

Natália Fagundes Pereira dos Santos

**Análise da qualidade de vida, de deficientes visuais adquiridos e congênitos,
após participarem do curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos
Cegos de Juiz de Fora, MG.**

Juiz de Fora

2014

Natália Fagundes Pereira dos Santos

**Análise da qualidade de vida, de deficientes visuais adquiridos e congênitos,
após participarem do curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos
Cegos de Juiz de Fora, MG**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Faculdade de Fisioterapia
da Universidade de Juiz de Fora, como
requisito para a obtenção de título de
bacharel em Fisioterapia pela
Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Helena Cerqueira Mármora-UFJF
Co-orientadora: Prof^ª Flávia Alves Bonsanto

**Juiz de Fora
2014**

Santos, Natália Faqundes Pereira dos.

Análise da qualidade de vida, de deficientes visuais adquiridos e congênitos, após participarem do curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos Cegos de Juiz de Fora, MG. / Natália Faqundes Pereira dos Santos. -- 2014. 70 p. : il.

Orientadora: Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Coorientadora: Flávia Alves Bonsanto

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2014.

1. Orientação. Mobilidade. Qualidade de vida. Cegueira. Deficiência visual. I. Mármora, Cláudia Helena Cerqueira, orient. II. Bonsanto, Flávia Alves, coorient. III. Título.

Natália Fagundes Pereira dos Santos

Análise da qualidade de vida, de deficientes visuais adquiridos e congênitos, após participarem do curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos Cegos de Juiz de Fora, MG.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Fisioterapia como requisito para obtenção de título de bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

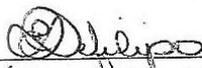
BANCA EXAMINADORA



Profa. Cláudia Helena Cerqueira Mármora



Manuella Barbosa Feitosa



Érica César Defilipo

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu pai e toda minha futura carreira profissional. Mesmo hoje não estando mais presente em vida, sei que você sempre estará perto de mim.

Você é minha referencia de ser humano, sempre me ensinou a olhar as pessoas pelo seu caráter e coração. Não importando classe social, raça ou posição social.

Você me ensinou que o conhecimento pode me levar aos lugares onde sempre quis estar e que ele me dá subsídios para argumentar com sabedoria quando for necessário.

As últimas palavras do meu pai no leito foram: “Faz um pouco de fisioterapia em mim”.

Obrigado pai por compartilhar comigo o mesmo amor que sinto pela fisioterapia. Em cada um dos meus futuros pacientes sempre verei um pouco de você e prometo os tratar como eu tratava você.

Você foi meu pai, meu irmão e meu melhor amigo.

Você hoje e pra sempre será o meu amado PAI.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter sido meu melhor amigo nos momentos mais difíceis da minha vida, me protegendo, guiando e iluminando.

Á minha mãe que me acolheu em seus braços todas as vezes que necessitei, obrigada por ter me ensinado a ver seres humanos em minha profissão e não máquinas.

Ás minhas primas Tatiane e Josiane, que considero como irmãs. Por terem sempre me apoiado e ajudado durante toda minha vida.

Ás minhas tias Irene, Celina, Nivalda, e Lourdes por sempre me incentivarem a adquirir conhecimento e por serem minhas mães nas horas vagas.

Ao meu tio José por me dar o carinho de um pai.

Ao meu primo Leonardo e sua esposa Joana por sempre me proteger e guiar nos momentos difíceis. Nunca me esqueci de todas as vezes que o Léo me visitou no hospital quando eu era criança.

Á toda minha família que é enorme, Graças a Deus, por serem à base de toda a minha estrutura.

Ás minhas amigas Márcia, Mariana e Nercy por me fazerem rir e estarem ao meu lado mesmo quando eu chorava.

Ao Giordano pela compreensão e paciência comigo, e por me auxiliar com o inglês.

Á Cláudia e Flávia por terem aceitado meu convite e me ensinado muito tanto no campo profissional quanto pessoal.

Á banca examinadora, Érica e Manuella, pessoas as quais eu admiro, e pelo enriquecimento desse trabalho.

Aos participantes da pesquisa pela sua boa vontade e carinho.

A todos que contribuíram diretamente ou indiretamente para esse momento único em minha vida.

RESUMO

No Brasil, segundo o Censo Demográfico realizado em 2010 aproximadamente 529 mil brasileiros declararam não conseguir enxergar de modo algum. Essa população pode vir a apresentar alterações negativas na qualidade de vida (QV) se não receberem uma intervenção terapêutica/educacional adequada. Nesse contexto surge a importância do curso de Orientação e Mobilidade (OM) para re (habilitar) estes indivíduos. Este estudo é do tipo exploratório descritivo transversal de natureza quali-quantitativa. Objetivo: analisar a QV, de deficientes visuais (DV) adquiridos e congênitos, após participarem do curso de OM da Associação dos Cegos de Juiz de Fora, MG. Métodos: O estudo foi realizado com 6 DV adquiridos e congênitos. Para a avaliação quantitativa da QV foi utilizada a versão em português do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref). Na análise estatística utilizou-se o programa SPSS. As medianas dos escores de cada domínio foram comparadas e consideradas significativas se “p” fosse menor ou igual a 5%. Para a avaliação qualitativa da QV foi utilizada uma entrevista semi-estruturada. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Dos 6 DV estudados a maioria (83,33%) eram do sexo masculino, idade variando de 18 a 60 anos. A avaliação dos diferentes itens do WHOQOL-Bref não mostrou diferença estatisticamente significativa entre os DV adquiridos e congênitos. O estudo revelou melhor qualidade de vida no somatório das medianas do domínio relações social (25,33) e domínio psicológico (23,43). Nas questões gerais o escore global foi 24,00. Na entrevista semi-estruturada surgiram as categorias aceitação, inclusão social, exclusão social, dependência, AVD's pré-cegueira dos adquiridos, AVD's pós cegueira dos adquiridos, AVD's pós cegueira de todos, locomoção, autonomia e independência, reforçar o aprendizado das técnicas de OM e uso das técnicas de OM. Conclusão: Com relação aos resultados, não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de DV adquiridos e congênitos, no que diz respeito à QV na análise quantitativa e qualitativa. Contudo encontrou-se diferença no somatório das medianas dos domínios destacando-se como melhores as relações sociais e o domínio psicológico. E ao serem comparados qualitativamente os 6 voluntários isoladamente, observou-se distinção em relação a aceitação da cegueira e a presença de memória visual antes e após os 5 anos de idade.

Palavras-chave: Orientação. Mobilidade. Qualidade de vida. Cegueira.

ABSTRACT

In Brazil, according to the populational census conducted in 2010, approximately 529 thousand brazilians declared they can not see at all. That population may present negative changes in quality of life if they don't receive a correct therapeutic / educational intervention. In that context arises the importance of the Orientation and Mobility Course (OM) to (re) habilitate these individuals. This is a cross-sectional exploratory study of qualitative and quantitative nature. Objective: analyse the quality of life of visually impaired subjects, both acquired and congenital, after participating in the course of OM of the Blind Association of Juiz de Fora, MG. Methods: the study was realized with 6 acquired and congetinal visually impaired subjects. For the quantitative evaluation of quality of life, the portuguese version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - Breaif) was used. Statistical analysis SPSS was used. The median scores for each domain were compared and considered significant if "p" was less than or equal to 5%. For qualitative assessment of quality of life a semi-structured interview was used. The study was approved by the Ethics in Research Comittee. Results: from the 6 studied subjects, most were male (83.33%), ages between 18 and 60 years. The evaluation of the different items from WHOQOL-Breaif didn't show a significant statistical difference between the acquired and congenital visually impaired volunteers. The study revealed a better quality of life in the sum of social relations (25.33) and psychological (23.43) domains. The global score was 24.00 in general issues. In the semi-structured interview came up the following categories: acceptance, social inclusion, social exclusion, dependency, pre-blindness ADL for the acquired, post-blindness ADL for the acquired, post-blindness ADL for all subjects, locomotion, autonomy and independency, reinforce the learning and use of the OM techniques. Conclusion: about the results, no significant differences were found between the acquired and the congenital groups of visually impaired, regarding quality of life in quantitative and qualitative analyzes. However, a difference was found in the sum of the median areas, highlighting as better the social relations and the psychological domains. And, by comparing qualitatively the 6 volunteers individually, distinction was observed regarding the acceptance of blindness and the presence of visual memory before and after the age of 5.

Keywords: Orientation. Mobility. Quality of life. Blidness.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- CALÇADA E SUAS FAIXAS.....	38
---	-----------

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS VOLUNTÁRIOS.....	25
TABELA 2- MEDIANAS DOS VÁRIOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREAF.....	27
TABELA 3- COMPARAÇÃO DAS MEDIANAS : DEFICIENTES VISUAIS ADQUIRIDOS E CONGÊNITOS	27
TABELA 4 - CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE.....	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD- Atividades de Vida Diária

BPC- Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPUF- Instituto de Planejamento Urbano de Florianópolis

OM- Orientação e Mobilidade

OMS- Organização Mundial de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora

WHOQOL-Breaf- *The World Health Organization Quality of Life-Breaf*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1	Qualidade de vida e capacidade funcional.....	14
2.2	Deficiência visual adquirida e congênita.....	15
2.3	Curso de OM.....	16
2.4	Definição de conceito corporal, esquema corporal, imagem corporal, planos do corpo, lateralidade e direcionalidade.....	18
2.5	Principais formas de mobilidade do deficiente visual.....	18
3	OBJETIVOS.....	21
3.1	Objetivos gerais.....	21
3.2	Objetivos específicos.....	21
4	MÉTODO.....	22
5	RESULTADOS.....	25
5.1	Avaliação da qualidade de vida.....	26
6	DISCUSSÃO	30
7	CONCLUSÃO.....	42

1 Introdução

Este estudo traz como tema principal a análise da qualidade de vida, de deficientes visuais adquiridos e congênitos, após participarem do curso de Orientação e Mobilidade (OM) da Associação dos Cegos de Juiz de Fora, MG.

No Brasil, segundo o Censo Demográfico realizado em 2010, aproximadamente, 45,6 milhões de brasileiros declararam serem portadores de algum tipo de incapacidade ou deficiência. São pessoas que apresentam ao menos alguma dificuldade de enxergar, ouvir, locomover-se ou alguma deficiência física ou mental. Entre essas, existem 35,7 milhões com algum grau de deficiência visual, sendo que aproximadamente 529 mil declararam que não conseguem enxergar de modo algum (IBGE, 2010). De acordo com Di Nubila & Buchalla (2008), tal fato pode ser entendido como uma desvantagem para esses deficientes no que se refere à sua autonomia e independência, nos termos de funcionalidade proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

No município de Juiz de Fora 1.242 pessoas também declararam não enxergar de modo algum (IBGE, 2010). Essa população pode vir a apresentar alterações negativas na qualidade de vida se não receberem uma intervenção terapêutica/educacional adequada (MESSA; NAKANAMI; LOPES, 2012).

No curso de OM é trabalhada a orientação e mobilidade dos deficientes visuais. Na orientação utilizam-se os sentidos remanescentes para estabelecer a posição do corpo no espaço e o relacionamento com outros objetos no meio ambiente inserido. A mobilidade é a habilidade de locomover-se com segurança, eficiência e menor dificuldade, através do uso dos sentidos remanescentes (BRASIL, 2003, p.17 e 18).

Neste contexto, de acordo com Messa, Nakanami & Lopes (2012) a intervenção precoce para a re (habilitação)¹ de deficientes visuais se mostra benéfica em crianças portadoras de cegueira congênita e quanto mais cedo esta intervenção tiver início, menores serão os possíveis atrasos no desenvolvimento ocasionados pela deficiência

¹Re(habilitar) significa tornar hábil. O prefixo latino “re” representa voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível “voltar atrás”, tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas e, neste sentido, sempre muda. Neste sentido, a noção de reabilitar se torna emblemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar um novo sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. Porém, existe o sentido estrito da volta a uma capacidade legal ou pré-existente e, por algum motivo, perdida, e nestes casos, o sentido de re(habilitar) se faz presente (BRASIL, 2012, p.1).

visual. No entanto, são necessárias novas pesquisas no sentido de reafirmar tais achados.

