

SINTOMAS DE INTERNALIZAÇÃO E EXTERNALIZAÇÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA VISUAL

INTERNALIZING AND EXTERNALIZING SYMPTOMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH VISUAL IMPAIRMENT

Resumo

Objetivo: Estudar sintomas emocionais (internalização e externalização) em 12 crianças e adolescentes com deficiência visual.

Método: Foram pesquisados 12 sujeitos com idade entre 6 e 18 anos, de ambos os sexos, diagnosticados com cegueira total ou visão subnormal (grupo de pesquisa), de acordo com dados fornecidos pela instituição em que as crianças eram assistidas e os relatos dos pais ou responsáveis. Também foram pesquisadas 10 crianças com visão normal (grupo controle), com a mesma faixa etária e também de ambos os sexos. Para as avaliações, foram usados o Critério de Classificação Econômica Brasil, o Child Behavior Checklist (CBCL) e a entrevista introdutória do instrumento Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version 1, preenchidos com base nos relatos fornecidos. As análises estatísticas foram feitas através do teste do qui-quadrado, teste de Mann-Whitney e índice de correlação de Pearson. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

Resultados: Foi encontrada maior incidência de sintomas internalizantes no grupo de pesquisa. Com relação ao grupo controle, foram verificados problemas com regras, ou seja, esse grupo apresentava o padrão clínico dos sintomas de externalização no quesito quebra de regras.

Conclusão: Sintomas de internalização foram mais frequentes no grupo de crianças com deficiência visual.

Palavras-chave: Distúrbios de conduta, distúrbios visuais, transtornos fóbico-ansiosos, episódios depressivos.

Abstract

Objective: To study emotional (internalizing and externalizing symptoms) in 12 visually impaired children and adolescents.

Methods: Twelve subjects aged 6 to 18 years, of both sexes, diagnosed with total blindness or low vision (research group), were investigated according to data provided by both the institution where the children were assisted and their parents or guardians. Another 10 children with normal vision (control group), also of both sexes and in the same age range, were also assessed. Evaluations were conducted using the Brazilian Criteria of Economic Classification, the Child Behavior Checklist (CBCL), and the introductory interview of the Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version 1 scale, filled based on the information provided. Statistical analyses were performed using the chi-square test, Mann-Whitney's test, and Pearson's correlation coefficient. Significance was set at 5%.

Results: A higher incidence of internalizing symptoms was found in the research group. The control group, in turn, showed problems with rules, i.e., this group presented clinical levels of externalizing symptoms with regard to rule-breaking behaviors.

Conclusion: Internalizing symptoms were more frequent in the group of children with visual impairment.

Keywords: Conduct disorders, visual disorders, phobic-anxiety disorders, depressive episodes.

INTRODUÇÃO

Deficiência visual

Deficiência visual é um dano do sistema visual em sua totalidade ou parcialidade, com variação no que

¹ Psicóloga, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP. ² Terapeuta comportamental, UNICAMP, Campinas, SP. ³ Psiquiatra, UNICAMP, Campinas, SP.

diz respeito às suas causas (traumatismo, doença, malformação, nutrição deficiente) e/ou natureza (congenita, adquirida, hereditária). Pode acarretar redução ou perda de capacidade para realizar tarefas visuais. Pode-se considerar como cega aquela pessoa que não possui potencial visual, embora possa haver, em algumas ocasiões, uma percepção de luminosidade¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que, anualmente, cerca de 500.000 crianças ficam cegas no mundo. Em 1992, a OMS estimava em 1,5 milhão o número de cegos menores de 16 anos no mundo, 90% dos quais viviam em países em desenvolvimento². Atualmente, ainda segundo a OMS, 70 a 80% das crianças diagnosticadas com cegueira possuem alguma visão útil.

A prevalência de cegueira infantil em países em desenvolvimento é de 1,0 a 1,5 a cada 1.000 crianças, e a prevalência de baixa visão é três vezes maior³. Estudos populacionais discutidos por Brito & Veitzman⁴ indicam baixa prevalência de cegueira infantil, de 0,2 a 0,3 por 1.000 crianças, em países desenvolvidos, e de 1,0 a 1,5 por 1.000 crianças em países em desenvolvimento^{3,4}. Somado a isso, em um estudo de base populacional sobre a prevalência de deficiências, entre os tipos de deficiências referidas, as visuais foram as mais prevalentes (62%)⁵.

