



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

MARISSA ROMANO DA SILVA

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL PARA ADOLESCENTES E
ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

CAMPINAS

2016

MARISSA ROMANO DA SILVA

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL PARA ADOLESCENTES E
ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde,
Interdisciplinaridade e Reabilitação, área de concentração em
Interdisciplinaridade e Reabilitação

ORIENTADOR: RITA DE CÁSSIA IETTO MONTILHA
COORIENTADOR: MARIA INÊS RUBO DE SOUZA NOBRE

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA MARISSA ROMANO DA SILVA, E ORIENTADA PELA
PROF.^a DR.^a RITA DE CÁSSIA IETTO MONTILHA.

CAMPINAS

2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 01P-4647/2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Si38a Silva, Marissa Romano da, 1989-
Avaliação terapêutica ocupacional para adolescentes e adultos com deficiência visual baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) / Marissa Romano da Silva. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Rita de Cássia Ietto Montilha.
Coorientador: Maria Inês Rubo de Souza Nobre.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Terapia ocupacional. 2. Pessoas com deficiência visual. 3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 4. Avaliação. 5. Avaliação da deficiência. I. Montilha, Rita de Cássia Ietto, 1965-. II. Gomes, Maria Inês Rubo de Souza Nobre, 1960-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Occupational therapy evaluation for adolescents and adults with visual impairment based on International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Palavras-chave em inglês:

Occupational therapy
Visually impaired persons
International Classification of Functioning, Disability and Health
Evaluation
Disability evaluation

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Rita de Cássia Ietto Montilha [Orientador]
Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto
Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Data de defesa: 29-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

MARISSA ROMANO DA SILVA

ORIENTADOR(A) PROF(A). DR(A). RITA DE CÁSSIA IETTO MONTILHA

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). RITA DE CÁSSIA IETTO MONTILHA
2. PROF(A). DR(A). MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE GASPARETTO
3. PROF(A). DR(A). MARIA LUISA GAZABIM SIMÕES BALLARIN

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 29 de fevereiro de 2016

AGRADECIMENTOS

Agradecer torna-se uma missão muito difícil, diria quase impossível, quando olho para trás, para minha trajetória, e vejo tantas pessoas que passaram pela minha vida, que me possibilitaram, de alguma forma, chegar até aqui.

Primeiramente, agradeço à Deus e Nossa Senhora, por todos os caminhos que me ajudaram a trilhar, por terem me guiado em todas as escolhas que fiz, nas decisões que tomei.

Aos meus amados pais, que sem eles eu nada seria. Meus eternos agradecimentos por tudo o que fizeram e fazem por mim, por todo amor, ensinamentos, incentivo, estímulo, empurrões, palavras. Vocês são únicos, são meus exemplos. Agradeço imensamente à minha avó, Teresa, que apesar de não entender sobre esse universo, me escutou narrar minhas descobertas durante esta pesquisa, sempre contribuindo com sábias palavras, me acalmando quando fosse necessário, acendendo suas velas, me dando colo, conforto, amor.

Agradeço à minha orientadora, Rita de Cássia Letto Montilha, que apostou em mim, me mostrou caminhos e possibilidades, se dispôs, de forma tão generosa, a compartilhar suas experiências e conhecimentos, compreendeu meus limites e a minha distância.

À minha coorientadora, Maria Inês Rubo de Souza Nobre, por sempre se preocupar e zelar tão cuidadosamente por minha formação, crescimento e amadurecimento profissional e pessoal, que - juntamente com a Rita - me apresentou ao universo encantador da deficiência visual.

À minha tão especial tia-madrinha Maria Emília Schpallir Silva por sua presença em nossas vidas. Agradeço à tia Maria Helena Salgado Bagnato, um exemplo de força e superação, por ter sido peça-chave na minha decisão de prestar mestrado, me incentivando a seguir por esse caminho. E às nossas famílias que se uniram num laço de amizade desde 1991.

Aos meus tios, tias, primos e primas. Família é tudo.

Com muito carinho, agradeço à Thalita (Sia), Geisy e Camilla por serem pessoas tão especiais, presentes e amigas. À Bruna e Tatiane por todos os momentos que compartilhamos e compartilharemos, obrigada por entenderem minhas ausências.

Às minhas queridas amigas e companheiras de estrada interdisciplinar, Aprimorandas, que desde 2012 contribuem constantemente com sua amizade, apoio e carinho, apesar da distância. Aos laços criados no Programa de Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação com pessoas que compartilharam e trocaram comigo conhecimentos, tendo parte nesta conquista. Bianca, obrigada pela parceria.

À UNIFESP, seus docentes, funcionários e aos amigos que lá fiz, agradeço por me apresentarem ao real significado de trabalho em equipe, de estar junto, experienciar. Foram quatro anos inesquecíveis e fundamentais.

Aos meus colegas e amigos de NAPS III/Caps III – Praia em Santos/SP, que me abraçaram e acolheram. Obrigada por me ouvirem, pacientemente, falar sobre deficiência visual, CIF e minha pesquisa. Obrigada por me incentivarem e não me deixarem desanimar em meio à nossa louca ausência de rotina de trabalho.

Agradeço ao CEPRE e a todos os seus funcionários por serem grandes incentivadores na formação profissional daqueles que por ali passam. Em especial a Rita Savoy, funcionária do Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação, que sempre com muita atenção e carinho me ajudou, apoiou, escutou.

Por fim, agradeço às pessoas que aceitaram fazer parte desta pesquisa, contribuindo com suas experiências ímpares, principalmente ao pensarem em outras pessoas que podem vir a se beneficiar, futuramente, com os resultados deste estudo.

Gratidão!