Na população deficiente visual adulta também são feitas intervenções com o objetivo de re (habilitar). No estudo de Bittencourt & Hoehne (2006) foram usadas às técnicas de OM, porém não foi feita uma avaliação da qualidade de vida em deficientes visuais antes do início do processo de re (habilitação) e a posterior comparação, para confirmar os achados como escores mais altos nos domínios, psicológico e físico, e escores mais baixos nos domínios das relações sociais e do meio ambiente que levaram em conta aspectos estruturais como a situação socioeconômica e cultural dos indivíduos.

Em relação a outras faixas etárias na nossa busca não foram encontrados artigos que relatassem o processo de re (habilitação) visual em idosos e a possível intervenção na qualidade de vida. Apenas um trabalho avaliou o impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde cujo resultado foi um impacto negativo (BRAVO FILHO, 2012).

Diante do exposto acima, esse estudo busca trazer a perspectiva da qualidade de vida e o uso das técnicas de OM no cotidiano de deficientes visuais, além de comparar os resultados encontrados nos deficientes visuais adquiridos e congênitos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Qualidade de vida e capacidade funcional

A definição de qualidade de vida não é consensual entre os pesquisadores, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (DANTAS, 2003). A OMS ainda caracteriza a qualidade de vida em seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (DANTAS, 2003).

Segundo Lino et al. (2008), a capacidade funcional pode ser entendida como a habilidade para executar atividades que permitam ao indivíduo cuidar de si mesmo e relaciona-se diretamente com o indicador qualidade de vida. É comumente avaliada segundo a necessidade de ajuda, a declaração de dificuldades e o grau de mobilidade, sendo a dependência para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) o principal parâmetro indicador de um maior grau de limitação.

Neste sentido faz-se necessário referir a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), criada e aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001 por meio do documento *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Este novo modelo foi precedido pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sendo responsável por grandes mudanças na área da Saúde em todo o mundo (FARIAS; BUCHALLA, 2005 e DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Segundo o modelo proposto pela CIF, o conceito de capacidade funcional é complexo e abrange os termos deficiência, desvantagem e incapacidade, além de autonomia e independência, sendo a funcionalidade compreendida como um indicativo entre a interação de um indivíduo com uma condição de saúde e seus fatores contextuais, sejam eles ambientais ou pessoais (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Segundo Landeiro (2011), devido a inúmeros fatores tem havido um aumento no interesse em estudar a qualidade de vida e nesse sentido, um crescimento no número de instrumentos para mensurá-la. Existem dois grupos de questionários para tal: genéricos e específicos. Os questionários genéricos avaliam os aspectos da qualidade de vida de maneira global, enquanto os específicos tem como meta avaliar alguns aspectos particulares da qualidade de vida.

Tomando como exemplo, o SF 36 (*Medical Outcomes Study 36 – item short-form health survey*) e o Whoqol (*World health organization quality of life*) são instrumentos genéricos, enquanto o *Activities of Daily Vision Scale (ADVS)*, o *Vision Function Questionnaire (VFQ)* e o *Low Vision Quality-of-Life Questionnaire (LVQOL)* foram elaborados para a avaliação de doenças oculares (BITTENCOURTT; HOEHNE, 2006).

2.2 Deficiência visual adquirida e congênita

O termo deficiência visual se refere tanto à cegueira quanto à baixa visão, de acordo com o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2012, p.3). Ainda segundo o CID-10 a cegueira existe quando a acuidade visual corrigida no melhor olho for menor que 0,05 (graus 3, 4 e 5) ou o indivíduo apresentar campo visual menor que 10 graus no melhor olho com a melhor correção óptica (ICD-10-CM, 1992)². Nesse sentido, as duas formas, mais comuns de avaliação da capacidade visual são a acuidade (discriminação de formas) e o campo visual (capacidade de percepção da amplitude dos estímulos) (NUNES; LOMÔNACO, 2008).

Segundo Nunes & Lomônaco (2008) existem dois tipos de cegueira. A congênita é a perda da visão antes dos cinco anos de idade, a adquirida é a perda da visão a partir dos cinco anos de idade. Dessa maneira, a perda da visão irá impactar a vida de deficientes visuais adquiridos e congênitos de modos distintos.

De acordo com Azevedo & Joffily (2009), o deficiente visual congênito vivencia as características espaciais através de modalidades sequenciais táteis e auditivas, sem a

² Quanto ao comprometimento visual em grau 3 se o campo visual estiver entre 5 a 10 graus do ponto central de fixação, e grau 4 se o campo estiver até 5 graus do ponto central de fixação, mesmo que a acuidade visual central esteja afetada (NAKANAMI C.R, 2009).

característica simultânea da visão que é responsável por integrar os outros sentidos desde a infância.

Ainda segundo Azevedo & Joffily (2009), o deficiente visual adquirido vivencia antes de perder a visão as características espaciais por meio de todas as modalidades sensoriais, associando as modalidades sequenciais como tato e audição com as simultâneas como paladar, olfato e visão. Ao perder a visão o adquirido passa a utilizar da audição e tato para realizar as atividades do dia-a-dia que antes realizava com o domínio da visão. Dessa forma ele perde uma característica simultânea de integração que é a visão para utilizar predominantemente características sequenciais como o tato e a audição formando assim um novo modelo cognitivo. E de acordo com Kastrup (2007) a atenção se torna então, um elemento organizador das modalidades sensoriais do modelo cognitivo remanescente nos deficientes visuais adquiridos.

Para um melhor entendimento sobre o que é captação de informação sequencial e simultânea nada melhor do que um exemplo do dia-a-dia: um indivíduo vidente ao entrar em uma sala de estar desconhecida capta instantaneamente através da visão todos os objetos presentes e instantaneamente terá uma imagem mental do local. Já um indivíduo cego usará o tato e outros sentidos, com exceção da visão, para explorar o ambiente e captá-lo em partes para posteriormente formar um todo, ou seja, será construída uma imagem mental que a cada novo espaço explorado irá acrescentar mais informações a essa imagem (WELSH; BLASH, 1980).

Segundo Nunes & Lomônaco (2008) o deficiente visual ainda poderá utilizar experiências mentais passadas para melhor se localizar no espaço. No entanto, tais experiências são construídas de formas distintas na deficiência visual adquirida e na congênita. O adquirido já foi vidente e, portanto, construiu o seu mundo aprendendo todos os dias a “olhar³” através de experiências baseadas em classificação, memória e reconhecimentos incessantes, enquanto o congênito não possui as mesmas memórias visuais nas quais apoia suas percepções (SACKS, 1995).

De acordo com Welsh & Blash (1980) as pessoas com deficiência visual precisam de uma apresentação estruturada dos conceitos para promover um aprendizado adequado, diferentemente das pessoas videntes que comprovam muitos conceitos de

³ “Olhar” é o impulso de agir com a visão produzindo um comportamento visual orientado (SACKS O. W, 1995).

forma instintiva. Portanto, conceitos básicos desenvolvidos a partir da consciência corporal como conceito corporal, esquema corporal, imagem corporal, planos do corpo, lateralidade e direcionalidade são necessários para a pessoa com deficiência visual movimentar-se de forma segura e eficaz (BRASIL, 2003, p38).

2.3 Curso de OM

Hoffmann (1999) define a OM como um processo em constante mudança, composto por um conjunto de habilidades cognitivas, motoras, sociais e emocionais usadas em um grupo de técnicas específicas (auto-proteções, guia vidente e bengala), que possibilita ao deficiente visual deslocar-se de forma independente e autônoma nos vários ambientes e situações diárias.

Na Associação dos Cegos do município de Juiz de Fora, o curso de OM é uma extensão da graduação na área da educação e saúde, assim como no Instituto Benjamin Constant. No entanto em Lisboa é um curso de pós-graduação em OM ministrado pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa iniciado no ano de 2011. Nos Estados Unidos atualmente, existe um conjunto de universidades que oferecem formação superior no nível da OM (GASPAR, BARROS & SILVA, 2013).

Na Europa o ensino da OM foi introduzido antes de 1952, na Suécia, após um instrutor de OM ter sido treinado em Hines VA Hospital, nos Estados Unidos. Depois, seguiram-se outros países, como a Holanda, em 1952, a Noruega, em 1964, a Grã-Bretanha, em 1964, a Dinamarca, em 1970, a Finlândia, em 1970, a Alemanha, em 1972, a Espanha, nos anos 1980, e a Polônia, a Hungria e a Itália, em 1989 (GASPAR, BARROS & SILVA, 2013).

No curso de OM os conceitos de corpo, esquema corporal, imagem corporal, planos do corpo, lateralidade e direcionalidade são utilizadas como parte da orientação e as melhores estratégias para a exploração dos ambientes internos e externos são trabalhadas de forma a desenvolver a capacidade de pessoas com deficiência visual a se orientarem e se movimentarem com segurança, independência, utilizando para isso as técnicas de OM adquiridas através da aprendizagem (BRASIL, 2003, p.38 e 39).

2.4 Definições de conceito corporal, esquema corporal, imagem corporal, planos do corpo, lateralidade e direcionalidade

O conceito corporal é adquirido por um processo de aprendizagem consciente, o qual inclui a capacidade de identificar as diferentes partes do corpo (cabeça, orelha, nariz, entre outras), bem como sua localização e funções (BRASIL, 2003, p.39). Já o esquema corporal está relacionado com o posicionamento dos segmentos do corpo e também com a percepção de uma postura correta, sendo resultado da união de várias informações obtidas por experiências corporais, relacionadas à atividade motora e revela-se pelo movimento e no movimento, segundo Rosa Neto (2011).

A imagem corporal é uma experiência subjetiva e multidimensional que representa como os indivíduos pensam, sentem e se comportam a respeito de seus atributos físicos, com base em valores culturais, aspirações sociais, interações e fatores emocionais (SANTOS; VIEIRA, 2011). Os planos corporais se referem à habilidade de conhecer e nomear os planos do corpo em frente, costas, topo e base em relação a superfícies externas e objetos (BRASIL, 2003, p. 39.).

A consciência que temos de que o corpo tem dois lados distintos, direita e esquerda, e que podem se mover independentemente se refere ao conceito de lateralidade (JOBIM; ASSIS, 2008). As crianças apresentam a consciência do em cima- embaixo e do em frente- atrás antes dos três anos, desenvolvendo o entendimento de que o corpo tem dois lados distintos, ou lateralidade, com aproximadamente 4 ou 5 anos. Por volta dos dez anos as crianças apresentam uma capacidade de discriminação esquerda-direita quase perfeita (JOBIM; ASSIS, 2008).

Por último a direcionalidade é a capacidade de projetar as dimensões espaciais do corpo no espaço utilizando de conceitos espaciais sobre o movimento, por exemplo, para localizar objetos no ambiente (JOBIM; ASSIS, 2008). Esta capacidade está muitas vezes ligada à lateralidade, pois crianças com um senso de lateralidade reduzida também têm, em geral, pouca direcionalidade (JOBIM; ASSIS, 2008).

2.4 Principais formas de mobilidade do deficiente visual

As principais formas de mobilidade do deficiente visual são: o guia vidente, as autoproteções e a bengala longa (BRASIL, 2003, p. 69-120). O uso do guia vidente é muito comum no dia-a-dia do deficiente visual, como exemplo, para atravessar a rua é indispensável à presença de um guia quando não há um semáforo sonoro. Fato este muito comum no município de Juiz de Fora, onde existe apenas um semáforo sonoro localizado na Rua Sampaio, bairro Grambery.