O conceito de cegueira inclui indivíduos com visão subnormal, definida como um comprometimento do funcionamento visual mesmo após tratamento e/ou correção de erros refracionais comuns, permanecendo uma acuidade visual inferior a 20/60 (6/18, 0.3), até aqueles que apresentam percepção de luz ou campo visual inferior a 10 graus do seu ponto de fixação, mas que utilizam ou são potencialmente capazes de utilizar a visão para planejamento e execução de uma tarefa⁵.

Existe hoje uma carência de publicações que mostrem quais as doenças mais prevalentes que determinam perda visual em nosso meio. Entre os diversos motivos que explicam essa realidade está a dificuldade de se obter um diagnóstico preciso de alguns pacientes que apresentam alterações em várias estruturas oculares e história clínica confusa².

Sintomas de internalização

Os sintomas de internalização são aqueles conceituados e analisados através do Child Behavior Checklist (CBCL).

Incluem ansiedade, depressão, retraimento, problemas de somatização, sociais, de pensamento e atenção.

A Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID-10)⁶, define episódio depressivo como um sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Pode haver perturbação do sono, cansaço e fadiga mesmo sem esforço físico, além de diminuição na eficiência para realizar tarefas. Em crianças, pode haver queda no rendimento escolar.

Já os sintomas de ansiedade representam uma das formas mais comuns de sofrimento, podendo ocasionar prejuízos no funcionamento familiar, social e escolar. Sua manifestação nem sempre é passageira. Crianças e adolescentes ansiosos tendem a exibir preocupação excessiva com sua competência ou com a qualidade de seu desempenho. Esses sintomas podem persistir na adolescência e na vida adulta se não forem tratados⁷.

A avaliação prévia da ansiedade é de grande importância, pois a identificação precoce dos sintomas pode prevenir sofrimentos através da intervenção clínica. Crianças clinicamente ansiosas precisam ser diagnosticadas cedo e encaminhadas para o tratamento adequado, para que, assim, os sintomas não persistam na adolescência e na vida adulta⁸.

Outro sintoma compreendido aqui é a somatização. Normalmente ela ocorre quando algo da estrutura psicológica se manifesta de forma física, envolvendo diversos órgãos e sistemas, acarretando, por exemplo, dores no peito, falta de ar, cólicas abdominais, náuseas ou diarreia⁶.

Ainda em caráter de definição, o retraimento social, uma forma de se introverter, isolar-se e retrair-se, traz grande impacto negativo na vida da criança, especialmente naquelas com deficiência visual. O retraimento social pode causar atraso no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, uma vez que este se dá a partir da exploração do meio e da motivação para tal⁹.

Da mesma forma, crianças com deficiência visual podem apresentar problemas em seu desenvolvimento tátil-cinestésico, aptidão que permite manter a atenção para perceber semelhanças e diferenças em objetos e poder reconhecê-los. O prejuízo pode se estender e afetar a atenção, manutenção da concentração e

seletividade de estímulos, além da formulação de pensamentos e planejamento. Sendo assim, crianças com deficiência visual possivelmente têm maiores chances de apresentar retraimento social e outros problemas, em diversas áreas¹⁰.

Já com relação aos problemas de pensamento, eles podem ocorrer concomitantemente ao desenvolvimento prejudicado. As crianças podem apresentar dificuldades em se concentrar, até por baixa motivação ou devido a problemas de pensamentos recorrentes (obsessões)⁹.

Sintomas de externalização

Os sintomas externalizantes também são compreendidos e conceituados através do CBCL, mas se referem a quebra de regras e agressividade.

De acordo com a CID-10⁶, sinais de impulsividade ou agressividade generalizada podem estar presentes entre os episódios explosivos, que são definidos pelo fracasso em resistir a impulsos agressivos, acarretando sérios atos agressivos ou destruição material.

A agressividade impulsiva é caracterizada por instabilidade afetiva (descontrole das emoções) e gera comportamentos de risco, principalmente com manifestações de violência⁶. Os episódios agressivos não são decorrentes de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral. O indivíduo pode descrever os episódios agressivos como “surto” ou “ataques” nos quais o comportamento explosivo é precedido por um sentimento de tensão ou excitação, sendo imediatamente seguido por uma sensação de alívio⁶.