RESUMO

A avaliação em terapia ocupacional é um procedimento que busca identificar as habilidades, capacidades e limitações do sujeito atendido, identificar os fatores pessoais, hábitos, rotinas, papéis desempenhados, contextos e ambientes, e qualquer fator que interfira em seu pleno desempenho ocupacional em suas atividades cotidianas, favorecendo um diagnóstico terapêutico ocupacional e possibilitando a elaboração das intervenções. Cada sujeito é único e realiza as atividades utilizando suas habilidades de maneira particular, o que justifica um olhar pormenorizado e individualizado durante a avaliação terapêutica. Dessa forma, deve-se conhecer a situação e as condições de vida das pessoas com deficiência visual, através de uma avaliação funcional específica, para que haja o adequado planejamento de ações. Em consonância com a avaliação singularizada, está a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que reúne em um único modelo dinâmico os fatores intrínsecos - determinações genéticas e características pessoais - e os fatores contextuais - influenciadores e determinantes por oferecerem barreiras ou facilitadores na realização de atividades. **Objetivo:** Construir um instrumento de avaliação em terapia ocupacional, baseado na CIF, para adolescentes e adultos com deficiência visual. **Método:** O delineamento desta pesquisa foi composto por três processos complementares: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa exploratória descritiva. Por meio das pesquisas bibliográfica e documental buscou-se identificar a existência de avaliações terapêuticas ocupacionais que, através do uso da CIF, possibilitassem a identificação de demandas em pessoas com deficiência visual, adolescentes e adultos. Após a verificação da ausência de avaliações com esse perfil, a pesquisa exploratória descritiva fez-se necessária para a construção da avaliação e a posterior descrição de seu processo de desenvolvimento. **Resultados:** O processo de construção da avaliação se deu em três etapas. A primeira versão da avaliação foi construída e testada, sendo observada a necessidade de adequações. A primeira versão do instrumento sofreu ajustes, dando origem à segunda versão da avaliação que também foi testada e observada a necessidade de readequações. A partir da segunda versão e da necessidade de alterações em seu conteúdo, ordem de itens, linguagem e outros, foi construída a terceira versão. Nessa última versão, por sua vez, após pré-testes, não foi constatada a necessidade de modificações, sendo considerada a versão final. A avaliação construída é composta por suas instruções detalhadas, a identificação da fonte de coleta das informações sobre o sujeito e a avaliação propriamente dita, que compreende a identificação dos dados pessoais, informações acerca dos aspectos visuais, entrevista semi-estruturada e a observação direta do sujeito desempenhando uma atividade prática. **Conclusão:** A avaliação da forma como foi construída possibilita ao terapeuta ocupacional identificar os principais aspectos que influenciam a saúde e qualidade de vida de pessoas com deficiência visual, como também dar voz às vontades, interesses e necessidades subjetivas, possibilitando ao sujeito avaliado identificar as próprias demandas, fatores influenciadores de seu desempenho, suas dificuldades, capacidades e potências. Verifica-se que o instrumento construído possibilita a classificação dos sujeitos avaliados na CIF, utilizando uma linguagem universal.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Pessoas com deficiência visual, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Avaliação, Avaliação da deficiência.

ABSTRACT

The evaluation of occupational therapy is a procedure that aims to identify the abilities, capabilities and limitations of the individual attended, identify personal factors, habits, routines, performed roles, contexts and environments, and any factor that interferes with their full occupational performance in their daily activities, promoting an occupational therapeutic diagnosis and enabling the development of interventions. Each individual is unique and conducts activities using its particular way of abilities, which justifies look detailed and individualized for therapeutic assessment. Thus, it must know the situation and living conditions of people with visual disabilities through a specific functional assessment, so that there are proper planning actions. In consonance with the singularized evaluation is the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), which brings together in a single dynamic model intrinsic factors – genetic determinations and personal characteristics – and the contextual factors – influencing and determining for providing barriers or facilitators in carrying out activities. **Objective:** Construct an evaluation instrument in occupational therapy, based on ICF, for adolescents and adults with visual impairments. **Methods:** The research design consisted of three complementary processes: bibliographic research, documental research and descriptive exploratory research. Through bibliographic and documentary researches aimed to identify the existence of occupational therapy evaluations that, through the use of ICF, would enable the identification of demands for visually impaired people, adolescents and adults. After checking the lack of evaluations with this profile, a descriptive exploratory research was necessary for the construction of the assessment and the subsequent description of your development process. **Results:** The assessment of the construction process occurred in three stages. The first evaluation version was built and tested, and was observed the need for adjustments. The first version of the assessment was adjusted, giving rise the second version of evaluation, that was also tested and noted the need for readjustments. From the second version and the need for changes in content, order items, language and others, the third version was built. In this version, in turn, after pre-testing, the need for change was not detected and was considered the final version. The evaluation constructed consists of your detailed instructions, identifying the source of collection of the individual information and the evaluation itself, which includes the identification of personal data, information about the visual aspects, semi-structured interviews and direct observation of subject involved in a practical activity. **Conclusion:** The evaluation of the way it was constructed allows the occupational therapist to identify the main factors that influence the health and quality of life of people visually impaired but also give voice to the desires, interests and subjective needs, enabling the subject evaluated to identify themselves demands, factors influencing their performance, their difficulties, abilities and powers. It is noted that the instrument built enables the classification of subjects evaluated in ICF, using a universal language.

Key words: Occupational therapy, Visually impaired persons, International Classification of Functioning, Disability and Health, Evaluation, Disability evaluation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – DIAGRAMA DA INTERAÇÃO ENTRE OS COMPONENTES DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)	44
FIGURA 2 – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL PARA ADOLESCENTES E ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)	59
FIGURA 3 – RECURSO CONFECCIONADO PARA O TESTE FUNCIONAL DE CAMPO VISUAL	73
FIGURA 4 – ILUSTRAÇÕES DOS INTERVALOS DE ÂNGULOS DO CAMPO VISUAL	74
FIGURA 5 – INTERVALOS DE ÂNGULOS DO CAMPO VISUAL	75
FIGURA 6 – RECURSOS PARA O TESTE FUNCIONAL DA VISÃO DE CORES	76
FIGURA 7 – <i>HIDING HEIDI LOW CONTRAST TEST FOR LOW VISION®</i> , HYVÄRINEN	78

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL, DE ACORDO COM OS VALORES DE ACUIDADE VISUAL APRESENTADA E A CIF	70
TABELA 2 – PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL, DE ACORDO COM O CAMPO VISUAL APRESENTADO E A CIF	75
TABELA 3 - PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL, DE ACORDO COM A VISÃO DE CORES E A CIF	77
TABELA 4 - PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA VISUAL, DE ACORDO COM O TESTE DE SENSIBILIDADE AO CONTRASTE E A CIF	78