Apesar do uso do guia vidente ser uma forma dependente de se locomover existem técnicas que permitem o controle, a interpretação e a participação da pessoa cega nas decisões do que ocorre durante o seu deslocamento: posição básica; troca de lado; passagens estreitas; aceitando, recusando ou adequando ajuda; subir e descer escadas; passagem por portas; sentando-se e sentar-se em auditório ou assentos perfilados (BRASIL, 2004, p. 8-15).

Nas autoproteções o uso de segmentos corporais serve para se proteger, estabelecer relações posicionais e direcionais, fazer contato com objetos e pessoas. Isso permite à pessoa cega um melhor controle sobre o seu próprio corpo e seu movimento, além de depender apenas de si mesmo para se deslocar no ambiente. As autoproteções são essenciais ao andar sozinho em ambientes internos como a própria casa do indivíduo deficiente visual. Mas também podem ser utilizadas em conjunto com outras habilidades e sistemas da OM como o guia vidente, a bengala longa e outros (BRASIL, 2004, p. 16).

Dentro das autoproteções têm-se as técnicas de OM: proteção inferior, proteção superior, rastreamento com a mão, enquadramento e tomada de direção, localização de objetos e técnica para o cumprimento e familiarização (BRASIL, 2004, p. 16-26).

A bengala funciona como uma extensão tátil-cinestésica do corpo dando à pessoa uma riqueza de informações vindas do solo, tais como: desníveis, buracos e outros obstáculos. Ela também funciona como um anteparo para possíveis choques contra objetos e pessoas que se encontrem na linha de caminhada do deficiente visual, além disso, o indivíduo vai depender apenas de si mesmo para se deslocar nos ambientes. A bengala longa ainda pode ser usada junto a outras formas de mobilidade, ou seja, com o guia vidente, as autoproteções, entre outras (BRASIL, 2004, p. 27).

O uso da bengala longa tem como finalidade re (habilitar) a pessoa com deficiência visual para locomover-se com segurança, eficiência e independência em ambientes conhecidos e desconhecidos. Para isso são usadas as seguintes técnicas de OM: vivência pré-bengala; conhecimento e manipulação da bengala; colocações da bengala longa; andando com um guia; varredura; técnica diagonal; rastreamento com a técnica diagonal; detecção e exploração de objetos; portas; subir escadas; descer escadas; técnica de toque; técnica de deslize; rastreamento com a técnica de toque ou deslize e adaptação da técnica de deslize com as ponteiros *roller* (rolamento) (BRASIL, 2004, p. 27-44).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida de deficientes visuais adquiridos e congênitos após o curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos Cegos de Juiz de Fora.

3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Comparar por meio do instrumento WHOQOL-Breaf (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK, M.P.A et al, 2000) e entrevista semi-estruturada se existem diferenças entre os resultados dos deficientes visuais adquiridos e congênitos

4 MÉTODO

O estudo foi do tipo exploratório descritivo transversal e utilizou a abordagem quantitativa-qualitativa, por meio da aplicação de um questionário para caracterizar a amostra com as variáveis: nome, idade, sexo, estado civil, número de filhos, nível de escolaridade, religião, naturalidade, residência atual, ocupação atual, ocupação antes de se tornar cego e renda familiar (Apêndice 1), do instrumento WHOQOL-Bref (THE WHOQOL GROUP, 1995; FLECK, M.P.A et al., 2000) (Anexo 1) e por fim uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 2) elaborada pela pesquisadora e seus orientadores.

Foram eleitos voluntários pelo cadastro de indivíduos assistidos na Associação dos Cegos de acordo os critérios de inclusão e exclusão elaborados a partir da leitura do trabalho de Nunes & Lomônaco (2008) que caracterizam a cegueira congênita como a perda da visão antes dos cinco anos de idade e cegueira adquirida como perda da visão a partir dos cinco anos de idade.

Dessa forma os critérios de inclusão para os voluntários deficientes visuais adquiridos foram: terem se tornado deficiente visual a partir dos 5 anos de idade, apresentar idade entre 18 e 60 anos, ser deficiente visual há pelo menos 5 anos e ter frequentado o curso de OM na Associação dos Cegos de Juiz de Fora. Os critérios de exclusão foram: apresentarem alterações auditiva, cognitiva (em suas várias sub-funções) e física.

Para os voluntários deficientes visuais congênitos os critérios de inclusão foram: terem se tornado deficiente visual antes dos 5 anos de idade, apresentarem idade entre 18 e 60 anos e terem frequentado o curso de OM na Associação dos Cegos de Juiz de Fora. Os critérios de exclusão foram: apresentarem alteração auditiva, cognitiva (em suas várias sub-funções) e física.

O TCLE foi enviado para o e-mail dos voluntários, onde foi estabelecido que os mesmos ouvissem a leitura do termo, feita pelo programa Dosvox⁴. Entretanto, apenas 2 dos 6 voluntários tinham acesso ao Dosvox, porque a maioria não utiliza a internet

⁴ O DOSVOX é um sistema para microcomputadores da linha PC que se comunica com o usuário através de síntese de voz, viabilizando, deste modo, o uso de computadores por deficientes visuais, que adquirem assim, um alto grau de independência no estudo e no trabalho. Esse sistema permite a acessibilidade de deficientes visuais ao computador e internet sendo considerada uma tecnologia assistiva. Portanto, permite a inclusão social de deficientes visuais através do acesso aos meios de informação como a internet, com o uso de tecnologia assistiva (PROJETO DOSVOX, 2002).

como meio de comunicação. Portanto, foi preciso imprimir o TCLE e fazer sua leitura para os outros 4 voluntários. A 2ª via do TCLE foi autenticada por meio da impressão digital de 5 dos 6 voluntários e um deles optou por assinar, pois apresentou condições para tal.

Os dados foram coletados na própria Associação dos Cegos em uma sala cedida pela instituição para essa finalidade.

O questionário para caracterizar a amostra foi aplicado através da leitura gravada em um *notebook* com um tom de voz adequado e padronizado. As respostas foram gravadas em um aparelho Mp4 e transcritas de forma direta.

As entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas através da leitura das perguntas feitas pela pesquisadora, acrescidas de outras elaboradas no decorrer do diálogo. As respostas foram gravadas em um aparelho Mp4 e transcritas, sendo posteriormente analisadas. Logo em seguida realizou-se uma análise de conteúdo desdobrada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, segundo a perspectiva de Bardin (2009).

O instrumento WHOQOL-Bref (The Whoqol Group, 1995; FLECK, M.P.A et al,2000) foi aplicado através da leitura gravada em um *notebook* com um tom de voz adequado e padronizado. As respostas foram verbalizadas pelos voluntários e anotadas em um questionário impresso.

O WHOQOL-Bref é constituído de 26 perguntas (sendo as duas primeiras sobre a qualidade de vida em geral) e as respostas seguem uma escala do tipo Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Além das duas primeiras perguntas, o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios. São eles: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Os dados do WHOQOL-Bref foram descritos e analisados quantitativamente e qualitativamente. Sendo cada domínio do WHOQOL analisado isoladamente. Foram estudados os 6 deficientes visuais em conjunto e para a análise avaliou-se separadamente os adquiridos ($n = 4$) e os congênitos ($n = 2$) comparando-se os escores. O estudo obedeceu à metodologia do instrumento, tendo como base uma escala de valores numéricos de 1 a 5 sendo que para cada resposta correspondia um escore específico. Para fins de análise, as questões 3,4 e 26 tiveram seus escores invertidos em

função de 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1 sendo que maiores escores correspondem a melhor qualidade de vida. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis dos questionários e comparou-se os deficientes visuais adquiridos e congênitos. A comparação foi realizada pelo teste de Mann-Witney (teste não paramétrico), e as medianas dos escores de cada domínio foram comparadas e consideradas significativas se p fosse menor ou igual a 5%. Todas as análises foram executadas por meio do software SPSS, com sintaxe específica do instrumento, tendo os escores transformados de quatro a 20.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFJF, sob o parecer nº 481.969/2013 (Anexo 2).

5 RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi composta por 8 indivíduos. Desses, apenas 2 não participaram, sendo que um indivíduo tinha perda auditiva nítida e o outro não fez o curso de OM na Associação dos Cegos. Portanto, participaram da pesquisa 6 voluntários, sendo caracterizados segundo sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, ocupação atual, ocupação antes de se tornar cego, naturalidade, residência atual, renda familiar e religião (TABELA 1).

TABELA 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS VOLUNTÁRIOS

Característica Variável	Frequência	
	n	%
Sexo		
Feminino	1	16,67
Masculino	5	83,33
Idade (anos)		
< 20	0	0
21-40	2	33,33
41-60	4	66,67
Estado civil		
Solteiro (a)	5	83,33
Casado (a)	1	16,67
Divorciado (a)	0	
Nº de filhos		
nenhum	5	83,33
1 ou mais	1	16,67
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	2	33,3
Ensino fundamental completo	0	0
Ensino Médio incompleto	0	0
Ensino Médio completo	1	16,67
Superior	3	50
Ocupação atual		
Estudante	3	50
Empregado	1	16,67
Desempregado	1	16,67
Atleta	1	16,67

Ocupação antes de se tornar cego		
Estudante	1	16,67
Empregado	2	33,3
Sem ocupação	1	16,67
Naturalidade		
Juiz de Fora	0	
Outras cidades	6	100
Residência atual		
Juiz de Fora	6	100
Outras cidades	0	
Religião		
Católico (a)	6	100

n= número de voluntários

A distribuição relacionada à variável sexo demonstra uma predominância do sexo masculino, à variável idade demonstra uma predominância entre 41-60 anos, a variável escolaridade demonstra que a metade da população possui ensino superior assim como a variável ocupação atual com 50% sendo estudantes.

Com relação à naturalidade todos são de outra cidade. Eles migraram para Juiz de Fora onde é a atual residência de 100% da amostra e todos se declararam com relação à religião serem Católicos. Por último, a renda familiar de 66,67% da amostra foi de 1 salário mínimo.

5.1 Avaliação da qualidade de vida

No estudo conjunto dos 6 voluntários, ao se analisar as medianas nos vários domínios detectou-se que os domínios relações sociais e psicológico alcançaram os melhores escores (25,33 e 23,48 respectivamente), seguindo-se pelo domínio físico (20,7) e, por último, o meio ambiente (17,49) na (TABELA 2). Nas questões gerais: “*Como você avalia sua qualidade de vida?*” e “*Você está satisfeito com sua saúde atual?*”, o escore global foi de 24.

TABELA 2 – MEDIANAS DOS VÁRIOS DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF

Domínios	Soma das medianas (n=6)	Desvio-Padrão
Físico	20,7	0,8474
Psicológico	23,48	0,6449
Relações sociais	25,33	0,2727
Meio ambiente	17,49	0,4965
Questões gerais	24	0,7071

n = nº de voluntários

Ao se comparar os deficientes visuais adquiridos com os congênitos, na análise das medianas, nas pontuações dos domínios específicos e nas questões gerais do questionário não se observou diferença estatisticamente significativa entre tais voluntários. ($p < 0,05$)

TABELA 3 – COMPARAÇÃO DAS MEDIANAS: DEFICIENTES VISUAIS ADQUIRIDOS E CONGÊNITOS

Domínios	Adquirido	Congênito	p
Físico	3,925	3,285	0,718
Psicológico	4,16	3,995	0,415
Relações sociais	4,165	4,165	0,07
Meio ambiente	3,06	2,81	0,778
Questões gerais	4,25	3,25	0,766

Não há diferença significativa entre as medianas dos escores entre os domínios para ($p < 0,05$)

A avaliação dos relatos obtidos durante a entrevista semi-estruturada aplicada tanto nos deficientes visuais adquiridos quanto nos deficientes visuais congênitos, com exceção do item 4 (Quais atividades você realizava em seu dia-a-dia antes de se tornar cego?), aplicada somente nos adquiridos foi submetida a análise de conteúdo. No apêndice 3 estão os relatos feitos pelos mesmos.