Em crianças, são comuns problemas em seguir regras, seja em um ambiente protegido, como em suas casas, ou na sociedade. Essas crianças tendem a não seguir o que lhes é imposto, quebrando qualquer tipo de regra ou rotina já estabelecida. Pode-se dizer que são crianças inflexíveis e desafiadoras⁶.

Cegueira e os sintomas internalizantes e externalizantes

Em uma situação excepcional, a ausência ou diminuição significativa da capacidade visual exige da pessoa a utilização de outros meios para estabelecer relações com as pessoas e os objetos do mundo que a rodeia¹¹. No entanto, a deficiência visual na infância traz

à tona os mesmos comportamentos observados em crianças com visão normal, incluindo agressividade e o cumprimento ou não de regras. Tais comportamentos devem ser sanados da melhor forma possível, e justificativas de que a criança é deficiente não devem ser usadas. Toda criança necessita de limites, regras e correção⁹.

Por outro lado, a cegueira representa a perda de um instrumento importante para se realizar o que se deseja. Assim, estados emocionais ansiosos e depressivos são comuns em indivíduos que tiveram perda total de visão^{11,12}. A literatura aponta que crianças com diagnóstico de deficiência visual e outras deficiências associadas estão em risco de desenvolvimento¹³.

Vários estudos apresentam uma ampla preocupação com relação ao acesso e à prática da cidadania plena por todas as pessoas, visando seu bem-estar e autonomia, especialmente aquelas com algum tipo de deficiência. Estudos apontam para um maior temor associado à cegueira quando comparada com outras deficiências¹².

Em suma, ao se [re?]conhecer as potencialidades dos sintomas internalizantes e externalizantes e relacioná-los com a criança deficiente visual, percebe-se uma reestruturação psíquica do indivíduo, influenciando sua personalidade, o que pode acarretar o surgimento dos comportamentos supracitados. Desse modo, pode-se considerar que a deficiência visual não atinge somente os comportamentos, e sim muda a estrutura psicológica dos pacientes.

O objetivo deste estudo foi estudar sintomas emocionais (internalização e externalização) em 12 crianças e adolescentes com deficiência visual.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa descritiva, de caráter quantitativo, com corte transversal.

Participantes

O grupo de pesquisa foi composto por 12 crianças e adolescentes com idade entre 6 e 18 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico de deficiência visual confirmado pela instituição especializada em reabilitação visual em que eram assistidos na cidade de Campinas (SP)

e também pelos relatos dos pais ou responsáveis que foram entrevistados. A escolha dessa faixa etária se deve aos limites impostos pelos questionários usados. Crianças com relatos de problemas de nível intelectual, quadros epiléticos ou que utilizavam medicamentos psiquiátricos foram excluídas da pesquisa. Os pais ou responsáveis foram informados dos objetivos do estudo e assinaram termo de concordância para a realização da coleta dos dados.

O grupo controle foi composto de crianças e adolescentes na mesma faixa etária e sem diagnóstico de deficiência visual, e que também se enquadrassem nos critérios supracitados. Essas crianças foram selecionadas aleatoriamente em ambientes semelhantes àqueles das crianças assistidas, incluindo, por exemplo, seus irmãos, vizinhos, amigos, colegas e primos.

Instrumentos

Foram utilizados o questionário do Critério de Classificação Econômica Brasil, o CBCL/4-18 e a entrevista introdutória do Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version 1 (K-SADS-PL).

O Critério de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), é um instrumento de segmentação econômica que utiliza características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população¹⁴.

O CBCL/4-18 é um questionário composto de 138 itens, aplicado a pais/mães ou cuidadores para que forneçam respostas referentes aos aspectos sociais e comportamentais das crianças. Do total de itens, 20 são destinados à avaliação da competência social da criança e 118 à avaliação de seus problemas de comportamento¹⁵⁻¹⁷.

Finalmente, o K-SADS-PL é uma entrevista diagnóstica semiestruturada usada para avaliar episódios atuais e passados de patologias e psicopatologias em crianças e adolescentes¹⁸.

