidas para dar autonomia e funcionalidade à pessoa com deficiência. Estas são pessoas capazes de cuidar de si e do outro, pessoas conscientes, críticas e com poder de decisões. Assim, pude verificar através da pesquisa, meios de interação e estímulo existentes na instituição especializada que foi analisada, a fim de poder auxiliar na intervenção motora destas crianças.

Tendo em vista as características de cada aluno com deficiência visual e principalmente o seu histórico, busco através desta pesquisa analisar como a estimulação precoce influencia no desenvolvimento dessas crianças.

Sabe-se que são escassas publicações específicas sobre o assunto, pois os artigos existentes sobre a área de educação inclusiva abrangem de forma muito superficial o tema, abordando mais a temática sob uma visão psicológica, abordando a posição e os sentimentos da família da pessoa com deficiência ou então falam apenas acerca da acessibilidade de crianças com deficiência visual. Nas fontes pesquisadas não são explicitadas as atividades em que o deficiente visual participa ou entrevistas referentes ao dia-a-dia na escola e em projetos extraclasse de atividade motora adaptada.

Assim, pude verificar através do estudo, meios de interação e estímulo existentes na instituição especializada que foi analisada, a fim de poder auxiliar na intervenção motora destas crianças.

Diante disto, reafirmo a importância desta pesquisa para auxiliar e estimular a busca por novas pesquisas para uma contribuição direta no preenchimento desta lacuna existente no campo científico. Em síntese há relevância acadêmica e social nesta pesquisa, em função da ausência de pesquisas que investiguem o desenvolvimento de crianças com deficiência visual em projetos multidisciplinares de intervenção ou em uma associação específica para tal finalidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados conceitos de deficiência visual, suas causas, a influência da deficiência visual na infância e intervenções, assim como estudos sobre a influência da estimulação motora para crianças com deficiência visual. De acordo com os autores pesquisados na área, houve o levantamento de informações de como a deficiência visual influencia a vida de uma criança e como estímulos iniciais modificam sua trajetória e desenvolvimento.

2.1 Deficiência Visual

O termo deficiência visual refere-se a um comprometimento da visão, que mesmo ao ser corrigido, prejudica o desempenho educacional da criança. O termo engloba tanto a baixa visão como a cegueira. A maioria dos cegos ainda possui alguma visão remanescente. A cada quatro pessoas com deficiências visuais, apenas uma é totalmente cega. Aproximadamente metade das pessoas com perda visual tem a cegueira adquirida antes ou durante o nascimento. A incidência de deficiências visuais entre crianças com idade escolar é pequena, motivo pelo qual professores de educação física tem pouco contato com alunos com esse diagnóstico (WINNICK, 2004).

Segundo a OMS, o indivíduo com baixa visão ou visão subnormal é aquele que apresenta diminuição das suas respostas visuais, mas que usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ ou execução de uma tarefa. Na medicina dois aspectos ajudam a estabelecer a existência de grupamentos de deficiências visuais: a acuidade visual (ou seja, aquilo que se enxerga a determinada distância) e o campo visual (a amplitude da área alcançada pela visão), fatores que auxiliam a orientar a atividade física adaptada ao aluno.

Os graus de visão apresentam amplas possibilidades desde a cegueira total até a visão perfeita total. As pessoas que enxergam sem maiores problemas são chamadas de videntes. A expressão deficiência visual vai desde a cegueira até a visão subnormal. Uma pessoa é considerada com baixa visão se corresponde a um dos critérios seguintes: a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou

menos, isto é, se ela pode ver a 20 pés (6 metros) o que uma pessoa de visão normal pode ver a 200 pés (60 metros), ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus, ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200 (Ribas, 1993). É considerado cego ou de visão subnormal o indivíduo que apresenta desde ausência total de visão até alguma percepção luminosa que possa determinar formas a curtíssima distância.

A deficiência visual é caracterizada pela perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão. Segundo Ribas (2003), o nível de acuidade visual pode oscilar, o que divide dois grupos de deficiência: Cegueira total – é a perda total da visão ou quase nenhuma capacidade de enxergar, o que induz o indivíduo a precisar do Sistema Braille como método de leitura e escrita. Baixa visão, visão subnormal ou cegueira parcial – trata-se do comprometimento do funcionamento visual dos olhos, mesmo após tratamento ou correção. As pessoas com baixa visão podem ler textos impressos ampliados ou com uso de recursos óticos especiais. É a impossibilidade de enxergar os dedos da mão a uma distância de 3 metros à luz do dia, que conserva resíduos da visão. A pessoa é considerada cega, quando possuindo visão subnormal, necessita de instrução em Braille (sistema de escrita por pontos em relevo) e como portador de visão subnormal, lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de potentes recursos óticos.

Segundo Belfort (2009), entre as principais causas evitáveis de cegueira estão: a catarata, erros de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo), retinopatia, glaucoma e causas relacionadas com a degeneração macular senil. As causas mais frequentes da cegueira e visão subnormal são: retinopatia da prematuridade (imaturidade da retina em parto prematuro ou excesso de oxigênio na incubadora), catarata congênita (em função de rubéola ou outras infecções na gravidez), glaucoma congênito (por infecções ou hereditário), degenerações na retina e alterações visuais corticais. Diabetes, descolamento de retina e traumatismos oculares também são ocasionadoras da cegueira ou baixa visão (SALOMÃO, 2003).

A deficiência visual pode ser caracterizada como congênita, infantil, total ou parcial, quando as principais causas são anomalias presentes no nascimento e processos em que ocorrem irregularidades no processo de desenvolvimento intrauterino, podendo ser citados, entre os casos, fatores genéticos e ambientais, bem como suas interações. Entre os fatores ambientais podem ser citados os

agentes físicos, químicos ou infecciosos, que podem provocar alterações no desenvolvimento intrauterino. Existem ainda as deficiências visuais adquiridas (SOBRINHO, 2006).

Nos países em desenvolvimento as principais causas são infecciosas, nutricionais, traumáticas e causadas por doenças como as cataratas. Nos países desenvolvidos são mais importantes as causas genéticas e degenerativas. As causas podem ser divididas também em: congênitas ou adquiridas. As causas congênitas e de histórico familiar de deficiência visual compreendem amaurose congênita de Leber, malformações oculares, glaucoma congênito, catarata congênita e as causas adquiridas são decorrentes de traumas oculares, catarata, degeneração senil de mácula, glaucoma, alterações retinianas relacionadas à hipertensão arterial ou diabetes. O histórico pessoal de doenças sistêmicas também pode levar ao comprometimento visual e são eles: esclerose múltipla, catarata, degeneração senil de mácula, não realização de cuidados pré-natais e prematuridade, não imunização contra rubéola da população feminina em idade reprodutiva, o que pode levar a uma maior chance de rubéola congênita e conseqüente acometimento visual. (WINNICK, 2004).

A perda da visão é decorrente de várias causas, sendo elas congênitas, onde a perda visual ocorre antes ou durante o nascimento, e adquirida, que ocorre após a infância, em qualquer outro período de sua vida. Gil (2000) cita algumas das causas mais frequentes de cegueira e visão subnormal:

- Albinismo: deficiência na pigmentação da íris e sensibilidade à luz;
- Ambliopia: baixa acuidade visual em um ou nos ambos os olhos;
- Anisometropia: diferença acentuada de grau nos dois olhos;
- Astigmatismo: variações na curvatura mediana da córnea, levando a erro de refração e embaçamento da visão;
- Sífilis congênita, resultante da contaminação do feto pela mãe, que após o quarto mês de gestação causa lesões que ao afetarem os nervos sensitivos, poderão ocasionar a cegueira.
- Rubéola, contraída pela mãe nos primeiros meses de gestação. Seu vírus ao ultrapassar a placenta, altera órgãos embrionários em processo de formação.
- Toxoplasmose, transmitida por um protozoário através da placenta pelo contato com animais domésticos infectados (cães, gatos, pombos, coelhos). Pode causar várias lesões se contraída na fase intra-uterina, inclusive a cegueira.

- Exposição da mãe à ambientes prejudiciais, como raios-X, automedicação, deficiências de vitaminas B e C, gravidez de alto risco, ingestão de drogas, problemas de consanguinidade e parentesco.

Alguns sinais característicos da presença da deficiência visual na criança, segundo Gândara (1994) são: desvio de um dos olhos, não seguimento visual de objetos, não reconhecimento visual de familiares, baixo aproveitamento escolar, atraso de desenvolvimento, excessiva cautela no andar, correr raramente e tropeçar sem razão aparente, desatenção anormal durante realização de trabalhos escolares, queixas de enevoamento visual, tentativas de afastar com as mãos os impedimentos visuais, pestanejar excessivamente, sobretudo durante a leitura, segurar habitualmente o livro muito perto, inclinar a cabeça para um lado durante a leitura, capacidade de leitura por apenas um período curto de cada vez, fechar ou tampar um olho durante a leitura. No adulto, pode ser o borramento súbito ou paulatino da visão. Em ambos os casos nota-se vermelhidão, mancha branca nos olhos, dor, lacrimejamento, flashes, retração do campo de visão que pode provocar esbarrões e tropeços.

Em todos os casos, deve ser realizada avaliação oftalmológica para diagnóstico do processo e possíveis tratamentos. Nos casos em que a deficiência visual está caracterizada, deve ser realizada avaliação por oftalmologista especializado em baixa visão, que fará a indicação de auxílios ópticos especiais e orientará a sua adaptação (ALMEIDA, 1995).

A perda da visão poderá provocar grandes alterações, diminuindo a adaptação da pessoa à sociedade, afirmam Bittencourt e Hoehne (2006).

Haja vista as implicações acerca da deficiência visual, essas podem influenciar o desenvolvimento da criança com deficiência visual. Há a necessidade de trabalhar os problemas visuais desde o diagnóstico para que possam existir avanços consideráveis a respeito de tratamentos e reabilitação.

2.2 A influência da Deficiência Visual na Infância e Intervenções

Brambing (2001) destaca que algumas crianças cegas podem encontrar dificuldades para expressar afeição à outra criança e rejeitam interações propostas pelos colegas videntes. A análise realizada por Celeste (2006) indicou que algumas

dessas crianças recebem poucas respostas positivas pelas ofertas ou tentativas de se engajar em interações sociais com os colegas videntes. Isso pode resultar na diminuição do interesse por seus pares e torna as crianças cegas mais propensas ao isolamento (Ajuwon & Oyinlade, 2008).

Ao se comparar os comportamentos de crianças cegas com os de crianças videntes, o enfoque comparativo é priorizado, com destaque para a ausência ou presença da visão e suas implicações. Como destaca Leme (2003), na comparação com crianças videntes, não se ressalta aquilo de que a criança cega é capaz.

Conde (2004) em seus estudos percebeu que a criança cega apresenta com frequência algumas defasagens, comparando-a com uma criança vidente, tais como: equilíbrio falho, mobilidade prejudicada, esquema corporal e cinestésico não internalizados, locomoção dependente, expressão corporal e facial muito raras, coordenação motora bastante prejudicada, lateralidade e direcionamento não estabelecidos, inibição voluntária não controlada, falta de resistência física, tônus muscular inadequado e falta de iniciativa para ações motoras. Para Melo (2004) isto acontece em decorrência de uma má adaptação sensório-motora, provocando algumas incapacidades hipercinéticas e a incapacidade de relaxamento da musculatura (paratonia).

A visão é considerada a grande precursora da integração da pessoa em atividades motoras, perceptivas e mentais. Neves, Frasson e Cantorani (2010) complementaram afirmando que as defasagens no desenvolvimento geral da pessoa com deficiência visual são mais acentuadas na área motora, não por um déficit anátomo-fisiológico inerente à criança com deficiência visual, mas sim pela limitação de experiências motoras em diversos níveis. Essa limitação de experiências leva pessoas com deficiência visual a terem níveis de aptidão física menores que pessoas videntes. A baixa oportunidade de vivência motora na infância e ao longo de seu desenvolvimento produzirá características pontuais na fase adulta das pessoas com deficiência.

A visão oferece uma previsão do que vai acontecer e segundo Magill (2000), “de todos os sistemas, os seres humanos tendem a utilizar e confiar principalmente na visão”. A ausência ou funcionamento prejudicado da visão pode vir a causar um atraso motor e cognitivo nos primeiros anos de vida.

As crianças que nascem cegas têm o seu mundo limitado às experiências que os sentidos remanescentes: vestibular, tátil-cinestésico, auditivo e

proprioceptivo, lhes apresentam. Se a criança torna-se deficiente visual após os cinco anos de idade, provavelmente já terá desenvolvido praticamente todo seu potencial visual, poderá conservar imagens e memória visual. As crianças que nascem cegas ou perdem a visão muito cedo terão suas necessidades de aprendizagem diferentes daquelas das demais crianças. Muitas vezes, a perda da visão ocasiona a extirpação do globo ocular e a conseqüente necessidade de uso de próteses oculares em um dos olhos ou em ambos. Se a falta da visão afetar apenas um dos olhos (visão monocular), o outro assumirá as funções visuais sem causar transtornos significativos no que diz respeito ao uso satisfatório e eficiente da visão. Alguns pontos são enfatizados, tais como: atraso na mobilidade, imagem corporal imprecisa, problemas no esquema sinestésico, lateralidade indefinida, coordenação motora pouco eficiente, postura incorreta, direção confusa, atraso no domínio da marcha, expressão corporal introvertida, falta de equilíbrio, tônus muscular hipotônico e inibição voluntária dos movimentos (CONDE, 1994).

Durante o desenvolvimento motor, a visão fornece um feedback importante para os sistemas vestibular e proprioceptivo. Conseqüentemente, o desenvolvimento motor é prejudicado nos casos prematuros de cegueira. Os resultados fornecem evidências reais de que o desenvolvimento motor já é afetado a partir do primeiro mês da cegueira e da baixa visão. Estratégias para compensar a falta de calibração dos sistemas vestibular e proprioceptivo, fornecidos pela visão, devem ser melhoradas no início de intervenções terapêuticas para crianças com deficiência visual. É um fato estabelecido que os sistemas sensoriais tenham uma ampla gama de plasticidade e, em certa medida, no início da intervenção podem ajudar a compensar a falta de visão (PRECHTL *et al*, 2001).

A visão subnormal ou baixa visão é uma condição visual nos pacientes com quadro oftalmológico irreversível onde os óculos convencionais não melhoram totalmente a visão, trata-se de uma perda severa de visão que não pode ser corrigida com tratamento clínico ou cirúrgico, nem com óculos convencionais, causando incapacidade funcional. Segundo David Rodrigues (2006), a criança que enxerga aprende melhor através da imitação. Já a criança que enxerga muito pouco, não tem condições de imitar e então precisa desenvolver o uso da visão residual e dos outros sentidos para entender e executar as tarefas.

Quando a criança começa a frequentar a escola, pode-se notar alguns comportamentos indicadores de baixa visão, tais como: olhos lacrimejantes, tremor

da pupila, franzir de testa e piscar com maior frequência. Ao andar bambeando, tropeçar constantemente e ter dificuldade para encontrar o sentido e direção de objetos, a aproximação dos objetos ao rosto, algum incômodo ou intolerância à claridade ou a sensibilidade excessiva a ela, também são fatores indicativos de algum prejuízo na função visual. Por isso, as crianças com baixa visão devem ser incentivadas a parar para ver, analisar as partes, observar os detalhes relevantes e entender os acontecimentos, pois quanto mais ela “aprender” olhar, mais aprenderá a ver. Existem ainda os maneirismos, que são manifestados por movimentos repetitivos de movimentar ou girar a cabeça, esfregar os olhos, balançar o corpo para frente e para trás seguidas vezes, mexer as mãos e os dedos diante dos olhos. Esses movimentos precisam ser substituídos por atividades interessantes que agreguem o uso da visão residual e a exploração de objetos através dos sentidos remanescentes, principalmente pelo tato. Isso significa conhecer o ambiente pelos olhos, mãos e corpo, desenvolvendo habilidades perceptivas, sensoriais e motoras (RODRIGUES, 2001).

Dentre as principais doenças que causam a deficiência visual no adulto estão a degeneração macular, a retinopatia diabética e o glaucoma. Nas crianças as causas mais frequentes são o glaucoma congênito, a corioretinite macular e a catarata congênita. Os recursos ópticos utilizados para aprendizagem nos casos de baixa visão em geral são: Lupas manuais ou de bolso, com e sem iluminação, régua ou barra de leitura, óculos especiais que funcionam como lupas prismáticas e como recursos manuais utilizam-se letras ampliadas no papel e computador e contrastes escuros nas letras (SMITH, 2008).

A baixa visão possibilita o indivíduo aproveitar a visão no aprendizado, mas com limitações referentes ao grau de sua baixa visão, ou seja, a pessoa enxerga mas não nos mesmos índices que uma pessoa com a visão sem limitação. Para amenizar ou corrigir a baixa visão, pode-se utilizar equipamentos ópticos ou não-ópticos, modificações ambientais ou técnicas. Por outro lado, a cegueira, por permitir somente a percepção de sombras ou alguns movimentos, sem nenhuma nitidez, não possibilita o indivíduo aprender por meio dela. De certa forma, outros sentidos como o tato e audição podem substituir a visão nos processos de aprendizado. Louro (2006) e Smith (2008) mostram que a limitação da visão, além de sua divisão em baixa visão e cegueira, pode ser dividida de acordo com o período da vida na qual o indivíduo foi afetado. A cegueira congênita acontece no nascimento ou dentro do

período em que a pessoa complete os dois anos de idade. A cegueira adquirida acontece a partir dos dois anos de idade.

De acordo com Bruno (2003), as crianças com baixa visão (anteriormente denominadas com visão parcial ou visão subnormal) são as que utilizam seu pequeno potencial visual para explorar o ambiente, conhecer o mundo e aprender a ler e escrever. Essas crianças se diferenciam muito nas suas possibilidades visuais. Embora necessitem aprender a utilizar o resíduo visual da melhor forma possível, podem também utilizar os outros sentidos, ao mesmo tempo, para a aprendizagem, aquisição de conceitos e construção do conhecimento. A maior parte dessas crianças já nasce com essa condição em decorrência de doenças congênitas ou hereditárias. Outras crianças podem adquiri-la mais tarde.

Segundo Maciel (1997), poucas crianças apresentam cegueira total, que é a incapacidade visual absoluta para distinguir a presença ou ausência de qualquer quantidade e intensidade de luz. Mesmo as crianças com menor quantidade de visão podem ser auxiliadas a desenvolver este grau através do uso e dessa maneira aprende a utilizar a visão residual que possuem. A criança com baixa visão deve ser estimulada para que desenvolva suas múltiplas possibilidades.

Para auxiliar o uso do resíduo visual, existem diversos recursos ópticos, de acordo com Maciel (1997), como lentes de aumento projetadas para uso específico em cada atividade. São eles: óculos de aumento, mais fortes que os óculos comuns; lupas manuais, usadas principalmente para a leitura; lupas de apoio, posicionadas próximas ao objeto que se quer enxergar; telelupas, usadas para aumentar imagens que estão distantes; e circuito interno de televisão, que projeta as imagens aumentadas em um aparelho de TV. Além dos auxílios ópticos, existem outras formas de potencializar a visão remanescente: com o uso dos auxílios não ópticos. Ao contrário do que diz a crença popular, assistir televisão muito perto da tela não faz mal e é um dos recursos não ópticos indicados para quem tem baixa visão. Se aproximar dos objetos, aumentar o tamanho das letras e procurar por produtos que possuam alto contraste são medidas não ópticas que podem auxiliar. A iluminação é fator decisivo na hora de se enxergar um objeto, até para aqueles que não possuem nenhum problema de visão.

A intervenção já nos primeiros meses de vida, feita pelos pais e pelos serviços de atendimento às crianças com deficiência, busca desenvolver os sentidos remanescentes para que as dificuldades sejam minimizadas. Isso possibilitará que o

potencial de cada uma seja otimizado, com a menor quantidade de defasagem possível. Não se pode omitir que o potencial de cada indivíduo é variável, dependendo de muitos outros fatores externos e internos, às vezes incompreensíveis para nós, mas significativos para a criança. Porém, estes fatores não nos exoneram da responsabilidade de buscarmos sempre o máximo, sem comparações e sem determinar um padrão único de desenvolvimento. Cada criança é diferente e todas as variáveis deverão ser levadas em consideração (BUENO, 2003).

Já é unanimidade entre os estudiosos que a educação de crianças com deficiência deverá começar logo após o nascimento. Como nos diz Nogueira, 2002:

Os estudos de desenvolvimento humano são unânimes em ressaltar certos períodos como fundamentais no processo de maturação, particularmente os situados nos primeiros anos de vida. As privações e as restrições nestes primeiros momentos podem estar associadas a déficits evolutivos irreversíveis e a distorções funcionais e estruturais. (NOGUEIRA, 2002)

A perda da visão pode ocorrer por diversas causas e, por isso, pode afetar diferentes regiões da visão – a periférica ou a central. Os que perderam a visão central ou tiveram a visão central comprometida têm a percepção dos detalhes reduzida e, por isso, apresentam maior dificuldade de leitura. Já aqueles que tiveram a visão periférica afetada, enfrentam dificuldades de mobilidade. Não tão frequente, a visão subnormal pode ser caracterizada pela perda da percepção do contraste e das cores. Portanto, a criança com baixa visão precisa de estímulos visuais para aprender a maximizar a visão que têm e não estimulação tátil como no caso da criança cega.

É por meio da percepção tátil que a criança cega percebe e interpreta a sua realidade. Portanto, o uso do tato como mecanismo de contato com o mundo, se faz necessário muito treino e ensino, pois as informações percebidas são menos refinadas do que a visão. Segundo Magill (2000), a evolução dessa percepção sensorial contribui para desenvolver habilidades e avanço no desenvolvimento cognitivo.

Como sugere Ferreira (1998), o desenvolvimento cognitivo, social e afetivo são conseqüências do avanço que a criança faz no domínio das habilidades motoras. Conforme a criança vai vencendo etapas no seu desenvolvimento motor, acaba por aprimorar as atividades sociais, afetivas e intelectuais. Se a criança é

privada de experiências com outras crianças, a tendência é de se fechar cada vez mais em seu mundo exclusivo, não fazendo relação do seu eu com os que a cercam ou com o ambiente em que vive (NEVES, 2010).

A definição educacional diz que são cegas as crianças que não têm visão suficiente para aprender a ler em tinta e necessitam, portanto, utilizar outros sentidos (tátil, auditivo, olfativo, gustativo e cinestésico) no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem. O acesso à leitura e escrita ocorrerá pelo sistema braile. Entre estas crianças, há as que não podem ver nada, outras que têm apenas percepção de luz, algumas podem perceber o que é claro ou escuro e delinear algumas formas. A mínima percepção de luz ou de vulto pode ser muito útil para a orientação no espaço, movimentação e habilidades de independência (ALMEIDA, 1995).

A fase de 0 aos 5 anos, é muito importante no desenvolvimento motor e cognitivo de qualquer criança, com deficiência ou não, por ser um período de grande plasticidade cerebral. Porém, a criança cega, mais do que as que enxergam, na sua infância necessita do estímulo adequado para o desenvolvimento de funções motoras, de mobilidade independente, de apropriação dos mecanismos para a leitura tátil, e tantas outras habilidades que a criança que enxerga desenvolve somente por enxergar. A maioria das crianças com deficiências chega na fase escolar sem ter recebido o estímulo necessário para o desenvolvimento de suas capacidades, sem a prática de esportes e sem muito convívio além do ambiente escolar e familiar (FOGLI, 2010).

Todas essas noções, tanto motoras como cognitivas, se dão através da interação do bebê com seus primeiros contatos com adultos, e nesta questão, entra a importância da família nesse processo de estimulação. A deficiência visual, por si só, não acarreta dificuldades cognitivas, emocionais e de adaptação social. Entretanto, as formas de interação, comunicação e significados socialmente construídos são fatores determinantes para o processo de desenvolvimento, aprendizagem e adaptação social das crianças com deficiência visual (CAVALCANTI, 1998).

Tendo nascida privada do sentido da visão, mais do que as outras, a criança cega necessita de contato com tudo que a cerca, pois o aprendizado vem do social (família, escola, comunidade). Precisa ser estimulada em todos os momentos, isto é, o aprendizado deverá ser constante. O processo de aprendizagem não se dá apenas na sala de aula, ou pela leitura sistemática de livros. A aprendizagem está

vinculada aos muitos fatores que compõem a inteligência humana e relacionada às relações ativas entre o ser humano e o seu espaço vital, com suas diversas possibilidades passível de leituras plurais que, quando processadas e sintetizadas, desenvolvem competências diferenciadas nos indivíduos (HALL, 2000).

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) leva em consideração os aspectos sociais da deficiência e propõe um mecanismo para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa. Por exemplo, quando uma criança com uma deficiência visual tem dificuldade em estudar numa determinado escola porque não existem pisos táteis, a CIF identifica as prioridades de intervenção (ONU, 2003). Assim, a deficiência desloca-se da pessoa com deficiência para o ambiente em que vive, pressupondo-se que, estando o ambiente devidamente adaptado, a funcionalidade da pessoa com deficiência pode ser igual ou muito próxima a de qualquer outra pessoa. (CARVALHO, 1996).

Desde bebê, a pessoa com deficiência visual deve ser estimulada a se movimentar com atividades físicas, para que aos poucos vá perdendo o medo de se locomover e crie uma autonomia para conseguir conviver com a bengala, pois nem em todas as situações diárias ele terá o auxílio de outra pessoa. É preciso vivenciar situações motoras desafiantes que o façam passar de uma inércia motora para momentos em que serão destacadas suas possibilidades, como afirma um estudo de Mosquera (2000), sobre o estímulo:

Quando ensinamos um deficiente visual a se movimentar em espaços desconhecidos, necessitamos de alguns recursos importantes e o mais importante deles é a experiência anterior do próprio aluno. Quanto maior a desenvoltura física e motora desse aluno numa fase ainda jovem, melhor compreensão ele terá de seus futuros atos motores. (MOSQUERA, 2000, p. 65).