A definição das subcategorias e categorias segue o parâmetro de análise do tipo freqüenciamento ou *quasi quantitativo*, segundo Campos (2004), submetida à análise de conteúdo a partir do surgimento de conteúdos comuns à maioria dos relatos dos voluntários selecionados por meio da entrevista. Essas categorias estão evidenciadas na tabela abaixo:

TABELA 4 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DA ANÁLISE

Tabela de freqüenciamento			
Categorias	Subcategorias	n	%
Aceitação		5	83,33
Inclusão social	Inclusão familiar	4	66,67
	Inclusão pelos amigos	5	83,33
Exclusão social	Acessibilidade em bancos	2	33,33
	Ausência de ponto de referencia	2	33,33
Dependência	Ajuda de terceiros (Guia vidente)	5	83,33
AVD's pré- cegueira dos adquiridos n=4	Atividade profissional	2	50

	Lazer	3	75
	Estudava	1	25
AVD's pós- cegueira de todos n=6	Atividade profissional	1	16,67
	Atividades na Associação dos Cegos	4	66,67
	Estuda	2	33,33
	Atletismo	1	16,67
AVD's pós- cegueira dos adquiridos n=4	Atividade profissional	1	25
	Atividades na Associação dos Cegos	2	50
	Estuda	1	25
	Atletismo	1	25
	Lazer fora da Associação	1	25
Locomoção	Barreiras arquitetônicas	5	83,33
	O <i>roller</i> na ponteira da bengala	2	33,33
Autonomia e Independência	Uso da bengala	5	83,33
Reforçar o aprendizado das técnicas de OM		2	40
Uso das técnicas de OM	Aplica todas as técnicas de OM	2	33,33

n= número de voluntários

6 DISCUSSÃO

Na busca ativa na literatura de trabalhos sobre qualidade de vida de deficientes visuais adquiridos e congênitos não foi encontrado nenhum artigo referente a esse tema, da mesma forma há poucas investigações que enfoquem a qualidade de vida de sujeitos em programas de re (habilitação).

Neste estudo, foi utilizado para a avaliação quantitativa da qualidade de vida o instrumento genérico WHOQOL– Bref, que vem comprovar de forma estatística, a ausência de diferença significativa ($p < 0,05$) entre os escores dos deficientes visuais adquiridos e congênitos.

Há a hipótese de que os instrumentos utilizados neste estudo podem não terem sido sensíveis, assim como, uma amostra pequena de 6 voluntários não ser representativa desta população, além do fato de não ter sido aprofundado a temática deficientes visuais adquiridos *versus* congênitos. O objetivo de dividir os deficientes visuais em adquiridos e congênitos era encontrar peculiaridades de cada grupo para que elas pudessem ser trabalhadas futuramente na clínica, tornando a re (habilitação) mais voltada para as especificidades de cada grupo. No entanto, sempre se deve considerar cada ser humano como sendo único, sem criar padrões de comportamentos e respostas. Por isso, ao se abordar um portador de deficiente visual ou qualquer ser humano buscase observá-lo em seu contexto biopsicossocial, respeitando e compreendendo suas características próprias.

Observou-se no somatório dos escores valores mais altos nos domínios das relações sociais, nas questões gerais, e no domínio psicológico, enquanto os domínios físico e meio ambiente foram os mais prejudicados, pois levam em conta as facetas: dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades do cotidiano; dependência de medicações ou de tratamentos e capacidade de trabalho; segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação em, e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/ clima) e transporte.

No estudo de Bittencourt & Hoehne (2006) com uma amostra de 16 sujeitos, ao se analisarem o somatório das medianas nos vários domínios detectaram que os domínios psicológico e físico alcançaram os melhores escores (15,66 e 15,14

respectivamente), seguindo-se pelas questões gerais (14), relações sociais (13,33), e por último o meio ambiente (13,25).

Neste estudo foi utilizado para a avaliação qualitativa da qualidade de vida uma entrevista semi-estruturada dividida em 9 itens, 11 categorias e 21 subcategorias. Discutidas abaixo.

A aceitação da cegueira pela sociedade pode trazer empecilhos para a inclusão social das pessoas deficientes visuais visto que tal inclusão é um processo mútuo, que envolve tanto a pessoa cega quanto o meio que a cerca, segundo Franco & Denari (2011). Nos relatos desse estudo, constatou-se como a negação da cegueira pelo próprio indivíduo cego pode levar ao isolamento.

“No início eu tive um problema sério pra aceitar (a cegueira), assim que eu perdi a visão... Então na época eu fiquei em depressão não queria conversar com ninguém não queria sair de casa, não queria conversar... simplesmente eu me afastei da minha vida social e fiquei três anos afastado da minha vida social... hoje em dia eu já me adaptei a situação...”(V4).

A adaptação aparece na fala de 75% da amostra como fator contribuinte para a aceitação da cegueira. Sendo assim, existiria diferença na adaptação entre deficientes visuais adquiridos e congênitos? Quais diferenças?

Para compreender a forma como a cegueira é vivenciada pelo indivíduo e influente em sua vida, é importante conhecer a idade e a causa da perda visual (Nunes & Lomônaco; 2010). Segundo Amiralian (1997), os deficientes visuais que perdem a visão a partir dos cinco anos são considerados cegos adquiridos e os que perderam anteriormente a essa idade são chamados de cegos congênitos. Essa classificação é consequência de pesquisas que não identificaram memória visual em deficientes que perderam a visão antes dessa idade. Ela corrobora com o achado da fala de dois voluntários.

“Normal, até porque, assim como eu te falei perdi com 3 anos e meio de idade (visão), então assim não lembro de nada, né. Já me adaptei, não tenho é. “Ah, mas eu já acostumei com a cegueira, né. Pra mim não faz diferença nenhuma não”. “Sim (perdeu a visão com 7 anos) ah eu lembro de tudo o que tenha visto quando eu

enxergava. As coisas se tornam visíveis na minha mente, agora as coisas que surgiram depois que eu perdi a visão ai eu não consigo memorizar”(V2).

A inclusão social entre os voluntários deficientes visuais e outros, com a mesma deficiência, presentes em seu meio se apresenta muito forte se opondo a relação deles com os videntes. A qual se mostra nas falas da entrevista pouco frequente. Em um relato também se percebe esse afastamento em relação a videntes do sexo oposto e a amigos que conheceram o indivíduo antes da cegueira.

“Os amigos sim, mas se eu chego assim numa menina, ai ela fala eu vou ficar com você e tudo. Só que depois não fica entendeu?...” (V3).

“...Amigos hoje, amigos da Associação sim, amigos com a mesma deficiência sim, mas os amigos que eu tinha antigamente não...” (V4).

“...Mais aqui pelos amigos da associação...” (V2).

O convívio entre pessoas deficientes visuais e videntes é inevitável. Se não houver uma adaptação entre essas pessoas ocorrerá uma menor aceitação e, conseqüentemente, uma menor adaptação, e surge então um ciclo vicioso sem solução, segundo Carrol (1968).

As pesquisas sobre o aprendizado para a convivência têm mostrado que a escola tem falhado no ensino da boa convivência. Há a necessidade de que questões relacionadas ao desenvolvimento psicológico e da moralidade sejam conhecidas e levadas em conta tanto pelo sistema educacional como pela própria escola (D’AUREA-TARDELI, 2009). Dessa maneira, a base para uma boa convivência entre os seres humanos vai além de características pessoais, ela pode e deveria ser aprendida em todo ambiente de ensino.

Inúmeras pessoas deficientes visuais podem, então, passar a conviver quase que exclusivamente com outras pessoas da mesma condição, visto que esse grupo com características peculiares pode proporcionar uma resolução de problemas comuns, de acordo com Franco & Denari (2011).

A inclusão social também se dá no interior da família do deficiente visual, essas muitas vezes podem não compreender as potencialidades, tanto como as limitações dessas pessoas. De acordo com Franco & Denari (2011), as pessoas videntes geralmente se relacionam com as pessoas deficientes visuais com uma tendência de generalizar possibilidades e potencialidades dessas pessoas, sem considerar que cada ser humano é único. Pode-se observar esse fenômeno no relato a seguir.

“É a família tem um pouco de preconceito, né. Às vezes eu vou pegar um litro de água para encher ai (falam) você vai entornar e eu não sei porque, porque eu não entorno. Faço melhor que meu irmão e minha irmã.”(V3).

De acordo com Dias de Sá (2003), as pessoas deficientes visuais dependem de terceiros para identificar ruas, endereços, itinerários de ônibus e outras referências visuais. Transitam com dificuldade por vias públicas em geral e ficam expostas a constantes situações de risco. Ainda em seu estudo 48 das 83 pessoas utilizam a bengala como principal meio de locomoção, 21 dessas se vale apenas do guia vidente, enquanto 12 recorrem as duas alternativas e 4 utilizam cães-guias para se locomover.

Nesse estudo, 5 dos 6 voluntários citaram a dependência do guia vidente para determinadas situações do dia-a-dia, porém não foi verificado como no estudo de Dias de Sá (2003), o uso exclusivo do guia vidente e da bengala, ou o uso das duas para a locomoção.

Os voluntários, ao serem questionados sobre se sentiam incluídos ao acessar espaços públicos e privados em Juiz de Fora, referiram a dificuldade de acesso em bancos por não seguirem um padrão de acesso. Citaram ainda a facilidade de acesso quando existe piso podotátil direcional⁵, dispositivos auxiliares como fone de ouvido e a escrita Braille. Outro ponto de destaque nos relatos foi a ausência de pontos de referência. Observam-se as falas na íntegra abaixo.

⁵ O piso guia ou piso podotátil direcional deve ser utilizado em espaços amplos, como calçada, por exemplo, para que a pessoa não se perca, ou onde a guia de balizamento (a pessoa cega utiliza a bengala batendo na parede que serve como guia) não seja contínua, tais como em galerias recuadas com pilares na frente, arame farpado, no limite do lote, lixeiras sobre o passeio, recuos sem muro, estacionamento de veículos no recuo (IPUF, 2011).

“(Tenho dificuldade de acesso) em bancos, mercado. Por causa da localização do modo de encontrar, porque não tem ponto de referência. Não consigo chegar sem alguém nesses lugares...”(V1)

“Ah sinto, apesar das barreiras que agente encontra em bancos é no caso de acessar os caixas, falta de equipamentos, né que proporciona o acesso tipo fone de ouvido que tem em alguns bancos e outros não tem, né. Eu preciso sim (de ser guiado até os caixas). Alguns quando tem aquele piso podó – tátil, levam até certinho até na direção do caixa. Ai é mais fácil pra seguir, aquele piso direciona agente direitinho. Alguns tem as coisas em Braille, né. Mas assim, isso é minoria e são poucos né quase não tem acesso no mais você tem que depender dos outros” (V2).

“ Não... os bancos até tem umas letras no chão (piso podó-tátil), não sei se você já viu, pra deficiente seguir...assim que você chega lá no banco tem uma pessoa pra te levar, você, no caixa” (V6).

Dos 6 voluntários 4 são deficientes visuais adquiridos. Eles destacaram entre as atividades de vida diária (AVD's) realizadas por eles antes de se tornarem cegos a atividade profissional por 2, o lazer por 3 e o estudo por 1 e posteriormente a perda da visão, a atividade profissional por apenas 1, o estudo por 1, o lazer também por 1 e as atividades realizadas na Associação dos Cegos foi citada por 3 dos 4 adquiridos.