Procedimentos

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas

da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (protocolo nº 515.155), a coleta de dados teve início com a leitura, explicação e assinatura do termo de consentimento pelos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes incluídos na amostra.

Em seguida, deu-se início às entrevistas, realizadas pela pesquisadora principal. Neste momento, foram preenchidos todos os questionários necessários para a coleta dos dados, a partir das respostas elucidadas pelos pais ou responsáveis participantes.

Análise estatística

As análises estatísticas foram feitas utilizando o teste do qui-quadrado para avaliar variáveis ligadas à idade. A análise de variância de Mann-Whitney foi utilizada para verificar diferenças de sexo e nível social (classificação ABEP). Foi possível testar mais de um efeito com um único modelo. Finalmente, o índice de correlação de Pearson foi utilizado para verificar possíveis correlações entre as variáveis numéricas. O nível de significância foi estabelecido em 5% para todas as análises.

RESULTADOS

Foram entrevistados 12 pais de crianças e adolescentes com diagnóstico confirmado de deficiência visual (grupo de pesquisa) e 10 pais de crianças e adolescentes sem deficiência visual (grupo controle). A amostra total incluiu 22 indivíduos.

A média de idade do grupo de pesquisa foi de $9,83 \pm 3,2146$ anos, comparada com $13,8 \pm 3,4897$ anos no grupo controle. A média total de idade foi de $11,63464 \pm 3,8365$ anos, sendo que não houve diferença estatística significativa de idade entre os grupos ($p = 0,14$).

O grupo de pesquisa incluiu cinco crianças do sexo feminino e sete do sexo masculino, versus três e sete, respectivamente; novamente, não houve diferença estatística significativa entre os grupos ($p = 0,571$).

Com relação aos critérios socioeconômicos das famílias entrevistadas, pode-se dizer que o grupo de pesquisa apresentou uma variância maior de classes sociais, enquanto que o grupo controle permaneceu entre as classes B e C (Figura 1). No entanto, novamente os grupos não apresentaram diferença estatística ($p = 0,145$).

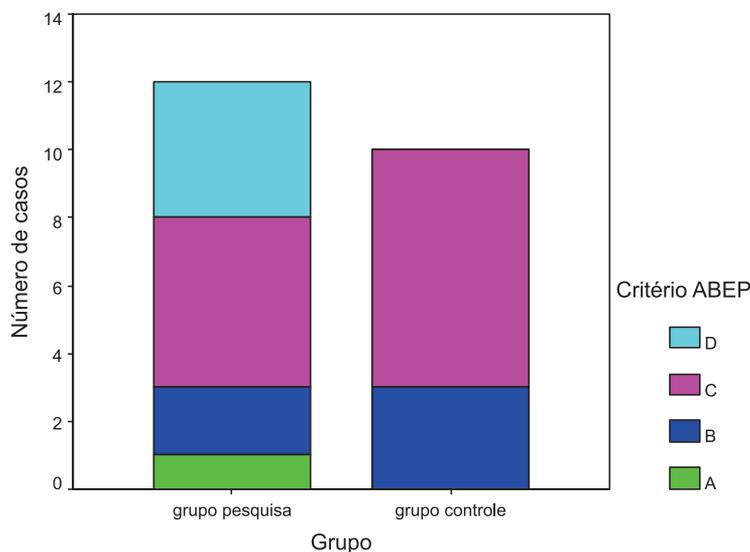


Figura 1 - Classificação da amostra conforme Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, ABEP)

Quando comparados os resultados do questionário CBCL, os sintomas de internalização estiveram muito mais presentes nos deficientes visuais (ansiedade, depressão e retraimento) do que no grupo controle, ao passo que os sintomas externalizantes tiveram presença similar nos dois grupos. A Tabela 1 apresenta os sintomas internalizantes e externalizantes mais frequentemente apontados pelo questionário.

O grupo de pesquisa apresentou maior ocorrência de sintomas de internalização do que o grupo controle (6:1). O mesmo ocorreu com sintomas externalizantes e quando os dois tipos de sintomas foram somados: 4:2 e 6:1, respectivamente. Os subtipos internalizantes (sintomas de ansiedade, depressão, somáticos, problemas sociais, de atenção, agressividade e retraimento) também foram mais frequentes no grupo de pesquisa. Por outro lado, o requisito quebra-regras foi mais frequente no grupo controle (0:1).