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES VISUAIS	22
QUADRO 2 – CONDIÇÃO VISUAL, SEGUNDO A ACUIDADE VISUAL, PARA O CONSELHO INTERNACIONAL DE OFTALMOLOGIA – ICO	23
QUADRO 3 – CONDIÇÃO VISUAL, SEGUNDO A ACUIDADE VISUAL E O CAMPO VISUAL, PARA A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, 10ª REVISÃO (CID-10)	23
QUADRO 4 – COMPONENTES ESTRUTURAIS DA CIF	43
QUADRO 5 – MAGNITUDE DA DEFICIÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS FUNÇÕES DO CORPO	45
QUADRO 6 – MAGNITUDE DA DEFICIÊNCIA EM RELAÇÃO ÀS ESTRUTURAS DO CORPO	45
QUADRO 7 – MAGNITUDE DA DIFICULDADE EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO	46
QUADRO 8 – MAGNITUDE DA INFLUÊNCIA DOS FATORES AMBIENTAIS	47
QUADRO 9 – ESTRUTURA DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL	66
QUADRO 10 – PROPOSTA DE DESCRIÇÃO PARA OS QUALIFICADORES DA CIF .	85
QUADRO 11 – RESULTADOS DOS TESTES DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA VISÃO DO SUJEITO A, DE ACORDO COM A CIF	88
QUADRO 12 – DESEMPENHO OCUPACIONAL DO SUJEITO A, DE ACORDO COM A CIF	89
QUADRO 13 – RESULTADOS DOS TESTES DA AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA VISÃO DO SUJEITO B, DE ACORDO COM A CIF	99
QUADRO 14 – DESEMPENHO OCUPACIONAL DO SUJEITO B, DE ACORDO COM A CIF	100

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AOTA – AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION

AVD – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

AIVD – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

CIF – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE

CIF-CJ – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE VERSÃO PARA CRIANÇAS E JOVENS

COFFITO – CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E DE TERAPIA OCUPACIONAL

ICO – INTERNATIONAL COUNCIL OF OPHTHALMOLOGY

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

CID-10 – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS, DÉCIMA REVISÃO

CEPRE – CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM REABILITAÇÃO

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Considerações a respeito da terapia ocupacional	14
1.2 Avaliação em terapia ocupacional	17
1.3 O sistema visual	19
1.4 Deficiência visual	22
1.4.1. Reabilitação em deficiência visual	29
1.5 A trajetória histórica da atenção à pessoa com deficiência visual	30
1.6 Breve histórico sobre as políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência visual.	33
1.7 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)	40
2. OBJETIVOS	48
2.1 Objetivo geral	48
2.2 Objetivos específicos	48
3. METODOLOGIA	49
3.1 Tipo de estudo	49
3.2 Aspectos éticos	49
3.3 Local do estudo	50
3.4 Procedimentos de coleta de dados	52
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE I	124
ANEXO I	143
ANEXO II	145

1. Introdução

1.1 CONSIDERAÇÕES A RESPEITO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A terapia ocupacional atua na promoção, prevenção, tratamento, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, no plano individual e coletivo, de forma contextualizada, àqueles que apresentam alterações motoras, psíquicas, cognitivas, sensoriais e/ou socioafetivas, congênitas ou adquiridas ⁽¹⁻³⁾. Ao acreditar que todos os sujeitos são seres ocupacionais, tem como objetivos gerais instrumentalizar o sujeito para que seja capaz de atuar na sociedade com o máximo de independência e autonomia, através de seu envolvimento em ocupações, tendo como estratégias terapêuticas a atividade humana significativa e a experiência cotidiana ⁽¹⁻³⁾.

O processo da terapia ocupacional se dá por meio da avaliação inicial, planejamento da intervenção, intervenção propriamente dita e da avaliação dos resultados. Tais procedimentos devem ser estabelecidos de forma contextualizada, considerando as ocupações do sujeito (atividades de vida diária – AVD – atividades instrumentais de vida diária – AIVD – participação social, descanso/sono, trabalho, brincar, lazer e educação), seus fatores pessoais, padrões e habilidades de desempenho, a fim de se alcançar seu bem-estar, saúde e participação em situações de vida, por meio de seu envolvimento em ocupações ⁽³⁾. Ao profissional terapeuta ocupacional compete ser um facilitador da intersecção entre sujeito, seu contexto e ambiente, e as ocupações nas quais se envolve ⁽³⁾.

As abordagens, técnicas, raciocínio clínico e áreas de conhecimento da terapia ocupacional foram influenciados, ao longo de seu desenvolvimento, pelos diferentes contextos e momentos históricos. Nesse processo de construção, novos saberes foram sendo difundidos, novas práticas em saúde foram ganhando espaço e novas características foram sendo incorporadas à profissão.

Tais influências partem desde a especialização do trabalho em áreas relacionadas à medicina, influenciadas pelo reducionismo médico – que compartimentaliza e fragmenta o sujeito – da ampliação das áreas e possibilidades de atuação, da pressão para que tivesse ações definidas e ganhasse a cientificidade exigida na área da saúde (*status científico*), as diversas demandas da população atendida, teorias, metodologias e momentos históricos que percorreu, até ao avanço tecnológico que possibilitou a elaboração de tecnologias assistivas cada vez

mais adequadas às necessidades específicas de cada pessoa atendida ⁽⁴⁻⁵⁾. No decorrer de sua história – ainda em constante construção – a terapia ocupacional não se apresenta de forma linear em seu curso, mas sim se construindo no decorrer de seu cotidiano relacional e situacional ⁽⁴⁻⁶⁾.

Foi no século XX, segundo De Carlo e Bartalotti (2001) ⁽⁴⁾, que a saúde do indivíduo passou a ser vista como um fenômeno complexo e intimamente ligado às experiências cotidianas, o que levou ao reconhecimento e valorização do uso terapêutico das atividades e do direito ao tratamento, respeito e autossatisfação.

A partir de novas perspectivas acerca da saúde e reabilitação, passou-se a ver a atividade humana como um elemento articulador entre sujeito e seu meio, como aquela que oportuniza a ação e as expressões livres e significativas, além de facilitadora da “criação de uma nova realidade” (Castro, Lima, Brunello, 2001) ⁽⁵⁾, possibilitando, dessa forma, que o sujeito se insira na sociedade, no tempo e no espaço ⁽⁵⁾.