Através do frequentamento percebe-se a importância da Associação dos Cegos na vida desses indivíduos, ao perderem a visão após os 5 anos de idade. Ela se torna um ambiente de ensino, oportunidade de trabalho e lazer ao mesmo tempo. Contudo, há uma dificuldade de inserção dessas pessoas no mercado de trabalho visto que antes de perder a visão dois trabalhavam e agora nenhum dos dois estão ativos. Existe um indivíduo que antes de perder a visão era estudante e ao perder entrou no mercado de trabalho, ou seja, os antigos inseridos no mercado não regressaram após a cegueira. Um dos não reinseridos hoje estuda e o outro pratica atletismo.

Existe na lei orgânica de assistência social o benefício de prestação continuada (BPC)⁶, que poderia justificar a hipótese de que os deficientes visuais que recebem esse benefício não se interessam, não encontram oportunidade ou não são capacitados para regressar ao mercado de trabalho. Entretanto, esse item não entrou nesse estudo, não podendo ser comprovado ou discutido. Então se faz necessárias pesquisas nessa área.

O uso das técnicas de OM, com destaque para o uso da bengala, apresenta uma relação direta com a possibilidade de facilitação ou melhoria na obtenção, no acesso e no exercício de uma atividade profissional. A justificativa vai além da realização de deslocamentos mais independentes, mas também no provável aumento da sua capacidade adaptativa funcional. Além disto, com o domínio e o uso da bengala, o deficiente visual pode diversificar a forma de seus deslocamentos, sem a necessidade de solicitações permanentes ou dependência exclusiva da disponibilidade de outra pessoa para sua condução ao ambiente de trabalho (HOFFMANN, 1999).

Ainda, segundo Hoffmann (1999), a ausência de uma OM independente não implica e nem sempre indica impedimento para a obtenção de emprego no mercado de trabalho por parte deste indivíduo; porém, salientamos que a dependência total de um guia ou a falta de segurança para realizar os deslocamentos pode ser motivo de restrição da qualidade e da quantidade das suas chances profissionais. Observa-se isso no seguinte relato.

“Comecei a advogar em 97, mas isso tudo sem ter vindo pra Associação e ter feito o curso de nada... Eu trabalhava com meu pai que é advogado também, então agente ia junto no fórum eu ia e voltava fazia as audiências e tal.... uns 10 anos quase ou mais(fiquei) é sem procurar reabilitação. Ai quando eu vim pra cá (Associação) é

⁶ 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 – SUAS 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 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e 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 ¼ (um quarto) do salário mínimo vigente (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME, 1988).

que eu comecei a ficar mais sem vergonha, assim no sentido de poder ir pra rua de não ficar preocupado de perder de casa... eu não queria de jeito nenhum ficar com bengala, andando com bengala...hoje em dia eu já me adaptei a situação” V4.

As barreiras arquitetônicas e a desordem do mobiliário urbano aparecem como queixa principal dos deficientes visuais entrevistados tendo nas respostas uma frequência de 83,33% na categoria locomoção e também há queixa de acidentes. Tal fato corrobora com os achados de Dias de Sá (2003).

“A universidade particular não tinha não (facilidade pra andar nos corredores), não tinha referencia, não tinha nada, não tinha alguma coisa que me orientasse, não tinha...tipo na rua tem a parede né, tipo as vezes tem um meio fio né, então lá num tinha nada, eu dependia muito dos outros tô falando pra chegar até a sala, mas dentro da sala ou no corredor ou banheiro até que era tranquilo. Mas o portão, o acesso até a sala que era difícil né. Muita gente e aquele estacionamento...essas barreiras que agente encontra na rua, essas lixeiras, as caixas de correio, assim isso pra gente é um grande desafio , porque tem uns que não tem como. Por mais que seja bom de manejar a bengala e de rastrear agente não acha de jeito nenhum quem acha primeiro é a cabeça. Ai é difícil essa coisas do dia-a-dia que agente encontra na rua. A lixeira tá até no meio fio , o grande problema as vezes é essa caixinhas de correio, que essas caixinhas costumam mesmo ficar na parede, ai num tem, jeito. Orelhão também costuma ficar na parede, né. Então às vezes não tem como não bater ”(V2).

“...ela (bengala) vai rasteando a calçada encontra os buracos que você poderia tropeçar e etc...” (V3).

“As dificuldades que tem o próprio município é que impõe né. Porque se a prefeitura tivesse uma maior fiscalização, né das ruas, não teria tanta dificuldade. Por exemplo, calçada, calçamento....as vezes no mesmo calçamento tem um plano com vários degraus... Poderia ter um plano só como é na Rio Branco, na Rio Branco tem facilidade porque ela é um calçadão. Tem uns altos e baixos das garagens dos prédios... é calçada furada, degrau que não precisa ter, entendeu!?!... tem banca de venda na rua, então tudo atrapalha a gente” (V4).

“Eu não tenho tanta dificuldade, assim a dificuldade é porque às vezes os passeios são acidentados, às vezes estão muito cheios de pessoas, pessoas assim... não dão licença pra você passar, você tem que...as vezes te empurram pro lado te empurram pro outro, mas essa dificuldade sempre tem...” (V5).

“ Tem local que tem que tem (piso-podotátil) e tem lugar que não tem, é ruim cheio de buraco, cheio de cadeirinha com pessoal tomando cerveja, cheio de cratera no meio do caminho. Orelhão já entrei várias vezes...bati a cabeça, peguei referência de novo vim embora...Tem lugar que não tem referência, não tem: posto de gasolina, você tem que manter uma linha reta e ir direto..” (V6).

A bengala é o “olho” do deficiente visual, e através dela obtém as informações sensorio-táteis e proprioceptivas do chão. Essas permitem aos deficientes visuais programar e executar a mudança de direção ao aparecerem obstáculos ou encontrar a linha de referencia, por exemplo, na faixa de acesso da calçada.

Um estacionamento e um posto de gasolina não são acessíveis e, portanto, não são inclusivos, sendo um exemplo claro de risco de atropelamento ligado a ausência de referencias no piso, citada pelos voluntários V2 e V6. A solução seria a implantação de piso podo-tátil, aliada ao bom senso e educação dos motoristas.

Enfim, qual lugar da calçada seria o adequado para o transito de pessoas deficientes visuais? Seria a faixa livre, que faz parte de uma divisão imaginária na calçada dividida em: faixa de acesso, faixa livre e faixa de serviço.

A faixa de acesso é a parte da calçada que se encontra próxima as edificações e/ou casas. A faixa livre é onde a maioria das pessoas transita e onde teoricamente o piso podo-tátil deveria estar, a fim de orientar os deficientes visuais com segurança, ou seja, longe das ruas. Por último, a faixa de serviço é a faixa da calçada que se encontra próxima à rua. Nela é possível encontrar os serviços de iluminação (postes), de limpeza (lixeiras), de comunicação (orelhões e placas de trânsito) (IPUF, 2011).

Contudo, essa regra não é seguida no município de Juiz de Fora na maioria dos lugares, onde orelhões, caixas de correios e lixeiras estão na faixa de acesso e há ausência de piso podo-tátil ou há má colocação desses faz com que os deficientes visuais caminhem nessa faixa de acesso na procura de uma linha de referencia e se acidentem.

FIGURA 1- CALÇADA E SUAS FAIXAS



Fonte IPUF (2011)

A bengala com ponteira *roller* foi apontada pelos voluntários como um dispositivo auxiliar facilitador da locomoção. Seguem os relatos.

“...Uso (bengala para chegar nos lugares)... um roler na ponta onde você não precisa suspender a bengala pra bater, você deixa ela no chão. Você só arrasta pra direita, esquerda. Então aquilo facilitou porque além dela fazer um rastreamento melhor, que ela vai rasteando a calçada encontra os buracos que você poderia tropeçar e etc. Ela também, você não precisa ficar segurando a bengala na mão, suspendendo e abaixando” (V3).

“...minha bengala tem uma rodinha (roller), não é borrachinha não, é rodinha e dobrável (bengala)...a rodinha é melhor pois faz barulho, ela vai rodando assim na calçada, não agarra no passeio” (V6).

O item sete é a pergunta norteadora de toda a entrevista *“Após ter passado pelo curso de OM você notou alguma diferença na realização dessas atividades? Quais?”*

Nas respostas desse item 5 voluntários de 6 relataram a ligação direta do uso da bengala com a sua autonomia e independência, e o único voluntário que não citou a bengala relatou ter os pais como guias videntes.

“Bom, a diferença de ter feito o curso de OM está no fato de eu agora poder andar sozinho, o que me ajudou bastante. Mas a dificuldade ainda está presente. O curso de OM me ajudou muito, porque agora eu posso me locomover pra onde eu quiser só que assim, a dificuldade ainda está aí não mudou muito. O curso de OM fez muita diferença para andar dentro de casa, porque agente aprende a ter noção de espaço eu consegui criar uma imagem mental da casa onde moro. Também, antes eu não usava a bengala”(VI)

“... O uso da bengala, né, me ajudou é, risos, me ajudou a fazer minhas compras sozinho, né. Eu mesmo ir no mercado, eu mesmo pagar minhas contas, eu mesmo ir até a minha faculdade e outra também ajudar meus amigos também que ainda não tem é agora já não tem mais isso, mas assim agente conduzir nossos colegas até a escola ia e buscava né, então essa independência também né...” (V2)

“Não, não usava a bengala antes do curso de OM. Ao usar você fica mais seguro, né. Você pode ir em qualquer lugar que você tá seguro, né. Sem a bengala não tem jeito, né. Eu até ia (andar), mas tinha que ter alguém comigo, né, minha mãe, meu pai, meu irmão. Hoje em dia, não” (V3).

“Muito grande, a diferença é que hoje eu né... antes eu esperava que as pessoas me levassem pros lugares, hoje não. Hoje a qualquer hora que eu quero sair eu pego a minha bengala e saio, então eu tenho a minha independência. Assim se eu preciso ir ao mercado eu pego a minha bengala e vou no mercado, preciso ir numa loja olhar uma roupa, não preciso ficar esperando que alguém me leve naquela loja, né. Eu mesma preciso comprar a passagem pra mim, eu vou na rodoviária compro a minha passagem. Isso é como se eu tivesse enxergando, voltasse uma nova forma de enxergar a visão que eu tenho hoje” (V5).

“Ah senti, que você tem que prestar muita atenção, assim na hora, entra carro, sai carro, na hora que o sinal fecha, na hora de atravessar a rua. É isso é muito importante para o deficiente visual, porque ficar dependendo das pessoas toda vida é muito ruim. Pois você quer ir no lugar, tem que pedir fulano pra me levar é muito ruim. Você sabendo é só pegar sua guia, o seu olho (bengala) e sai...”(V6).

“...Eu não preciso assim de locomoção no meu dia-a-dia. Isso que eu to te falando as minhas atividades eu sempre fiz acompanhado de alguém no caso. Para ir no fórum eu sempre fui com o meu pai. Pra fazer os processos sempre fiz com minha mãe e eu continuei mesmo depois da locomoção (curso de OM)... Se eu for sozinho conseguiria chegar também, mas eu vou sempre com ele (pai) porque ele me ajuda lá dentro do fórum pra ler alguma coisa... É na hora assinar o processo ele tem que mirar pra mim pra poder assinar igual você fez aqui” (V 4).

Durante o curso de OM na Associação dos Cegos é reforçado a importância de treinar as técnicas aprendidas no curso fora do ambiente de sala de aula, ou seja, levar para o mundo real o que é vivenciado nas aulas durante o curso. Para saber se a abordagem foi eficaz aplicou-se a seguinte pergunta.

“Durante a realização do curso de OM, você aplicava as técnicas fora da Associação dos Cegos?”

No frequenciamento da categoria (reforçar o aprendizado) percebeu-se que apenas 40% da amostra aplicavam as técnicas de OM fora da Associação dos Cegos, durante a realização do curso de OM. Entretanto há dois vieses nessa questão, o fato do curso ter sido aplicado por duas professoras distintas e um dos voluntários não ter respondido esse item.