Clinicamente, cinco indivíduos do grupo de pesquisa apresentaram sintomas de problemas sociais, seguidos de quatro com problemas somáticos e de atenção, e três com retraimento.

O índice de correlação de Pearson entre idade e sintomas de internalização foi negativo, de -0,312, assim como entre idade e sintomas externalizantes, -0,202. No entanto, quando correlacionados os sintomas de internalização e externalização, o índice foi de 0,552, indicando uma equivalência significativa.

DISCUSSÃO

O conhecimento de sintomas emocionais em crianças com deficiência visual pode oferecer uma justificativa para os tantos problemas enfrentados em seu processo de escolarização. O presente estudo, ao tentar formar uma amostra pareada por idade, sexo e classe social, permitiu que fossem analisadas as respostas dos grupos de pesquisa e controle a fim de elucidar quais são os principais sintomas presentes nessa população.

Nossos resultados revelaram uma maior incidência de sintomas de internalização no grupo de pesquisa do que no grupo controle; o mesmo pôde ser visto com relação aos sintomas de externalização, que apareceram em menor frequência mas também estiveram presentes no grupo de pesquisa.

¹ Psicóloga, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP. ² Terapeuta comportamental, UNICAMP, Campinas, SP. ³ Psiquiatra, UNICAMP, Campinas, SP.

Tabela 1 - Resultados dos sintomas internalizantes e externalizantes

Sintoma/grupo	Sintomas não clínicos (n)	Sintomas clínicos (n)	Total	p
Internalizante				
Pesquisa	6	6	12	
Controle	9	1	10	0,045
Total	15	7	22	
Externalizante				
Pesquisa	8	4	12	
Controle	8	2	10	0,484
Total	16	6	22	
Internalizante versus externalizante				
Pesquisa	6	6	12	
Controle	9	1	10	0,045
Total	15	7	22	
Ansiedade e depressão				
Pesquisa	10	2	12	
Controle	10	0	10	0,176
Total	20	2	22	
Somático				
Pesquisa	8	4	12	
Controle	9	1	10	0,193
Total	17	5	22	
Problemas sociais				
Pesquisa	7	5	12	
Controle	10	0	10	0,02
Total	17	5	22	
Pensamento				
Pesquisa	10	2	12	
Controle	10	0	10	0,176
Total	20	2	22	
Problemas de atenção				
Pesquisa	8	4	12	
Controle	9	1	10	0,193
Total	17	5	22	
Quebra de regras				
Pesquisa	11	0	12	
Controle	9	1	10	0,2893
Total	20	1	21	
Agressividade				
Pesquisa	9	2	11	
Controle	9	1	10	0,593
Total	18	3	22	
Retraimento				
Pesquisa	9	3	12	
Controle	10	0	10	0,089
Total	19	3	22	

MAÍSA NOVAES PORTELLA CHECCHIA
RENATA MICHEL
CÉSAR DE MORAES

França-Freitas & Gil¹² afirmam que a cegueira implica maior vulnerabilidade para ansiedade, adaptação social e depressão – problemas que, quando prolongados, podem levar a um estado de dependência e isolamento social. A pessoa cega se preocupa com seus problemas internos, resultando em baixa tensão aos problemas externos. As limitações de um deficiente visual são muitas, e as várias frustrações vivenciadas acarretam desorganização da personalidade e perda da autoestima.

Crianças com deficiência visual e outros transtornos associados apresentam risco em seu desenvolvimento¹³. A literatura descreve os riscos que podem ser originados de diferentes condições orgânicas, entre as quais se destaca a deficiência visual associada a alterações neurológicas. Pesquisa realizada no Departamento de Estimulação Visual da Fundação Altino Ventura, em Recife¹⁹, revelou que crianças com deficiência visual apresentaram desempenho significativamente inferior ao de crianças do grupo controle na habilidade funcional de autocuidado e mobilidade.

Além disso, a perda visual desencadeia um processo de alteração emocional e psicológica que se caracteriza por desordem de ajustamento e depressão. Essas alterações são acompanhadas por incapacidades para as atividades do dia a dia²⁰, o que pode ser observado também na presente pesquisa, pelo frequente número de crianças e adolescentes com sintomas de internalização e externalização (metade da amostra).