O que se estabelece no decorrer da realização de atividades em Terapia Ocupacional é um campo de experimentação, no qual se instala um processo dinâmico, caracterizado como o fio condutor de uma história peculiar, que se constrói na relação terapêutica, a cada momento ou situação, de modo sempre singular. São elas que darão forma e estrutura ao fazer dos sujeitos atendidos, estabelecendo um sistema de relações que envolve a construção da qualidade de vida cotidiana. (Castro, Lima, Brunello, 2001)

Para o terapeuta ocupacional, a atividade humana é um “processo criativo, criador, lúdico, expressivo, evolutivo, produtivo e de automanutenção” ⁽²⁾. Acredita-se que, seja qual for o momento ou o motivo, todos estamos engajados em atividades. O que diferencia as pessoas em seu fazer é a forma de executar, a importância e os valores atribuídos. Para a profissão, a atividade é potente em intermediar o sujeito com ele mesmo e com seu meio, devendo, portanto, estimular a realização de atividades que façam sentido, propondo o fazer a partir de um projeto terapêutico individualizado.

O documento “A Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, 3ª Edição”, escrito pela *American Occupational Therapy Association* – Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2015) ⁽³⁾, fornece os construtos e a base conceitual os quais fundamentam a prática da profissão atualmente. Dessa forma, será utilizado nesta pesquisa como fonte conceitual.

De acordo com esse documento oficial, o termo “contexto” abrange os contextos cultural, pessoal, temporal e, cada vez mais na atualidade, o contexto virtual. Enquanto

“ambiente” compreende as condições físicas (naturais ou construídas) que cercam o sujeito; é no ambiente que as ocupações ocorrem ⁽³⁾.

O termo “ocupação” abrange todas as atividades diárias em que os sujeitos se envolvem e são influenciadas pelo significado e valores, individuais e culturais, interesse, motivação, satisfação e contexto no qual se insere. Para o documento, “ocupação são os vários tipos de atividades cotidianas nas quais indivíduos, grupos ou populações se envolvem, incluindo AVD, AIVD, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer, e participação social.” ⁽³⁾.

Para a terapia ocupacional o termo “participação” seria definido como engajamento ou envolvimento em atividades e ocupações, o que levaria o indivíduo à satisfação, interesse e motivação para realizar outras atividades ^(3,7). Tal participação depende diretamente do contexto e do ambiente físico e social no qual o sujeito está inserido, de que forma sua rede de suporte o influencia, de que maneira as barreiras arquitetônicas o possibilitam acessar os espaços coletivos. Sendo o ambiente um importante facilitador ou uma importante barreira ao sujeito, lhe impondo possibilidades ou restrições, cada sujeito, portanto, vive em seu cotidiano de acordo com suas oportunidades individuais de ação. É justamente esse fazer singular que o terapeuta ocupacional se utiliza para melhorar as condições de saúde ⁽⁸⁾.

Na deficiência visual, foco de reflexão e discussão nesta pesquisa, este objetivo se mantém e, a partir da avaliação contínua das demandas, interesses e expectativas do sujeito em atendimento, a profissão busca a valorização e ampliação das capacidades, reconhecimento de suas limitações, a adaptação de materiais de uso cotidiano, reabilitação para a realização das AVDs e AIVDs que sejam necessárias, estímulo às atividades de lazer, de trabalho e sociais, e para os sujeitos com baixa visão objetiva favorecer o uso funcional do resíduo visual por meio de atividades relevantes ao cotidiano, apresentar recursos não ópticos que possam favorecer a funcionalidade, desenvolvimento de habilidades e potencialidades. Em todas as ações do profissional devem ser oferecidos suporte e orientação aos familiares, entendendo que o fortalecimento e engajamento da rede de suporte da pessoa com deficiência visual seja parte de seu processo de reabilitação ⁽⁹⁻¹¹⁾.

1.2 AVALIAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Segundo as resoluções nº425, de 08 de julho de 2013 ⁽¹⁾ e nº445, de 26 de abril de 2014 ⁽¹²⁾, do Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional (COFFITO), são procedimentos e responsabilidades fundamentais do terapeuta ocupacional avaliar, intervir e orientar, bem como prestar assistência ao sujeito, participando da promoção, prevenção, tratamento, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos, nos planos individual e coletivo, considerando seu contexto de vida. Composto com as resoluções anteriores, a resolução nº316, de 19 de julho de 2006 ⁽¹³⁾, estabelece e atribui competência ao profissional terapeuta ocupacional para o diagnóstico terapêutico ocupacional através da utilização de métodos e técnicas terapêuticas ocupacionais. Segundo seu Artigo 1º ⁽¹³⁾:

É de exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, no âmbito de sua atuação, avaliar as habilidades funcionais do indivíduo, elaborar a programação terapêutico ocupacional e executar o treinamento das funções para o desenvolvimento das capacidades de desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) para as áreas comprometidas no desempenho ocupacional, motor, sensorial, percepto-cognitivo, mental, emocional, comportamental, funcional, cultural, social e econômico de pacientes. (COFFITO, 2006)

Uma avaliação em terapia ocupacional propõe-se a coletar dados, verificar o resultado da ação terapêutica, medir evoluções. É o procedimento que busca identificar as habilidades, capacidades e limitações do sujeito atendido para a realização de suas ocupações. Visa identificar os fatores pessoais, hábitos, rotinas, papéis desempenhados, contextos e ambientes, e qualquer fator que interfira em seu pleno desempenho ocupacional em suas atividades cotidianas, favorecendo um diagnóstico terapêutico ocupacional e possibilitando a elaboração das intervenções ⁽¹²⁾. A avaliação ocorre desde as interações iniciais, como avaliação inicial, até mesmo enquanto estratégia de se medir e analisar os resultados das intervenções terapêuticas ocupacionais ⁽³⁾.

Os procedimentos adotados são determinados de acordo com os objetivos da avaliação, o momento histórico em que está sendo realizada, suas necessidades, a área de atuação em que se insere o terapeuta, o referencial teórico adotado, dentre outros fatores ^(3, 14).

A avaliação terapêutica ocupacional consiste em identificar o perfil ocupacional do sujeito avaliado e analisar seu desempenho ocupacional. O perfil ocupacional diz respeito às necessidades relacionadas ao desempenho, interesses e motivação do sujeito avaliado. Já a avaliação de seu desempenho ocupacional visa identificar os facilitadores e as barreiras

encontradas na realização de suas atividades cotidianas e ocupações, corresponde à interação entre sujeito, seu contexto e ambiente, atividades e ocupação ⁽³⁾.