Isso tudo deve começar muito cedo, ainda no berço, ambiente onde o bebê passa grande parte do tempo. Quando os estímulos são suficientes, seus movimentos são mais naturais e as suas condutas de base afloram no tempo certo. O ser humano sempre que se defronta com algo de novo, cria sua própria capacidade de adaptação. No caso das pessoas com deficiência visual ou ausência do sentido da visão, outros sentidos entram como função auxiliar, substituindo o que não é possível de ser utilizado. Através da audição, por exemplo, existe o desenvolvimento de uma linguagem diferente e pela função do tato, são permitidas

sensações distintas que de certa forma substituem a visão.

A pessoa com deficiência visual em muitos casos, utilizar bengala para sua orientação e mobilidade. Este instrumento é algo que caracteriza sua deficiência, influenciando muitas vezes no preconceito das pessoas. A sociedade necessita aprender a aceitar e conviver com essa diversidade no cotidiano, nos direitos e deveres, nas lutas institucionais, na compreensão de que somos seres sociais em constante relação (PARANHOS, 2008).

Assim, os programas de atendimento devem ser individualizados e terem como referência o estudo de caso, no qual sejam adequadamente investigados os aspectos biopsicossociais, condições sensório-motoras e história de vida. A partir desses dados devem ser oferecidas atividades variadas para propiciar o desenvolvimento das habilidades para perceber e discriminar similaridades no processo perceptual que são fundamentais para a formação de conceitos. O professor deve ser capaz de identificar a extensão e a variedade de conceitos que parecem faltar em muitas crianças com deficiência visual e a terminologia que pode confundir esta criança (PMF, 2011).

A linguagem é um fator importante para o desenvolvimento dos processos mentais da personalidade e integração social do deficiente visual, apresentando-se como elemento essencial na sua integração (CARVALHO, 2000). Desse modo, é de suma importância que a criança cega ou com baixa visão seja bastante estimulada para que possa alcançar níveis de desenvolvimento semelhantes aos seus pares não deficientes. Esse estímulo deve preceder o período escolar, porém a escola e, conseqüentemente, a disciplina Educação Física, exerce papel crucial nesse processo (ALMEIDA, 1995; BUENO, 2003).

Segundo Santos (2009), a prática esportiva para pessoas com deficiência visual proporciona inúmeros benefícios, estimulando a atenção, criatividade, concentração e memorização:

Temos os efeitos psicológicos tais como: conhecer-se como alguém capaz e não apenas como uma pessoa com deficiência; melhor auto-aceitação e autoconfiança, ampliando a capacidade de tomar decisões adequadas; sentir-se aceito, combatendo a depressão, a apatia e o medo; combater o egocentrismo; reduzir a dependência e promover a independência física e na tomada de decisões; combater a introversão promovendo o comportamento mais extrovertido; aprender a reconhecer seus potenciais e o das outras pessoas, bem como, a ser responsável, favorecendo assim, a inclusão e uma melhor qualidade de vida (SANTOS, 2009).

De acordo com Mosquera (2000), a soma dos elementos: localização espacial, orientação espacial e organização espacial, é o conjunto necessário de estímulos para que o indivíduo se desenvolva integrado ao seu meio e não apresente um atraso psicomotor. Para superar os obstáculos que o mundo lhes apresenta o cego precisa experimentar o diferente, deve arriscar-se sozinho mediante formação e realização de planos. A formação, sob o ponto de vista de Mosquera (2000), implica em encontrar uma solução adequada para resolver um problema concreto. É nesses momentos que utilizamos nossa representação interna (mapa cognitivo) e/ou externa (descrições verbais). Para alguns cegos, o entendimento desse mapa mental é simples, principalmente para os que estão nas ruas diariamente, o que não acontece com a grande maioria. Pode-se concluir então que, desde o berço até a idade adulta, o indivíduo incapacitado visualmente necessita de movimento orientado, paciência e perseverança.

Em suma, não é a falta de visão que vai afetar no desenvolvimento motor e físico e sim a falta de oportunidades de movimentação, que podem ter como resultado várias características diferentes, como o atraso motor, a postura incorreta e o equilíbrio menos desenvolvido. O componente que falta para o desenvolvimento dos padrões normais de desenvolvimento de crianças com deficiência visual é a experiência vivida e não a capacidade. Por isso é tão importante que a criança deficiente visual tenha atividade física para que desenvolva o seu condicionamento físico através de atividades de experiências motoras, estímulo e motivação (WINNICK, 2004).

2.3 A Estimulação e o Desenvolvimento de Crianças com Deficiência Visual

Segundo Winnick (1994), no âmbito da educação física, não há distinção nos conteúdos aplicados, mas sim nas formas de organização e transmissão de técnicas e métodos que possam ser aplicadas ao indivíduo deficiente visual. O professor tem que ter pleno conhecimento sobre as funções e estruturas que estão prejudicadas em uma criança com deficiência visual, no caso e saber se é algo transitório ou permanente. De acordo com Almeida (1995), até pouco tempo atrás, o atendimento pedagógico na teoria e na prática às crianças com deficiência visual era organizado

em regime residencial ou em outro espaço separando os alunos cegos dos demais alunos, reforçando o preconceito sobre pessoas que “fugiam do padrão de normalidade”.

A educação hoje em dia tem o grande desafio de assegurar o acesso à aprendizagem que a escolarização deve propiciar a todos os alunos, independente de terem ou não algum tipo de deficiência.

Deficiente ou não, a criança constrói sua pessoa com suas possibilidades, isto é, os dados originais e as estruturas corporais. Essa construção de sua pessoa e de seu conhecimento sobre o mundo é sempre uma auto-organização que o meio ambiente, sobretudo o das pessoas pode facilitar ou não. Então é importante diferenciar as deficiências de acordo com sua natureza e dimensão. (VAYER E RONCIN, 1989).

Almeida e Silva (2009) ressaltam que pessoas com cegueira total se utilizam de outros canais perceptivos como forma de superar a restrição estrutural referente à visão. No entanto o impacto da deficiência visual na vida do indivíduo e no seu desenvolvimento individual e psicológico varia bastante. Depende muito de como ocorreu, em que idade, qual o tipo de apoio e estrutura familiar existente, quais foram as alternativas buscadas para o problema, personalidade do indivíduo entre outros espectros. A cegueira traz ainda perdas emocionais; perda de habilidades básicas da realização de tarefas diárias e mobilidade; do trabalho, educação e jeito de ser num todo. Caso a deficiência ocorra na infância, as consequências são danos no domínio psicomotor, educacional, emocional e social que podem acompanhar o indivíduo ao longo de sua vida, caso não haja um acompanhamento adequado o quanto antes.

Silva (2008) expõe que a pessoa com deficiência geralmente precisa de atendimento especializado, seja para fins terapêuticos, como fisioterapia ou estimulação motora, ou para que possa aprender a lidar com sua deficiência e a desenvolver suas potencialidades. A atividade física vem ao encontro desta necessidade. De certa maneira ela é uma orientação ou um estímulo para que a pessoa com deficiência visual sinta que é capaz de fazer determinada ação.

De acordo com Alves (2005), o deficiente visual, bem como qualquer indivíduo, precisa de intervenções educacionais próximas da sua realidade, das suas adaptações e do que precisa para aprender de fato. As limitações causadas pela deficiência visual não podem impedir o indivíduo de expressar seu potencial em

outras atividades, cujos sentidos possam ser utilizados para auxiliá-lo. As tarefas podem ser realizadas com acompanhamento de maneira adaptada, de modo que o indivíduo possa desenvolver cada vez melhores habilidades motoras, cognitivas, afetivas e sociais.

As dificuldades e atrasos no desenvolvimento geral do indivíduo cego, apresentadas como estatisticamente relevantes, são mais acentuados na área motora. Estas se dão principalmente pela limitação de experiências motoras em diversos níveis. O deficiente visual precisa de intervenções mais próximas das suas verdadeiras necessidades. As limitações causadas pela deficiência visual não devem impedir o indivíduo de expressar seu potencial em outras tarefas onde outros sentidos possam ser favorecidos (MARTIN E BUENO, 2003).

Há necessidade de adaptações às limitações das pessoas com deficiências visuais e a equipe que trabalha com o deficiente visual deve organizar seu planejamento de modo que crie mecanismos para que desde criança seja possível a conquista do domínio de ações e movimentos e segurança física e mental para executá-los (ALVES, 2003).

Para Vygotsky (1994), o desenvolvimento humano é em parte definido pelos processos de maturação do organismo, porém é a aprendizagem que possibilita o desabrochar de processos internos por meio de contato do homem com seu meio. Até os dois anos e meio, os processos psicológicos do homem são elementares, suas ações, principalmente de ordem biológica, visam satisfazer suas necessidades imediatas, como o ato de sucção do bebê (ações reflexas); balançar o chocalho (reações automatizadas); fechar os olhos diante de um brinquedo que vem de encontro a sua face (processos de associação simples).

As evoluções no desenvolvimento de uma criança cega ocorrem durante as participações em atividades compartilhadas com os demais dentro de uma determinada cultura, seja na escola ou no projeto de atividade motora adaptada que frequentam. No desenvolvimento da criança, a aprendizagem tem o papel principal, especificamente quando existe um estímulo mútuo nos ambientes escolares e em casa com a família, pois assim a criança reforça o que foi aprendido na prática (RODRIGUEZ, 2002).

No caso do deficiente visual é imprescindível a presença do mediador para estar ajudando-o no momento de sua leitura do contexto em que está inserido, já que sua visão está prejudicada. A criança cega cresce e se desenvolve de forma

semelhante às que enxergam, devido ao crescimento sequencial e as etapas que podem ser identificadas com relação à faixa etária. Porém, apresentam-se diferenças no desenvolvimento porque cada criança aprende de acordo com seu ritmo e potencialidade (CARVALHO, 1996).

No entanto no caso da limitação visual, observa-se que as crianças cegas não passam pela fase da imitação, onde podem copiar o que um adulto ou criança faz para poderem aprender melhor, com o auxílio do campo visual. A criança com baixa visão consegue se apropriar de alguns gestos que vê. Ainda assim, as semelhanças entre todas as crianças são maiores do que as diferenças. O desenvolvimento do bebê cego é muito semelhante ao daquele que enxerga, por agir por reflexos, de maneira automática constrói seus primeiros hábitos ou esquemas de ação do corpo, exceto os relativos à visão. Lentamente aperfeiçoa os esquemas de segurar, coordenar, sugar, apreender e de sorrir (MARTIN E BUENO, 2003).

É por meio da visão que a criança estabelece suas primeiras relações com o meio e percebe formas, tamanho, distância, posição e localização de objetos. A falta da visão poderá acarretar à criança grandes prejuízos se ela não for mediada em seu contato e interação com o mundo. A visão é o único sentido capaz de unificar, estruturar e organizar todas as outras percepções em um todo significativo. A criança cega se relaciona com o ambiente por outros canais sensoriais, tendo uma imagem diferente das pessoas que enxergam ou daquelas que perderam a visão após a formação de conceitos visuais. Segundo Bueno (2003), o professor deve mediar essa leitura do ambiente em que ela está inserida para que possa compreendê-lo e não deve esquecer que é impossível imaginar o que seja uma imagem apenas auditiva, tátil ou olfativa de um objeto ou situação, por mais que se esforce. Quem enxerga possui a imagem visual daquele objeto ou situação que tenta imaginar. Não é só na escola que se dá a aprendizagem. A língua oral é um exemplo disso, pois é adquirida e aprendida no meio social, sem nenhuma intenção para aprendizagem.

O aprendizado das crianças começa muito antes de elas frequentarem a escola. Qualquer situação de aprendizado com a qual a criança se defronta na escola tem sempre uma história prévia (Vygotsky, 1994). A escola é um local importante para a aprendizagem intencional, uma vez que exige situações sociais específicas e instrumentos de mediação, mas é importante que os pais recebam orientações já na maternidade de como devem mediar a aprendizagem, a

exploração e a compreensão do meio social que seu filho deficiente visual fará parte, amenizando, assim, possíveis limitações em seu desenvolvimento.

A falta da visão acarreta efeitos diretos no desenvolvimento e aprendizagem da criança de forma imediata numa relação de causa e efeito, interferindo diretamente nos aspectos referentes ao alcance e variedade de experiências, formação de conceitos, orientação e mobilidade, interação com o ambiente, acesso a informações impressas importantes como: "Desvio", "Alta tensão", "Não é permitida a passagem de pedestres" e outros. Caso a criança cega não receba ajuda para suas descobertas e aprendizagens, além dos efeitos diretos que são intrínsecos da deficiência, poderá sofrer efeitos indiretos, isto é, vindos da cultura e do meio em que vive (CARVALHO E FERNANDES, 2004).

Segundo Rodriguez (2002), existem vários estudos que demonstram a dificuldade de conceituar os efeitos indiretos que, muitas vezes, podem exercer maior impacto sobre o desenvolvimento da criança do que os diretos, eles são forças ambientais e sociais que não apenas restringem, como privam a pessoa da oportunidade de adquirir experiências por falta de conhecimento sobre a natureza do impedimento. Apesar da escola se constituir num espaço fundamental para o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores avançados, aprender pressupõe dar um sentido, reconstruir significados implicados no conteúdo. A escola deve levar em conta as experiências, vivências, conhecimentos que a criança traz consigo e o que está por acontecer em sua trajetória. Durante a aprendizagem os atores principais são: aluno e professor.

O "mundo" da criança cega é aquele que ela alcança com seus braços abertos e sugerem a necessidade de outras pessoas ajudarem a ampliar esse mundo. O conhecimento ocorre de dentro para fora, por meio de construções internas, fruto de situações de aprendizagens vividas em seu meio cultural (ZANINI, 2007).

Se a criança com deficiência visual vive num meio em que ninguém lhe ensinou como praticar as ações de brincar, andar, comer sozinhas e outras atividades, mesmo que suas condições físicas e biológicas possibilitem essas aprendizagens, dificilmente conquistará essa independência. A criança só aprende se internaliza o processo em diferentes situações. Professores que desenvolvem atividades pedagógicas, sem considerar a construção do conhecimento das crianças, inviabilizam a autonomia e o desenvolvimento dos indivíduos com

deficiência visual (VYGOSTSKY, 2004).

A aprendizagem adquirida em seu meio em contato com diferentes objetos, mediante relações interpessoais, impulsiona o seu desenvolvimento. É neste espaço que cabe ao adulto criar situações geradoras de conhecimentos, deve mediar, provocar situações que o deficiente visual possa ter e vivenciar novas experiências, internalizá-las e construir seus conhecimentos. São nos primeiros dois anos de vida que o desenvolvimento da criança se dá por meio de movimentos sistemáticos (repetições), exercícios perceptivos, controle da motricidade e amadurecimento do córtex cerebral. Confirma-se a razão de a criança, principalmente a deficiente visual, ser estimulada e a importância de um adulto ou outra criança estar incentivando, ajudando, mediando tais exercícios perceptivos (GARCIA, 2001)

O mediador terá o papel de uma ponte que fará a ligação da criança deficiente visual, principalmente da portadora de cegueira, ao mundo socialmente organizado e conhecido. Caso contrário, provavelmente, apresentará déficit em seu desenvolvimento. O desenvolvimento ocorre mais lentamente do que a aprendizagem, apesar de intrinsecamente estarem relacionados. É nesse intervalo que surge o espaço para as relações interpessoais. A aprendizagem é um ato socializado, as crianças aprendem no interior de sua cultura e a presença do adulto, ou outra criança com mais experiência, como interventores se faz necessária em tal processo, principalmente nos aspectos sócio históricos do desenvolvimento (MELO, 2001).

Sobre o assunto, De Masi (2002) comenta que:

A criança deficiente visual é aquela que difere da média a tal ponto que irá necessitar de professores especializados, adaptações curriculares e ou materiais adicionais de ensino, para ajudá-la a atingir um nível de desenvolvimento proporcional às suas capacidades. O compromisso com a formação do cidadão com deficiência visual, exige uma prática educacional voltada à compreensão da realidade social, dos direitos e das responsabilidades em relação à sua vida pessoal e comunitária. As questões da ética, da pluralidade do conhecimento, da cultura e da socialização, devem ser amplamente observadas e trabalhadas pelo educador dentro de um ambiente que inspire a mútua confiança, o intercâmbio de informações e experiências, a liberdade e independência para a transferência do conhecimento. (DE MASI, 2002, p. 8)

Por volta do terceiro mês, o bebê já tenta segurar objetos que o adulto lhe mostra. Seus movimentos ficam cada vez mais refinados, à medida que suas experiências e manipulações de diferentes objetos sejam cada vez mais intensas.

Essas atividades desenvolvidas em conjunto, bebê e adulto são muito importantes para o desenvolvimento da criança. Quanto mais estimuladas, maior o número de ações desenvolvidas, o que irá refletir positivamente no seu desenvolvimento. Geralmente a partir de 1 ano de idade que a criança com cegueira total começa a procurar objetos que ainda não manipulou, guiado pelo som que tal objeto emite (MARTIN E BUENO, 2003).

A ação comunicativa entre a criança e o adulto dá significado aos gestos que vão se ampliando a cada nova experiência e possibilita à criança decodificar contextos e aprender a falar. Essa relação estimula a criatividade, a descoberta de regras e a aquisição da linguagem (BRUMER, 2004). No caso da criança cega essa ação comunicativa é de extrema importância, pois acompanhada da ação de explorar tatilmente, permitirá a ela compreender os significados das coisas que fazem parte do seu meio, isto é, os conceitos e mais tarde fazer suas representações.

Aproximadamente, a partir dos dois anos de idade, a criança cega, que já adquiriu a noção de objetos, começa a fazer representação das coisas, embora o desenvolvimento do pensamento representativo seja adquirido na adolescência. Esta aquisição é determinada no caso das crianças cegas, pelo desenvolvimento da linguagem, como mediação entre o objeto e a sua representação. Entretanto, as ações socializadas são iniciadas pelos adultos e são essas ações que levarão a criança a aprender a usar os objetos (GÂNDARA, 2004).

No caso do deficiente visual, uma vez que pouco ou nada enxerga se não tem possibilidade, por exemplo, de imitar, as ações socializadas ficarão prejudicadas, uma vez que os objetos por si só não indicam o seu uso. Portanto, essas relações (mediações), adulto/criança e também criança/criança, são imprescindíveis para compreenderem seu meio e participarem ativamente dele (MISSI, 2002).

Quanto ao sentar-se, engatinhar e andar, o bebê cego poderá ter um atraso, se não houver mediação permanente de pessoas ligadas a ele, num trabalho contínuo e sistemático. O engatinhar raramente acontece. O bebê cego geralmente passa do sentar-se para o andar, o que ocorre geralmente após 1 ano e 7 meses. O processo de aprendizagem das ações com objetos, ou seja, com coisas que têm importância social, estritamente determinada, transcorre na criança somente na atividade conjunta com os adultos. A criança vidente é muito observadora e logo

começa a demonstrar o quanto a socialização se faz presente em sua aprendizagem (ELKONIN, 1998).

Elkonin (1998) comenta que no caso do deficiente visual com cegueira, se não houver mediação do adulto, o mesmo não ocorrerá. Por isso, ouvimos muitas vezes familiares, colegas de crianças deficientes visuais dizerem: aquela criança é “muito quieta”, “quase não fala”, “é muito parada”, “não mexe em nada” e “ não faz nada sem a permissão e a companhia do pai”. Essa última fala é interessante, pois se a criança não é incentivada e ajudada a explorar o ambiente e também não lhe é dada oportunidade, como pode agir?

Quando a criança começa a andar, suas ações se tornam mais complexas e pelo constante contato com o mundo adulto e sua linguagem, começa a identificar as coisas pelos nomes. Aparecem as primeiras palavras e ela começa a controlar suas ações: Antes de controlar o próprio comportamento, a criança começa a controlar o ambiente com a ajuda da fala. Isso produz novas relações com o ambiente, além de uma nova organização do próprio comportamento. A criação dessas formas caracteristicamente humanas de comportamento produz, mais tarde, o intelecto, e constitui a base do trabalho produtivo: a forma especificamente humana do uso de instrumentos (VYGOTSKY, 1994).

Conforme a criança vai crescendo e experimentando novas situações, suas concepções sobre o funcionamento do mundo se transformam não só com novas informações, mas com reorganizações de informações que já possui e que aprendeu dentro de sua cultura. A prática das funções sensoriais e motoras permanece aproximadamente até os dois anos e meio, idade em que a criança ainda está relativamente limitada em suas ações e a força motivadora do brincar dita o que fazer. A percepção da criança está integrada diretamente a uma reação motora e, sob muitos aspectos, é passiva. Para Vygotsky (1993), tal fase do desenvolvimento é necessária para o surgimento do jogo simbólico, que pode acontecer por volta dos três anos, quando a criança sente desejos que não podem ser satisfeitos imediatamente, levando-a a resolver a situação de tensão por meio da fantasia do jogo. No caso da criança cega o jogo simbólico vai surgir muito mais tarde.

Ao mesmo tempo em que a criança representa suas experiências vividas durante o faz-de-conta, projeta situações imaginárias futurísticas. Por meio de brincadeiras, como o faz-de-conta, podemos avaliar as dificuldades, a falta de conhecimentos relacionados a conceitos e suas representações por parte das

crianças deficientes visuais e, a partir daí, criar espaços para que continuem brincando, mas o professor e os colegas que enxergam serão os mediadores. As crianças deficientes visuais, por meio de brincadeiras, estarão explorando o seu meio, fazendo descobertas, desenvolvendo conceitos e organizando suas representações. Conseqüentemente, suas limitações serão amenizadas. O cérebro não se limita a ser um órgão capaz de conservar e ou reproduzir nossas experiências passadas, é também um órgão que cria, capaz de reelaborar e criar com elementos de experiências passadas novas normas e planejamentos (VYGOTSKY, 1994).

Além de prover um ambiente rico em estímulos, favorecendo sempre que possível a exploração livre pela criança, caberá ao educador intensificar certas dimensões relevantes desses estímulos; ensinar à criança um repertório de comportamentos adaptativos e estabelecer conseqüências adequadas para essas respostas do sujeito. O que se exige do educador, portanto, é que ele planeje sua atividade, garanta a segurança de um ambiente propício e use uma metodologia adaptada à ausência da visão, ou seja, auditiva e tátil. Ilustrando, o desenvolvimento da apreensão se dará por experiências de enfiar contas, agrupar objetos pequenos, esconder e buscar objetos. Essas práticas de exploração vão ajudar a criança na formação de conceito (noção do objeto), e na ampliação de seu repertório de palavras no diálogo com a mãe, pai e parceiros (NUNES, 1995).

O desenvolvimento do esquema corporal futuro se dará por experiências do corpo em sensações cutâneas com o meio, tocando os objetos com a boca, arrastando-se e se expondo ao sol e ao vento, mediante percepções tátil e auditiva que vão ajudá-la a organizar seu espaço. Segundo Vygotsky (1994), o desenvolvimento da criança, num primeiro momento, é mediado pelo outro. Num segundo momento, a criança se apropria do comportamento, da cultura e dos modos de funcionamento psicológico do seu grupo cultural, internalizando-os. Isto é, sem a intervenção de outras pessoas a criança se apropria da aprendizagem. A atividade que antes precisou ser mediada passa a ser independente. Assim, o processo de desenvolvimento da criança está enraizado nas ligações entre a sua história social e individual. Ao internalizar as experiências fornecidas pela cultura, a criança reconstrói individualmente os modos de ação realizados externamente e aprende a organizar os próprios processos mentais.

O jogo imaginário assume papel central no desenvolvimento de toda criança

ao criar zonas de desenvolvimento proximal. Assim sendo, usar o jogo simbólico como meio para criar situações de interação, desenvolver a independência, criar oportunidade de vivenciar situações para que a própria criança construa o seu conhecimento e possa expressá-lo também nas situações imaginárias é uma proposta pedagógica para a aquisição de conceitos e suas representações básicas para a criança conquistar sua autonomia e independência.

Nesse sentido, a educação física, motricidade e estimulação motora partem do conhecimento e domínio do corpo da criança. O trabalho visa o respeito completo à particularidade do aluno, com objetivo na melhoria de seu desenvolvimento geral, buscando trazer condições favoráveis à sua trajetória e à sua autonomia social (CONDE, 2011).

Na sociedade em que vivemos o modo mais usado para comunicação e orientação é o visual. Nota-se pela quantidade de informações que são passadas em minutos e que muitas vezes para as pessoas videntes que acabam não sendo suficientes para a compreensão de algo ou de uma determinada situação. Para as pessoas com deficiência visual a falta dessa percepção faz com que essa orientação e mobilidade, sejam muito mais trabalhadas, de formas alternativas (SILVA, 2008).

A autoconfiança para as pessoas com deficiência visual está diretamente relacionada ao seu desenvolvimento e ao meio em que vivem. Se durante o seu desenvolvimento a criança com deficiência não for estimulada à práticas que propiciem uma mudança em seu comportamento e principalmente que a estimule a sair desta situação de inatividade, a probabilidade de se tornar um adulto com uma autoestima comprometida é muito grande, sem contar os possíveis malefícios relacionados à falta de atividade física (CONDE, 1994).