Com relação a usar todas as técnicas de OM somente 2 dos 6 voluntários, disseram usar todas as técnicas em seu dia-a-dia.

Ao associar os dados obtidos na análise quantitativa com os da análise qualitativa. Encontrou-se no item 1 *“Como você lida com a questão da cegueira?”*, a diferença no enfrentamento da perda da visão antes dos 5 anos e após essa idade. Demonstrou-se nitidamente a questão da dificuldade de aceitação da cegueira na fase adulta através de V4 *“No início eu tive um problema sério pra aceitar (a cegueira), assim que eu perdi a visão... Então na época eu fiquei em depressão não queria conversar com ninguém não queria sair de casa, não queria conversar...”* e a presença de memórias visuais em V5 *“Sim (perdeu a visão com 7 anos e tem lembranças visuais) ah eu lembro de tudo o que tenha visto quando eu enxergava. As coisas se tornam visíveis na minha mente, agora as coisas que surgiram depois que eu perdi a visão ai eu não consigo memorizar”*. Essas memórias podem ser usadas no curso de OM para facilitar a formação de conceitos no geral.

Ao relacionar as facetas do domínio físico com a entrevista semi-estruturada os pontos mobilidade e atividades da vida cotidiana foram abordadas na análise quantitativa. No domínio psicológico a faceta aprender foi inserida na qualitativa, no domínio relações sociais as relações pessoais e suporte (apoio) social foi questionado e por último no domínio meio ambiente apareceram na análise qualitativa a segurança física e proteção, participação em , e oportunidades de recreação/lazer e por fim ambiente físico: trânsito.

7 CONCLUSÃO

Com relação aos resultados expostos anteriormente, pode-se apontar a influência e importância do curso de OM na vida dos deficientes visuais tanto adquiridos quanto congênitos.

Porém, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito à qualidade de vida na análise quantitativa. Contudo, encontrou-se diferença no somatório das medianas dos domínios, sendo maiores nas relações sociais, questões gerais e no domínio psicológico respectivamente e menores no domínio físico e meio ambiente.

Além disso, não foram encontradas diferenças entre os dois grupos: deficientes visuais adquiridos e congênitos, na análise qualitativa. No entanto, se forem comparados isoladamente os 6 voluntários, encontrou-se diferenças em relação a aceitação da cegueira e a presença de memória visual antes e após os 5 anos de idade.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

AZEVEDO, P.W. ; JOFFILY, S.B. Arranjos congênitos: **Abrangências e Limitações Representações**. Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 25, n.4, p: 595-601, Out-Dez 2009.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal, 2009; Edições 70, LDA (Obra original publicada em 1977).

BITTENCOURT, Z.Z.L.C. HOEHNE, E.L. **Qualidade de vida de deficientes visuais**. Medicina, Ribeirão Preto; 39 (2): 260-264, abr/jun 2006.

BORGES, A. **Projeto Dosvox**. Instituto Tércio Pacitti de Aplicações e Pesquisas Computacionais (NCE/UFRJ), 2002. Disponível em: <<http://intervox.nce.ufrj.br/dosvox/>>. Acesso em: 13 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da educação. Secretária de Educação Especial. **Caminhando Juntos: Manual das Habilidades Básicas de Orientação e Mobilidade**. Brasília, 2004.

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: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ori_mobi.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRASIL. 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: <portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/16/visual_160712.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BRAVO FILHO et al. **Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no ser tão de Pernambuco.** Arq. Bras Oftalmol; 75(3): 161-5, 2012.

CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde.** Rev. Bras. Enferm., Brasília (DF); 57 (5): 611-4, 2004.

CARROL, T. J. **A cegueira: o que ela é, o que ela faz e como viver com ela.** São Paulo: Fundação para o Livro do Cego no Brasil, 1968.

DANTAS, R.A.S; SAWADA, N.O; MALERBO, M.B. **Pesquisa sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo.** Rev. Rev Latino-am Enfermagem; 11(4):532-8, julho-agosto 2003.

L D'Aurea-Tardeli, D., Paula, F. V. de.(Org). (2009). **Violência na escola e da Escola: Desafios Contemporâneos à Psicologia da Educação.** Rev. latino-americana de Enfermagem;11(4):532-538, 2003.

D'AUREA-TARDELI, D., P, F. V. de. **Violência na escola e da Escola: Desafios**

Contemporâneos à Psicologia da Educação. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE). Volume 13, Número 2, (343-346). Jul/Dez de 2009.

DI NUBILA H; BUCHALLA C. **O papel das Classificações da OMS-CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade.** Rev. Bras. Epidemiol; 11(2): 324-335, Jun, 2008.

DIAS DE SÁ. E. **Acessibilidade: as pessoas cegas no itinerário da cidadania.** Rev. IBC; Abr, 2003.

FARIAS, N; BUCHALLA, C. M. **A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas.** Rev. bras. epidemiol.; São Paulo , v. 8, n. 2, jun 2005.

FLECK, M.P.A et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”.** Revista de saúde pública; 34(2):178-183, 2000.

FRANCO, J.R; DENARI, F.E. **A Sociedade e a Cegueira: Discriminação e Exclusão.** Rev. IBC, edição 48, abr 2011.

HOFFMANN, S.B. **Benefícios da Orientação e Mobilidade – estudo intercultural entre Brasil e Portugal.** Rev IBC., Edição 14, dez. 1999.

ICD-10-CM. World Health Organization. **International Classification of Diseases, Revision-Clinical Modification;** 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em data: 11 fev. 2013.

INSTITUTO DE PLANEJAMENTO URBANO DE FLORIANÓPOLIS. **Manual de acessibilidade**, 2007. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/26_12_2011_17.31.26.f930687d1baa0226e641b934b6fa8d6c.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

GASPAR, E. S. L; BARROS, R. M.A ; SILVA, C.M.S. **Percepção dos professores de orientação e mobilidade em face de sua formação e intervenção: estudo exploratório realizado em Portugal**. Revista IBC, edição 19, ago 2013.

KASTRUP, V. **A invenção na ponta dos dedos: a reversão da atenção em pessoas com deficiência visual**. Psicologia em Revista; v. 13, p. 69-90, 2007.

LANDEIRO, G.M.B et al. **Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(10):4257-4266, 2011.

LINO, V.T.S. et al. **Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro;24(1):103-112, 2008.

JOBIM, A.P, ASSIS, A.E.S. **Psicomotricidade: histórico e conceitos**. Disponível em: <<http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2008/artigos/edfis/358.pdf>>. Acesso em : 29 dez. 2013.

MESSA, AA; NAKAMANI C.R; LOPES M.C.B. **Qualidade de vida de crianças com deficiência visual atendidas em Ambulatório de Estimulação Visual Precoce.** ArqBras Oftalmol.;75(4):239-42; 2012.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **BPC (benefício de prestação continuada).** Site: MDS.gov.br. Acesso em: 17 jan. 2013.

NAKANAMI, C.R; KARA-JOSÉ N; RODRIGUES M.L.V.**O que é considerado baixa visão e cegueira do ponto de vista oftalmológico, educacional e legal.** Saúde Ocular e Prevenção da Cegueira. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 18-23, 2009.

NUNES, S.S; LOMÔNACO, J.F.B. **Desenvolvimento de conceitos em cegos congênitos:caminhos de aquisição do conhecimento.**Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) _ V. 12, n. 1, p. 119-138, Jan/Jun 2008.

ROSA NETO, Francisco et al. **O esquema corporal de crianças com dificuldade de aprendizagem.** Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP. Volume 15, Número 1: 15-22. Jan/Jun de 2011.

SACKS, O.W. **Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais.** São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SANTOS, D.B, VIEIRA, E.M. **Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura.** Ciênc. saúde coletiva, vol.16, jan/mai 2011.

THE WHOQOL GROUP: **The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization.** Soc. Sci. Med, 41(10):1403-1409, 1995.

WELSH, R.L.; BLASCH, B.B. **Foundations of orientation and mobility.** New York: American Foundation for the Blind, 1980.

APÊNDICE 1 - Questionário para caracterizar a amostra

1- Qual o seu nome?

2- Qual a sua idade?

3- Qual o seu sexo? Feminino ou masculino?

4- Qual o seu estado civil?

5- Tem filhos? Quantos?

6- Qual o seu nível de escolaridade?

7- Qual a sua religião?

8- Qual a sua cidade natal (naturalidade)?

9- Em que cidade reside atualmente?

10- Qual a sua ocupação atual?

11- Qual era sua ocupação antes de se tornar cego?

12- Qual a sua renda familiar?

Observação: a questão 10 será aplicada somente nos deficientes visuais adquiridos.

APÊNDICE 2 - Roteiro da entrevista semi-estruturada

1- Como você lida com a questão da cegueira?

2- Você se sente incluído pelos amigos e familiares?

3- Você se sente incluído ao acessar espaços públicos e privados em Juiz de Fora?

4- Quais atividades você realizava em seu dia-a-dia antes de se tornar cego?

5- Quais atividades você realiza hoje em seu dia-a-dia?

6- Quais as facilidades e dificuldades de locomoção encontradas no seu dia-a-dia?

7- Após ter passado pelo curso de OM você notou alguma diferença na realização dessas atividades? Quais?

8- Durante a realização do curso de OM, você aplicava as técnicas fora da Associação dos Cegos?

9- Você aplica todas as técnicas de OM? Se não, por quê?

Observação: a questão 4 que será aplicada somente no deficiente visual adquirido.

APÊNDICE 3 – Relatos da entrevista

Itens da entrevista	Relatos
Como você lida com a questão da cegueira?	<p>V1: “Bom atualmente muito bem, muito bem me dou muito bem com ela (cegueira)”</p> <p>V2: “Normal, até porque, assim como eu te falei perdi com 3 anos e meio de idade (visão), então assim não lembro de nada, né. Já me adaptei, não tenho é. Já me acostumei”.</p> <p>V3: “Eu lido tranquilo, tenho problema nenhum não”</p> <p>V4: “No início eu tive um problema sério pra aceitar (a cegueira), assim que eu perdi a visão... Então na época eu fiquei em depressão não queria conversar com ninguém não queria sair de casa, não queria conversar... simplesmente eu me afastei da minha vida social e fiquei três anos afastado da minha vida social... hoje em dia eu já me adaptei a situação. As vezes eu nem me lembro da época que eu andava (com a visão) eu lembro me recordo, mas não me faz mais aquele mal que me fazia, hoje eu já tô mais acostumado com isso”</p> <p>V5: “Sim (perdeu a visão com 7 anos e tem lembranças visuais) ah eu lembro de tudo o que tenha visto quando eu enxergava. As coisas se tornam visíveis na minha mente, agora as coisas que surgiram depois que eu perdi a visão ai eu não consigo memorizar”.</p> <p>V6: “Ah, mas eu já acostumei com a cegueira, né. Pra mim não faz diferença nenhuma não”.</p>
Você se sente incluído pelos amigos e familiares?	<p>V1:” Sim me sinto”</p> <p>V2: “Mais aqui pelos amigos da associação do que pelos familiares de lá (outra cidade)”.</p> <p>V3: “Os amigos sim, mas se eu chego assim numa menina, ai ela</p>

fala eu vou ficar com você e tudo. Só que depois não fica entendeu? É a família tem um pouco de preconceito, né. As vezes eu vou pegar um litro de água para encher ai (falamos) você vai entornar”

V4: “Pelos familiares sim, pelos amigos não. Amigos hoje, amigos da Associação sim, amigos com a mesma deficiência sim, mas os amigos que eu tinha antigamente não. Os amigos de faculdade, os amigos assim depois que eu perdi a visão sumiu tudo, desapareceram. Mas também não faço questão não, porque quem é amigo é amigo mesmo, não é!? Prefiro ficar longe”.