Na análise do desempenho ocupacional, a queixa e os problemas ou potenciais problemas do cliente são mais especificamente identificados por meio de instrumentos de avaliação destinados a observar, medir e informar sobre os fatores que facilitam ou impedem o desempenho ocupacional. (AOTA, 2015)

Avaliação, portanto, é o pré-requisito para planejar intervenções, elaborar estratégias de atuação e analisar os resultados das intervenções ⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Avaliar passa a necessitar de variadas formas e estratégias, as quais devem ser capazes de fornecer o maior número de dados sobre as várias particularidades do sujeito ⁽¹⁴⁾.

Segundo Kudo *et al.* (2012) ⁽¹⁵⁾, há uma relação direta entre um bom e preciso levantamento de demandas e uma eficaz intervenção terapêutica ocupacional. Para tanto, defendem a importância do processo avaliativo como forma de identificação dos parâmetros norteadores da atuação profissional. A avaliação deve ser ampla, identificar não somente as dificuldades, barreiras e limitações que estão impedindo o sujeito num fazer pleno, mas também ressaltar as potências, capacidades, habilidades, interesses e expectativas. A avaliação deve ser capaz de coletar dados referentes à história ocupacional, relações sociais e familiares, atividades de lazer; deve ainda abranger a observação de aspectos funcionais que irão subsidiar os objetivos e os recursos terapêuticos a serem utilizados nos atendimentos ⁽¹⁶⁾.

Dentre as estratégias de coleta das informações em uma avaliação estão a entrevista aberta e a observação do sujeito em ação ⁽³⁾. Na entrevista aberta espera-se que o sujeito entrevistado revele suas singularidades e historicidades. O terapeuta deve ser capaz de abrir um espaço de escuta, sem que haja ou se façam interferências ⁽¹⁴⁾. Para a observação direta, o terapeuta deve ser capaz de propor tarefas funcionais, que coloquem o sujeito em ação e promovam seu envolvimento naquela ocupação, possibilitando ao profissional coletar os dados que precisa para elaborar suas estratégias de intervenção ⁽¹⁴⁾.

Salienta-se que cada sujeito é único e realiza suas atividades cotidianas utilizando suas habilidades de maneira particular, o que justifica um olhar pormenorizado e individualizado durante a avaliação terapêutica. E é justamente a identificação dessas necessidades individuais (de cada indivíduo e de cada grupo), por meio de avaliações específicas, que oferecem informações para a elaboração, em ampla esfera, de políticas públicas. Além disso, observa-se como fundamental conhecer a situação e as condições de vida das pessoas com deficiência

visual para que haja o adequado planejamento de ações que, ao menos, minimizem os prejuízos em sua qualidade de vida ⁽¹⁷⁾.

Em seu artigo, a terapeuta ocupacional Barbara Doucet (2014) ⁽¹⁸⁾ revela a necessidade da utilização de instrumentos no cotidiano profissional para validar a eficácia da atuação terapêutica ocupacional, orientar as intervenções e melhorar a qualidade dos serviços de saúde. Entretanto, Doucet (2014) ⁽¹⁸⁾ ressalta a resistência dos terapeutas ocupacionais em utilizar avaliações padronizadas, seja pelo tempo de aplicação de testes, falta de treinamento para administração das avaliações, pouca familiaridade com as medidas e falta de habilidade ou costume em interpretar os resultados obtidos. Ainda pontua a importância de se aproveitar o conhecimento científico e difusão das avaliações para demonstrar expertises que, até então, só se conhecia de forma intuitiva dentro da profissão ⁽¹⁸⁾.

De acordo com Gutman *et al.* (2007) ⁽¹⁹⁾, o uso de avaliações validadas enriquece a prática baseada em evidências, uma vez que, segundo os autores, as avaliações padronizadas possibilitam ao terapeuta ocupacional documentar e medir os progressos do sujeito no decorrer do processo de intervenção. Além disso, segundo eles, obter informações de sujeitos a partir de avaliações padronizadas em terapia ocupacional provê fundamentos que justificam a necessidade de serviços terapêuticos ocupacionais.

A partir dos aspectos descritos relacionados à relevância da avaliação terapêutica ocupacional como procedimento fundamental para a prática da profissão, bem como a escassez de estudos sobre essa temática em específico, esta pesquisa se justifica e se mostra potente no auxílio às ações terapêuticas ocupacionais.

1.3 O SISTEMA VISUAL

O ambiente fornece informações que são percebidas por mecanismos sensoriais. Um mecanismo humano aferente que promove a organização e a integração dessas informações é o sistema visual ⁽²⁰⁻²³⁾. Segundo Martin (2013) ⁽²⁴⁾, o ser humano possui maior dependência do sistema visual do que em relação às outras vias sensoriais (tato, audição, olfato, paladar). Ainda de acordo com o autor, se fosse feita uma comparação entre as diferentes modalidades sensoriais para se detectar qual é a mais utilizada pelo ser humano, a visão seria considerada a que mais possui áreas e estruturas cerebrais envolvidas em seu processo de captação, associação e interpretação das imagens. Martin (2013) ⁽²⁴⁾ justifica sua afirmação apontando

que os nervos ópticos conectam os globos oculares aos centros de processamento visual, afirmando que cada nervo óptico possui cerca de 1 milhão de axônios.

O sistema visual, ao captar, associar e interpretar as informações ambientais, permite a localização e identificação de objetos distantes que não podem ser identificados por outros sentidos, a compreensão das relações espaciais, a locomoção segura e confiante, a posição do corpo em relação ao espaço, auxilia na formação de conceitos e representação de mundo, orienta e organiza as possibilidades de ação no meio, como a resolução de problemas ⁽²⁰⁻²³⁾.

A visão, responsável pela captação de luz e transmissão dos impulsos nervosos, em seu nível primário, é composta pelo globo ocular. Esta estrutura – globo ocular – é constituída, principalmente, pela conjuntiva, esclera, córnea, pupila, íris, corpo ciliar, coróide, humor aquoso e vítreo, retina e nervo óptico. Entretanto, é no córtex cerebral que as mensagens capturadas no globo ocular “são analisadas e as percepções são formadas” ⁽²⁴⁾.