Independente do tratamento que a criança esteja submetida, não será efetivo se essa experiência não for transferida para as atividades de seu cotidiano. As orientações devem ajudar os pais a estimular as crianças e dar continuidade ao trabalho em casa com a família. Lorenzini (1999) enfatiza que as crianças com deficiência reagem a menos estímulos do ambiente e suas respostas a esses estímulos são um pouco mais lentas. Portanto necessitam de trabalho contínuo para que possam tirar proveito dessas experiências.

Assim, a competência social torna a criança mais segura de suas ações e menos dependente da mãe, mais sociável e mais firme emocionalmente. A intervenção precoce tem esse propósito, cuja meta é prevenir ou minimizar

problemas de desenvolvimento para criança de risco, decorrentes de fatores biológicos, ambientais ou socioculturais. Seu sucesso depende da integração de esforços, da eficiência de quem atende da comunidade local e da família, em planejar e coordenar os serviços de forma sistêmica (GORGATTI, 2005).

Estudos de Pedrinelli (1994) e Sasaki (1997), sugerem como a Educação Física pode possibilitar ao aluno com deficiência a compreensão de suas limitações e capacidades, auxiliando-o na busca de uma melhor adaptação. O ponto de convergência entre os estudiosos é o conhecimento que o professor de Educação Física deve ter acerca das condições relativas a seu aluno como: tipo de deficiência, idade em que apareceu a deficiência, se foi repentina ou gradativa, se é transitória ou permanente, as funções e estruturas que estão prejudicadas.

Para isso o professor de Educação Física necessita, repensar, analisar, aprofundar e discutir o seu papel como profissional atuante diante dos desafios e ações das práticas pedagógicas inclusivas presentes no sistema educacional brasileiro. O professor de Educação Especial, ao receber a criança, precisa fazer um diagnóstico. Normalmente o laudo que acompanha o aluno é bastante elucidativo, porém, em alguns casos é necessário manter contato com o médico assistente, a fim de que este possa informar sobre as limitações físicas e sensoriais da criança (LIMA, 2001).

O trabalho do professor de Educação Física, tem como meta, ampliar, tanto quanto possível, a experiência motora dessa criança, respeitando seus limites biológicos, mas incentivando o seu vocabulário motor. Segundo Brasil (2013), “enquanto as pessoas videntes formam e comprovam muitos conceitos informalmente, as pessoas com deficiência visual necessitam de uma apresentação estruturada dos mesmos para assegurar um desenvolvimento adequado dos fundamentos a eles relacionados”.

Segundo Almeida e Filho (2001), as informações táteis e auditivas são tratadas como elementos que propiciam uma conduta para facilitar o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem para pessoas com deficiência visual. Porém, o professor nunca deve esquecer de que as ações do brincar de casinha, cantar e balançar o filho para dormir, dar comida ao bebê, do frentista do posto de gasolina, bombeiro e outros, precisam ser ensinadas à criança cega, pois se ela não enxerga não imitará. Uma prática que traz excelentes resultados é a mediação de outra criança que enxerga ao participar da brincadeira.

Os atos de brincar, imaginar, criar, sonhar para o deficiente visual são tão importantes quanto para os que enxergam. Utilizar o jogo como recurso para o deficiente visual interiorizar os conceitos e futuramente fazer suas representações, é uma prática prazerosa e produtiva tanto para o professor quanto para o aluno.

Conceitos básicos relacionados à orientação e mobilidade são necessários para a criança com deficiência visual movimentar-se com segurança e eficiência. O conhecimento corporal, por exemplo, é fundamental, devendo-se dar especial atenção a: esquema corporal, conceito corporal, imagem corporal, planos do corpo e suas partes, lateralidade e direção. Esses conceitos devem ser enriquecidos com outros da mesma importância, como: posição e relação com o espaço, forma, medidas e ações, ambiente, topografia, textura e temperatura (CARVALHO, 2004).

De acordo com Garcia (2001) é necessário ressaltar que a criança cega tem poucas oportunidades de explorar seu corpo e o ambiente que a rodeia. Sua passividade e falta de curiosidade podem ser atribuídas ao medo de se mexer e à falta de motivação para explorar o espaço em que vive. Essa insegurança é proveniente da falta de estímulo e faz com que a criança com deficiência visual apresente um processo de desenvolvimento mais lento.

O ouvido é o principal órgão sensorial à longa distância, pode ser considerado como o sentido "rei" principalmente para as pessoas com cegueira, é o único meio pelo qual a pessoa cega pode perceber a distância e a profundidade em qualquer ambiente. Ao contrário do que parece, não existe uma compensação automática da agudeza auditiva causada pela perda da visão. Ela aparece como resultado do esforço persistente das pessoas cegas para usufruírem ao máximo desse sentido (MARTIN E BUENO, 2003).

Ao estimular as crianças cegas, deve-se permanecer alertas aos sons, interpretá-los e convertê-los em pistas para orientação no espaço. Pelos sons a criança cega conhece as qualidades acústicas de sua casa, reconhecendo cada ambiente pelas características de seus respectivos sons. Desde pequena deve ser estimulada a tomar consciência de qualquer som que possibilite sua orientação. O som de abrir ou fechar uma porta pode revelar a posição da criança, os sons vindos das janelas favorecem a relação do ambiente interno com o externo da casa e suas relações de espaço e distância. O professor deve falar sobre os diferentes sons e ajudar a criança a descobrir outros que possam ser utilizados como indicadores de orientação. Por exemplo, na escola a direção de um corredor pode ser facilmente

determinada pelo passo de outras pessoas (OCHAITÁ, 1990).

No entanto no caso de uma criança com baixa visão, o procedimento a ser adotado será diferente, pois caracteriza-se com visão útil para os propósitos de desenvolvimento na escola com necessidade de apoio óptico ou não óptico, como lentes e outros recursos. Para que o aluno com baixa visão desenvolva a capacidade de enxergar, o professor deve proporcionar um trabalho pedagógico que facilite a exploração dirigida: sentar-se na primeira mesa, de frente para o quadro, no centro da sala e textos entregues com letras ampliadas na fonte 20, estimulando assim a iniciativa e a autonomia, objetivos primordiais da estimulação visual (CIRANDA DA INCLUSÃO, 2011).

Para Castro (2006) no processo de aprendizagem das técnicas de orientação e mobilidade de uma pessoa com deficiência visual, temos, antes de tudo, fazer com que esta adquira uma boa aptidão física. Em muitos casos essa “falta de aptidão física” deve-se a um crescimento sem estímulos a descobertas. Castro ainda expõe que a falta de visão, principalmente nas idades mais baixas, diminui a curiosidade natural de exploração, a qual tende a limitar a atividade. Pode-se juntar a esses fatos o medo do desconhecido, o receio de se chocar com os objetos e os efeitos psíquicos da superproteção, muitas vezes exercidos na educação das pessoas com deficiência visual, surge uma inatividade como consequência de múltiplos fatores.

A defasagem cognitiva é uma situação conjuntural e não estrutural no desenvolvimento da pessoa cega. Como não dispõe do principal dos sentidos, o deficiente visual não desenvolve naturalmente os sentidos intactos de forma compensatória. O tato, as cinestésias, a audição e o olfato, sem uma adequada estimulação, não atuam de maneira fiel na redução da defasagem da captação e elaboração dos estímulos que a cegueira provoca. Além disso, a impossibilidade da imitação e do estabelecimento de modelos restringe ainda mais o seu desenvolvimento (RODRIGUES, 2002).

No caso da criança deficiente visual, além de toda a estimulação para que possa “ver o mundo” com os sentidos remanescentes, ainda o professor deverá estar atento para mediar as descobertas, ajudando para que as mesmas se tornem significativas. A concepção de aprendizagem não se baseia apenas na assimilação do meio externo, na quantidade de informação captada sem conexão com experiências concretas significativas. Não acreditamos em treinamento, em

aprendizagem mecânica, ou essencialmente reprodutora dos conhecimentos transmitidos. Cremos num processo de aprendizagem funcional e significativa: aprendizagem fruto da construção do conhecimento e internalização dos conceitos vividos pelo próprio sujeito. Este conhecimento decorre da sua ação no mundo e da significação que suas percepções adquirem pela interação e relação com o meio. Compreendemos, então, que o processo educacional deve começar ainda no berço, através do apoio à família para interação com sua criança; uma criança bem adaptada e integrada à sua família, conseqüentemente terá condições de adaptar-se à escola (BRUNO, 1993).

A educação física consegue desenvolver através do movimento, aspectos cognitivos, sociais-afetivos e sensoriais. Ela utiliza o que a criança sabe sobre seu corpo e seus domínios como ferramenta principal. Daí em diante, usa-se o movimento controlado como meio de interação e compreensão daquilo que a cerca. Algumas formas de trabalhar com situações problemas sugerem que os professores criem novas estratégias. As atividades de questionamentos são importantes, na medida em que motivam os deficientes visuais a pensar sobre seus movimentos, a repensar o que já realizaram, a fazer associações das experiências vividas fora da sala de aula. Nessas situações problemas, nas quais o professor vai extraindo deles as soluções, é interessante observar como elaboram seu pensamento na tentativa de responder às questões (CONDE, 2011).

Promover a tomada de consciência no corpo do deficiente visual é facilitar seu acesso ao trabalho de mobilidade e orientação. O estímulo dos aspectos motores auxilia na noção de organização do corpo que propicia ao deficiente visual uma melhora no processo de aprendizagem. A função da educação física adaptada é colocar em prática sessões de movimentos que garantam progressivamente a descoberta do espaço e a redescoberta do corpo, recorrendo às atividades tátil-cinestésicas e sonoro-motoras que inclusive facilitem a discriminação sensorial, sem a qual a criança deficiente visual não pode orientar-se (FONSECA, 1993).

O papel da educação física no desenvolvimento da criança com deficiência visual refere-se ao conhecimento das partes do corpo, ao ritmo, à orientação espacial, ao controle tônico, a noções de lateralidade e principalmente ao ganho de autonomia para explorar o espaço ao redor. Todos estes itens aliados ao ensino da equipe multidisciplinar levam os alunos a compreenderem seu corpo e as diferentes relações estabelecidas com o meio e as pessoas. A estruturação espacial é

essencial para vivermos em sociedade.

De acordo com Oliveira:

“É através do espaço e das relações espaciais que nos situamos no meio em que vivemos, em que estabelecemos relações entre as coisas, em que fazemos observações, comparando-as, combinando-as, vendo as semelhanças e diferenças entre elas” (OLIVEIRA, 1997, p. 74).

O deficiente visual vai utilizar os sentidos remanescentes para distinguir as devidas semelhanças e diferenças entre os objetos e os fatos, construindo, dessa forma, uma representação mental que segue os mesmos traços cognitivos das outras pessoas, assim como vai traduzindo o conhecimento que vai tendo do mundo. Neste sentido, esse conhecimento é proveniente dos diferentes esquemas organizados pela pessoa e por situações específicas, integra conhecimentos sobre as relações físicas dos objetos, os tipos de objetos e as relações dos objetos entre si (MOSQUEIRA, 2000).

O controle tônico é estimulado também na atividade motora adaptada através de atividades que exijam controle dinâmico e estático, o que possibilita ao aluno deficiente visual controlar seu tônus muscular em diferentes situações, pois “a tonicidade garante as atitudes, as posturas, as mímicas e as emoções de onde emergem todas as atividades motoras humanas” (Fonseca, 1995). O deficiente visual já apresenta uma atitude corporal que representa a imobilidade a qual foi submetido em função da deficiência, o que provoca encurtamento muscular. O trabalho de educação física com deficientes visuais tem muito a contribuir nesse sentido, tendo como objetivos principais, estimular os sentidos remanescentes e desenvolver os aspectos que contribuem para sua orientação e mobilidade.

A orientação e mobilidade garantem ao deficiente visual o ato de movimentar-se livremente em locais de sua rotina costumeira ou até mesmo em locais distantes. Mas para tal, é fundamental habilidade para movimentar-se como característica de desempenho, a qual Schmidt (1993) define como a “capacidade adquirida de atingir um resultado final com um máximo de certeza e um mínimo dispêndio de energia, ou de tempo e energia”.

Atividades em aula podem ser adaptadas ao deficiente visual, como os esportes com bola, por exemplo, que podem ser adaptados para bolas com guizo ou com uma textura diferenciada, permitindo assim a participação efetiva do aluno cego ou com baixa visão, através dos contrastes e texturas. Por outro lado, atividades

como natação, atletismo, artes marciais e ginástica podem ser incorporadas durante as aulas, já que proporcionam a independência e a oportunidade de estudantes deficientes visuais em participar (RIZZO E VISPOEL, 1991).

Dependendo de fatores como a atividade proposta e as características individuais do aluno, os deficientes visuais necessitam de maior tempo, de explicações específicas, de demonstrações, de auxílio de guias, além de respostas quanto ao desempenho alcançado. Entretanto, para que ocorra a participação ativa do aluno com deficiência visual nas aulas de educação física, é necessário que o professor molde o ritmo da aula ao seu grupo de alunos, e isso inclui o seu aluno cego ou com baixa visão. No contexto inclusivo, o centro da aula deixa de ser o professor e passa a ser o aluno (RIZZO E VISPOEL, 1991).

A concepção do professor de que seus alunos deficientes visuais são incapazes de realizar as atividades propostas e até mesmo que são prejudiciais para sua própria segurança, é uma grande barreira para a sua efetiva participação nas aulas. De acordo com Lieberman e Houston-Wilson (1999), é fundamental que o educador entenda que seu aluno cego ou com baixa visão, desde que receba informações e auxílios necessários, é capaz de realizar as mesmas atividades que o aluno sem deficiência. O professor deve estar atento para as adaptações necessárias para a prática das atividades propostas.

Outro fato crucial nas aulas, trata-se da superproteção exercida pelos pais sobre seus filhos deficientes visuais, que impede a participação efetiva desse aluno nas aulas de Educação Física. Como consequência, temos a não-interação da criança cega ou com baixa visão com o seu ambiente. Em alguns casos, os pais não permitem que os filhos participem das aulas de Educação Física.

Rizzo e Vispoel (1991) descrevem que, no que concerne às atitudes positivas, estas estão relacionadas com o tempo de ensino dedicado a alunos com necessidades educacionais especiais e negativamente relacionadas com o tempo de ensino de maneira geral, sugerindo-nos que, para o desenvolvimento de atitudes positivas, são mais relevantes as experiências específicas do que um simples acumular de anos de serviço.

Segundo Queiroz (2007), a memória muscular, uma das funções do sentido cinestésico, é a repetição de movimentos em uma sequência fixa, que se convertem em movimentos automáticos. Para os cegos esse fenômeno é valioso para trajetos curtos em ambientes internos. Por meio dele a pessoa pode realizar um caminho e

retornar ao ponto de partida sem a necessidade de contar os passos. Nas subidas e descidas das escadas, graças à memória muscular, as pessoas cegas são capazes de descer e subir, com bastante eficiência, todos os degraus das escadas sem contá-los. Essa habilidade não é percebida pelas pessoas que enxergam uma vez que utilizam a visão como principal referência para realizar esse controle. Embora inata, esta habilidade deve ser estimulada no aluno cego possibilitando a vivência dos movimentos que contribuirão para a sua independência. Os movimentos para a direita ou para a esquerda exercem grande influência no equilíbrio e a pessoa deficiente visual precisa vivenciar situações desse tipo para não se desorientar ou desequilibrar-se. As inclinações leves nos corredores e no pátio da escola são pontos de referência para o aluno deficiente visual. Cabe aos professores desenvolverem estas habilidades nos alunos e ajudá-los a descobrirem a melhor forma de utilizá-las, devendo, portanto, andar com o aluno por todas as dependências da escola, nomeando e discriminando as diferentes características do ambiente, recomendando aos pais que também façam o mesmo no ambiente doméstico e no percurso casa/escola.

Alves (2003) ainda esclarece que para a criança cega chegar a uma movimentação perfeita de um segmento do nosso corpo, será necessário que tenha sido exercitado anteriormente como um todo, para poder dissociar aos poucos, dos pequenos movimentos. Movimentos globais, que movimentam o corpo inteiro e instintivamente naturais, como andar, correr, rolar, engatinhar, devem ser priorizados em detrimento àqueles que exijam movimentos específicos como, nadar, dar cambalhota, andar em ziguezague.

O professor e a família devem trabalhar juntos para desenvolverem essa habilidade na criança, aproveitando, sempre que possível, atividades contextualizadas e agradáveis para que a criança não apresente resistência para realizá-las. A criança cega terá poucas oportunidades de explorar o ambiente se ficar deslocando-se somente por caminhos e espaços conhecidos, com auxílio de guias. Ela aprende sobre o que há no mundo pela interação direta com ele, daí a importância da alteração de caminhos e exploração máxima dos outros sentidos.

As pessoas cegas obtêm muitas informações para sua orientação pelas mãos tocando os objetos e os transformando em pontos de referência. A bengala se transforma em extensão do dedo indicador para sondar a superfície através do tato. Os pés percebem pontos de referência quando pisam diferentes tipos de texturas,

como a grama, pedregulhos, lajotas, areia, asfalto e outros.

Ochaitá (1998) considera de grande importância a percepção tátil, porque possibilita o contato e o conhecimento dos objetos, sendo o canal imprescindível para a leitura. Entretanto, para a orientação e mobilidade, a audição é um dos sentidos mais importantes, porque possibilita estabelecer as relações espaciais. Os receptores térmicos na pele fornecem indicações de orientação, pela indicação dos pontos cardeais. Pela manhã, o sol (calor) incidindo na face ou parte anterior do corpo, indica à pessoa cega que está se dirigindo para o leste; na parte de trás da cabeça e nas costas, para o oeste. Desta forma, o uso do sol como referência possibilita rápida verificação de uma possível troca de direção e a correção imediata da mesma.

Almeida (1999) chama a atenção dos professores para que os alunos cegos utilizem essas indicações e se mantenham orientados na escola, durante o recreio para preservarem sua independência na mobilidade. A percepção do calor e frio fornecida por lugares ensolarados ou não poderá ajudar a criança cega a identificar sombras de árvores e do prédio escolar, perceber sua aproximação do objetivo que deseja atingir, fornecendo pistas seguras e confiáveis. O movimento do ar sobre os pelos do corpo pode ser de grande ajuda para, o aluno detectar um ventilador silencioso, portas e janelas abertas, o final de um corredor ou a saída do ambiente sem ser desejado.

Segundo Winnick (2004), o profissional deve promover à pessoa com deficiência visual antes de começar qualquer atividade física, o reconhecimento do local, de todos os espaços que será utilizado. Para o desenvolvimento da capacidade de orientação espacial a pessoa com deficiência visual pode caminhar por todo o local da atividade física, percebendo assim a sua dimensão, seus limites, e que “veja” por si mesma, que não existe ali nenhum obstáculo. A criança com deficiência visual tem o estímulo visual comprometido, o que causa o seu atraso no desenvolvimento motor, e também afeta no desenvolvimento cognitivo e afetivo, pois estão intimamente ligados. Para que evolua, é preciso que haja estimulação e treinamento corporal (ALMEIDA, 2005).

A atividade física irá favorecer a criança no seu desenvolvimento e autoconfiança no cotidiano na família, na escola e sociedade, cumprindo sua importante função na caminhada da criança com deficiência visual à sua emancipação social e independência, superando as barreiras de diversos tipos que

certamente irão ser impostas, mostrando que é capaz de praticar e mobilizar-se. A atividade física leva o deficiente visual a uma maior independência dentro da sociedade desenvolvendo sua capacidade motora, sua intelectual através do movimento, relações com o meio social, aumentando suas possibilidades de exploração, de conhecimento do mundo exterior e aprimoram seu relacionamento. A atividade física exerce um papel de fundamental importância para o desenvolvimento do deficiente visual, proporcionando condições de vida compatíveis com a sociedade (DUARTE, 2003).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipos de Pesquisa

Esta investigação se caracteriza como qualitativa, descritiva e transversal. O estudo em questão é descritivo, exploratório e de caráter qualitativo, pois direciona a investigação a partir de questões que não são capazes de serem quantificadas.

Na pesquisa descritiva realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo (DIEHL, 2004).

O fato de recolher dados no ambiente natural em que as ações ocorrem, descrever as situações vividas pelos pais, professores e alunos da instituição especializada e interpretar os significados que estes lhes atribuem, justifica a realização de uma abordagem qualitativa.

Com relação aos seus objetivos e a análise dos dados, esta foi uma pesquisa descritiva, pois vai descrever as características de um objeto de estudo e exploratória por se caracterizar como o tipo de estudo que visa o “desenvolvimento e esclarecimento de idéias, com objetivo de oferecer uma visão panorâmica, uma primeira aproximação a um determinado fenômeno que é pouco explorado” (GONÇALVES, 2007, p.67).

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. A pesquisa exploratória visa à descoberta, o achado, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes. (GIL, 2008).

3.2 Caracterização do Grupo Amostral

Participaram da pesquisa 11 adultos responsáveis por 11 crianças com deficiência visual que recebem atendimento em uma escola especializada no atendimento de pessoas com deficiência visual, sendo pais, mães, tias ou avós. Além dos responsáveis pelas crianças, também participaram seis profissionais que atuam na referida instituição.

Das crianças com deficiência visual, seis apresentaram baixa visão e cinco

apresentaram cegueira total. A amostra foi determinada por conveniência, objetivando-se fazer o levantamento do desenvolvimento e aprendizagem das crianças em questão através da entrevista com as pessoas que mais convivem com elas. Assim, a pesquisa foi composta onze crianças com deficiência visual de 2 a 9 anos, frequentadoras da instituição especializada para pessoas com deficiência visual, pelo fato de que o atendimento no Centro de Atendimento e Desenvolvimento Infantil da instituição especializada é realizado na faixa etária entre 0 e 10 anos. Os professores e responsáveis pelas crianças que participaram do estudo assinaram o Termo Livre de Consentimento Livre esclarecido (TCLE).

Todos os entrevistados foram informados sobre os procedimentos, a partir daquele momento (aplicação do questionário e entrevista). As coletas de dados foram realizadas em dias de atividades na instituição e para complementar o questionário, foi utilizada a entrevista “estruturada”.

O Quadro 2 traz os dados referentes às idades das crianças participantes da pesquisa em 2015:

Quadro 2 – Idade das Crianças em 2015/1

Idade	Nº de Crianças	%
0-2	1	9
3-4	4	36
5-6	1	9
7-8	1	9
9-10	4	36
Total	11	100%

O Quadro 2 mostra dados da faixa etária da pesquisa realizada com as onze crianças que frequentam a instituição especializada para pessoas com deficiência visual. Notam-se que dois terços das crianças tem idade entre 3 e 4 anos (36%) e quatro crianças tem idade entre 9 e 10 anos (36%). As demais idades são distribuídas num percentual menor para cada idade (9%). Entre as onze crianças participantes da pesquisa, uma criança tem entre 0 e 2 anos, uma criança tem entre 5 e 6 anos e uma criança tem idade entre 7 e 8 anos.

O Quadro 3 apresenta o diagnóstico do problema e divide o tipo de deficiência visual das onze crianças do estudo em cegueira total e baixa visão:

Quadro 3 – Quanto ao Diagnóstico e Tipo de Deficiência Visual

DIAGNÓSTICO	Nº	BAIXA VISÃO	CEGUEIRA TOTAL
Retinopatia da Prematuridade	5	1	4
Hipoplasia do Nervo Óptico	1	1	
Síndrome de Leber	1		1
Catarata Congênita	1	1	
Albinismo (Falta de Melanina na Visão)	2	2	
Cegueira Sem Causa Aparente	1	1	

A maior causa da cegueira e problemas de baixa visão no grupo pesquisado, está relacionada à retinopatia da prematuridade (5 crianças das onze entrevistadas).

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados contou com dois momentos: entrevista com os pais ou responsáveis das onze crianças que frequentam a instituição especializada e entrevistas com os profissionais da instituição, onde foi possível observar trechos das atividades realizadas com as crianças.

As entrevistas foram agendadas nos horários mais acessíveis para os pais e professores, no momento em que as crianças estavam em alguma atividade na instituição. Os dados foram coletados entre os meses de março a maio de 2015.

3.4 Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados para a entrevista com os pais foi o questionário adaptado de Zuchetto (2008), elaborado com perguntas semiabertas para os pais, onde constam dados do nascimento da criança, idade da mãe na época do parto, possíveis complicações, renda e escolaridade dos pais, locais e

anos de todas as estimulações que a criança participou ao longo de sua vida, os brinquedos mais utilizados, programas que realiza com maior frequência, seus hobbies, quanto tempo leva de sua casa às instituições que frequenta, quais são as dificuldades na rotina e a influência da instituição especializada sob o ponto de vista dos pais.

Portanto, através do roteiro de entrevista adaptado de Zuchetto (2008), foi possível caracterizar os participantes quanto às características sócio culturais, identificar a rotina das crianças e a percepção dos pais quanto aos benefícios das intervenções na instituição e participação dos mesmos nas atividades.

Na modalidade de entrevista semiestruturada o pesquisador organiza um conjunto de questões sobre o tema e pode-se entender por entrevista semiestruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que na sequência, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

3.5 Procedimentos de Coletas de Dados

As entrevistas foram agendadas previamente e aconteceram nas dependências da instituição especializada. Durante a realização da entrevista, foi utilizado um roteiro previamente estabelecido a partir da construção do objeto de investigação, cuja finalidade foi orientar a entrevista sem cercear a fala do sujeito entrevistado (MINAYO, 1999).

As entrevistas foram transcritas e os dados organizados em categorias de análises

Para a entrevista com os pais e profissionais da equipe multiprofissional, foi utilizada uma entrevista aberta, fotos e gravações de áudio.