Outro dado importante e que pode justificar os resultados aqui apresentados com relação à frequente internalização das crianças estudadas, até no que diz respeito aos aspectos sociais, retraimento, ansiedade, depressão, entre outros, é o achado de uma pesquisa realizada em 2009 com mais de 18,5 mil alunos, pais, mães, diretores, professores e funcionários de 501 escolas públicas brasileiras. O estudo intitulado “Pesquisa sobre preconceito e discriminação no ambiente escolar”, realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) a pedido do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), divulga números alarmantes. O preconceito mais relatado na pesquisa foi em relação a pessoas com necessidades especiais (96,5%)²¹.

Desse modo, justifica-se que a convivência social, atrelada ao alto nível de preconceito das pessoas para com deficientes, dificulta a inserção destes na sociedade,

no ambiente acadêmico e, futuramente, no ambiente profissional. Por outro lado, quando a presente pesquisa relata que a competência em atividades, nos padrões clínicos, está associada ao grupo controle, levando a crer que o grupo de pesquisa realiza menos atividades, isso não significa que os deficientes visuais sejam mais sociáveis, pois as atividades frequentadas por eles muitas vezes são oferecidas dentro de instituições específicas, em verdade diminuindo sua permanência e integração na sociedade.

Estudo americano no qual foram usados dados completos de 12.987 participantes adultos (2000 Medical Expenditure Panel Survey, MEPS) revelou o impacto adverso que a cegueira causa sobre o bem-estar mental do paciente. Os pesquisadores sugerem que seja prioridade da saúde pública a realização de diagnósticos mais precisos e o tratamento da depressão – e outras condições de saúde mental – em pessoas que vivem com deficiência visual^{22,23}.

É sabido que indivíduos com perda visual passam por processo de depressão concomitantemente à ansiedade, requerendo ajuda especializada. Em crianças, esses quadros se agravam com o surgimento de problemáticas em período de aprendizagem, seguidas por inadequação na inclusão escolar e deficiência/falta de recursos especializados nas escolas. Nota-se que a deficiência visual impõe restrições ao desenvolvimento seguro e confiante da criança no ambiente, que interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas no ambiente¹⁹, ampliando as dificuldades de aprendizagem, que, muitas vezes vêm agregadas a profissionais mal capacitados, à ausência de uma sala de recursos e/ou adaptada, e/ou à falta de um olhar atento para com o aluno deficiente que apresenta comorbidades, a saber, sintomas emocionais – internalizantes e externalizantes – que causam um grave atraso em seu desenvolvimento. Assim, fica claro que crianças com deficiência visual necessitam de atenção especializada no que diz respeito a novos comportamentos psíquicos e ao surgimento de transtornos psiquiátricos, através da evolução dos sintomas de internalização e adequação no ambiente escolar, com foco principal em inclusão.

Em suma, o presente estudo aponta para a necessidade de mais pesquisas na área de transtornos psiquiátricos em crianças com deficiência visual. E, para

que se possa alcançar resultados mais precisos, também se faz necessária a elaboração de um instrumento de avaliação e/ou questionário que contemple as diferenças de desenvolvimento dessas crianças. Tais ferramentas poderiam contribuir para o diagnóstico precoce dos sintomas emocionais dessa população, que deve ser concomitantemente investigada por profissionais das áreas oftalmológicas, a fim de iniciar rapidamente intervenções em serviços especializados, evitando perdas e prejuízos a longo prazo para a criança ou adolescente, e também que tais prejuízos cheguem à fase adulta.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa verificou a presença de sintomas emocionais em crianças e adolescentes com deficiência visual, com foco em sintomas de internalização e externalização. Conclui-se que a presença de sintomas de internalização é mais frequente em crianças com deficiência visual. Sintomas de externalização, por sua vez, embora menos frequentes, foram encontrados nos dois grupos.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Maísa Novaes Portella Checchia, Rua Padre Antonio Vieira, 64/72, Parque Taquaral, CEP 13087-300, Campinas, SP.