V5: “Sim”

V6: “Ah aceito, minha família, meus amigos. Me tratam muito bem, muito bem nossa”.

**Você se sente
incluído ao
acessar espaços
públicos e
privados em Juiz
de Fora?**

V1: “Quando eu perdi a visão eu senti muita dificuldade no meu dia-a-dia, além de me sentir excluído. (Hoje eu me sinto incluído ao acessar espaços públicos e privados) em parte. (Tenho dificuldade de acesso) em bancos, mercado. Por causa da localização do modo de encontrar, porque não tem ponto de referência. Não consigo chegar sem alguém nesses lugares. Preciso ter o auxílio de alguém. Um exemplo de situação que eu me senti excluído foi quando eu estava parado até aqui em frente da Associação, numa escola, parado para atravessar e várias pessoas passando e esbarrando em mim e ninguém me ofereceu ajuda. E outra pessoa que não estava naquele meio ali, veio atravessou a rua e veio me ajudar, então nesse parte eu me sinto assim excluído”.

V2: “Ah sinto, apesar das barreiras que agente encontra em bancos é no caso de acessar os caixas, falta de equipamentos, né que proporciona o acesso tipo fone de ouvido que tem em alguns bancos e outros não tem, né. Eu preciso sim (de ser guiado até os

caixas). Alguns quando tem aquele piso podotátil direcional, levam até certinho até na direção do caixa. Ai é mais fácil pra seguir, aquele piso direciona agente direitinho. Alguns tem as coisas em Braille, né. Mas assim, isso é minoria e são poucos né quase não tem acesso no mais você tem que depender dos outros”.

V3: “Até que não é muito difícil não. A locomoção é tranquilo. Eu saio daqui (Associação dos Cegos) pego um ônibus no ponto de ônibus, peço o motorista para parar no ponto onde eu quero ir e desço e peço ajuda entendeu!? E chego até lá, é isso? Uso (bengala para chegar nos lugares)”.

V4: “Não sinto diferença nenhuma não, sinto sim (incluído)...Não tem dificuldade porque o pessoal ajuda. Ajuda, chega junto, pergunta o que você tá querendo, o que você tá precisando. Não tem jeito é (mesmo se quiser fazer algo sozinho), sempre tem alguém... Então até as vezes um excesso de querer ajudar atrapalha”.

V5: “Ah às vezes. Porque na maioria das vezes as pessoas é...eu estou em determinados lugares as pessoas chegam, eles cumprimentam as pessoas com visão normal e as vezes a pessoa que não tem visão eles passam por ela várias vezes depois assim que eles vão perceber que agente está ali”.

V6: “ Não... os bancos até tem umas letras no chão (piso podotátil direcional), não sei se você já viu, pra deficiente seguir...assim que você chega lá no banco tem uma pessoa pra te levar, você, no caixa”.

**Quais atividades
você realizava em
seu dia-a-dia antes
de se tornar cego?**

V1: “Eu trabalhava, serviços gerais... Eu jogava futebol antes de me tornar cego e não jogo mais”.

V4: “Eu perdi a visão e formei na faculdade no final do curso eu já tava começando a perder a visão então terminei o curso e formei...”

Ah eu dirigia, tinha carteira de motorista, gostava de sair, gostava de dirigir, gostava de andar a cavalo quando eu ia na roça... Eu era um cara mais caseiro, eu estudava ia pra casa e fazia estágio no fórum e no hospital escola e ficava mais em casa...Eu saia a noite, às vezes, sexta e sábado ia num barzinho, entendeu?! E hoje em dia eu não saio, mesmo porque, o pessoal até me convida, mas eu num gosto... pra mim sair pra um lugar pra ficar não vendo nada eu prefiro nem sair. E eu me sinto mal pra falar a verdade, sinceramente eu não gosto de ficar em ambiente público assim, em barzinho. Porque a impressão que dá que tá todo mundo te olhando... Então você quer ir no banheiro tem que alguém te ajudar e num gosto de chamar a atenção... Se por exemplo uma pessoa que é deficiente tá com um copo de cerveja, oh o ceguinho tá bebendo. Com coisa que a pessoa que é cega não pode beber, né. Então se você chegar com uma namorada, o cego tá namorando. Sabe aquelas coisas que a sociedade as vezes não consegue assimilar que o cego só perdeu a visão”.

V5: “Brincava muito (quando ainda enxergava), brincadeiras de criança assim como brincar de casinha, brincar de boneca, correr, pular corda, subir nas arvores (risos), essas coisas. Hoje não tem mais brincadeiras é só joguinhos, então, mas agente tinha, costurava roupinha pras bonecas, arrumava casinha, aquelas vasilhinhas bonitinhas, pratileirinhas, mesinhas meu pai fazia isso pra gente”.

V6: “ Anteriormente servente de pedreiro”.

**Quais atividades
você realiza hoje
em seu dia-a-dia?**

V1: “Hoje eu estudo e faço uso de transporte público. Eu tenho dificuldade também, porque como eu disse: eu preciso de alguém pra me ajudar a pegar um ônibus. A escada do ônibus é tranquilo e o fato dos bancos para deficientes visuais serem na frente facilitou”.

V2: “É eu pratico esporte aqui na associação, né, corrida. Esses dias eu tô parado, né. Eu já passei por tudo (os cursos que a Associação

dos Cegos oferece aos deficientes visuais) eu já fiz a orientação e mobilidade né, é...e de vez em quando artesanato também”.

V3: “Aqui na Associação estou fazendo sô informática, né, por enquanto. Em casa escuto um rádio, né...Ajudo assim se tiver um litro de água para encher eu gosto de ajudar, né. Ser útil também se não agente fica muito parado, né. Hoje em dia não (pratico nenhum esporte), antigamente praticava futebol. Mas futebol machuca muito, ai falei vou parar com isso. O futebol de 5”.

V4: “Comecei a advogar em 97, mas isso tudo sem ter vindo pra Associação e ter feito o curso de nada... Eu trabalhava com meu pai que é advogado também, então agente ia junto no fórum eu ia e voltava fazia as audiências e tal... Lá no fórum é mais oral, né. O trabalho de escrita eu sempre trabalhei junto com o meu pai e com minha mãe... uns 10 anos quase ou mais é sem procurar reabilitação. Ai quando eu vim pra cá (Associação) é que eu comecei a ficar mais sem vergonha, assim no sentido de poder ir pra rua de não ficar preocupado de perder de casa... eu não queria de jeito nenhum ficar com bengala, andando com bengala...hoje em dia eu já me adaptei a situação”.

V5: “Ah eu ... saio, faço alguns serviços aqui na secretária (Associação), vou ao banco quando precisa, marco alguma consulta, algum exame nos postos de saúde pra ajudar as pessoas aqui dentro (Associação), até mesmo levar quando precisa uma pessoa no médico. Eu ando em todos os lugares, pela cidade tudo (sozinha)”.

V6: “Aqui tem corrida (Associação), hoje mesmo treinei atletismo, artesanato..., e natação...tem aula de informática...mas eu não estou no Braille, eu não tô não, sai...faz mais compra ali...andar no centro da cidade...lá no banco”.

**facilidades e
dificuldades de
locomoção
encontradas no
seu dia-a-dia?**

V1: “Eu não tenho nenhuma facilidade no meu dia-a-dia por causa da cegueira. Mas existem recursos que nos ajudam sim como o computador que até fala, tem celulares também que tem uns comandos que fala pra gente as funções. A dificuldade que mais me incomoda é andar na rua, porque as pessoas não sabem lidar com a deficiência ou até mesmo, eles ignoram em certas situações. Então pra mim a dificuldade é essa, eu andar na rua”.

V2: “A universidade particular não tinha não (facilidade pra andar nos corredores), não tinha referencia, não tinha nada, não tinha alguma coisa que me orientasse, não tinha...tipo na rua tem a parede né, tipo as vezes tem um meio fio né, então lá num tinha nada, eu dependia muito dos outros tô falando pra chegar até a sala, mas dentro da sala ou no corredor ou banheiro até que era tranquilo. Mas o portão, o acesso até a sala que era difícil né. Muita gente e aquele estacionamento... essas barreiras que agente encontra na rua, essas lixeiras, as caixas de correio, assim isso pra gente é um grande desafio , porque tem uns que não tem como. Por mais que seja bom de manejar a bengala e de rastrear agente não acha de jeito nenhum quem acha primeiro é a cabeça. Ai é difícil essa coisas do dia-a-dia que agente encontra na rua. A lixeira tá até no meio fio , o grande problema as vezes é essa caixinhas de correio, que essas caixinhas costumam mesmo ficar na parede, ai num tem, jeito. Orelhão também costuma ficar na parede, né. Então às vezes não tem como não bater “.

V3: “A locomoção é tranquilo. Eu saio daqui (Associação dos Cegos) pego um ônibus no ponto de ônibus, peço o motorista para parar no ponto onde eu quero ir e desço e peço ajuda entendeu!?! E chego até lá, é isso? Uso (bengala para chegar nos lugares)... um roler na ponta onde você não precisa suspender a bengala pra bater, você deixa ela no chão. Você só arrasta pra direita, esquerda. Então aquilo facilitou porque além dela fazer um rastreamento melhor, que

ela vai rasteando a calçada encontra os buracos que você poderia tropeçar e etc. Ela também, você não precisa ficar segurando a bengala na mão, suspendendo e abaixando”.

V4: “...nas audiências é sempre tudo mais oral, então agente trabalha mais com a palavra. Pra mim era mais fácil inclusive, porque sem ver você não vê aquele monte de gente em volta e você fica mais descontraído pra falar, é uma facilidade que eu como advogado sinto em relação aos outros... As dificuldades que tem o próprio município é que impõe, né. Porque se a prefeitura tivesse uma maior fiscalização, né das ruas, não teria tanta dificuldade. Por exemplo, calçada, calçamento....as vezes no mesmo calçamento tem um plano com vários degraus... Poderia ter um plano só como é na Rio Branco, na Rio Branco tem facilidade porque ela é um calçadão. Tem uns altos e baixos das garagens dos prédios... é calçada furada, degrau que não precisa ter, entendeu!?!... tem banca de venda na rua, então tudo atrapalha a gente”

V5: “Eu não tenho tanta dificuldade, assim a dificuldade é porque as vezes os passeios são acidentados, as vezes estão muito cheios de pessoas, pessoas assim... não dão licença pra você passar, você tem que...as vezes te empurram pro lado te empurram pro outro, mas essa dificuldade sempre tem. Não nenhum problema tranquilo (em relação a bengala). Sim , eles esbarram (na bengala), as vezes, caem. É eles vem rápido ai então pulam na bengala e jogam ela lá longe, ai eu espero que eles pegam pra mim. Porque quando agente aprendi o curso, agente aprende que quando a pessoa vem e joga a sua bengala longe, tem que esperar que a pessoa pega, assim se não pegar outra pessoa vai ter que pegar”.

V6: “ Tem local que tem que tem (piso podotátil) e tem lugar que não tem, é ruim cheio de buraco, cheio de cadeirinha com pessoal tomando cerveja, cheio de cratera no meio do caminho. orelhão já

entrei várias vezes...bati a cabeça, peguei referência de novo vim embora...Tem lugar que não tem referência, não tem: posto de gasolina, você tem que manter uma linha reta e ir direto...os pessoal faz muita covardia com os deficientes...muita gente é (outra pessoa disse) não tem ninguém não, ele (pessoa que avisa se o ônibus que o deficiente visual quer chegou no ponto) já saiu, nesse instante você está falando sozinho, o que eu você ta querendo?...Ai o motorista espera você acomodar, sentar direitinho depois sai, alguns sai metendo o pé, não espera não...minha bengala tem uma rodinha (roller), não é borrachinha não, é rodinha e dobrável(bengala)...a rodinha é melhor pois faz barulho, ela vai rodando assim na calçada, não agarra no passeio”.