A entrevista não-diretiva, semi-estruturada ou, como preferem outros, não padronizada, é aquela que caracteriza o depoimento em métodos qualitativos: abordar o tema da pesquisa com entrevistas que, apesar de seguirem um roteiro elaborado previamente e com subtemas do interesse do pesquisador, garantem aos sujeitos pesquisados uma livre manifestação de pensamento e de opinião (MINAYO, 1999).

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, feita com gravador e anotada com os depoimentos de pais e professores em dias de atividades com as crianças no local. Através do Termo Livre de Consentimento Livre esclarecido (TCLE) preenchido pelos responsáveis que se propuserem a participar da entrevista frente à apresentação da proposta da mesma.

Os eixos utilizados para realização das entrevistas foram baseados na entrevista da tese de doutorado de Zuchetto (2008), com questões referentes à deficiência visual.

Conforme constam nos anexos e apêndices, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e a autorização à instituição foram abordados em sua natureza, metodologia e finalidade da pesquisa. Todos os entrevistados foram informados sobre os procedimentos, a partir daquele momento (realização da entrevista).

3.6 Análise e Interpretação dos Dados

A análise e interpretação dos dados desta pesquisa ocorreram em três processos diferentes. O primeiro foi a organização do material coletado, seguido da classificação e descrição analítica dos dados e para finalizar, a interpretação e reflexão destas informações que foi feita de forma descritiva. De posse da transcrição das entrevistas, os dados foram organizados em categorias de análises, na qual Minayo (1999, p. 70), esclarece o significado da palavra categoria, em pesquisa qualitativa, dizendo que: “em geral, se refere a um conjunto que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionem entre si”.

3.7 Campo de Investigação

O campo de pesquisa e entrevistas foi uma instituição especializada para pessoas com deficiência visual em Florianópolis, onde foram realizadas visitas à instituição especializada e observações na rotina dos alunos e profissionais interdisciplinares envolvidos no trabalho com as crianças com deficiência visual, vinculadas ao Centro de Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil, núcleo da instituição, onde foi feita a pesquisa. O CADI atende crianças cegas e de baixa visão de 0 a 10 anos e os encaminhamentos são realizados por hospitais, escolas e

familiares e o ingresso se dá mediante o laudo oftalmológico, a avaliação multiprofissional e o estudo de caso.

Os atendimentos oferecidos são: acompanhamento psicossocial, parcerias com as escolas, estimulação visual e multissensorial, pré bengala, atividades da vida diária, elaboração conceitual e letramento com material em braile, aulas de sorobã, informática com teclado especial e sonoro, orientação e mobilidade, contação de estórias, reunião psicossocial, oficinas temáticas, psicomotricidade e educação física.

As famílias e as crianças são acompanhadas por profissionais do serviço social e psicologia que dão suporte à habilitação da criança, esclarecendo dúvidas sobre os auxílios que podem receber, como solucionar problemas em torno da deficiência, escola, família. (PMF, 2011). A coordenação do núcleo faz visitas regulares às escolas das crianças, a fim de oferecer suporte aos problemas e dúvidas que surgem. As atividades motoras adaptadas proporcionadas na instituição frequentada pelos alunos são:

- Psicomotricidade e Educação Física que trabalha o estímulo das crianças nos aspectos motores (equilíbrio, aquisição da marcha independente e consciência corporal), proporcionando a brincadeira de maneira autônoma.

- Estimulação visual e multisensorial, que trata-se da estimulação dos sentidos residuais da criança para promover sua autonomia em atividades educativas, de lazer e sociais.

- Orientação e mobilidade (pré bengala): Esta atividade visa estimular a segurança nas crianças, principalmente em sua mobilidade, introduzindo de forma lúdica, o uso da bengala.

- Atividades da vida diária: tem como meta incentivar a independência da criança nas atividades cotidianas, respeitando a faixa etária e as necessidades de cada indivíduo, trabalhando o desenvolvimento na parte da higiene pessoal, se vestir, tomar banho, escovar os dentes, como se alimentar, etc.

- Elaboração conceitual e letramento: Trabalha a elaboração de conceitos pela criança através do faz-de-conta, de vivências variadas, do contato com o Braille e com outros recursos eficientes para o desenvolvimento da criança.

- Contação de estórias: Idealiza a interpretação textual, ampliando o vocabulário, a criatividade, a dramatização, para contribuir na autoestima da criança e na sua relação com o meio.

Os profissionais da instituição especializada, trabalham de modo multidisciplinar, realizam reuniões pedagógicas quinzenalmente para troca de informações que possam contribuir para o melhor andamento das atividades, bem como realizam atuações em conjunto pautados no objetivo da habilitação plena da criança (PMF, 2011).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa. Os dados relativos às entrevistas semiestruturadas foram agrupados e apresentados em quadros. Destaca-se que os dados relativos aos depoimentos das mães e professores da instituição especializada para pessoas com deficiência visual, bem como as notas de campo serão apresentados na sequência, enfatizando os resultados.

Os Quadros de 4 a 16 tratam dos dados relativos às características de idade gestacional, idade da mãe quando o filho em questão nasceu, dados socioeconômicos, demográficos, nível de instrução dos pais, locais de intervenção, e envolvimento dos pais.

O Quadro 4 apresenta o diagnóstico do problema visual dos frequentadores da instituição especializada para pessoas com deficiência visual, a idade gestacional em semanas e o tipo de deficiência visual diagnosticado na criança:

Quadro 4 – Quanto ao Diagnóstico de Cada Criança e à Idade Gestacional

Criança	Diagnóstico	Idade	Idade Gestacional	Cegueira	Baixa Visão
Nº 1	Retinopatia da Prematuridade	9	24 Semanas	1	
Nº 2	Retinopatia da Prematuridade	9	24 Semanas	1	
Nº 3	Retinopatia da Prematuridade	9	24 Semanas	1	
Nº 4	Hipoplasia do Nervo Óptico	9	29 Semanas		1
Nº 5	Amaurose Congênita de Léber	7	29 Semanas	1	
Nº 6	Catarata Congênita	6	28 Semanas		1
Nº 7	Retinopatia da Prematuridade	4	28 Semanas		1
Nº 8	Retinopatia da Prematuridade	4	24 Semanas	1	
Nº 9	Albinismo (Falta de Melanina na Visão)	4	32 Semanas		1
Nº 10	Albinismo (Falta de Melanina na Visão)	3	32 Semanas		1
Nº 11	Cegueira Sem Diagnóstico (Microcefalia)	2	31 Semanas		1

Percebe-se que a maior causa da cegueira parcial ou total entre as crianças da pesquisa é a Retinopatia da prematuridade, seguida da falta de melanina na visão e dos problemas hereditários, como a Catarata congênita e a Síndrome de Leber.

Com a crescente capacidade de melhoria dos cuidados neo-natais e a sobrevivência de prematuros com pesos e idades gestacionais cada vez menores, ocorre um aumento não só da incidência de retinopatia, mas também de outras consequências na saúde visual, capazes de provocar alterações graves da visão. Os demais problemas diagnosticados no grupo das onze crianças em questão, também

estão associados à prematuridade, problemas no decorrer da gravidez e influências no parto (NOGUEIRA, 2002).

O maior fator de risco é a prematuridade, que está expressa na idade gestacional e no peso ao nascimento. Quanto menor a idade gestacional e/ou quanto menor o peso ao nascimento maior o risco. Nos países desenvolvidos com bons cuidados neo-natais, estão particularmente em risco de desenvolver retinopatia da prematuridade os bebês que nascem com peso inferior a 1500 gramas. Outro fator de risco muito importante é o oxigênio suplementar administrado ao bebê nas primeiras semanas de vida. Grandes flutuações nos níveis de oxigenação no sangue são particularmente perigosas no que diz respeito ao desenvolvimento da doença (ALBERT EINSTEIN, 2013).

A literatura nos traz que a retinopatia da prematuridade é uma doença identificada pelo desenvolvimento da vascularização da retina, que nos bebês que nascem prematuramente se encontra incompletamente desenvolvida. Considerada também uma desordem causada pelo aumento anormal dos vasos sanguíneos da retina em desenvolvimento, que está ligada a diversos fatores, como o oxigênio, prematuridade e baixo peso ao nascer e pode levar a cegueira ou a graves sequelas visuais. Uma das principais causas de cegueira que pode ser prevenida na infância, estimando-se que 2/3 das 50.000 crianças cegas em todo o mundo vivem na América Latina. A proporção de cegueira causada pela retinopatia da prematuridade é muito influenciada pelo nível de cuidados neonatais (disponibilidade de recursos humanos, equipamentos, acesso e qualidade de atendimento), assim como pela existência de programas de triagem e tratamento (GRAZIANO, 1994).

No caso das duas crianças com albinismo, observa-se uma condição de natureza genética em que ocorre uma falha na produção de melanina. Ele é hereditário e pode ser classificado em dois tipos: tirosinase-negativo (quando não há produção de melanina) e tirosinase-positivo (quando há pequena produção de melanina). Esta alteração genética na produção de melanina é a responsável pela ausência parcial ou total da pigmentação dos olhos, pele e cabelos. As duas crianças da pesquisa, tem albinismo completo, que se apresenta quando a carência da substância corante se percebe na pele, no cabelo e nos olhos, sendo conhecido como albinismo oculo-cutâneo ou tiroxinase-negativo. Estes indivíduos apresentam a pele e os pelos de cores branca, e os olhos de tom rosado. Sofrem de transtornos

visuais, fotofobia, movimento involuntário dos olhos ou estrabismo e, em casos mais severos, podem chegar à cegueira (CLÓVIS PAIVA, 2011).

Nos outros quatro casos identificados, temos uma diversidade de diagnósticos. A criança que tem Síndrome de Léber, também conhecida como Amaurose congênita de Leber (ACL), possui uma doença degenerativa da retina hereditária caracterizada pela perda grave de visão desde o nascimento (seu pai e sua mãe também são cegos). Com relação ao diagnóstico da criança com catarata congênita, qualquer enturvação do cristalino, tem por nome, catarata. Sendo o cristalino a lente natural do olho, facilmente se percebe o prejuízo visual que uma catarata pode provocar. Em quase dois terços dos casos (63%) de catarata congênita/infantil não é possível encontrar uma causa mesmo após uma investigação clínica rigorosa. Em 29% dos casos existe uma causa genética; podem ser hereditárias ou estar associadas a síndromes e/ou anomalias cromossômicas. As infecções intra-uterinas (sobretudo a rubéola) podem também ser causa de catarata congênita. A catarata pode ainda associar-se a outras anomalias oculares e a persistência da vascularização fetal (Albert Einstein, 2013).

Já no caso da hipoplasia do nervo óptico, ocorre um transtorno de desenvolvimento congênito no qual os nervos ópticos não se desenvolveram adequadamente, é um problema raro, que acontece no decorrer da formação do bebê (SLAVO, 1998).

As mães entrevistadas relatam alguns dos problemas ocorridos ao longo da gravidez, de acordo com seus pontos de vista:

Entrevista 8: “Com cinco meses e meio de gravidez tive picos de pressão (pré eclampsia) e fui para o hospital, [...] tive infecção urinária, apesar de realizar exames constantes. Fiquei quinze dias em casa e voltei para o hospital. Tive nistagmo, começo de aborto e fiquei internada vinte dias, tive bolsa rota e fiquei com 3 ml de líquido na bolsa. Por não ter mais líquido na bolsa, ele entrou em sofrimento fetal e meu marido me levou para o hospital. Ele não mexia mais porque estava exausto e os batimentos começaram a cair. Como eu não tinha contração, o médico não quis fazer o parto e fui para outro hospital. Me levaram às pressas para a sala de parto e fizeram minha cesárea, onde meu filho nasceu de seis meses e meio” (mãe da criança nº 8).

Entrevista 2: “Estava com dezoito anos e minha filha ainda era um bebê de dois anos, que precisava de colo e atenção de uma criança pequena. Acho que acabei fazendo muitos esforços e tive infecção e hemorragia com seis meses de gravidez. Fui para a maternidade e quando os gêmeos nasceram, o médico explicou que talvez eles nunca enxergassem na vida, mas tentou nos encaminhar para uma cirurgia de laser que foi feita, mas não teve efeito” (mãe das crianças nº 2 e nº 3).

Observam-se no Quadro 5 as idades em que as mães tiveram o filho com deficiência visual:

Quadro 5 – Idade da Mãe Quando o Filho em Questão Nasceu

Idade	Nº	%
17-21	5	45
22-26	1	9
27-31	3	27
32-36	1	9
37-41	1	9
Total	11	100%

De acordo com os dados apresentados no quadro 5, observa-se que 45% das mães em questão tiveram seus filhos muito jovens, com menos de 21 anos. Observa-se curiosamente, que a idade entre 25 e 31 anos (idade em que a maioria das mães planeja ter um filho), fica em segundo lugar na porcentagem da pesquisa efetuada. Duas das mães entrevistadas adotaram os filhos em questão e não tiveram contato com a mãe biológica, sabendo apenas a idade da mesma quando teve o bebê.

Segundo pesquisas de Azevedo (2002), mulheres do grupo de gestantes adolescentes tem maior incidência de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. Contudo, as condições sociais e de saúde unidas às consequências psicológicas e sócio-econômicas que uma gravidez na adolescência pode acarretar, são consideradas características propícias à problemas na gravidez e parto. Também é considerado que mulheres que tiveram filhos durante a adolescência estão submetidas a um risco aumentado de interrupção dos estudos, divórcio, gravidezes repetidas e maior chance de pobreza. Em contrapartida, a gravidez em mulheres com idade igual ou acima de 35 anos é, atualmente, um fenômeno que gera grandes preocupações por estar associada ao trabalho de parto prematuro, gestação múltipla, parto por via cesárea, baixo peso ao nascer, entre outros.

Geralmente quando se é muito jovem, o primeiro filho não é planejado e ocorrem alguns problemas na gravidez. As mães entrevistadas relatam problemas como hemorragias, infecções, nistagmo, catarata congênita, gravidez de alto risco e

parto prematuro como os fatores que ocasionaram problemas no parto. Os problemas de deficiência visual relacionados à retina são avaliados pela idade gestacional e peso ao nascer. Assim, crianças com peso de nascimento inferior à 1000 gramas, apresentam riscos duplamente maiores comparadas à recém nascidos de maior peso e tempo maior de idade gestacional. Crianças com idade gestacional abaixo de 30 semanas, apresentam riscos seis vezes maior de desenvolver retinopatia da prematuridade que as de maior idade gestacional (GRAZIANO, 1994).

De acordo com Buscaglia (1997), observa-se que de modo geral, o nascimento de uma criança é cercado de muitas expectativas e comemorações, bem como dúvidas e ansiedades em relação à saúde, à vida e ao futuro do bebê. Tais sentimentos se intensificam quando os pais são notificados de que tiveram uma criança com deficiência. Nessa situação, os pais frequentemente enfrentam períodos difíceis, devido a fatores emocionais, numa experiência de intensa frustração. A deficiência quase sempre causa sofrimento, desconforto, embaraço, lágrimas e confusão para todos os integrantes da família, além de grandes exigências de tempo e recursos.

Seguem os relatos das mães entrevistadas sobre a idade em que tiveram seu filho com deficiência visual:

Entrevista 2 : “Conto com a ajuda dos avós paternos e da minha filha dois anos mais velha que os gêmeos para me ajudar, mas não teve jeito de continuar a estudar com três filhos para criar. Tive que parar os estudos na oitava série e desde nova tive a responsabilidade de criá-los e acompanhar nos atendimentos quando a avó não pode levar. Temos horário contado para tudo: pegar ônibus, idas à instituição, preparar almoço e levá-los na escola”. (Mãe das crianças 2 e 3).

Entrevista 1: “A idade em que a mãe dos meus meninos os teve foi 17 anos. Imagino o que ela passou na gravidez e no parto. Ela não ficou com eles não sei por qual motivo ao certo, mas não tive contato com ela. Eu adotei os dois com 46 anos e já tinha experiência com educação especial há muito tempo em escola, então pude intervir na estimulação motora deles desde os sete meses como professora antes de me tornar mãe deles, o que ocorreu quando tinham 1 ano e 4 meses. Adotei os gêmeos, sabendo que um tinha deficiência visual e o outro tinha deficiência física e só posso dizer que eles me dão trabalho e eu vivo em função deles, mas as alegrias superaram os problemas nesses nove anos.” (Mãe da criança 1, que foi adotada).

No Quadro 6 apresentam-se os dados referentes ao nível de instrução dos pais das onze crianças da pesquisa. Foram apresentados os dados do pai e da mãe de cada criança e por tal motivo o número total é de 22 respostas:

Quadro 6 – Distribuição do Grau de Instrução dos Pais.

Instrução	Nº	%
1º Grau Incompleto	7	31
2ª Grau Completo	6	27
Superior Incompleto	2	9
Superior Completo	5	22
Mestrado	2	9
Total	22	100%

O Quadro 6 apresenta o nível de estudos dos pais das crianças frequentadoras da instituição especializada. A porcentagem de pais com Ensino Fundamental Incompleto é de 31%. Os pais não chegaram a completar a 8ª série por motivo de gravidez, trabalho, família para sustentar. Assim percebe-se que o nascimento de uma criança com deficiência traz uma nova realidade à família e que o estudo deixa de ser prioridade. No entanto algumas famílias já estavam mais preparadas para receber um filho e apresentam o 2º grau completo (27%) e duas mães estão cursando o ensino superior (9%). Observa-se que 22% dos pais tem nível superior (4 na área da educação) e 9% tem mestrado em sua área (apenas um casal entrevistado).

Após o nascimento do filho, as famílias (em especial as mães) começam a ter interesse e buscar maiores informações sobre a deficiência visual. Boa parte das mães entrevistadas conta que entrou na área da educação para poder auxiliar melhor o filho em suas dificuldades. Os pais entrevistados com um nível mais elevado de estudo tem melhor entendimento da situação do filho e dos estímulos necessários. Regen (2003) afirma que pais com maior nível de estudos, conseguem dar maior suporte aos filhos com deficiência, seja em tratamentos especializados ou através de atividades extras que conseguem proporcionar.

Segundo Regen (2003), os pais serão capazes de efetivamente assimilar as orientações e de oferecerem os atendimentos necessários ao desenvolvimento da criança, quando o choque inicial, provocado pela notícia da deficiência do filho, passar. O período de choque é comumente considerado como de “enlutamento” pela perda do filho idealizado. Apenas após esta fase é que os pais tomam as providências necessárias para uma melhor perspectiva de vida da criança, passando a “aceitá-la”, adotando posições mais realistas. É primordial que os profissionais

envolvidos na nova realidade de vida da família tenham amplo conhecimento de todo o processo pelo qual passam os pais, para que possam compreendê-los e dar-lhes o tempo necessário para assimilarem as informações e, principalmente, tomarem as decisões necessárias, com clareza e racionalidade.

Através das entrevistas foi possível constatar que as famílias envolvidas na área da educação e saúde são os que procuraram a estimulação precoce e outros atendimentos mais cedo. Os dados coletados apontam que há um percentual alto de pais que não concluiu o ensino fundamental em detrimento de uma porcentagem relativamente alta de pais que tem o nível superior completo.

Os pais relatam a preocupação com a formação nas entrevistas:

Entrevista 1: “Fiz pedagogia e mestrado na área de educação adaptada em São Paulo. Sempre trabalhei na área da inclusão em escolas e estimo meu filho em todo momento através das formas que estão ao meu alcance” (Mãe da criança nº1).

Entrevista 8: “Fiz magistério e estou cursando Pedagogia à distância para saber mais sobre a área e ajudar meu filho. Ele sofre preconceito até na família, então acredito que tendo mais instrução na área, vou poder guiá-lo melhor enquanto eu puder” (Mãe da criança nº8).

Entrevista 10: “Faço em casa o que os professores da instituição recomendam aqui, como todos os professores trabalham através da brincadeira, tento trabalhar com ele isso em casa. Comecei a fazer faculdade de engenharia mecânica há pouco tempo para conseguir um emprego melhor futuramente e poder proporcionar mais estímulos pra ele. Até invento alguns brinquedos através dos trabalhos da faculdade, tento dar tudo bem colorido para estimular bem o resíduo que ele tem” (Mãe da criança 10).

Entrevista 11: “Como sou pedagoga e tenho pós em Educação Especial e Psicopedagogia, consigo trazê-la para os atendimentos necessários desde bebê. Ela começou a ser estimulada com um ano e em casa fazemos atividades complementares para auxiliar mais no seu desenvolvimento” (tia da criança nº 11).

A renda familiar será apresentada no Quadro 7, assim como auxílios governamentais como LOAS e BPC

Quadro 7– Distribuição Quanto à Renda Familiar.

Renda Familiar	Nº	%
Até 5 Salários	9	60
De 6 a 10 Salários	2	13
De 11 a 20 Salários	0	0
BPC	1	6
LOAS	3	20
Total	15	100%

Observa-se que das 11 famílias entrevistadas, duas ganham mais de 6 salários mínimos, enquanto que 60% dos pais entrevistados tem como renda até 5 salários mínimos. Dentre as nove famílias que ganham até 5 salários, encontra-se uma mãe que recebe BPC (Benefício de prestação continuada) e três mães que recebem LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social).

O Benefício de Prestação continuada da Assistência Social - BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993; pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. O BPC é um benefício da Política de Assistência Social, que integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 1 salário mínimo à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo vigente.

Para que os pais de uma criança com deficiência visual possam receber o auxílio BPC ou LOAS é necessário comprovar que a renda mensal do grupo familiar por pessoa seja menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Deverá também ser avaliado se a deficiência incapacita a criança para a vida independente e para o trabalho, e esta avaliação é realizada pelo Serviço Social e pela Perícia Médica do INSS. Neste caso

para receber o auxílio, geralmente a mãe da criança não pode trabalhar fora (Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011).

As famílias que recebem auxílios governamentais apresentam os menores níveis de instrução e conseqüentemente os filhos tem como estímulo apenas a escola e a instituição especializada. Os pais destacaram que no período das entrevistas houve greve em escolas estaduais e municipais da Grande Florianópolis e as crianças que estudam em escolas públicas, frequentaram apenas a instituição durante esse período de um mês.

Os pais destacam a necessidade de realizar trabalhos extras para complementar a renda familiar como descrito nas seguintes entrevistas:

Entrevista 6: “Eu faço uns "bicos" porque só o BPC não dá pra tudo. O meu ex-marido, pai do meu pequeno é carpinteiro e não terminamos o fundamental, aí é mais difícil conseguir algo fixo. Mas pelo menos o pai dele ajuda, fica com ele a cada quinze dias, leva o menino pra passear, traz comida e brincam juntos de carrinho, na praia, de bicicleta...” (Mãe da criança nº6).

Entrevista 5: “Eu queria muito colocar meu neto numa aula de natação ou de música, ele é muito esperto, sei que ele ia aprender rápido. Mas infelizmente o dinheiro que temos é contadinho, o pai dele está na perícia, a mãe não ajuda financeiramente o pequeno. Só consigo pagar a van para a escola e vir com o transporte da Prefeitura para cá. Faço o que posso para que ele aprenda e tenha mais independência”. (Avó da criança nº 5).

A seguir analisam-se no Quadro 8, as instituições de estimulação precoce, sendo que algumas crianças participaram de mais de um tipo de estimulação inicial :

Quadro 8 – Frequentou Alguma Instituição que Realizava Estimulação Precoce?

Instituição	Nº	%
APAE	3	23
FCEE	8	61
Fisioterapia	1	7
Fonoaudiologia	0	0
Natação	1	7
Total	13	100

O Quadro 8 apresenta as instituições de estimulação precoce frequentadas pelas crianças com deficiência visual que frequentam as atividades da instituição

especializada, desde que nasceram. Algumas crianças frequentaram mais de uma instituição, todas as crianças da pesquisa estudam em escolas regulares e participam das atividades da instituição especializada para pessoas com deficiência visual. Os pais entrevistados relatam que tentaram conseguir fonoaudiólogas para auxiliar no vocabulário dos filhos e em alguns problemas de linguagem, no entanto não encontraram nenhuma profissional na área em Florianópolis, devido à dificuldade em ensinar sem o espelho e a imitação.

Silva (1996) define estimulação precoce como toda atividade que favorece e enriquece o desenvolvimento físico, mental e social de crianças entre 0 e 3 anos de idade com deficiência. É a integração constante com a criança desde que nasce, para que ela possa alcançar um desenvolvimento pleno e integral.

O papel do professor de educação especial e posteriormente do professor do ensino regular é o de proporcionar meios adequados para a criança com deficiência visual aprender e estar entre os demais (na escola, na rua, nas lojas, supermercados). Muitos conhecimentos da vida diária serão aprendidos não só na escola, mas também em casa, através da família, pois a criança cega vai passar a maior parte do tempo junto à mesma. Profissionais orientam os pais, assim que detectado o problema visual, para que procurem ajuda especializada, a fim de iniciar o quanto antes as intervenções (ZANINI, 2007).

Os profissionais de Educação Especial, sempre que possível, devem trabalhar junto com os profissionais de saúde (pediatras e oftalmologistas), informando-os da existência destes programas na cidade ou nas proximidades, buscando parcerias no encaminhamento rápido dos pais a estes. Os pais precisam receber orientações de como proceder, pois todos, sem exceção, esperam por uma criança sem deficiência e só vão informar-se, após passar o choque de descobrir que seu filho possui alguma deficiência. Como para uns este tempo demora muito, pode existir um grande desperdício se os professores de Educação Especial não se adiantarem aos fatos, indo em busca destes pais, ou seja, deixando nos locais por onde passam, uma pista da existência de atendimento ao filho que nasceu diferente do esperado (MELO, 2004).