A trajetória dos raios luminosos que incidem sobre a córnea, passa pela pupila, cristalino e segue até a retina, atingindo as células fotorreceptoras (cones e bastonetes). Os cones e bastonetes têm funções complementares e fundamentais para a qualidade da imagem visual. Os cones contêm fotopigmentos para a visão de cores e são especializados para a visão com alta acuidade durante o dia ou em locais de maior nível de iluminação, além de estarem em maior densidade em uma região distinta morfológicamente da retina, chamada de mácula. Enquanto os bastonetes contêm o fotopigmento chamado de rodopsina, atribuindo-lhe grande importância para a visão noturna ou em locais de baixo nível de iluminação, e estão presentes mais densamente na periferia da retina ⁽²⁴⁾.

As células fotorreceptoras presentes na retina excitam-se pela incidência luminosa, o que gera impulsos nervosos. Agora convertido em impulso nervoso, o estímulo é encaminhado via sinapses por células chamadas de interneurônios ou células bipolares (cones bipolares e bastonetes bipolares), os quais fazem a conexão entre as células fotorreceptoras e as células ganglionares ⁽²⁴⁾.

As células ganglionares formam o chamado nervo óptico que, após sua decussação no quiasma óptico e posterior reorganização, formam o trato óptico. Na estrutura chamada de quiasma óptico há a decussação das imagens projetadas em ambas as retinas temporais, fazendo com que as informações projetadas na porção direita de ambas as retinas sejam enviadas ao lado direito do cérebro, enquanto as imagens projetadas nas retinas esquerdas de ambos os lados sejam encaminhadas ao lado esquerdo do cérebro ⁽²⁴⁾.

As células ganglionares são neurônios que fazem sinapse no tálamo e no tronco encefálico, levando os impulsos nervosos gerados a partir de estímulos luminosos ⁽²⁴⁾. Após a sinapse no tálamo, especificamente no núcleo dorsal do corpo geniculado lateral, as informações são enviadas ao córtex visual primário, por meio das radiações ópticas, localizado no lobo occipital.

A partir do córtex visual primário saem projeções com três destinos: a) para áreas corticais visuais secundárias (ou chamadas de ordem superior), ainda no lobo occipital, para serem associadas e interpretadas; b) outros axônios do córtex visual primário fazem decussação no corpo caloso e chegam ao córtex visual primário contralateral, tal decussação permite a unificação das imagens percebidas nos dois olhos; c) e, por fim, um terceiro grupo de axônios saem do córtex visual primário e chegam aos centros visuomotores no mesencéfalo, com a finalidade de movimentar os olhos para objetos do interesse do indivíduo observador, permitir movimentos oculares e reflexos pupilares ⁽²⁴⁾.

Interconexões do sistema visual com os lobos parietal e temporal são fundamentais para que as informações sejam interpretadas em sua totalidade. Uma imagem vai revelar-se ao indivíduo acionando suas memórias, resgate de sensações e emoções, o reconhecimento da situação/pessoa/objeto, sua localização, sua função, dentre outras informações associadas e interpretadas a partir, somente, dessa interconexão entre lobos ⁽²⁴⁾.

Além das estruturas citadas, fundamentais para o correto funcionamento da visão, o sistema visual depende da qualidade com que a informação é captada. A qualidade da imagem decorre de funções visuais, como descrito no Quadro 1.

As funções visuais podem ser medidas por meio de testes oftalmológicos específicos para cada função, sendo seus métodos e resultados considerados objetivos.

Quadro 1: Descrição das funções visuais

Função visual	Descrição
Acuidade visual	Relacionada, principalmente, às células fotorreceptoras do tipo cones. Refere-se à medida da resolução visual, ou seja, a capacidade de enxergar objetos com nitidez
Campo visual	Área no espaço em que os objetos são identificados pelo olho
Adaptação visual	Adaptação do sistema visual a diferentes condições de iluminação
Visão de cores	Capacidade do sistema visual em perceber e diferenciar tonalidades
Sensibilidade ao contraste	Capacidade de diferenciar o brilho (luminância) entre superfícies adjacentes
Visão binocular	Capacidade de identificar as imagens de ambos os olhos e coordená-las, resultando na noção de profundidade
Visão tridimensional ou estereoscópica	Permite perceber a posição dos objetos em relação ao espaço. Ocorre quando há binocularidade e existente na junção entre os elementos cor-forma-profundidade, que produz a diferenciação entre a figura e seu fundo
Funções oculomotoras	Responsáveis por controlar os movimentos e a posição do olho durante o olhar

Baseado: Ribeiro (2011)⁽¹⁶⁾, OMS (2003)⁽²⁵⁾, Hyvärinen (1995)⁽²⁶⁾

Complementando a importância das estruturas e das funções visuais, a visão funcional diz respeito à funcionalidade nas atividades cotidianas com o grau de visão que o indivíduo apresenta. O Conselho Internacional de Oftalmologia – ICO (2002)⁽²⁷⁻²⁸⁾ estabelece que a visão funcional descreve as habilidades da pessoa durante seu desempenho ocupacional. A visão funcional serve como finalidade para as condutas reabilitacionais.

1.4 DEFICIÊNCIA VISUAL

No decorrer das últimas décadas, a acuidade visual deixou de ser o principal dado para classificar a deficiência visual. Outras funções visuais, a perspectiva do indivíduo, sua funcionalidade e qualidade de vida passaram a servir como parâmetros para avaliar sua condição⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Uma das classificações utilizadas na área da deficiência visual é do International Council of Ophthalmology, Conselho Internacional de Oftalmologia, ICO (2002) ⁽²⁷⁾, que estabelece, em termos gerais, a cegueira como perda total da visão, com utilização predominante de recursos de substituição; a baixa visão como níveis menores de perda visual, com utilização de recursos de auxílio; a deficiência visual, como perda da função visual por alterações orgânicas ⁽²⁷⁻²⁸⁾; visão funcional, utilizada para descrever as habilidades do sujeito no desempenho de suas atividades cotidianas. Para estudos e pesquisas clínicas, a deficiência visual seria definida com base na acuidade visual, sugerido pelo ICO, de acordo com o exposto no Quadro 2 a seguir:

Quadro 2: Condição visual, segundo a acuidade visual, para o Conselho Internacional de Oftalmologia - ICO

Condição visual		Acuidade visual
Visão normal		$\geq 0,8$
Baixa visão	Perda leve	$< 0,8$ e $\geq 0,3$
	Perda moderada	$< 0,3$ e $\geq 0,125$
	Perda grave	$< 0,125$ e $\geq 0,05$
Cegueira	Perda profunda	$< 0,05$ e $\geq 0,02$
	Perda visual quase total	$< 0,02$ até ausência de percepção luminosa
	Perda visual total	Ausência de percepção luminosa