E-mail: macheccchia@yahoo.com.br

Referências

1. Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO). Como caracterizar a cegueira? [Internet]. [cited 2013 Jul 2]. http://www.acapo.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=202&catid=293
2. World Health Organization (WHO). Visual impairment and blindness [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 21]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>
3. Leal DNB. Sociedade Brasileira de Visão Subnormal [Internet]. [cited 2013 Jul 2]. <http://www.cbo.com.br/subnorma/conceito.htm>
4. Brito PR, Vietzman S. Causas de cegueira e baixa visão em crianças. *Arq Bras Oftalmol.* 2000;63:49-54.
5. Castro SS, César CL, Carandina L, Barros MB, Alves MC, Goldbaum M. [Visual, hearing, and physical disability: prevalence and associated factors in a population-based study]. *Cad Saude Publica.* 2008;24:1773-82.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
7. da Silva WV, de Figueiredo VL. [Childhood anxiety and assessment instruments: a systematic review]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27:329-35.
8. Isolani L, Pheula G, Manfro GG. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. *Rev Psiquiatr Clin.* 2007;34:125-32.
9. Bruno MMG. Educação infantil: saberes e práticas da inclusão. Introdução. 4ª ed. Brasília: Secretaria de Educação Especial; 2006.
10. Santin S, Simmons JN. Instituto Benjamin Constant. Problemas das crianças portadoras de deficiência visual congênita na construção da realidade [Internet]. Tradução de Ilza Viegas. [cited 2015 Jan 21]. <http://www.ibc.gov.br/?itemid=95>
11. Mitre J. O impacto da perda da visão na vida do paciente [Internet]. *Retina & Vítreo.* 2008 Mar [cited 2014 Feb 3]. http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=0308&id_mat=2977
12. França-Freitas MLP, GilMSCA. O desenvolvimento de crianças cegas e de crianças videntes. *Rev Bras Educ Espec.* 2012;18:507-26.
13. Silva MA, Batista CG. Índícios de desenvolvimento em crianças com deficiência visual e problemas neurológicos. *Rev Bras Educ Espec.* 2011;17:395-412.
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil 2012 [Internet]. [cited 2013 Jul 12]. <http://www.abep.org/criterioBrasil.aspx>
15. Santos EOL, Silveiras EFM. Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para clínicas-escola: um

- estudo comparativo da percepção de seus pais. *Psicol Reflex Crit.* 2006;19:277-82.
16. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and profile. Burlington: University of Vermont; 1991.
 17. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and profile. Burlington: University of Vermont; 2001.
 18. Diagnostic Interview, Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL), Version 1.0 of October 1996 [Internet]. 1996 [cited 2013 Jun 17]. <http://www.psychiatry.pitt.edu/sites/default/files/Documents/assessments/ksads-pl.pdf>
 19. Malta J, Endriss D, Rached S, Moura T, Ventura L. Desempenho funcional de crianças com deficiência visual, atendidas no Departamento de Estimulação Visual da Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol.* 2006;69:571-4.
 20. Ribeiro JEC, Freitas MM, Araújo GS, Rocha THR. Associação entre aspectos depressivos e déficit visual causado por catarata em pacientes idosos. *Arq Bras Oftalmol.* 2004;67:795-9.
 21. Brasil, Ministério da Educação, Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE). Pesquisa sobre preconceito e discriminação no ambiente escolar [Internet]. 2009 [cited 2015 Jan 21]. http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/diversidade_apresentacao.pdf
 22. Optometric Physician. Visual impairment, depression and death [Internet]. [cited 2013 Jun 17]. <http://www.revoptom.com/e-newsletters/op>
 23. Barczinski MCC. Instituto Benjamin Constant [Internet]. Reações psicológicas à perda da visão. 2005 [cited 2014 Feb 3]. <http://www.ibc.gov.br/?itemid=110>



A ABP EM UM CLIQUE

**APLICATIVO
DA ABP**

- **SORTEIOS**
- **PUBLICAÇÕES**
- **CAMPANHAS ABP**
- **NOTÍCIAS EXCLUSIVAS DA ABP**
- **CONTEÚDO DAS PRINCIPAIS MÍDIAS SOCIAIS**



CONECTE-SE COM A ABP

**BAIXE
GOOGLE STORE E APP STORE**