Os programas de intervenção precoce para crianças com deficiências visuais têm se mostrado efetivos (NUNES, 1995). Esses programas têm uma preocupação em detectar e diagnosticar o problema da criança de forma transdisciplinar. Os procedimentos do diagnóstico incluem: a anamnese, na qual são

avaliados os fatores de risco e os dados que constataam a presença de deficiências, realizada por meio da história familiar e dos antecedentes da própria criança; os exames médicos, mediante os quais se procede a análise de anomalias maiores e menores que auxiliam a identificação precoce de quadros de deficiência; a avaliação psicológica, em que se analisa o desenvolvimento da criança, sobretudo nas áreas de motricidade, linguagem, competência social e cognição e para completar, a análise da estimulação do ambiente do qual procede a criança.

Além disso, são incluídos, quando necessário, exames complementares, tais como os de laboratório, e os encaminhamentos a neuropediatras e oftalmologistas, segundo Nogueira (2002). De acordo com o autor, desse modo, o objetivo principal desses programas é o de impulsionar o desenvolvimento das habilidades básicas das crianças nos primeiros anos de vida, a fim de prevenir os “déficits” instalados, ou que poderão se instalar, possibilitando-lhes um processo evolutivo tão equilibrado quanto possível.

Segundo Rodriguez (2002), programas de atividade motora adaptada também promovem a competência social nas crianças. A competência social se integra aos domínios cognitivo, afetivo, motor e de comunicação, portanto, está relacionada às aquisições básicas da criança. No entanto, esses programas precisam ser imbuídos de entusiasmo, responsabilidade, persistência, sensibilidade e flexibilidade dos mediadores que os aplicam. A mediação influencia outras relações da criança com outros mediadores, facilitando desse modo às aquisições sensório-motoras, refletindo ainda na autonomia e independência da criança. A frequência e a qualidade dos contatos com diferentes adultos, a variedade de brinquedos e materiais disponíveis, o valor da estimulação em diversos ambientes e a segurança oferecida pela família vão contribuir para o desenvolvimento da criança.

Na instituição especializada para pessoas com deficiência visual, onde foi feita a pesquisa, há um trabalho totalmente direcionado para crianças com deficiência. Os professores de cada área preparam a aula de acordo com as possibilidades do aluno.

O trabalho de Orientação e Mobilidade é realizado na instituição especializada e em outras escolas especiais, onde é possível estimular crianças com deficiência visual. A orientação e mobilidade tem importância vital para o deficiente visual, graças aos benefícios psicológicos, físicos e sociais e, principalmente, por dar a pessoa o direito de ir e vir como cidadão comum, fatores

estes que colaboram muito com a melhoria da auto confiança, auto estima e melhor qualidade de vida. Inicialmente a locomoção se dá em ambientes internos, usando seus braços e suas mãos para se proteger, para depois aprender a ser conduzido por um guia vidente, além de adquirir informações táteis, audíveis e cinestésicas (percepção dos seus movimentos) para um aprendizado seguro e eficiente. Em seguida, é passado ao aluno o uso da bengala longa, que lhe dará uma maior segurança (CASTRO, 2008).

Os pais entrevistados alegam que os filhos evoluíram de forma muito positiva desde que iniciaram as estimulações, mas as crianças que começaram a ser estimuladas mais cedo (entre 1 e 2 anos de idade) obtiveram os resultados mais visíveis.

A criança com deficiência visual tem um modo diferente de aprender e de fazer as coisas. Algumas crianças apresentam maiores dificuldades e aprendem mais lentamente que as outras, mas sabemos que suas chances e oportunidades para aprendizado em geral são menores, em função da deficiência. Ela limita o que a criança pode imitar ou captar sozinha, mas não significa que não consiga aprender. Significa, ao contrário, que ela terá que depender da estimulação para ensiná-la e mostrá-la o que, inicialmente, não pode aprender de modo natural (PÁDULA, 1996).

Assim, o tratamento especializado para o indivíduo com deficiência visual é de extrema importância para seu desenvolvimento, pois trabalha questões que não são exploradas na escola regular.

Nas entrevistas a seguir, observa-se o engajamento dos pais para que seus filhos tenham bons resultados nas estimulações e na escola:

Entrevista 4: “Comecei a levar meu filho para a Fundação Catarinense de Educação Especial com 5 meses de idade e aos 8 meses ele passou a frequentar a APAE, que na época nos orientava acerca das estimulações. Eu corri muito atrás de atendimentos e estímulos desde bebê. A Fundação e a APAE liberaram meu filho do atendimento, porque seu comprometimento era apenas visual. Há cerca de dez anos atrás ainda não havia atendimento para crianças na instituição especializada em deficiência visual. Então eu e meu marido fomos falar com os professores para tentar alguma possibilidade de atendimento para ele e a partir daí começaram os atendimentos para crianças também. O meu filho foi a primeira criança com deficiência visual que começou a ser atendida aqui, com um ano e um mês. Antes de ele começar a ser atendido aqui na instituição, tínhamos uma preocupação muito grande com o seu futuro, o que seria dele, como se viraria. Hoje percebemos o quanto ele evoluiu, é comunicativo, independente e prático graças ao excelente trabalho feito na instituição

especializada. Aqui ele aprendeu a se virar, é muito bem estimulado pela equipe, não tenho nada a reclamar” (Mãe da criança nº4).

Entrevista 5: “Quando é dia de vir aqui para a instituição ele se anima, porque com certeza foi aqui que ele teve os maiores aprendizados da vida dele. Já sabe andar trechos de bengala, se comunica super bem, é uma criança independente. Dia de vir nas atividades da instituição, são dias sagrados, não faltamos” (Avó da criança nº 5).

Entrevista 10: “Tenho plena consciência de que tudo que meu filho evoluiu deve-se ao trabalho dos professores aqui da instituição e com o que fazemos em casa para dar continuidade. São excelentes profissionais que através da brincadeira ensinam o que eles precisam aprender. Os professores aqui da instituição me orientaram a conseguir sempre brinquedos coloridos para estimular o resíduo dele e é o que faço para que ele possa se desenvolver melhor” (Mãe da criança nº10).

Entrevista 9: “Eu trago meus crochês pra fazer enquanto ele é atendido, porque passo a tarde toda aqui, mas a mãe dele não aceita até hoje a deficiência. Eu que insisto pra trazer ele toda semana. Por ela, meu neto ficaria em casa, porque ela acha que não vai adiantar em muita coisa ele vir aqui na instituição, apesar de eu lembra-la de tudo que ele já aprendeu aqui. É complicado, porque de um lado eu incentivo e puxo pra ele não ficar mais defasado e a mãe dele nunca nem veio aqui na instituição” (Avó da criança nº 9).

Seguem os depoimentos dos professores da instituição especializada sobre o desenvolvimento dos alunos:

Profissional 1 da instituição: “Muitas famílias observam nossas aulas na instituição e encaram apenas como uma brincadeira com seus filhos. Muitos pensam: Se for para brincar, eu posso brincar com meu filho em casa. No entanto, todas as atividades que realizamos de maneira lúdica tem seu objetivo no tratamento e desenvolvimento de cada criança. Precisamos saber o potencial que cada um tem para poder trabalhar os quesitos mais necessários para que ocorram avanços e progressões na vida de cada uma das crianças. Aqui trabalhamos um brincar com outro olhar, fazendo observações específicas. A instituição acaba sendo um local onde a criança pode se expressar mais livremente sem depender de notas ou uma obrigatoriedade como na escola. Aqui estimulamos o aluno de acordo com o que ele já sabe e trabalhamos o potencial de cada criança a partir desse fator.”

Profissional 2 da instituição: “Precisamos que a família dê continuidade ao trabalho que fazemos aqui, estimulando as crianças em casa também. Aqui trabalhamos a estimulação visual e multissensorial e eu utilizo de vários artifícios para que as crianças sintam-se seguras e a vontade. Trago tecidos de diferentes texturas, faço as crianças procurarem miçangas que caem no solo ao seu modo, pegar água na chaleirinha elétrica sem medo. Toda brincadeira deve ter um objetivo e uma meta de aprendizado. Aqui deixo as crianças se molharem, brincarem com areia, tinta e tudo o mais que muitas vezes não podem em casa ou na escola por medo de se machucarem, nós fazemos aqui com a maior diversão e cuidado, mas sem perder o foco do trabalho. O problema não é o comprometimento visual em si, mas sim como a família encara e auxilia no processo.”

Profissional 3 da instituição: “Há uma grande diferença nas evoluções de

crianças que são estimuladas em casa pela família e dão continuidade ao trabalho que fazemos aqui das crianças, cujos pais negam sua deficiência ou não aceitam. Temos psicólogas e assistentes sociais que trabalham conosco em conjunto dando esse suporte aos pais e trabalhando com as famílias a questão da aceitação e do 'luto' pelo filho perfeito. As famílias se debruçam sob uma nova forma de vida e reagem de formas distintas ao diagnóstico. O que sempre falo para os pais é que devem encarar a situação, estimulando a fala, deixando os filhos escolher roupas e outras coisas para que tenham autonomia e opções de escolha também. Gosto de trabalhar a produção de histórias com as crianças através de brincadeiras para que possam aprender a interagir socialmente. Percebemos em alguns casos aqui, mudanças em um mês de participação contínua da criança nos atendimentos. A criança mostra que dá conta, a gente percebe os resultados nítidos. Eles precisam ser incentivados, estimulados, mas também precisam brincar, afinal de contas precisam ser crianças”.

Profissional 4 da instituição: “Alguns pais chegam aqui desacreditados das possibilidades do filho e outros buscam algum conhecimento para melhorar a situação do jeito que puderem. As crianças precisam de ajuda, precisam aprender a brincar, a se comunicar e percebemos que muitas vezes falta interação entre próprios irmãos videntes com o irmão que é cego. Sinto que o trabalho surte efeito, quando vejo os pais se emocionando com o desenvolvimento e as descobertas do filho, possibilidades reais que dependem do estímulo. No início grande parte age com muita superproteção, como se o filho fosse um boneco. E na escola, vemos professores despreparados que excluem o aluno cego. Como integrar é a grande questão, essa parte deve ser feita ensinando a brincar, promovendo atividades de cooperação, pois tudo depende do esforço do professor em buscar alternativas. Quanto mais cedo iniciar a estimulação precoce, mais cedo virão as respostas positivas”.

Profissional 5 da instituição: “Trabalhamos nas aulas de orientação e mobilidade os conceitos de marcha, direção, lateralidade, subida, descida, piso guia, brita, cheiros, barulhos diferenciados de carros, ônibus, motos e também o mundo das fantasias através de bichos, profissões, carta ao correio e caça ao tesouro. Trabalhamos também desde pequenos com a pré-bengala, de forma lúdica através de materiais que fazem parte do universo da criança, preparando desse modo, as crianças para futuramente saberem se locomover com a tradicional bengala. Mas antes disso é necessário que tenham conhecimento do próprio corpo, do próprio tato, da exploração de ambientes novos. Sempre aviso o que mudou de lugar para que eles se sintam seguros, sem receio de bater em nada”.

Profissional 6 da instituição: “Vemos que alguns pais chegam aqui na instituição sem perspectivas para o filho. Não acreditam que existirão oportunidades para o filho trabalhar, fazer uma faculdade e assim acabam agindo com descaso na escola e nas atividades, porque acham que não vai fazer falta para o filho. A questão da família tem total influência, porque a família tem que trabalhar junto com todos aqui da instituição. O peso decisivo que influencia de forma positiva ou superprotegendo, vem da família. Observamos também casos de pais que se emocionam com as evoluções da criança e assim vão aprendendo a lidar com a deficiência. No início existe o choque e o período de “luto” pelo filho “perfeito” que sonhavam, mas depois a família vai percebendo que foram presenteadas com crianças muito especiais que aprendem a ter autonomia”.

Os itens do Quadro 9 trazem os dados sobre as escolas frequentadas pelas crianças da instituição especializada:

Quadro 9 – Distribuição Quanto ao Sistema de Ensino Frequentado

Instituição	Nº	%
Creche	4	36
Escola Pública	6	54
Escola Especial	0	0
Escola Particular	1	9
Aula Particular	0	0
Total	11	100

O Quadro 9 mostra os dados das escolas frequentadas pelas crianças da instituição. Observa-se que todas as crianças estudam em escolas regulares. Fonseca (1995) acredita que é preciso preparar todos os professores, com urgência, para se obter sucesso na inclusão, através de um processo de inserção progressiva. Porém os professores, só poderão adotar esta postura se forem adequadamente equipados, se sua formação for melhorada, se lhes forem dados meios de avaliar seus alunos e elaborar objetivos pedagógicos e podendo contar com uma orientação eficiente nesta mudança de postura para buscar novas aquisições e competências (ZANINI, 2007).

A escola é um local de mediação e o professor o principal mediador, ou seja, aquele que leva os alunos a conquistarem conhecimentos que não ocorrem espontaneamente. Para isso, deve estar consciente de que o aluno sem deficiência faz tarefas sozinho e quando vai à escola, continua este exercício de fazer grande parte das coisas sozinho. Ele tem o recurso da visão e da imitação, da exploração do espaço e tantos outros que o possibilitam desenvolver melhor suas habilidades (ALMEIDA, 2000).

Por isso, é fundamental que a pessoa com deficiência visual tenha um acompanhamento direcionado da família, educadores e equipe médica especializada, permitindo, dessa forma, uma melhor interação destes sujeitos com a sociedade. Por este e outros motivos, não é possível definir o quanto uma pessoa será capaz de se adaptar ou não à determinada atividade. Neste sentido, certificam-se as ideias de Louro *et al* (2006) que afirmam que um educador nunca poderá afirmar se um aluno é incapaz de aprender algo ou executar uma tarefa antes de tentar executá-la.

As crianças com deficiência visual estão inseridas no sistema regular, apesar de que a inclusão nas aulas propriamente dita ocorre de maneira parcial, segundo

relatos dos próprios pais das crianças que afirmam que grande parte dos professores não teve preparo em sua graduação para trabalhar aulas com crianças com deficiência, pois não sabem como ensinar e incluir seu filho. Apenas um dos alunos (36%) estuda em escola particular. Entre os 54% alunos que estudam em escolas públicas, quatro pais afirmam que são escolas com salas com excelente estrutura, aulas de música e em alguns locais existem pisos adaptados.

A família, a escola e a própria sociedade são importantes meios para a integração da criança com deficiência visual e tem o poder de contribuir no sentido de ajudá-lo a enfrentar os obstáculos colocados pela deficiência. “Ao se tornar um espaço de inclusão, a escola promove trocas enriquecedoras para toda a equipe escolar, incluindo os alunos e suas famílias” (GIL, 2000).

Ferreira (2010) utiliza o termo “postura positiva” para defender a ideia de que o educador deve identificar as capacidades e incentivar as habilidades de seus alunos, de forma a não destacar suas limitações. A respeito do educador, Ferreira faz a seguinte observação: “também deve sempre ouvir seus alunos e ser sensível para entender limites e possibilidades, ao mesmo tempo em que procura ajudá-los a progredirem por meio de desafios” (2010, p. 40). Diante do exposto, fica evidente a necessidade de que a família e professores atuem como educadores neste processo de ensino e aprendizagem.

De acordo com Masini (1993), muitos dos problemas poderiam ser evitados se os educadores, pais ou professores, pudessem compreender a maneira como a pessoa com deficiência visual percebe o mundo e se relaciona com ele. 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 que a torna diferente dos outros é o fato de não dispor de visão e este é o ponto básico a ser considerado (MASINI, 1993).

Além dos profissionais da saúde envolvidos com o processo de ensino e aprendizagem do aluno com deficiência visual, os educadores também devem estar preparados e motivados para trabalhar com estes alunos, pois serão os responsáveis pelo desenvolvimento de uma série de habilidades tão necessárias para o aluno com deficiência visual quanto às habilidades a serem desenvolvidas pela equipe de saúde e família. Ou seja, o educador necessita estabelecer vínculos com seu educando, de forma que esta aprendizagem seja significativa. Por isso, a

importância do professor levar em consideração as habilidades que as crianças já trazem consigo, que a aprendizagem implica em uma complexa atividade de pensamento e que essa não é resultado de transmissão de conhecimentos.

Da mesma forma, o trabalho em conjunto precisa de um sistema escolar que fortaleça a mudança do que está presente em nossas escolas e que possibilite o encontro da igualdade com a diferença. Profissionais que ajudem os alunos a crescerem e a desenvolverem como pessoas: conhecimentos, habilidades, valores e atitudes; respeitando seus ritmos, capacidades, expectativas, motivações. Desse modo é necessário tornar flexível o currículo; respeitar as diferenças individuais, adaptando ambiente e tarefa, quando necessário e utilizando regras flexíveis; superar a cultura do individualismo, por uma cultura do trabalho compartilhado (LIBÂNEO, 2009).

O que existe para estimulação em crianças com deficiência visual atualmente são as salas multimeios, espaços organizados em escolas municipais de Florianópolis com o objetivo de promover apoio, instrumentos e complementos aos educandos cegos, de baixa visão, surdos, surdo-cegos, com deficiência mental, deficiência física e transtornos do espectro autista. As salas possibilitam o acesso à informação e comunicação, por meio de instrumentos e equipamentos especializados e adaptações arquitetônicas que visam facilitar a educação desses educandos ao ensino regular. O denominado modelo inclusivo para a Educação Especial no país vem sendo anunciado como capaz de produzir uma reestruturação do sistema comum de ensino (JANNUZZI, 2004).

A seleção dos alunos a serem atendidos nas salas multimeios tem como critério primeiro que eles estejam regularmente matriculados na rede regular de ensino. As entrevistas revelaram que há encaminhamentos específicos em cada sala investigada no que se refere à seleção dos alunos (PERONI, 2009).

Há dois tipos de sala implantada na rede. No primeiro tipo, as salas são equipadas com computador, televisão, aparelho de DVD e de som, jogos educativos comercializados e, principalmente, jogos educativos montados com sucata. No segundo tipo de sala, além dos equipamentos presentes na anterior, há recursos destinados especificamente aos alunos com deficiência visual, como lupas eletrônicas, impressora Braille, reglete de mesa, entre outros (BRASIL, 2008).

Os pais das crianças da pesquisa atentam para alguns dos relatos dos filhos sobre as aulas de Educação Física, a hora do recreio na escola e alguns momentos

de avaliações:

Entrevista 8: “Consegui vaga na creche que parece ser referência em educação especial para ele, até porque sou professora, trabalho com alfabetização em outra escola próxima. Mas pelo que ele me relata das aulas, vejo que é bem excluído pelos colegas e professores. Ele conta que não correu na aula e que brincou sozinho, ou que os amiguinhos o empurraram. Entendo que ele usa muito o tato com as pessoas e nem todas as crianças gostam disso, mas os professores da instituição deveriam intervir e incluí-lo mais” (mãe da criança nº 8).

Entrevista 1: “Embora meu filho estude em escola particular, ouço seus relatos das aulas de educação física em que a professora chamou-o para ajudá-la, que ele ficou sentado no colchonete... ou seja, percebo o despreparo dos profissionais para trabalharem com ele, pelo fato de ser cego, pois não sabem que atividades fazer para que alunos com deficiência sejam efetivamente incluídos, porque ficar de ajudante não é incluir”. (mãe da criança nº 1).

Entrevista 5: “Ele chegou em casa contando que a turma toda fez prova de matemática e ele não. A professora disse que ele não precisava fazer a prova. Não entendemos se a máquina de braille estragou ou se ele foi mais uma vez excluído em função da sua deficiência. Ele ficou muito chateado neste dia e sempre quando acontece uma situação assim” (Avó da criança nº 5).

Os professores da instituição especializada falam sobre a ligação entre a escola e a estimulação dos alunos:

Professor 3 da instituição: “Percebemos que as crianças que estão em creches se adaptam com maior facilidade à instituição especializada, em função da socialização e amizades que já fizeram por lá. Ouvimos queixas das crianças e de seus responsáveis sobre a falta de adaptação nas próprias escolas. As crianças se machucam, batem em pilares que ficam no meio das quadras, não existe piso guia... Temos contato com a parte pedagógica de cada escola frequentada por nossos alunos aqui da instituição e através das falas dos alunos, tentamos auxiliar dúvidas dos professores da escola”.

Professor 6 da instituição: “As crianças vão reconhecendo o próprio corpo através do brinquedo e da brincadeira. Elas precisam ser incentivadas a estudarem, a lerem e a participarem do que é proposto. Vemos muitos casos em que a criança deficiente visual não quer ir pra escola e a família não dá importância, porque acham que não fará falta e isso tem um peso tremendo na vida da criança tanto socialmente quanto na parte cognitiva. Através do trabalho multidisciplinar feito aqui, vemos como elas mudam a postura, o vocabulário e o interesse pelos estudos. Só precisam de um “empurrãozinho” para despertarem para outras habilidades, porque elas tem capacidade para muita coisa”.

Seguem no Quadro 10, os dados coletados nas entrevistas sobre quais atividades os alunos conseguem fazer com autonomia:

Quadro 10 – Realização das Atividades da Vida Diária

Atividades	Faixa Etária	Nº	Cegueira	Baixa Visão
Higiene Pessoal	4-9	7	3	4
Controle de Esfínteres	4-9	10	5	5
Alimenta-se Sozinho	4-9	9	4	5
Alimenta-se com Ajuda	1-3	2	1	1
Veste-se Parcialmente	3-6	5	2	3
Veste-se Totalmente	7-9	5	3	2
Lê em Braile	7-9	5	5	
Caminha	3-9	10	5	5
Pega Ônibus Sozinho	0	0	0	0
Sai de Casa	6-7	2	1	1

O Quadro 10 identifica o que as crianças participantes da pesquisa conseguem fazer com autonomia, divididos entre alunos com cegueira total e com baixa visão. Somente a criança de 2 anos participante das atividades da instituição é alimentada e vestida totalmente pelos pais. Nota-se que as crianças entre 4 e 9 anos tem maior independência para atividades como tomar banho, escovar os dentes, nenhum dos alunos nessa faixa etária usa fraldas, todos tem controle fisiológico de suas necessidades. Dez alunos tem controle de esfínteres, apenas a aluna de dois anos de idade ainda usa fralda, sete alunos fazem sua higiene pessoal e nove alunos conseguem se alimentar sozinhos. Já no quesito alimentação, alguns alunos de 4 anos já conseguem comer sozinhos enquanto outros da mesma idade precisam de auxílio ou que a mãe corte algum alimento mais difícil de ser manuseado (carne, por exemplo).

Observa-se que apenas as crianças maiores de 7 anos conseguem vestir-se sozinhas, pois os alunos entre 1 e 6 anos não tem autonomia ainda nesse sentido e

precisam da ajuda dos pais (inclusive crianças videntes costumam não ter tal autonomia completa nessa faixa etária). As crianças maiores de sete anos já se vestem sozinhas e as que tem cegueira total conseguem ler em braile, enquanto que as crianças com baixa visão necessitam apenas de letras maiores e recursos ópticos, devido ao trabalho de alfabetização realizado em conjunto com a escola e a instituição especializada.

Somente duas crianças tem autonomia para sair de casa (uma cega e outra com baixa visão), embora o trajeto descrito pelos pais é de sua casa até a casa dos vizinhos, cerca de 50 metros de distância. A criança de 2 anos ainda precisa de ajuda para andar, mais em função da microcefalia do que da baixa visão em si, mas os demais são independentes nesse quesito ou em certos casos, como na escola ou em locais familiares, porém andam de mãos dadas com os pais ao saírem por medida de segurança em função da faixa etária.

A diferença percebida aqui entre alunos cegos e com baixa visão é o quesito imitação. A criança cega não tem como imitar momentos de higiene, como levar o alimento arte a boca e como tomar banho, por exemplo. Já a criança com baixa visão, consegue distinguir alguns conceitos devido a imitação e embora consiga enxergar pouco, tem noção do movimento ou do ato observado. No caso de crianças cegas, utilizam-se recursos como tato, audição, braile e processos educativos compatíveis ao seu grau de desenvolvimento. No entanto a criança com baixa visão precisa desenvolver o uso da visão residual e dos outros sentidos para entender e executar as tarefas. Como o desenvolvimento dos sentidos não ocorre naturalmente, é preciso educá-los, aproveitando para isso, além dos momentos pedagógicos, as atividades de higiene, alimentação e vestuário (RODRIGUES, 2001).

Segundo Conde (2011), existem ainda outros recursos e trabalhos que dependem de conhecimento específico e sobretudo de profissionais habilitados e especializados em cegueira, que podem auxiliar cegos: Reglet - prancheta perfurada, na qual, se escreve em Braille, com o auxílio do punção, objeto usado para produzir o relevo no papel; bengala - bastão metálico ou de madeira, utilizado pela pessoa com deficiência visual para sua locomoção, que através de um movimento de varredura, acusa obstáculos geralmente um ou dois passos a sua frente; sorobã - instrumento que possibilita a operação de cálculos matemáticos, desenvolvido a partir do ábaco e de origem oriental; livros gravados ou falados -

recurso largamente difundido a partir da popularização dos gravadores portáteis, que viabiliza à pessoa com deficiência visual o acesso ao conteúdo de livros impressos em tinta e gravados, por leitores.

Uma ferramenta muito interessante para desenvolver os conceitos e bastante envolvente, que as crianças deficientes visuais gostam muito, assim como as demais, são os jogos de faz-de-conta. Um exemplo é a brincadeira de "casinha", na qual a boneca que é o filho precisa tomar banho, lavar a cabeça, as orelhas, a barriga, as frutas para a papinha do bebê, pratos, panelas, talheres, enfim, tudo que faz parte de uma casa, deverão ser mostrados à criança cega para explorá-los e compreender a sua representação num tamanho menor e fazer relação com seu próprio corpo (caso do bebê) e com as coisas do seu dia-a-dia. Os jogos de construção se constituem também num excelente recurso para o desenvolvimento de conceitos espaciais. Nos jogos de faz-de-conta, ou de desempenho de papéis, as relações entre os personagens e o papel interpretado pela criança caracterizam uma forma particular de linguagem. A utilização de objetos como brinquedos, sucatas, tecidos, na execução de gestos representativos e a interpretação de papéis são as chaves para o desenvolvimento da função simbólica na criança (VYGOTSKY, 1994).