Baseado: International Council of Ophthalmology (2002) ⁽²⁷⁾

Outra classificação considerada é a Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão (CID-10) ⁽²⁹⁾, a qual sugere a definição de deficiência visual correspondente ao exposto no Quadro 3 a seguir:

Quadro 3: Condição visual, segundo a acuidade visual e campo visual, para a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10)

Condição visual	Acuidade visual	Campo visual
Baixa visão ou Visão Subnormal	Corrigida no melhor olho entre $< 0,3$ e $\geq 0,05$	E/ou seu campo visual menor que 20° do ponto de fixação, no melhor olho com a melhor correção óptica
Cegueira	Corrigida no melhor olho $< 0,05$ até ausência de percepção luminosa	E/ou campo visual menor que 10° do ponto de fixação, no melhor olho com a melhor correção óptica

Baseado: OMS (1996) ⁽²⁹⁾

A Organização Mundial de Saúde propõe modificações na CID-10, com a finalidade de padronizar a linguagem para facilitar estudos populacionais, alega que a atual definição considera a melhor correção óptica, o que poderia subestimar a real quantidade de pessoas com deficiência visual em estudos epidemiológicos, uma vez que a não correção de ametropias é considerada atualmente uma das maiores causas de deficiência visual no mundo. Para tanto, sugere substituir o termo “acuidade visual com a melhor correção óptica” para “acuidade visual apresentada”. Além disso, sugere acrescentar uma definição funcional, acreditando que o sujeito, sua funcionalidade e condição são características individuais ^(28, 30-31). Segundo a alteração sugerida, a definição funcional corresponderia:

A pessoa com baixa visão é aquela que apresenta, após tratamentos e/ou correção óptica, diminuição de sua função visual e tem valores de acuidade visual <0,3 à percepção de luz ou um campo visual <10° de seu ponto de fixação; porém usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa. (Haddad e Sampaio, 2010)

Esta nova proposta de definição considera que o sujeito pode possuir CID correspondente à cegueira e responder funcionalmente com melhor desempenho do que outro sujeito com CID para baixa visão, assim como pode ser encontrado na literatura, não há um padrão visual mesmo dentro da mesma patologia ⁽³²⁻³⁴⁾. Tal diferença nos desempenhos pode evidenciar que o meio, com suas barreiras e facilitadores, auxiliam ou atrapalham o sujeito na realização de suas atividades cotidianas.

A definição adotada nesta pesquisa considera a deficiência visual de acordo com a CID-10 ⁽²⁹⁾ e propõe a utilização, em conjunto, com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ⁽²⁵⁾, que será melhor explorada futuramente nesta pesquisa, correlacionando e articulando o diagnóstico oftalmológico e a funcionalidade do sujeito.

De acordo com recente estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) existem cerca de 314 milhões de pessoas com deficiência visual no mundo, sendo 269 milhões com baixa visão e 45 milhões com cegueira, admitindo-se os erros refrativos não corrigidos ^(30,35-36).

O Censo Brasileiro ⁽³⁷⁾ permite reunir informações sobre a população e estimar dados que retratam determinada realidade amostral, no Brasil é feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cada 10 anos. No Censo 2010 ⁽³⁷⁾, 35,8 milhões de brasileiros declararam apresentar deficiência visual com algum grau de comprometimento. O alto número de brasileiros declarando-se com deficiência visual pode ser justificado pelo índice

crecente do envelhecimento populacional no país – as principais causas desta deficiência sensorial estão relacionadas à idade – pela ampliação do conhecimento do conceito de deficiência visual pela população, deixando de ser conhecida apenas como sinônimo de cegueira ⁽²⁸⁾.

As causas de deficiência visual estão relacionadas a fatores biológicos e contextuais, em sua maioria, passíveis de prevenção, tratamento e cura ^(28,31,36,38), associado a fatores nutricionais, infecciosos, escassa tecnologia disponível, desordens metabólicas, dentre outros ^(31,35-36). No mundo, as principais causas descritas são erros refrativos não corrigidos (ou ametropias não corrigidas, como miopia, hipermetropia, astigmatismo e presbiopia), catarata, glaucoma, degeneração macular relacionada à idade, retinopatia diabética, tracoma e opacidade córnea ^(30-31,35-36,39). Ao considerar a terminologia de “acuidade visual apresentada”, os erros refracionais não corrigidos tornam-se a segunda maior causa mundial de cegueira e a principal causa de baixa visão ⁽²⁸⁾, além de serem considerados pela OMS uma causa cada vez mais emergente em todo o mundo ⁽³⁸⁾. Em países em desenvolvimento, como no Brasil, doenças como retinopatia diabética, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade, nesta ordem, representam as afecções com incidências mais comuns ⁽³⁸⁾.

O uso de recursos ópticos, que apresentam propriedades que aumentam a resolução da imagem, ou a ampliam e a reposicionam na retina, e de recursos não ópticos, que modificam ou adaptam materiais e ambientes, como auxílios para leitura e escrita, controle de iluminação e magnificação, adequados a cada caso levam à ampliação da funcionalidade visual e, conseqüentemente, ao melhor desempenho funcional, aumento da autoestima e participação social ^(22,32,40-45).

Em consequência ao comprometimento de uma ou mais funções e estruturas visuais, associado aos fatores ambientais físicos e psicossociais, o sujeito com deficiência visual fica vulnerável a apresentar limitações na realização e restrições na participação em atividades cotidianas. Para essas pessoas, tornam-se imprescindíveis intervenções em reabilitação com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, de acordo com suas necessidades individuais ⁽¹⁶⁾.

Outro fator que interfere na ausência ou presença de vulnerabilidade da pessoa com deficiência visual, principalmente, adquirida, é o impacto emocional gerado pela diminuição visual. Seu processo de enfrentamento dependerá diretamente da fase da vida que a acomete, a progressão da perda visual, sua previsibilidade, decorrerá do suporte familiar, fatores culturais, socioeconômicos, do acesso aos serviços e nível de engajamento social ⁽⁴⁶⁾. Seu luto também poderá ser influenciado por sua personalidade ^(16,47). Com a deficiência, os papéis

sociais exercidos pela pessoa podem sofrer mudanças, como no contexto familiar, vida social e trabalho, o que também pode desestabilizar emocionalmente e influenciar em seu processo de aceitação da nova condição visual.