Após ter passado pelo curso de OM você notou alguma diferença na realização dessas atividades? Quais?

V1: “Bom a diferença de ter feito o curso de OM está no fato de eu agora poder andar sozinho, o que me ajudou bastante. Mas a dificuldade ainda está presente. O curso de OM me ajudou muito, porque agora eu posso me locomover pra onde eu quiser só que assim, a dificuldade ainda está ai não mudou muito. O curso de OM fez muita diferença para andar dentro de casa, porque agente aprende a ter noção de espaço eu consegui criar uma imagem mental da casa onde moro. Também, antes eu não usava a bengala”.

V2: “A OM dá agente ...bastante autonomia né. É...tipo assim todo professor faz o trabalho de lateralidade com agente, faz o trabalho de noção de espaço né, a ida e vinda pra saber onde agente tá localizado e como fala assim tem um monte de gente que não sabe se falar levanta o braço direito tem gente que não sabe nem onde é direita, então o curso tem esse fim de agente ter a noção do nosso corpo do nosso espaço assim né . O uso da bengala ,né, me ajudou é, risos, me ajudou a fazer minhas compras sozinho, né. Eu mesmo ir no mercado, eu mesmo pagar minhas contas, eu mesmo ir até a minha faculdade e outra também ajudar meus amigos também que ainda não tem é agora já não tem mais isso, mas assim agente

conduzir nossos colegas até a escola ia e buscava né, então essa independência também né. Assim num existia também saber a localização, saber é a posição do vestuário, colocar uma camisa. Se é frente ou se é trás né, se tá pra frente se tá pra trás. Tantos que alguns colegas não sabe se a camisa tá pra frente ou se tá pra trás, do lado avesso não precisa né, porque você vai saber. Mas frente e trás dependendo da camisa você não sabe, se você não sentir direito você não sabe. Você tem que sentir bem e tal a posição da camisa”.

V3: “Não, não usava a bengala antes do curso de OM. Ao usar você fica mais seguro, né. Você pode ir em qualquer lugar que você tá seguro,né. Sem a bengala não tem jeito, né. Eu até ia (andar), mas tinha que ter alguém comigo, né, minha mãe, meu pai, meu irmão. Hoje em dia, não”.

V4: “uns 10 anos quase ou mais é sem procurar reabilitação. Ai quando eu vim pra cá (Associação) é que eu comecei a ficar mais sem vergonha, assim no sentido de poder ir pra rua de não ficar preocupado de perder de casa, porque no início se alguém chegasse e falasse pra mim se prepara e vai lá aprender locomoção e tal eu me recusava de segurar uma bengala, aquilo pra mim era o cumulo, né. Eu não preciso assim de locomoção no meu dia-a-dia. Isso que eu to te falando as minhas atividades eu sempre fiz acompanhado de alguém no caso. Para ir no fórum eu sempre fui com o meu pai. Pra fazer os processos sempre fiz com minha mãe e eu continuei mesmo depois da locomoção (curso de OM)... Se eu for sozinho conseguiria chegar também, mas eu vou sempre com ele (pai) porque ele me ajuda lá dentro do fórum pra ler alguma coisa... É na hora assinar o processo ele tem que mirar pra mim pra poder assinar igual você fez aqui”.

V5: “Muito grande, a diferença é que hoje eu né... antes eu esperava que as pessoas me levassem pros lugares, hoje não. Hoje a qualquer

hora que eu quero sair eu pego a minha bengala e saio, então eu tenho a minha independência. Assim se eu preciso ir ao mercado eu pego a minha bengala e vou no mercado, preciso ir numa loja olhar uma roupa, não preciso ficar esperando que alguém me leve naquela loja, né. Eu mesma preciso comprar a passagem pra mim, eu vou na rodoviária compro a minha passagem. Isso é como se eu tivesse enxergando, voltasse uma nova forma de enxergar a visão que eu tenho hoje”.

V6: “Ah senti, que você tem que prestar muita atenção, assim na hora, entra carro, sai carro, na hora que o sinal fecha, na hora de atravessar a rua. É isso é muito importante para o deficiente visual, porque ficar dependendo das pessoas toda vida é muito ruim. Pois você quer ir no lugar, tem que pedir fulano pra me levar é muito ruim. Você sabendo é só pegar sua guia, o seu olho (bengala) e sai...Pra gente aprender o percurso pra gente ficar seguro quando está passando perto de um mercado de fruta ou perto de uma farmácia, senti o olfato e o cheiro, tudo é importante pra gente. Até uma pratinha que cai no chão a gente tem que prestar atenção...opa caiu uma pratinha você leva a mão na frente, abaixa e pega a pratinha (técnica de autoproteção: objetos caídos)...(Fala de uma senhora com o voluntário na rua) Oh meu filho você não pode andar sozinho é perigoso, você não está enxergando direito, você tem família?. Resposta do voluntário: Na época eu tinha meu pai, era vivo ainda na época. Eu gosto de resolver as minhas coisas sozinho, não gosto de depender das pessoas. As pessoas que vêem(videntes) que tem que te vê (deficiente visual).

**Durante a
realização do
curso de OM, você
aplicava as
técnicas fora da
Associação dos**

V1: “Eu treinava as técnicas de OM durante o curso fora da Associação. Eu tinha dificuldade de pegar alguma coisa no chão, geralmente abaixa normal quando se enxerga. É só pega e abaixa. Quando você é deficiente e vai abaixar você tem saber se tem algo na sua frente, um móvel, algo qualquer e como você não vê acaba

Cegos?

que você bate a cabeça nesse móvel. Tem uma técnica que abaixa protegendo o rosto, protegendo a face (técnica de localização de objetos caídos).

V2: “Eu aplicava muitas técnicas, tipo assim quando caia alguma coisa no chão né, eles ensinavam a maneira de passar a mão no chão e não tocar o chão todo né. O jeito certo de sentir pra até poder evitar ter contato com sujeira assim, então aprendi essas técnicas rapidinho e treinava a linha reta, eu mesmo gostava de ficar andando de um lado pro outro e manejando a bengala...”

V3: “Não, só aqui na aula mesmo”.

V4: “Não”.

V5: “Aplicava tinha que aplicar pra treinar as técnicas, pra eu acostumar com aquelas técnicas”.

V6: ...

Você aplica todas as técnicas de OM? Se não, por quê?

V1: “Eu aplico todas as técnicas de OM hoje em dia. No começo doía o punho para manejar a bengala, mas depois com o tempo com a prática você vai ficando mais resistente e não sente dor ao manejar”

V2: “Ah nem todas, não aplico todas não. Tipo assim, no ponto de ônibus, aquele tumulto aquela confusão toda, eles são danados pra tropeçar na bengala e quebrar. Então na medida...a bengala é segura. Eu pego uma linha reta e vou seguindo, (você vai rastreando ou vai quicando?) é muita gente ai pisa né. Mas o certo é rastrear mesmo. (Na multidão você vai batendo a bengala até achar o chão) é, é né.

V3: “Sim, uso quase todas, não vou falar que todas porque não uso. Eu uso mais quando vou pegar alguma coisa ai eu ponho a mão na frente pra não esbarrar, entendeu (técnica de autoproteção:

localização de objetos). E as outras acho que não tem tanta importância, né”.

V4: “Eu aplico todas as técnicas, porque você precisa delas pra poder andar. Você tá lá na rua você tem que saber ficar ligado nos barulhos... na saída e entrada de veículos quando apita pra você ficar parado. Pra poder saber que vem carro: se tá saindo ou entrando, porque você pode ser atropelado e tem que saber o que é direita e esquerda. Então, todas as “regras” (técnicas) você tá sempre aplicando”.

V5: “ Não, hoje já não uso mais, assim né. Eu não usava as técnicas como eram exigidos né. Mas hoje sim eu ando tranquilamente na rua, às vezes, eu estou com a mão ocupada eu vou com a mão esquerda vou com a mão direita (risos),é então. Não é assim que eu adaptei, mas eu acho que ninguém consegue usar todas as técnicas conforme é ensinado, num tem como. Dentro da aula quando você está aprendendo o curso (sim). Ai depois é que você termina o curso é diferente você sair sozinho, você não vai usar todas aquelas técnicas. As técnicas principais você usa que é rastrear pra poder encontrar os obstáculos, está você tem que usar é obrigatória. Mas tem outras técnicas que as vezes você usa ali dentro da aula, mas depois quando passa você nem lembra daquelas técnicas, né”.

V6: “Não é muito difícil, tem coisa que é muito difícil. O mais difícil é andar no centro da cidade com aquela barulhada, mais no calçadão da rua Halfeld, aquela bateção, aquela andação de lá pra cá, né. Mesmo assim eu ando lá dentro”.

APÊNDICE 4 - Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRO-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF

36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

NOME DO SERVIÇO DO PESQUISADOR

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: CLÁUDIA HELENA CERQUEIRA MÁRMORA.

ENDEREÇO: RUA PROFESSOR CLÓVIS JAGUARIBE, 240/201, BOM PASTOR

CEP: 36021-700 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 3135-6540 / 9113-9583

E-MAIL: CLAUDIA.MARMORA@UFJF.EDU.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa
“Análise da qualidade de vida de deficientes visuais adquiridos e congênitos após

participarem do curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos Cegos de Juiz de Fora”. Neste estudo temos como principal objetivo analisar a qualidade de vida de deficientes visuais adquiridos e congênitos após passarem pelo curso de Orientação e Mobilidade. O motivo que nos leva a pesquisar este assunto é que atualmente existe um crescente interesse na comunidade acadêmica na avaliação da qualidade de vida de indivíduos deficientes visuais. Assim, ao se avaliar a qualidade de vida de deficientes visuais após terem sido direcionados em um curso de orientação e mobilidade teremos dados para saber se as técnicas interferem em suas vidas e como interferem.

- Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: será aplicado um questionário contendo perguntas sobre seus dados pessoais como nome, idade, sexo, entre outros, um questionário de qualidade de vida WHOQOL-Bref e uma entrevista semi-estruturada com perguntas sobre o seu dia-a-dia, não havendo nenhum risco das informações serem utilizadas para outros fins senão para a pesquisa, sendo sua identidade preservada. A pesquisa apresenta risco mínimo para sua realização. Cabe esclarecer que não será oferecido nenhum benefício de intervenção terapêutica, ou ressarcimento por sua participação. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Associação dos Cegos de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Análise da qualidade de vida de deficientes visuais adquiridos e congênitos após participarem do curso de Orientação e Mobilidade da Associação dos Cegos de Juiz de Fora”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ouvir e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome
digital

Assinatura do participante por impressão

Data

Nome
Data

Assinatura do pesquisador

Nome
Data

Assinatura testemunha

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar o CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF, CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP 36036.900

FONE: 32 2102 3788

Tire suas dúvidas sobre riscos, acesse:

<http://www.ufjf.br/comitedeetica/files/2008/12/risco-em-pesquisa3.doc>.

ANEXO 1

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	–	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas **últimas duas semanas**.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Caracterização do perfil e análise da qualidade de vida e aspectos perceptivos de deficientes visuais da Associação dos Cegos de Juiz de Fora, MG.

Pesquisador: Cláudia Helena Cerqueira Mámora

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17994313.6.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Fisioterapia

Patrocinador Principal: Faculdade de Fisioterapia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 481.969

Data da Relatoria: 05/12/2013

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço:	JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP:	36.036-900
Bairro:	SAO PEDRO		
UF:	MG	Município:	JUIZ DE FORA
Telefone:	(32)2102-3788	Fax:	(32)1102 3738
		E-mail:	ccp.propceq@ufjf.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 481989

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Janeiro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 06 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3700 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesc@uff.edu.br