Para Vygotsky (1993), no caso da criança cega precisa ser ensinado a ela as ações de determinados objetos ou o que se deve fazer em certas situações, já que não pode imitar por não enxergar. Caso contrário, ficará apenas na expressão verbal, característica comum entre elas. Quando a criança representa, podemos observar nitidamente as regras de comportamento estabelecidas socialmente e, ao terminar a brincadeira, volta a agir independentemente das regras, assumindo seu verdadeiro papel na vida real.

Por meio dos jogos simbólicos as crianças atribuem significados a objetos que, às vezes, distanciam-se do modelo original, como uma caixa de pasta de dente que em dado momento representa um carro, contudo, o que vale é a imaginação e as idéias. Durante o jogo simbólico a criança atribui qualidade aos objetos conforme seus desejos. Nesta fase, ela age independentemente do que vê. Para Vygotsky (1994), no faz-de-conta o brinquedo é utilizado como meio de expressão ou para representar seus dramas ou reprodução de situações sugeridas, porém a criança sempre tem consciência de que se trata de uma situação imaginária e diferencia as ações que não são consideradas lúdicas.

Os pais têm papéis a serem desempenhados no processo da reabilitação, se ambos se sentem responsáveis pelo tratamento e acompanhamento da criança com especialistas. Atitudes como aceitação incondicional do filho com deficiência, amor equilibrado e demonstrações de afeto auxiliarão de forma benéfica na reabilitação física, uma vez que é na família que as primeiras e mais importantes relações interpessoais são vivenciadas pela criança; bem como a busca de uma vida familiar normal, sem sacrificar ninguém em prol do bem-estar da criança com deficiência. Por outro lado, muito dos conceitos errôneos e preconceitos sobre a deficiência surgem da própria atitude familiar (ZANINI, 2007).

Pais conscientes e entendedores da realidade atuam como agentes multiplicadores da real compreensão sobre as necessidades da criança com deficiência. Para auxiliarem no processo de inclusão e reabilitação do filho, os pais devem se esforçar para auxiliarem na evolução da criança e procurar mecanismos que ajudem o filho a desenvolver ao máximo suas capacidades. Perseverança, paciência e disciplina são ingredientes essenciais na superação das dificuldades. As crianças com deficiência visual podem e devem desenvolver comportamento socialmente aceito. Quando isso ocorre na prática, facilita o processo da reabilitação (BUSCAGLIA, 1997).

Quando há um excesso de proteção, tudo vem até o indivíduo sem que ele saiba a origem dos elementos, é “poupado” de esforços e não precisa correr atrás de nada, pois outra pessoa faz essa parte para evitar que o deficiente visual se acidente. As situações que ocorrem ao seu redor não são compreendidas, fazendo com que a criança se isole cada vez mais em seu mundo exclusivo, perdendo a relação do seu eu com os que a cercam e com o ambiente em que vive. E a criança que não é exposta a uma história humana e não vive transformada nela de acordo com o viver nela, vira um excluído social e isto não é nada “normal” (MATURANA, 2002).

Os pais e professores entrevistados comentam sobre a apropriação de afazeres das crianças através das atividades motoras adaptadas:

Entrevista 1: “Meu filho é um garoto de 9 anos que só se diferencia dos outros de sua idade porque não enxerga. No mais, ele faz tudo como as outras crianças ao meu ver. Anda de bicicleta, sobe em árvores, é estudioso na escola e preguiçoso quando quer em casa, coisas típicas da idade. Está aprendendo a andar de skate, leva uns tombos como qualquer outra criança, mas logo se levanta e continua tentando. Ele reclama quando bate

em uma parede e questiona porque ela estava ali atrapalhando a brincadeira dele. É uma criança sem limites, a diferença é que não enxerga como as outras, mas ele não tem medo de nada, enfrenta o que for”. (Mãe da criança nº 1).

Entrevista 6: Como meu filho tem baixa visão, ele me ajuda em casa do jeitinho dele. Se oferece pra lavar a louça e até que lava bem direitinho, já lava a cozinha toda junto, mas adora fazer bagunça, me ajuda a fazer bolos, sai do quintal para brincar na prainha que tem atrás de casa. É uma criança que se vira bem, só tem um pouco de dificuldade em escolher suas roupas” (Mãe da criança nº 6).

A profissional responsável por ensinar as Atividades de Vida Diária na instituição especializada, falou sobre sua contribuição e a relação que a família tem sobre o desenvolvimento dos filhos:

Professor 5: “Dos três anos em diante fazemos as atividades de vida diárias aqui na instituição. Começamos fazendo com que a criança reconheça o seu corpo e tudo o que a cerca através do brinquedo e da brincadeira, tudo é passado pra eles de forma bem lúdica. Temos uma estrutura que nos permite ensaiar o que eles farão em suas casas e em outros locais, como escovar os dentes, desenvolver a parte de se vestir, calçar tênis, dar nó, despir-se. Mas tudo é feito com muito cuidado e a partir do momento que a criança tem confiança e segurança. Para trabalhar a alimentação, fazemos o reconhecimento de cheiros e frutas, ensinamos a utilizar os talheres e a tomar líquidos sem derramar. Trocamos as roupas nos bonecos junto com eles, para depois realizarmos a mesma atividade nas próprias crianças. Vejo alguns adultos que chegam aqui e não sabem fazer quase nada, porque seus pais ou avós fizeram tudo por eles, achando que estariam ajudando ou protegendo, mas na verdade é mais trabalhoso ensinar um adulto que não desenvolveu. A criança se for ensinada e habituada desde pequena a se virar aos poucos e aprender a fazer as coisas sozinha, ela terá total autonomia.”

O Quadro 11 traz dados referentes às instituições frequentadas além da instituição especializada para pessoas com deficiência visual:

Quadro 11 – Distribuição Quanto à Rede de Apoio (fora a instituição citada).

Instituição	Nº	%
APAE	1	8
Fonoaudióloga	0	0
Fisioterapeuta	0	0
Sala Multimídias	5	41
Esportes	2	16
Aula de Música	3	27
Total	11	100

O Quadro 11 mostra a rede de atendimento interdisciplinar que existe como opção para que a criança com deficiência possa ser bem assessorada. A instituição especializada onde foi realizada a pesquisa conta com atividades interdisciplinares e atendimentos em diversas áreas em sua estrutura. Desta forma, todas as crianças tem atendimento com psicóloga, assistente social, educador físico, pedagogas, alfabetização em braile, orientação e mobilidade. No entanto, existem ainda atividades complementares necessárias para o desenvolvimento da criança que devem ser feitas para auxiliar nos estímulos propiciados pela equipe multidisciplinar.

Apenas uma aluna que tem 2 anos ainda frequenta a APAE, alguns dos outros alunos frequentaram quando menores, mas já foram encaminhados apenas para a instituição especializada, que cuida especificamente de estimulações e adaptações para o comprometimento visual. Observa-se que 41% dos alunos tem acesso às salas multiuso em suas escolas, onde podem realizar outras atividades adaptadas para seu melhor desenvolvimento. Dentre os onze alunos estudados na pesquisa, dois praticam algum esporte fora da escola e 27% fazem aula de música. A música tem se mostrado muito eficaz para crianças que não contam com o campo visual, o que exige maior necessidade de estarem conectados com a escuta e com a intenção de organizar os sons de modo que assim encontrem um caminho para reproduzirem sons musicais. Todos os pais entrevistados que tem seus filhos fazendo aulas de música relataram grandes avanços no desenvolvimento.

Existe a necessidade de estimular as crianças com deficiência visual desde o berço, pois caso não sejam estimuladas e auxiliadas para a prática desportiva e cognitiva, encontram maiores dificuldades de sair de suas casas, em decorrência da limitação visual (SCHERER, 2011).

De acordo com Louro (2012), fala sobre a importância de se promover um trabalho pedagógico para as pessoas com deficiência, de modo geral, que integre a família, os educadores e a equipe de saúde. Ela menciona que se tem um aluno com problema de processamento auditivo central e ele vai fazer aula relacionada com música, talvez essa criança tenha problema para aprender algumas questões musicais. Não é o professor de música que vai resolver isso. Ele criará uma estratégia para colaborar na aprendizagem, mas quem trabalhará isso é o fonoaudiólogo. O professor sozinho não tem que dar conta dessa demanda em sala de aula (LOURO, 2012, p. 186).

Tratando especificamente da pessoa com deficiência visual, para que a

família possa auxiliar de forma efetiva no desenvolvimento destes indivíduos, é imprescindível aceitar e compreender quais são as especificidades e necessidades desta pessoa. Masini (2007) aponta ainda a necessidade de uma contínua assistência, que não envolve somente as informações a respeito do que é desconhecido para a família, mas também engloba o apoio psicológico necessário para tal realidade.

Vallés (2001), por sua vez, relata a importância do ambiente familiar e escolar para a estimulação destes indivíduos: É importante se dar conta que existem, dentro do entorno social, familiar, acadêmico, muitas variáveis envolvidas que exercem sua influência na estimulação de cada aluno, além de sua individualidade e capacidade pessoal. Uma pessoa cega não tem necessariamente seu ouvido e suas habilidades musicais desenvolvidas espontaneamente pelo fato de ser cega. É necessário educar os seus sentidos e essas habilidades, assim como é preciso fazê-lo com qualquer pessoa a quem desejamos oferecer uma educação musical completa (VALLÉS, 2001, p. 30).

Os pais e responsáveis mencionam a importância de atividades extras como estimulação:

Entrevista 7: Adotamos nosso filho com 3 meses e não sabíamos da deficiência. Mas assim que fez sete meses passamos a leva-lo na APAE onde fomos muito bem atendidos sempre, com grande cobertura de profissionais e qualidade. Até os 3 anos de idade mantivemos o atendimento na APAE e na escola em que frequenta ele tem atendimento em salas multimeios, onde as professoras trabalham com estimulação. Além disso procuramos uma academia de natação o quanto antes para que ele pudesse trabalhar com o corpo todo num esporte bem completo, perdendo seus medos e há um ano ele vai 2 vezes por semana para a natação e já apresentou excelentes resultados. Minha esposa é professora de educação infantil e tentamos fazer bem nosso trabalho em casa para dar continuidade ao que ele aprende nos outros locais.”(Pais da criança nº 7).

Entrevista 1: “Desde que adotei meu filho, ele teve orientação com fisioterapeuta quando bebê, com pedagogas e faz aulas de músicas desde os cinco anos. Tem atendimento psicológico na ACIC para conter sua ansiedade e para que eu possa trabalhar melhor com esse sentimento dele também. Quando sua professora de música teve que se afastar das aulas em função do estágio e tcc, tivemos um grande problema em encontrar outra para substituí-la nesse período de um ano, porque nenhum professor que contatamos dava aulas para uma criança cega. Mas hoje ele tem aulas semanais e toca muito bem, ouve música clássica, tem muito interesse em tocar Mozart, Beethoven e quer fazer faculdade de Música na UDESC quando crescer... posso com esse meu filho?” (Mãe da criança nº1).

O Quadro 12 apresenta quais os programas mais populares entre as crianças com deficiência visual da pesquisa. Todas tem preferências por mais de um programa:

Quadro 12 – Programas Mais Assistidos na TV.

Programa	Nº	%
Desenho Animado	11	29
Propaganda	3	8
Filme	4	10
Jornal	2	5
Seriados	3	8
Novelas	3	8
Programas infantis	10	27
Documentários	1	2
Total*	37	100

Nota: * As crianças da pesquisa tem preferência por mais de um programa.

De acordo com os resultados das entrevistas, percebe-se que a maior parte das crianças assistem programas infantis (27%) e desenhos animados (29%). Observa-se ainda que 10% gostam de assistir e baixar filmes, enquanto 8% preferem seriados, novelas e propagandas. Jornais e documentários caem nas preferências de apenas 2 crianças.

Buscaglia (1997) sugere que o desenvolvimento da criança depende da estrutura familiar, isto é, se a família tem plano de saúde, boa alimentação, dá continuidade do trabalho em casa e progride na frequência e regularidade do trabalho de intervenção precoce. Isso mostra a evidência e a necessidade de uma intervenção efetiva, iniciando-a nas primeiras idades do desenvolvimento infantil, juntamente com um programa adequado ao ambiente familiar e paralelo a um trabalho sistemático de saúde e nutrição. Os programas de TV assistidos pela criança apresentam aqui de certa forma um olhar sobre a importância do envolvimento dos pais, para que auxiliem efetivamente no desenvolvimento de seu filho, além da orientação individual a eles encarregada em função das condições particulares da própria criança.

Nota-se que os pais podem incentivar os filhos a assistirem programas de televisão que contribuam no seu desenvolvimento, ao invés de simplesmente colocarem os filhos em frente ao televisor para que se acalmem em frente ao

televisor. Através dos dados coletados, felizmente observa-se que as crianças do estudo em sua maioria assistem aos programas correspondentes à faixa etária que se encontram (programas infantis e desenhos animados). Como os pais entrevistados dividem-se entre compromissos como a escola, reabilitação, atividades extras, as crianças não têm muito tempo livre para ficar assistindo programações.

Ressalta-se a importância da estimulação precoce das crianças, já que quanto mais jovem, maior a receptividade e captação dos estímulos externos. Lopes e Serfaty (2008) afirmam que as células do sistema nervoso são dotadas de plasticidade, ou seja, podem transformar sua função em resposta a modificações do ambiente. Assim, percebemos que a capacidade plástica do sistema nervoso é maior em fases precoces do desenvolvimento, mas pode ser observada durante toda a vida adulta (LOPES; SERFATY, 2008). Os referidos autores relatam que a plasticidade cerebral é ativada graças aos estímulos do ambiente. Os programas assistidos pelas crianças entram nos estímulos do ambiente que influenciam de uma forma bem ampla no seu desenvolvimento.

Os pais e responsáveis afirmam as programações preferidas que os filhos acompanham com maior frequência:

Entrevista 3: “Assim que chega da escola, ele e o irmão adoram ver a Novela “O Rei do Gado”, não perdem nenhum capítulo. Eles gostam de ouvir desenhos animados também e propagandas. O mais velho faz aula de música e repassa algumas coisas para o irmão mais novo, que pelo fato de ter um comprometimento mental também, não entende tanto sobre as notas musicais, mas os dois estão sempre atentos às músicas que tocam no rádio e nos programas da TV”. (Avó das crianças nº 2 e 3).

Entrevista 1: “Ele ouve A Voz do Brasil, gosta de ver o jornal da noite e assiste novelas e documentários. É muito inteligente e gosta de estar por dentro de tudo o que acontece e nos conta e nos questiona sobre tudo que ouve. Assiste também desenhos e programas infantis relacionados às preferências da sua idade, mas percebo que ele tem interesses muito cultos, sempre procurando saber mais, gosta de programas com experiências científicas e musicais” (Mãe da criança nº 1).

Entrevista 10: “Ele adora ver desenhos bem típicos de crianças mesmo, como Peppa Pig, Galinha Pintadinha e Backyardigans. Os amigos da escola falam muito sobre esses personagens, então ele acaba se integrando melhor por assistir esses programas” (Mãe da criança nº 10).

Entrevista 5: “Ele gosta de assistir desenhos animados de luta, mas está ficando muito tempo em frente ao computador no horário da noite, baixando músicas e nos jogos de computador” (Avó da criança nº 5).

De acordo com o Quadro 13, pode-se observar o percentual do sexo dos amigos que a criança mais brinca:

Quadro 13 – Quanto o Sexo dos Amigos que a Criança Brinca.

Crianças	Nº	%
Do Mesmo Sexo	4	36
Do Sexo Oposto	3	27
Variam	4	36
Nenhum	0	0
Total	11	100

Pode-se observar que o sexo das crianças que os alunos com deficiência visual brincam varia em 36% dos casos, segundo as informações fornecidas por seus pais e avós. Os responsáveis afirmam que os filhos preferem brincar com crianças do mesmo sexo em 36% dos casos da pesquisa, enquanto 27% das crianças brincam com crianças do sexo oposto. Alguns pais alegam que os filhos brincam sozinhos em casa e em algumas atividades na escola, mas na maior parte do tempo existe uma interação com os colegas nas atividades.

O gênero é a categoria que responde pelas informações necessárias para a compreensão sobre padrões e estilos, formas de inserção na brincadeira e preferências, sendo determinante das expectativas de comportamentos num grupo de brincadeiras e o principal critério para a formação de grupos de brincadeiras já a partir dos três anos de idade (Johnson *et al.*, 1999). Estudos apontam diferenças de estilos e preferências de brincadeiras, atitudes, comportamentos, percepções, escolha de parceiros, tamanho de grupos, construção de estereótipos e justificativa para exclusão com base nestes estereótipos (MACCOBY, 1990).

Há certo consenso entre os pesquisadores de que a percepção de que as preferências para parceiros/as de brincadeira são para crianças do mesmo sexo e que esta começa a ser demonstrada bem cedo, se mantendo (com tendência a aumentar) durante a infância. Os padrões de interação também são distintos. Os meninos brincam em grupos maiores e são mais preocupados com status e reputação dentro dos grupos, são mais rígidos com seus papéis de gênero e mais preocupados em rejeitar a feminilidade, enquanto as meninas são mais intimistas nas interações, mais cooperativas, fazem mais trocas de confidências e são mais flexíveis. As diferenças também se apresentam em relação ao uso do espaço com

os meninos ocupando espaços maiores e públicos (Maccoby, 1990). Mesmo em grupos mistos o comportamento de cada sexo é bastante diferente.

Outro aspecto sobre a diferença dos sexos na brincadeira é levantado por Martin e Fabes (2001), que discutem as consequências das preferências por parceiros de brincadeira para o desenvolvimento e analisam esses fatores a partir da consideração das qualidades das brincadeiras em meninos e meninas. Para os autores, grupos segregados representam fortes elementos socializadores, influenciando tanto interações tipificadas e estilos de brincar quanto o próprio fenômeno da segregação, uma vez que teriam um papel reforçador de comportamentos.

Os pais mencionam sobre o círculo de amizade dos filhos:

Entrevistada 4: Meu filho é uma criança que interage muito com os outros. Teve fases e grupos de envolvimento distintos. Agora tem um grupo de amigas em sua maioria meninas, mas já teve outro grupo de amigos onde predominavam meninos. Na verdade vejo que a turma da escola e da vizinhança interfere muito nessa escolha.” (Mãe da criança nº 4).

Observa-se na relação de dados do Quadro 14, a idade dos amigos com quem a criança mais brinca.

Quadro 14 – Quanto à Idade dos Amigos Com Quem a Criança Mais Brinca.

Faixa Etária	Nº	%
Mais Novos	1	9
Mesma Idade	5	45
Mais Velhos	2	18
Variam	3	27
Total	11	100

De acordo com os relatos dos pais e avós dos menores, 45% dos alunos da instituição brincam com crianças da mesma idade em função das atividades proporcionadas na escola, embora esse número varie em 27% dos casos. Segundo os pais, o que pode interferir em amizades com crianças mais novas e mais velhas, deve-se ao local que a família mora, se a criança tem irmãos ou vizinhos de determinada idade.

No entanto, três mães da pesquisa tem filho único, situação que sugere que a criança depende mais da mãe e acaba convivendo mais com adultos na família,

porque não tem irmãos para brincar. As duas mães que tiveram o primogênito com deficiência visual, tiveram mais filhos depois e os irmãos interagem bem com o maior.

Sabe-se que socializar é o ato do indivíduo se adaptar ao meio em que vive ao mesmo tempo em que interage sobre ele, pelo fato de que a socialização é uma “prática” cotidiana em que o meio influencia na formação da pessoa e, por consequência também sofre a influência dela, como afirma Oliveira (2002, p. 126), “ao mesmo tempo em que a criança modifica seu meio, é modificada por ele”. Dessa maneira, pode-se dizer que a socialização é uma significativa construção de saberes, onde sujeito e objeto se interagem.

A abordagem sócio interacionista entende o desenvolvimento intelectual da criança intrinsecamente ligado às interações com o seu meio social. Vygotsky (2002) aponta a família como o primeiro grupo social que a criança pertence e é na família que ela adquire a linguagem, condição básica para o processo de socialização e aquisição de cultura.

Através desses fatores, a criança expressa seus sentimentos, expõe suas emoções e ao brincar com outras crianças inicia o processo de socialização, de acordo com Oliveira (1992). Assim, a criança se apropria de conceitos, valores e linguagem que são produzidos pelo processo de internalização de materiais simbólicos na criança que ocorrem a partir de suas interações sociais. É um processo que se constrói de fora para dentro, mediados pelas relações nas trocas com outras crianças que vão se constituindo em significados, orientando a compreensão de papéis e funções sociais, o que permite a formação de conhecimentos e da própria consciência na criança. (VYGOTSKY, 2002).

Os pais citam as brincadeiras favoritas dos filhos e com quem preferem brincar no decorrer das atividades do cotidiano:

Entrevista 1: “Meu filho gosta muito de brincar com jogos de tabuleiro, jogos de pergunta e resposta, tocar música, brinca com seus carrinhos e está aprendendo a andar de skate, então ele acaba se encontrando com amigos da mesma faixa etária e sexo, tanto na escola quanto aqui na instituição, onde tem amigos da mesma idade que frequentam desde pequenos que nem ele “(Mãe da criança nº 1).

Entrevista 7: “Nosso pequeno gosta muito de brincar na praia com baldinho de areia e adora entrar no mar para nadar e brincar, mas ao longo do ano como moramos em um condomínio que fica em uma rua sem saída, ele tem amigos um pouco mais velhos. Acabou criando-se uma turma de amigos no próprio condomínio em função do espaço em comum que temos para

brincar, então as crianças se reúnem ali sempre com um dos pais se revezando para supervisionar de longe o que ocorre e para que os menores não se machuquem brincando com os grandes”. (Pais da criança nº 7).

O Quadro 15 refere-se com que meio de transporte a família faz o trajeto de casa até a instituição especializada e de casa até à escola:

Quadro 15 – Quanto ao Meio de Transporte Utilizado de Casa à Instituição Especializada e de Casa à Escola.

Meio de Transporte	Nº Instituição	Nº Escola	% Instituição	% Escola
A Pé	0	3	0	27
Van Escolar	0	4	0	36
Carro	5	4	45	36
Ônibus	4	0	36	0
Carro da Prefeitura	2	0	18	0
Total	11	100	100	100

Observa-se que 27% das crianças vão caminhando para a escola, mas todas moram em bairros distantes da instituição especializada e utilizam algum tipo de transporte para chegarem lá. De acordo com os dados das entrevistas, 36% das crianças vão de van para a escola, em função do tempo e da segurança que oferecem. Nota-se um número semelhante das crianças que vão de carro até à instituição especializada e à escola, pois os pais que tem carro próprio e podem levar seu filho na escola, levam na instituição especializada também. Na verdade os pais referem que poupam mais tempo utilizando automóvel próprio, devido às filas e deslocamentos e à péssima mobilidade urbana da cidade de Florianópolis.

Somente uma mãe disse que usa o carro da irmã para ir até a instituição e para a escola o filho vai a pé por ser perto de casa. Cerca de 36% das famílias que frequentam a instituição especializada utilizam o transporte coletivo como opção e de acordo com o Decreto n 8.116, de 29 de abril de 2010, a prefeitura decretou gratuidade no transporte coletivo às pessoas com deficiências citadas no Decreto n 1792. Duas crianças vão com suas avós para a instituição com o carro da Prefeitura de Palhoça e para as escolas um vai a pé e o outro vai com a van escolar.

Entrevista 7: Como meu filho estuda na mesma escola em que eu dou aula, vamos de carro pela praticidade e economia de tempo que temos com isso. Saímos da Palhoça e vamos até o Estreito todos os dias e até a instituição especializada duas vezes por semana. Até pensamos em morar num lugar

mais perto para que a gente não perca tanto tempo no trânsito, porque o deslocamento e as filas são as dificuldades que enfrentamos nessa rotina de horários seguidos de atividades. (Pais da criança nº 7).

Entrevista 4: “Eu saio do bairro em que moramos, deixo ele na escola, vou para o salão trabalhar, busco na escola, deixo na aula de música e busco depois. É uma correria possível graças ao carro. Sem carro não teria como fazer tanta coisa em pouco tempo.” (Mãe da criança nº 4)

No Quadro 16, observa-se o tempo de percurso demandado de casa até à instituição especializada e o tempo total fora de casa no período referido:

Quadro 16 – Quanto ao Tempo de Percurso às Estimulações e Tempo Total Fora de Casa.

Criança	Km e Tempo de Percurso Ida e Volta	Tempo de Estimulação	Tempo Total Fora de Casa
Nº 1	34km – 1h30	4h	5h30
Nº 2	60 km – 2h30	3h	5h 30
Nº 3	60 km – 2h30	3h	5h30
Nº 4	40 km – 1h30	4h	5h30
Nº 5	60 km – 2h30	3h30	6h
Nº 6	30 km – 1h	3h	4 h
Nº 7	60 km – 1h30	2h	3h30
Nº 8	44 km – 1h30	3h30	5h
Nº 9	60km – 2 h30	3h30	6 h
Nº 10	30 km – 1h	3h	4 h
Nº 11	50 km – 1h30	3h	4h30

O Quadro 16 traz dados que mostram o tempo despendido no total, desde que saem de casa até retornarem da estimulações. Com relação aos dados apresentados pode-se constatar que os responsáveis por levar a criança na instituição e demais terapias no contra turno da escola, tem que ter o período da manhã ou da tarde livre, pois não é possível trabalhar o dia todo, tendo como responsabilidade e função, deslocar e auxiliar uma criança com deficiência visual menor de 10 anos. Lembra-se que nenhuma das crianças utiliza algum transporte sozinho nessa faixa etária, portanto a presença do acompanhante é imprescindível.

Os pais, tias, avós e mães que acompanham as crianças na idas à instituição especializada ficam em torno de 5 horas por dia fora de casa em função das atividades da criança. A maior parte relata que não tem ajuda de outros

parentes, que passa meio período acompanhando o filho, que ficam bem cansados com toda a rotina, mas que devido ao amor que sentem pela criança, encaram esses percalços. Os pais contam que mudaram totalmente seus estilos de vida, raramente tem tempo para se exercitar (porque a vida com o filho já é extremamente corrida), mas se propõem a fazer o que está ao seu alcance para proporcionar um bom desenvolvimento para o filho.

Segundo Zuchetto (2008), os pais tem papel fundamental no desenvolvimento dos filhos e por tal motivo sua presença é muito importante. Os pais devem estimular os filhos desde os primeiros anos de vida, despertando sensações diferentes e respeitando os limites da criança para que ela tenha um tempo para brincar em meio a tantos compromissos e tratamentos de reabilitação.

O benefício da gratuidade do transporte coletivo de passageiros assegurado às pessoas com necessidades especiais será concedido de acordo com as normas estabelecidas no Decreto nº 8116 de 29 de abril de 2010. São beneficiárias da gratuidade do transporte coletivo de passageiros as pessoas portadoras de deficiência visual: com acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20°. A necessidade de acompanhante à pessoa portadora de deficiência, para acesso ao transporte coletivo de passageiros, deverá estar expressa no laudo diagnóstico.

Como as crianças da pesquisa tem entre 2 e 9 anos, nenhuma delas sai sozinha de casa para ir até à escola ou para a instituição especializada, necessitando de um acompanhante, geralmente familiar. Nos questionários, foram entrevistados pais, mães, tias e avós das crianças que acompanham semanalmente seus atendimentos na instituição especializada. Realmente há grande necessidade de ter um responsável que não trabalhe para acompanhar a criança, por isso é imprescindível os responsáveis procurarem assistentes sociais para encaminharem suas solicitações dos auxílios de transporte público, LOAS e BPC.

No decorrer das entrevistas, nota-se a proximidade da residência de algumas famílias, pois duas das famílias citadas moram em Palhoça e vão para a instituição especializada com o transporte da Prefeitura, duas famílias moram no bairro Prainha (centro da cidade) e levam menos tempo para chegar à instituição em função do trajeto mais curto e boa parte dos pais usa sua própria condução para levar o filho até lá, o que poupa muito mais tempo se utilizassem ônibus. No entanto, não se pode deixar de mencionar sobre a grande falta de mobilidade da cidade de

Florianópolis, que apresenta dias de trânsito intenso, o que aumenta ainda mais o tempo das famílias fora de casa.

Através dos relatos familiares, percebe-se que a família fica boa parte do seu tempo em função da criança, em especial as mães e avós que levam a criança nos atendimentos nos mais diversos locais. Os responsáveis por levar a criança em todos os locais e conseqüentemente a própria criança ficam cansados com toda essa rotina de atendimentos. No entanto os pais sabem o bem que fará para o filho estar engajado em programas específicos. Todos elogiam muito a instituição especializada, mas deixam claro que metade do seu dia é dedicado ao filho com deficiência visual e seus respectivos tratamentos.

Os pais falam sobre a rotina diária e tempo que ficam envolvidos em função do filho:

Entrevista 2: “Como moramos em Serraria, acordamos os gêmeos às seis e meia da manhã e pegamos o ônibus que vai até o centro num horário que não tem tanta fila ainda. Levamos muito tempo no ônibus e ao sair da instituição, temos que voltar com tempo cronometrado porque os meninos tem aula às 13h30 no bairro. Então é chegar, almoçar, colocar a roupa da escola e já sair de novo”. (Mãe das crianças nº 2 e nº3).

Entrevista 5: “Como moramos na Palhoça, ele sai da escola, vem pra casa com a van escolar, almoça rápido e um pouco depois de meio-dia temos que pegar carona com o carro da saúde para que dê tempo de chegar na instituição. O único horário que ele tem tempo de mexer no computador e assistir seus programas é de noite e nos dias da semana no horário posto ao da escola em que não vai à instituição” (Avó da criança nº 5).

Entrevista 9: “Ele tem chorado muito nas últimas vindas para a instituição. Entendo que é muito cansativo para mim e para ele. Saímos da Palhoça com o carro da Prefeitura e ficamos muito tempo esperando até começar o atendimento, porque o carro sai cedo de lá e às vezes aqui na instituição nem todos os atendimentos são numa sequência. Ele sai da escola, almoça rápido, viemos para cá, esperamos o carro da saúde nos buscar. Quando vem outro amigo aqui da instituição no mesmo horário para brincar com ele no parquinho nesse meio tempo ele adora. Mas enquanto eu faço meu crochê, vejo que ele se cansa também” (Avó da criança nº9).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse estudo foi analisar o desenvolvimento de crianças com deficiência visual no contexto familiar e social e suas trajetórias de estimulações desde o nascimento até passarem a frequentar a instituição especializada para crianças com deficiência visual da pesquisa. Fizeram parte do estudo, onze crianças com deficiência visual entre 2 e 9 anos de idade, seus responsáveis e os profissionais da instituição especializada para pessoas com deficiência visual que trabalham com as crianças, totalizando 29 indivíduos.

Das onze crianças da pesquisa, cinco apresentam problemas de cegueira total e seis crianças tem o diagnóstico de baixa visão ou resíduo aproveitável. A retinopatia da prematuridade foi o diagnóstico de maior prevalência no grupo, com cinco casos. Em seguida, o segundo maior problema apresentado foi a falta de melanina na visão, com dois casos no grupo.

A média da idade gestacional encontrada entre as entrevistas realizadas foi entre 24 e 29 semanas, constatando que grande parte dos problemas visuais, deveu-se à prematuridade, porque constata-se através de diversos estudos que o bebê ainda não está totalmente pronto e muitas vezes com tecidos funcionais em formação, antes do período de nove meses.

A maior parte das mães entrevistadas tiveram seus filhos com deficiência visual muito jovens, entre 17 e 21 anos. E com relação ao nível de instrução dos pais, surpreendentemente a maioria possui segundo grau completo e faculdade, poucos são os pais que não tem o ensino fundamental completo. Quanto à renda familiar, um grande número de famílias recebe até cinco salários e apenas 4 famílias das onze entrevistadas recebem algum auxílio financeiro para ficarem cuidando dos filhos.

Sobre as estimulações precoces, a maioria dos encaminhamentos foram de tratamentos iniciados na Fundação Catarinense de Educação Especial, onde quase todos os alunos iniciaram seus estímulos. Todas as crianças que frequentam a instituição especializada estão matriculadas em escolas regulares, nas quais as creches e escolas públicas tem a prevalência do maior número de crianças.

No quesito atividades de vida diária, percebe-se que as crianças entre 4 e 9 anos tem maior independência para se alimentar, se vestir, controle de esfíncteres e

leitura em braille, a média de idade que crianças videntes realizam as mesmas atividades. Sobre a rede de apoio frequentada além da instituição especializada, vemos a maior parte das crianças da pesquisa com acesso à salas multimeios em sua escolas e aulas de música.

Os programas de TV mais assistidos pelas crianças do estudo são desenhos e programas infantis, de acordo com a sua faixa etária de desenvolvimento. A maioria passa o dia inteiro fora de casa entre escolas e atendimentos e se divide entre TV e jogos de computador no período da noite. As crianças brincam com amigos do mesmo sexo e de sexos variados de acordo com as entrevistas, enquanto que colegas da mesma idade são os mais escolhidos para suas brincadeiras.

As famílias dividem-se em idas à instituição de carro, em sua maioria, seguido do transporte coletivo, que são os transportes mais utilizados por eles nesse trajeto. A média de tempo que o responsável passa com a criança deficiente visual por dia em função de seus tratamentos na Instituição especializada é entre 4 e 5 horas e meia fora de casa no total, ou seja, meio período.

Quando certas experiências e estímulos não acontecem nos primeiros anos de vida da criança, existem fatores que dificultam a experiência da pessoa em viver o seu corpo no espaço e, conseqüentemente, prejuízos no processo de aprendizagem. Todas essas noções, tanto motoras como cognitivas, acontecem por meio da interação do bebê com seus primeiros contatos com adultos, e nesta questão entra a importância da família nesse processo de estimulação.

Como conclusão, existe grande preocupação dos pais e professores no sentido da autonomia das crianças com DV, enfatizando a importância da atividade motora adaptada nesse processo, com ganhos gradativos, devido às respostas que cada criança emite ao seu tempo. Elas conseguem aprender a ter autonomia e uma vida com muito mais facilidades através de atendimentos multidisciplinares que se preocupam em incluir as crianças com deficiência visual na sociedade efetivamente. Os profissionais que se envolvem e procuram conhecimentos específicos sobre o assunto, conseguem auxiliar de forma muito significativa no desenvolvimento da criança, assim como uma família engajada no tratamento de reabilitação, que se preocupa em seguir as orientações dos professores que acompanham a desenvoltura e aprendizagem da criança.

A experiência de ter cursado disciplinas referentes às deficiências e ter me envolvido nessa pesquisa de campo na instituição especializada, me fizeram ver que

a criança com deficiência não pode ser privada de experiências que farão ela crescer e melhorar suas habilidades. Somente assim se tornará um adulto com independência e vida social, esportiva, afetiva e saudável de fato.

REFERÊNCIAS

ABREU, R.G. **A importância da natação para o portador de deficiência visual.** Universidade Estadual de Campinas, SP, 1996.

AJUWON, P. M. & Oyinlade, A. O. (2008). Educational placement of children who are blind or have low vision in residential and public schools: a national study of parents' perspectives. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 102.

ALMEIDA, J.J.G. A pessoa deficiente visual: revelações sobre a atividade motora. **Revista Benjamin Constant.** Rio de Janeiro, junho de 1999.

ALMEIDA, J.J.G. **Estratégias para aprendizagem esportiva: uma abordagem pedagógica da atividade motora para cegos e deficientes visuais.** Tese (Doutorado). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

ALMEIDA, Maria da Glória de Souza. **Prontidão para alfabetização através do sistema braille.** Rio de Janeiro, Instituto Benjamin Constant, 1995.

ALVES, M. L. T.; DUARTE, E. **A inclusão do deficiente visual nas aulas de educação física escolar: impedimentos e oportunidades.** *Acta Sci. Human Soc. Sci.* Maringá, v. 27, n. 2, 2005.

AZEVEDO; G. D., FREITAS JÚNIOR; R. A. de O., FREITAS; A. K. M. S. de O., ARAÚJO; A. C. P. F. de, SOARES; E. M. M., MARANHÃO; T. M. de O. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 24, n.3, 2002.

BARBOSA M.A. M., CHAUD M. N., GOMES M.M. F. **A vivência da mãe com um filho deficiente na perspectiva fenomenológica.** Campo Grande: UFMS; 2004.

BATISTA, C.G. & ENUMO, S.R.F. (2000). Desenvolvimento humano e impedimentos de origem orgânica: o caso da deficiência visual. Em Novo, H.A. e Menandro, M.C.S. (orgs.) **Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano** (pp. 157-174). Vitória, E.S.: UFES, Programa de Pós-graduação em Psicologia: Capes, Proin.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; HOEHNE, E. L. **Qualidade de vida de deficientes visuais.** *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 2, p. 260-264, 2006.

BAVIN, J. (2000). Os problemas dos pais. In: N. R. Finnie (Ed.), **O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral.** São Paulo: Manole.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação :uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, Portugal. Editora Porto, 1994.

BRAGA, A. P. “Recursos ópticos para visão subnormal – seu uso pela criança e adolescente”. **Revista Contato**. São Paulo, Laramara, agosto de 1997. Brambring, M. (2001). **Integration of children with visual impairment in regular preschools**. Child: Care, Health and Development, 425-438.

BRASIL. Ministério da educação. Secretária de Educação Especial. Orientação e mobilidade: conhecimentos básicos para a inclusão da pessoa com deficiência visual. Brasília, 2003. Disponível em: Acesso em: 20 jul. 2014. BRASIL. SEESP. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, 2008.

BRUNO, M.G.B. **O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual. Da integração precoce a integração escolar**. São Paulo – LARAMARA, 2003.

BRUNO, M.G.B. **Intervenção precoce: momento de interação e comunicação**. Perspectivas e reflexões. São Paulo, CENP/SEE, 1993.

BRUNO, M.G.B. **Reflexão da prática pedagógica**. São Paulo, Laramara, 1997.

BUENO, J.G.S. **Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente**. São Paulo: PUC, 1993.

BUENO, S. T. Motricidade e deficiência visual. In: MARTÍN, M.B.; BUENO, S.T. (Coord). **Deficiência visual: aspectos psicoevolutivos e educativos**. Trad. Magali de Lourdes Pedro. São Paulo: Santos, 2003.

BUSCAGLIA, L.F. **Os deficientes e seus pais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
CARVALHO, Erenice Natália S. **A educação especial: concepção de deficiência**. Brasília, Secretaria de Educação Especial, Ministério da Educação, 1996.

CARVALHO L. **O desenvolvimento normal e anormal da visão**. SP; Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2000.

CARVALHO, K.M.M.; FERNANDES, R.; **Capacitação sobre deficiência visual e baixa visão**. Vol.II, AMUL, 2004.

CASTRO, E. M. **Atividade Física Adaptada**. Ribeirão Preto/SP. Ano 2006. Editora Tecmedd.

CASTRO, J. R. Moura. **Orientação e mobilidade: alguns aspectos da evolução da autonomia de pessoa deficiente visual**. 1998.

CASTRO, J. A. M. Educação Física, orientação e mobilidade de deficiência visual. **Revista Movimento**. Porto Alegre, 1996/2, Ano III, n. 5, p. 812.

CELESTE, M. (2006). Play behaviors and social interactions of a child who is blind: in theory and practice. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 75-90.

CIRANDA DA INCLUSÃO: a revista do professor. São Paulo: **Ciranda Cultural**, v. 3, n. 24, dez. 2011, mensal.

CONDE, A.J.M. A pessoa portadora de deficiência visual, seu corpo, seu movimento e seu mundo. In: PEDRINELLI, V.J. et al. (Ed.). **Educação física e desporto para pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: MEC-Sedes, 1994.

CONDE, A.J.M. **Atividade física adaptada ao deficiente visual**. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.entreamigos.com.br/sites/default/files/textos/Atividade>. Acesso em 19 de junho de 2015.

CRÓS, C. X. et al. Classificações da deficiência visual: compreendendo conceitos esportivos, educacionais, médicos e legais. **Revista Digital**. Buenos Aires, ano 10, n. 93, fev. 2006. Disponível em: Acesso em 19 de maio de 2015.

Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Acessibilidade. CORDE. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.

Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008, disponível em www.aflodef.org.br, acessado em 18 de junho de 2015.

Decreto nº 8.116 de 29 de Abril de 2010 do Município de Florianópolis, disponível em www.aflodef.org.br, acessado em 18 de junho de 2015.

DE MASI, I. **Deficiente visual: educação e reabilitação**. Brasília: Ministério da Educação/ Secretaria de Educação Especial, 2002.

DEUTSCH, D. A., REBELLO M. C. **Os riscos da prematuridade**. Disponível em: <http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/os-riscos-da-prematuridade.aspx>, acessado em 13 de junho de 2015.

DIEHL, A. A. ; TATIM, Denise Carvalho. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DUARTE, E.; SANTOS, T. P. Adaptação e inclusão. In Duarte, E., LIMA, S. M. T. e colaboradores. **Atividade física para pessoas com necessidades especiais: experiências e intervenções pedagógicas**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2003.

ELKONIN, D. B. **Psicologia do jogo**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

FARIAS, G. C. **Efeitos de um programa de estimulação desenvolvido mediante uma linha de base múltipla para uma aluna cega**. Monografia de especialização apresentada no departamento de pós-graduação da Universidade Estadual de Goiás, 1995.

FERREIRA, A. **Arte, escola e inclusão: atividades artísticas para trabalhar com diferentes grupos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

FERREIRA, P.A.C. **Uma análise sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança deficiente visual de 0 a 3 anos**. (Monografia) – Centro de Estudos e Pesquisa em Reabilitação – CEPRE – Universidade Estadual de Campinas, 1998.

FERNANDES, D. Aprender com as diferenças e conviver com a pessoa com deficiência. **Portal Planeta e Educação**. Acesso em 19 de maio de 2015. Disponível em <http://www.planetaeducacao.com.br/portal/artigo.asp?artigo>.

FOGLI, B. F. C. S., FILHO, L. F. S., OLIVEIRA, Margareth Maria Neves dos Santos. **INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO: uma reflexão crítica da prática**. Cortez, 2010.

FONSECA, V. **Manual de observação psicomotora – Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FRASSON, A. C.; PIETROCHINSKI, A. R.; SCHULMEISTER, C. Auditory deficient people: his educative and social inclusion by Norbert Elias. In: **SIMPOSIO INTERNACIONAL PROCESO CIVILIZADOR**, 11, Buenos Aires. Anais: Universidad de Buenos Aires, 2008.

GARCIA, N. **Programas de Orientação e Mobilidade no processo de educação da criança portadora de cegueira**. Tese de doutorado, FEUSP/SP, 2001.

GÂNDARA, M. **A expressão corporal do deficiente visual**. Brasília: MEC/Sedes/ABDA, 1994.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, M. (Org.). **Deficiência visual**. Brasília: Ministério da Educação / Secretaria de

Educação a Distância, 2000.

GONÇALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 4. ed. São Paulo: Editora Alínea, 2007.

GORGATTI, M.G.; COSTA, R.F. **Atividade física adaptada: Qualidade de vida para pessoas com necessidade especiais**. Barueri-SP: Manole, 2005.

GRAZIANO, R.M., Exame oftalmológico do recém nascido no berçário: uma rotina necessária. **Jornal de Pediatria**, vol. 78, nº3, 2002.

GRAZIANO, R.M., **Retinopatia da prematuridade: Contribuição ao estudo da ocorrência e análise dos fatores de risco**. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1994.

HUERTAS, J. A.; OCHAITA, E. **Diferentes procedimientos de externalización de la representación espacial: un estudio evolutivo con niños ciegos**. Estudios de Psicología, 1992.

JANNUZZI, G.S. de M. Algumas concepções de educação do deficiente. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 9-25, maio 2004.

KENNEL, J. H. & MARSHALL, H. K. **Pais/bebê: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 245. 1992.

Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011 - Alteração da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, disponível em www.aflodef.org.br, acessado em 18 de junho de 2015.

Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, disponível em www.aflodef.org.br, acessado em 18 de junho de 2015.

LEME, M. E. S. (2003). A representação da realidade em pessoas cegas desde o nascimento. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Campinas, Campinas - SP. LIMA, S.T.; DUARTE, E. Educação física e a escola inclusiva. In: **Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada. Temas em educação física adaptada**. [S.l.]:Sobama, 2001.

LORENZINI, M. V. (1999). **Brincando no ambiente natural: uma contribuição para o desenvolvimento sensorio-motor da criança portadora de paralisia cerebral**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (Tese de Doutorado).

LOURO, V. S. **Fundamentos da aprendizagem musical da pessoa com deficiência**. São Paulo: Editora Som, 2012. MAGILL, Richard. Aprendizagem

Motora, SP. Edgard Blucher, 2000.

MACIEL, S. F. **Orientação para pais de crianças cegas em idade pré-escolar.** Minas Gerais: Universidade de Alfenas, 1997.

MACCOBY, E. (1990). **Gender and relationships: A developmental account.** American Psychologist, 45, 513-520.

MANZINI, E. J. (org.). **Inclusão e acessibilidade.** Marília: ABPEE, 2006.

MARTIN, C & Fabes, R. (2001). **The stability and consequences of young children's same-sex peer interactions.** Developmental Psychology, 37(3), 431-446.

MARTIN, M.B.; BUENO, S.T.; **Deficiência visual: Aspectos psiconevolutivos e educativos.** São Paulo: Santos, 2003.

MASINI, E. F. S. As especificidades do perceber: diretrizes para o educador de pessoas com deficiência visual. In: _____ (Org.). **A pessoa com deficiência visual: Um livro para educadores.** São Paulo: Vetor, 2007.

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa.** 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MATURANA, H.R. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte: UFMG, 2002.

MELO, H.F.R. **Deficiência Visual- Lições Práticas de Orientação e Mobilidade.** Ed. UNICAMP/ SP, 1991.

MELO, J.F. O ensino de educação física para deficientes visuais. In: **Revista Brasileira de Ciência do Esporte.** Campinas: Autores Associados, 2004.

Ministério da Saúde. Instrutivo de deficiência visual. **Diretrizes para tratamento e reabilitação/habilitação de pessoas com baixa visão e cegueira.** Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. Disponível em:. Acesso em: 20 de novembro de 2014.

MISSI, F.O.; ROMUALDO, R.E.B.; **Visão subnormal: estimulação em nível de aprendizagem visual em crianças no desempenho de nível operatório.** 2002. monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – UNISALESIANO, Centro Universitário Salesiano Auxilium , Lins.

MINAYO, M. C. de S. (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 14a.

ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MOSQUERA, C. **Educação física para deficientes visuais**. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

NEVES, G. N.; FRASSON, A. C.; CANTORANI, J. R. **Educação física adaptada ao deficiente visual**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/Educacao_Fisica_adaptada.pdf>. Acesso em: em 20 de maio de 2015.

NOGUEIRA, M. L. L. A importância dos pais na educação segundo a percepção de universitários deficientes visuais. **Revista IBC**, Edição 23, dezembro de 2002. Acesso em: 18 de maio de 2015.

NUNES, L.R.O.P. **Educação precoce para bebês de risco**. Em: B. Rangé (org) Psicologia comportamental e cognitiva. Campinas: Psy (Pp.121-132), 1995.

OLIVEIRA FILHO, C.W; MATARUNA, L.; CARVALHO, A. J.; ARAÚJO, P. F.; ALMEIDA, J. J. G. As relações do jogo e o desenvolvimento motor na pessoa com deficiência visual. **Revista Brasileira Ciência Esporte**. Campinas, v.27, n.2. p. 131-147, jan. 2006.

OLIVEIRA, G. C. **Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico**. Petrópolis: Vozes, 1997. 151 p.

OLIVEIRA, Z. R. Educação infantil; **Fundamentos e Métodos**. São Paulo: Cortez, 2002.

OMS. **Recursos de saúde mental no mundo**. Organização Mundial da Saúde (Bangkok, Tailândia, 2002).

Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. 17ª. Ed. Campinas: Papyrus, 2012. 17ª. Ed. Campinas: Papyrus, 2012.

PADULA, W. V. e SPUNGIN, S. J. **A criança visualmente incapacitada, do nascimento até a idade pré escolar: A importância da estimulação visual**. Benjamin Constant: publicação do Centro de Pesquisa, Documentação e Informação do Instituto Benjamin Constant/Mec– Ibcentro, Rio de Janeiro, maio 1996.

PAIVA, C. **Saiba mais sobre o albinismo ocular.** Disponível em: <http://www.institutoclovispaiva.com.br/noticias/49-saiba-mais-sobre-o-albinismo-ocular>. Acesso em 13 de junho de 2015.

PEDRINELLI, V. J. Educação Física Adaptada: Conceituação e Terminologia. In: **Educação física e desporto para pessoas portadoras de deficiência.** Brasília: MEC- Sedes, Sesi-DN, 1994.

PEREIRA, L. M. **Estruturação espacial e equilíbrio.** Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1993.

PÉREZ-RAMOS A. M. Q. e PÉREZ-RAMOS, J. **Estimulação precoce: serviços, programas e currículos.** Brasília: COORDE, 1996.

PERÉZ-GOMÉZ, A. I. **A Cultura Escolar na sociedade neoliberal.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

PERONI, V. M. V. **Políticas educacionais e a relação público/privado.** REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 32, 2009, Caxambu/MG, 2009.

PRECHTL, H. F. R. **Role of vision on early motor development: lessons from the blind.** *Developmental Medicine & Child Neurology.* v. 43, p. 198-201, 2001.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, **Centro de Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil – CADI/ ACIC,** 2011. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/15_06_2011_22.23.33.79c2aa50e44cfaaeffa7ebbd4e2c0710.pdf. Acesso em 20 de junho de 2015.

REGEN M; ARDORE M & HOFFMAN VMB. **Mães e filhos especiais: Relato de experiências com grupos de mães de crianças com deficiência.** CORDE, Brasília, 1993, 137 p.

REIS, R. **À FLOR DA PELE – inclusão de crianças com deficiência visual.** 1ª Ed. São Paulo: Cia dos Livros, 2010.

RESNIKOFF, Serge *et al.* **Global data on visual impairment in the year 2002.** *Bull World Health Organ,* Genebra, v. 82, n. 11. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0042-96862004001100009eInng=enenrm=iso>. access on 30 Dec. 2009. doi: 10.1590/S0042-96862004001100009, Nov. 2004.

RIZZO, T.L.; VISPOEL, W.P. **Physical educators' attributes toward teaching students with handicaps.** *Adap. Phys. Act. Quart.,* v. 8, p. 4-11, 1991.

RIBAS, J. B. C., **O que são pessoas deficientes**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

RIBAS, João. **Preconceito contra as pessoas com deficiência: as relações que travamos com o mundo**. São Paulo: Cortez, 2007.

RODRIGUES, D. "A Educação e a Diferença", in David Rodrigues (Org.) **"Educação e Diferença: valores e práticas para uma Educação Inclusiva"**, Porto Editora. Porto, 2001.

RODRIGUEZ, D. **A Educação física perante a educação Inclusiva: reflexões conceituais e metodológicas**. Bol. Soc. Port. Educ. Fisica., v. 24/25, p. 73 -81, 2002.

ROSSI LD, Vasconcelos GC, Saliba GR, Magalhães LC, Soares AM, Cordeiro SS, et al. **Avaliação da visão funcional para crianças com baixa visão de dois a seis anos de idade - estudo comparativo**. Arq Bras Oftalmol. 2011;74(4):262-6.

SALOMÃO R.S.; MITSUHIRO R.K.H.M.; BELFORT R.J., **Instituto da Visão, Departamento de Oftalmologia**, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. São Paulo, SP, Brasil, 2003.

SANTOS, A. C. A. **S.A Importância Do Goalball Para O Desenvolvimento Da**

Pessoa Com Deficiência Visual. Trabalho De Conclusão De Curso Apresentado À Diretoria De Pesquisa E Pós-Graduação Do Curso De Especialização Lato Sensu À Distância: Educação Profissional E Tecnológica Inclusiva, Do Instituto Federal De Educação, Ciência E Tecnologia De Mato Grosso. Natal, 2009.

SANTOS, A. L. P. **A Relação Entre Atividade Física E A Qualidade De Vida**. Tese apresentada à Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Educação Física, pág. 189, São Paulo. 2009.

SASSAKI, R.K. **Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SASSAKI, R.K. **Como chamar as pessoas que têm deficiência**. Rio de Janeiro: WVA, 2003.

SCHERER, R. L. e LOPES, A. S. Atividade Física Habitual Em Adultos Com Deficiência Visual: Uma Revisão Sistemática. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 16, n. 1, p. 1319, março de 2013.

SCHERER, R. L.; RODRIGUES, L. A. e FERNANDES, L. L. Contribuição Do

Goalball Para A Orientação E Mobilidade Sob A Percepção Dos Atletas De Goalball. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 115, set./dez. 2011.

SCHERER, R. L. **Qualidade De Vida De Adultos Com Deficiência Visual Da Grande Florianópolis**. Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina. Ano 2012.

SCHMIDT, R. A. **Aprendizagem e performance motora – dos princípios à prática**. São Paulo: Movimento, 1993.

SILVA, M. N. **Fatores que motivam o deficiente visual à prática de atividades e/ou exercícios físicos**. Centro Universitário Celso Lisboa. Ano 2008.

SILVA, G. C. P.; SILVA, I. F.; PEREIRA, V. R. O esporte como meio de desenvolvimento psicomotor de pessoas com deficiência visual. **Arquivos de Ciências da Saúde Unipar**. v.4, n. 2, maio/agosto. 2000.

SLAVO, N.J., DALMORO, G., Hipoplasia do nervo óptico. **Revista Brasileira de Oftalmologia**. São Paulo, 1998.

SMITH, D. D. Introdução a Educação Especial: **Ensinar em tempos de inclusão**. 5ª ed. Porto Alegre, RS. Editora Artmed, 2008.

SOARES, C. L., *et al.* **Metodologia do ensino de educação física**. São Paulo: Cortez, 1992.

SOBRINHO, A. S. O esporte adaptado e paraolímpico como direito da criança e do adolescente. In: CONDE, A. J. M. **Manual de Orientação para os professores de Educação Física: Introdução**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006, p.24-48.

VAYER, P.; RONCIN, C. **Integração da criança deficiente na classe**. São Paulo: Manole, 1989.

VYGOTSKY, L. S. **A Formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

VYGOTSKY, L. S. **Psicologia pedagógica**. 2 ed. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

WINNICK, J. P. **Educação Física e esportes adaptados**. 3º ed. Trad. Fernando Augusto Lopes. Barueri: Ed. Manole, 2004.

ZANINI, B. **A importância da estimulação essencial do deficiente visual e o**

papel da família neste processo. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências de Baurú, 2007.

ZANINI, B. **Educação Inclusiva e o papel do professor especialista.** Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências de Baurú, 2007.

ZUCHETTO, A. T. **A trajetória de Laila no AMA, Histórias entrelaçadas.** Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP, 2008.

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA

Apêndice I - Autorização solicitada às instituições



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE SANTA CATARINA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Comitê de Ética

Ao diretor da Instituição ACIC – Associação Catarinense de Integração do Cego

A instituição Associação Catarinense de Integração do Cego, representado por Mariutela Bianchi, autoriza a aluna **Christine Buss Werlich**, a realizar seu Trabalho de Conclusão de Curso pelo Programa de Graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina, intitulado "A influência da atividade motora adaptada no desenvolvimento de crianças com deficiência visual", com os alunos de 0 a 10 anos da Associação Catarinense de Integração do Cego, sob orientação do professor Ms. Roger Scherer e da professora Dra. Angela Zuchetto.

Florianópolis, 06 de abril de 2015.

Assinatura manuscrita em tinta preta, sobre uma linha horizontal.

Assinatura do responsável

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA NA ACIC

Entrevistado (a):

Entrevistador (a): Christine Buss Werlich

Local/Data:.....

1. Nome: _____ Idade: _____

Data de nascimento: ___/___/___

2. Endereço: _____ N.º _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Fone: _____

3. Idade da Mãe quando o filho em questão nasceu: _____

N.º de pessoas na família: _____

4. Deficiência: _____ Síndrome: _____

5. A mãe teve alguma complicação no parto? _____ Qual? _____

6. A criança passou por cirurgias? _____ Qual? _____

7. A criança tem alguma alergia? _____ Qual? _____

8. A criança tem ou teve alguma doença? _____ Qual? _____

9. A criança toma algum remédio? _____ Qual? _____

10. Atividade da Mãe: _____ Grau de instrução: _____

11. Atividade do Pai: _____ Grau de instrução: _____

12. Renda familiar:

() até 5 salários mínimos () de 11 à 20 salários mínimos

() de 6 à 10 salários mínimos () de 21 à 30 salários mínimos

() 31 salários mínimos ou mais

13. Eventos familiares (Quantas horas por dia estão com seu filho em casa).

Pessoas	Dia útil	Sábado	Domingo
Pai			
Mãe			
Irmãos			
Avós			
Tios			
Amigos			
Não familiar			

14. Ordem de nascimento na família:

Ordem	Nome	Ano de nascimento	Sexo	Idade da mãe
1º filho				
2º filho				

15. De acordo com o desenvolvimento neuro-psico-motor, (incluindo linguagem expressiva e receptiva) com que idade a criança engatinhou, falou e andou?

16. Frequentou alguma instituição que realizava estimulação precoce:

Duração: _____ Onde: _____

17. Educação: _____

18. _____ Trabalha? _____ Onde? _____ Com que? _____

19. Atividades de Vida Diária (AVD):

(1) Sim (2) Não

() higiene pessoal

() controle de esfíncteres

() alimentar-se sozinho

() vestir-se parcialmente sozinho

() vestir-se totalmente sozinho

() tomar medicação

() ler

() sai de casa sozinho

() caminha

() pega ônibus sozinho

() faz compras

20. Participa de outra atividade, além da ACIC? _____ Qual (is)? _____

Onde? _____ Quantas vezes por semana?

21. Atividades que gosta de fazer fora Da ACIC: (numerar em ordem de preferência)

22. Quais os programas seu filho mais assiste na televisão?

() desenhos animados () propagandas () filmes

() seriados () telenovelas () programas infantis () documentário () Outros

23. Quais esportes gosta de praticar?

Quais pratica? _____

24. Indique os lugares que seu filho frequenta nas suas atividades de tempo livre, bem como o número de horas com que o faz, quem o acompanha e se acontece em dias úteis, no final de semana ou em ambos.

Locais de atividades	Dia útil	Fim de semana	Companhia (nomear)	Número de horas/dia
Parque infantil				
Praça pública				
Rua				
Clube				
Teatro				
Cinema				
Praia				
Casa dos parentes				
Outros				

25. Ordene pelo número de horas as atividades esportivas e artísticas que seu filho (a) realiza semanalmente, fora da escola, instituições, e da ACIC.

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

<p>26. Indique se o seu filho (a) participa regularmente sob orientação de alguém, em alguma das seguintes atividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> escotismo 2. <input type="checkbox"/> idas a eventos e cinema. 3. <input type="checkbox"/> catequese 4. <input type="checkbox"/> outras atividades 5. <input type="checkbox"/> passear 6. <input type="checkbox"/> visita a exposições 	<ol style="list-style-type: none"> 7. <input type="checkbox"/> aprender informática 8. <input type="checkbox"/> visitação a museus 9. <input type="checkbox"/> espetáculos esportivos 10. <input type="checkbox"/> outros espetáculos 11. <input type="checkbox"/> mais de uma atividade 12. <input type="checkbox"/> todas as atividades
--	---

27. Indique quais os motivos que levam seu filho a praticar atividade física, ou a entrar na ACIC e quais as evoluções e comportamentos percebidos por você após a entrada na ACIC?

28. Os amigos com que seu filho brinca, além dos irmãos são principalmente:

1. do mesmo sexo
2. do sexo oposto
3. variam
4. nenhum

29. Esses amigos são geralmente:

1. mais novos

2.() da mesma idade

3.() mais velhos

4.() variam

5.() nenhum

30. Indique os brinquedos, materiais e ou objetos que seu filho utiliza mais durante suas atividades de tempo livre.

1. _____

2. _____

3. _____

31. A família tem por hábito praticar atividades esportivas

Família	Nenhum	Esporádico (sem regularidad e)	Regular (2 a 3 x semana)	Diário Dias úteis

32. Indique qual tempo, meio de transporte e quem o acompanha no caminho casa-escola ACIC-casa, outros.

Distância Local	Tempo de percurso		Meio de transporte		Quem transporta	Quem acompanha
	Ida	volta	ida	volta		

33. Quais são as principais dificuldades encontradas na rotina?

34. Recebe algum benefício de apoio ou LOAS?

35- Como a equipe de professores/psicólogos/pedagogos trabalha com as crianças com deficiência visual?

Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de graduação com o título “A influência da atividade motora adaptada no desenvolvimento de crianças com deficiência visual”. A pesquisa tem como objetivo principal analisar os benefícios das aulas de educação física, bem como os atendimentos interdisciplinares dos professores, psicólogos e demais equipe da ACIC. Apresenta, também, como objetivos específicos: 1) identificar os comportamentos e atitudes das crianças com deficiência visual antes e depois de iniciarem seu atendimento na ACIC; 2) descrever as evoluções no desenvolvimento e aprendizagem das crianças atendidas; 3) analisar a participação e a interação das crianças envolvidas na ACIC e nas aulas; 4) conhecer as dificuldades e limitações encontradas na rotina diária; 5) De posse dessas informações, torna-se possível ampliar o estudo na área, tendo como base referencial alguns exemplos de estudos e pesquisas com adultos com deficiência visual, com os relatos do que foi benéfico para garantir sua autonomia e melhores condições de vida com acessibilidade.

Sua participação implicará em resposta ao trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica de Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, Christine Buss Werlich. Além da referida escala, você poderá ser convidado(a), em momento posterior, para realizar uma entrevista, com duração prevista de trinta minutos, com intuito de conhecer sua trajetória e as experiências por você vivenciadas que mais contribuíram para o envolvimento familiar ou profissional com crianças com deficiência visual. A entrevista será realizada individualmente, em um espaço reservado, na própria ACIC, em dia e horário de sua preferência. Você não terá nenhum gasto, nem receberá compensação financeira, e todos os materiais necessários à coleta de dados serão providenciados pela acadêmica. Para minimizar algum risco relacionado à sua participação na investigação, ressaltamos que sua identidade, assim como suas respostas, serão utilizadas apenas entre os pesquisadores.

Os benefícios e vantagens em participar dessa pesquisa incluem: contribuir para o desenvolvimento de estudos sobre o tema, que é pouco explorado na literatura; estimular a realização de novas pesquisas que auxiliem a entender aspectos que envolvem o desenvolvimento e aprendizagem de crianças com deficiência visual. Por fim, recordamos que você pode entrar em contato conosco por

e-mail, em qualquer etapa do estudo, seja qual for sua necessidade. Agradecemos, desde já, sua colaboração e participação, e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Declarando o cumprimento de todas as informações aqui descritas, solicitamos a sua autorização para a realização da pesquisa e para a utilização das informações obtidas para a produção de artigos científicos, mantendo sua privacidade por meio da não identificação do seu nome. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em posse do pesquisador principal e outra com o(a) senhor(a).

NOME DA ORIENTADORA PARA CONTATO: Angela Zuchetto
(angela.zuchetto@ufsc.br)

ASSINATURA

NOME DA ACADÊMICA PARA CONTATO:
Christine Werlich (christine_floripa@hotmail.com)

ASSINATURA

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos do trabalho de conclusão de curso “A influência da atividade motora adaptada no desenvolvimento de crianças com deficiência visual” e que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto. Eu compreendo que neste estudo contribuirei para a entrevista/questionário e que o mesmo pode vir a ser publicado futuramente em outras fontes tendo meu nome preservado.

Nome completo por extenso:

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ___/___/___

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa/ aluno/filho para fins do trabalho de conclusão de curso mencionado e concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada por nome em qualquer uma das vias de publicação ou uso. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

Nome _____ completo _____ por _____ extenso:

Assinatura: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

ANEXO

ANEXO 1 - A INTERAÇÃO SOCIAL COM A PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL (HELLEN KELLER – 1987)

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS DE ALUNOS CEGOS E DE ALUNOS COM BAIXA VISÃO

Ministério da Educação – MEC

A visão é o mais importante canal de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior. A cegueira sensorial foi sempre tratada, através dos séculos, com medo, superstição e ignorância. Na Idade Média, chegava-se a considerar a cegueira como um castigo dos céus.

Hellen Keller abriu os olhos do mundo para a imensa capacidade e disponibilidade que o deficiente visual tem de ser útil à sociedade e interagir com o meio. Cabe à sociedade cooperar e dar oportunidade para que esses indivíduos, que têm limitação em seu relacionamento com o mundo, possam desenvolver e usufruir toda a sua capacidade física e mental.

Pretendemos, com estas informações, esclarecer aos educadores, aos familiares e à sociedade em geral alguns tópicos sobre deficiência visual, suas capacidades e limitações, ampliando nossos horizontes no relacionamento humano.

Considerações Gerais

- Não se refira à cegueira como um infortúnio. Ela pode ser assim encarada logo após a perda da visão, mas a orientação adequada, a educação especial, a reabilitação e a profissionalização conseguem minimizar os seus efeitos.
- A cegueira não é contagiosa, razão pela qual cumprimente seu vizinho, conhecido ou amigo cego, identificando-se, pois ele não o enxerga.

- A cegueira não restringe o relacionamento com as pessoas nem com o meio ambiente, desde que as pessoas com as quais o cego conviva não lhe omitam ou encubram fatos e acontecimentos, o que lhe trará muita insegurança ao constatar que foi enganado.
- O cego não enxerga a expressão fisionômica e os gestos das pessoas. Por este motivo fale sobre seus sentimentos e emoções, para que haja um bom relacionamento.
- Não trate a pessoa como um ser diferente porque ela não pode enxergar. Saiba que ela está sempre interessada nos acontecimentos, nas notícias, nas novidades, na vida.
- O cego não tem a visão das imagens que se sucedem na TV, no cinema, no teatro. Quando ele perguntar, descreva a cena, a ação e não os ruídos e diálogos pois estes ele escuta muito bem.
- O cego organiza seu dinheiro com o auxílio de alguém de sua confiança, que enxerga.
- Aqueles que aproximam o dinheiro do rosto para identificá-lo são pessoas com baixa visão.
- Não generalize aspectos positivos ou negativos de uma pessoa cega que você conheça, estendendo-os a outros cegos. Não se esqueça de que a natureza dotou a todos os seres de diferenças individuais mais ou menos acentuadas. O que os cegos têm em comum é a cegueira, porque cada um tem sua própria maneira de ser.
- Procure não limitar as pessoas cegas mais do que a própria cegueira o faz, impedindo-as de realizar o que elas sabem, e devem fazer sozinhas.
- Ao se dirigir a uma pessoa cega chame-a pelo seu nome. Chamá-la de cego ou ceguinho é desrespeitoso.
- A pessoa cega não necessita de piedade e sim de compreensão, oportunidade, valorização e respeito como qualquer pessoa. Mostrar-lhe exagerada solidariedade não a ajuda em nada.
- Não fale com a pessoa cega como se ela fosse surda. Ao procurar saber o que ela

deseja, pergunte a ela e não a seu acompanhante.

- O cego tem condições de consultar o relógio (adaptado), discar o telefone ou assinar o nome, não havendo motivo para que se exclame “maravilhoso”, “extraordinário”.
- A pessoa cega não dispõe de “sexto sentido”, nem de “compensação da natureza”. Isto são conceitos errôneos. O que há na pessoa cega é simples desenvolvimento de recursos latentes que existe em todas as pessoas.
- Conversando sobre a cegueira com quem não vê, use a palavra cego, sem rodeios.
- Ao ajudar a pessoa cega a sentar-se, basta apoiar a mão no braço da cadeira, que isto indicará sua posição, sem necessidade de segurá-lo pelos braços ou rodar com ele ou puxá-lo para a cadeira.
- Cuide para não deixar nada no caminho por onde uma pessoa cega costuma passar.
- Ao entrar no recinto ou dele sair, onde haja uma pessoa cega, fale para anunciar sua presença e identifique-se.
- Quando estiver conversando com uma pessoa cega, necessitando afastar-se, comunique-o. Com isso você evitará a desagradável situação de deixá-la falando sozinha, chamando a atenção dos outros sobre si.
- Ao encontrar-se com uma pessoa cega, ou despedir-se dela, aperte-lhe a mão. O aperto de mão cordial substitui para ela o sorriso amável.
- Ao encontrar um cego que você conhece, vá logo dizendo-lhe quem é, cumprimentando-o. Colocações como “Sabe quem sou eu?”... “Veja se adivinha quem está aqui...” “Não vá dizer que não está me conhecendo...” Só o faça se tiver realmente muita intimidade com ele.
- Apresente seu visitante cego a todas as pessoas presentes. Assim procedendo você facilitará a integração dele ao grupo.
- Ao notar qualquer incorreção no vestuário de uma pessoa cega comunique-o.
- Muitos cegos têm o hábito de ligar a luz, em casa ou no escritório. Isso lhe permite acender a luz para os outros e, não raro, ela própria prefere trabalhar com luz. Os que enxergam pouco (baixa visão) beneficiam-se com o uso da luz.
- Ao dirigir-se ao cego para orientá-lo quanto ao ambiente, diga-lhe: a sua direita, a

sua esquerda, para trás, para frente para cima ou para baixo. Termos como aqui ou ali não lhe servem de referência.

- Encaminhe bebês, crianças, adolescentes ou adultos com deficiência visual, que não receberam atendimento especializado aos serviços de Educação Especial.
- O uso de óculos escuro para os cegos tem duas finalidades: de proteção do globo ocular e estética quando ele próprio preferir.

Na Residência

- Mudanças de móveis constantes prejudicam a orientação e locomoção do cego. Ao necessitar fazê-lo, comunique-o para que ele se reorganize.
- Pequenos cuidados facilitarão a vida do deficiente visual. Assim, as portas deverão ficar fechadas ou totalmente abertas. Portas entreabertas favorecem que o mesmo se bata. Portinhas de armários aéreos bem como gavetas deverão estar sempre fechadas; cadeiras fora do lugar e pisos engordurados e escorregadios são perigosos.
- Os objetos de uso comum deverão ficar sempre no mesmo lugar, evitando assim cada vez que o cego necessite de um objeto, (tesoura, pente, lixeira, etc.), tenha que perguntar onde se encontram.
- Os objetos pessoais do cego devem ser mantidos onde ele os colocou, pois assim saberá encontrá-los.
- O cego tem condições de usar garfo e faca, bem como pratos raso, podendo sozinho cortar a carne em seu prato, firmando a carne com o garfo e situando, com a faca, o tamanho da carne e o pedaço a ser cortado.
- Pequenas marcações em objetos de utilização do cego poderão ajudá-lo a identificar, por exemplo, sua escova de dentes, sua toalha de banho, as cores das latinhas de pasta de sapatos, cor de roupas, as latas de mantimentos. Estas poderão ser feitas em braile, com esparadrapo, botão, cordão, pontos de costura ou outros.
- Mostre a seu hóspede cego as principais dependências de sua casa, a fim de que ele aprenda detalhes significativos e a posição relativa dos cômodos, podendo, assim, locomover-se sozinho. Para realizar esta tarefa, devemos colocar o cego de costas para a porta de entrada e dali, com auxílio, ele mesmo fará o reconhecimento à direita à esquerda, como é cada peça e qual é a distribuição dos móveis.

Na Rua

- Ao encontrar uma pessoa cega na rua, pergunte se ela necessita de ajuda, tal como: atravessar a rua, apanhar táxi ou ônibus, localizar e entrar em uma loja, etc.
- Ofereça auxílio à pessoa cega que esteja querendo atravessar a rua ou tomar condução. Embora seu oferecimento possa ser recusado por algumas delas, esteja certo de que a maioria lhe agradecerá o gesto.
- O pedestre cego é muito mais observador. Ele tem meios e modos de saber onde está e para onde vai, sem precisar estar contando os passos. Antes de sair de casa ele faz o que toda pessoa deveria fazer: procura saber bem o caminho a seguir para chegar a seu destino. Na primeira caminhada poderá errar um pouco, mas depois raramente se enganará. Saliências, depressões, quaisquer ruídos e odores característicos, tudo ele observa para sua boa orientação. Nada é sobrenatural.
- Ao guiar a pessoa cega basta deixá-la segurar seu braço que o movimento de seu corpo lhe dará a orientação de que ela precisa. Nas passagens estreitas, tome a frente e deixe-a segui-lo, com a mão em seu ombro. Nos ônibus e escadas basta colocar a mão dele no corrimão.
- Para indicar a entrada em um carro faça a pessoa cega tocar com a mão na porta aberta do carro e com a outra mão no batente superior da porta.
- Ao bater a porta do automóvel, onde haja uma pessoa cega, certifique-se primeiro de que não vai prender-lhe os dedos. Estes são sua maior riqueza.
- Se você encontrar uma pessoa cega tentando fazer compras sozinha em uma loja ou supermercado, ofereça auxílio. Para ela é muito difícil saber a exata localização dos produtos, assim como escolher marcas e preços.
- Não “siga” a pessoa com deficiência visual, pois ele poderá perceber sua presença, perturbando-se e desorientando-se. Oriente sempre que for necessário.
- O deficiente visual, geralmente, sabe onde é o terminal de seu ônibus. Quando perguntar por determinada linha é para certificar-se. Em um ponto de ônibus onde passam várias linhas o deficiente visual necessita de seu auxílio para identificar o ônibus que deseja apanhar. Se passar seu ônibus, o deficiente visual o identificará pelo ruído do motor, abertura de portas, movimento de pessoas subindo e descendo, necessitando sua ajuda apenas para localizar a porta. Em trajetos retos, sem mudança do solo, o cego não pode adivinhar o ponto onde irá descer e precisará de sua colaboração. Em trajetos sinuosos ou que modificam o solo ele faz seu

esquema mental e desce em seu ponto, sem precisar de auxílio. Quando você for descer de um ônibus e perceber que uma pessoa cega vai descer no mesmo ponto ofereça sua ajuda. Ela necessitará de sua ajuda para atravessar a rua ou informações sobre algum ponto de referência.

- Ajude a pessoa cega que pretende subir em um ônibus colocando sua mão na alça externa vertical e ela subirá sozinha, sem necessidade de ser empurrada ou levantada.
- Dentro do ônibus não obrigue a sentar-se, deixando à sua escolha. Apenas informe-o onde há lugar colocando sua mão no assento ou no encosto caso ele deseje sentar-se.
- Constituem grande perigo para os deficientes visuais os obstáculos existentes nas calçadas tais como lixeiras, carros, motos, andaimes, venezianas abertas para fora, jardineiras, árvores cujos troncos atravessam a calçada, tampas de esgotos abertas, buracos, escadas, andaimes, etc.

No Trabalho

- Em função adequada e compatível, o deficiente visual produzirá igual ou mais que as pessoas de visão normal, pois seu potencial de concentração é mais bem utilizado.
- Ao ingressar na empresa o deficiente visual, como qualquer outro funcionário deve ser apresentado a todos os demais colegas, chefias e ser orientado quanto à área física (distribuição das salas, máquinas, sanitário, refeitório, outros).
- Todo o cidadão tem direitos e deveres iguais frente à sociedade. Dessa forma o deficiente visual deve desempenhar, na íntegra, seu papel enquanto trabalhador cumprindo seus deveres, quanto à pontualidade, assiduidade, responsabilidade, relações humanas.

Na Escola

- Criança com olhos irritados que esfrega as mãos neles, aproxima muito para ler ou escrever, manifesta dores de cabeça, tonturas, sensibilidade excessiva à luz, visão confusa, deve ser encaminhada a um oftalmologista.
- Todo deficiente visual, por amparo legal, pode frequentar escola da rede regular de

ensino (público ou particular).

- Se a criança enxerga pouco deverá estar na primeira fila, no meio da sala ou com distância suficiente para ler o que está escrito no quadro.
- Trate a criança deficiente visual normalmente, sem demonstrar sentimentos de rejeição, subestimação ou superproteção.
- Todos podem participar de aulas de Educação Física e Educação Artística. Use o próprio corpo do deficiente visual para orientá-lo.