Segundo Ribeiro (2011) ⁽¹⁶⁾, vários são os sentimentos envolvidos no processo de aceitação da deficiência, dentre eles a autora destaca a “revolta, ambivalência, angústia, ansiedade, negação da deficiência visual e, diretamente ligado a isso, a esperança de cura”. São descritas algumas fases durante o processo de enfrentamento, as quais variam de indivíduo para indivíduo, como as fases de torpor, saudade da figura perdida, desorganização e desespero, por fim pode ser experienciada a fase de reorganização, em que há o envolvimento com o processo de reabilitação.

As fases descritas findam na (re) construção das formas de lidar com o mundo e em novas formas de funcionar nele. As adaptações dos sentidos remanescentes e das funções neurológicas, a relação com o mundo, o desempenho e participação nas atividades cotidianas, tudo pode se tornar um processo longo e, muitas vezes, penoso.

Na deficiência visual, o organismo privado da visão precisa convocar e potencializar os sentidos remanescentes, a fim de construir novos arranjos cognitivos e promover um redirecionamento sensorial com a finalidade máxima de diminuir o impacto dos déficits funcionais ⁽⁴⁸⁾.

Kastrup (2008) ⁽⁴⁸⁾ considera que conhecer é receber e processar informações do mundo externo. O que difere são as representações desse mundo. Socialmente, tem-se a noção de que o mundo representado pelos videntes seria o mais verdadeiro, enquanto a representação de mundo das pessoas com deficiência visual seria incompleto e limitado.

Para Maturana e Varela (2001) ⁽⁴⁹⁾, na Teoria da Enação, ao se reportarem sobre a autopoiese – capacidade do sujeito manter-se vivo, somente se, estiver em um ambiente social, de interação – colocam como essencial ao homem sua construção e constituição enquanto ser social, que deve estar em constante modificação a partir de internalizações com o meio que o circunda. Sua interação oportuniza conhecer o mundo a partir dos meios que escolheu utilizar, em outras palavras e como diz Kastrup *et al.* (2009) ⁽⁵⁰⁾ em sua interpretação sobre a Teoria, ao utilizar a visão o sujeito produz seu sistema cognitivo baseado na visão, gerando uma plataforma de conhecimento visual; enquanto outro sujeito pode utilizar o tato, construindo seu mundo cognitivo baseado nas sensações táteis.

Ao perder a visão, o sujeito gera em si mecanismos cognitivos compensatórios, agindo de forma a reconfigurar suas práticas. Dessa forma, pode-se dizer que a cognição é constituída com base nas ações. As ações de um sujeito criam acoplamentos estruturais com outros sujeitos ou objetos, formando o que Varela e Maturana chamam de coordenação de ações e emoções. A deficiência visual configura novas formas de interagir e coordenar ações e emoções com o mundo. A perda da visão faz com que o sujeito (re) crie e (re) construa novas plataformas cognitivas, novas possibilidades de coordenar-se com esse mundo, sendo isto possível somente através da interação ⁽⁴⁹⁾. Tomando a construção do sujeito a partir de suas “plataformas cognitivas” próprias, para Kastrup *et al.* (2009) ⁽⁵⁰⁾, a cegueira é outra forma de estar no mundo

Se é verdade que a experiência da cegueira nos confronta com a questão da diferença, já não podemos mais, no entanto, entender esta diferença apenas como falta. Antes, esta diferença aponta para outra forma de estar no mundo, outro acoplamento que, assim como o acoplamento visual, possui limitações, mas também porta potencialidades que o vidente desconhece (Kastrup *et al.*, 2009)

Torna-se fundamental reconhecer – a partir da concepção teórica da Enação – que todos são construídos e mantidos vivos, a partir dos mesmos mecanismos de autopoiese, todos estão sob influência e influenciando o mundo ao redor ⁽⁴⁹⁾. As capacidades ou incapacidades, desta forma, independem unicamente de mecanismos internos, pelo contrário, estão diretamente ligados à capacidade do ambiente de receber e flexibilizar-se perante as necessidades dos sujeitos. As barreiras cotidianas seriam, então, fontes limitadoras e segregadoras para que as interações ocorram como deveriam, restringindo os sujeitos com seus mecanismos cognitivos operantes.

O sujeito precisa aprender a receber os estímulos sonoros e táteis e interpretá-los como sendo correspondentes aos estímulos visuais, para associá-los e reconhecê-los posteriormente. Neste processo penoso, sofre pela dificuldade em modificar hábitos e perceber o mundo de outra forma. Há, portanto, o caráter ativo da percepção, que está diretamente relacionada à ação do sujeito ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾.

A diferença nos sistemas cognitivos de pessoas com deficiência visual e daquelas que não apresentam esta deficiência sensorial, numa sociedade visuocêntrica, faz com que as pessoas com deficiência visual sejam vistas como os deficientes em questão, colocando-os numa condição de inferioridade. Muitas vezes, a mensagem transmitida culturalmente considera que o sucesso ou o fracasso de viver com deficiência resulta, quase que unicamente, de características individuais, eliminando completamente o ambiente como um fator

determinante e influenciador na incapacidade, quando na verdade os fatores ambientais estão intimamente ligados ao desempenho das pessoas. As incapacidades da pessoa com deficiência estariam atreladas à deficiência e não aos fatores contextuais, levando a pensar, erroneamente, que os obstáculos seriam vistos como inerentes ao sujeito, uma vez que, para este conceito, a desvantagem estaria impregnada ao corpo deficiente.

A deficiência visual vai além da perda parcial ou total da visão, dentre tantos déficits pode levar ao sentimento de perda da identidade, do seu lugar no mundo, a participação em atividades pode passar a não ter mais significado, pode haver ruptura do cotidiano, das conexões com o mundo, diminuindo o sentimento de pertença ao próprio ambiente, provocando isolamento e podendo levar a um processo de vulnerabilidade ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾.

Na perda visual, em qualquer nível, ocorre um desengajamento forçado das atividades cotidianas e, somente a partir da ação no mundo individual e coletivamente, há a possibilidade de um reengajamento. A importância de se manter em contato com a rede de suporte e engajado nas atividades de costume (seja lazer, trabalho, etc.) está na manutenção das experiências e da aquisição do bojo de conhecimentos em um espaço de compartilhamento. É a partir da participação ativa nestes espaços que ocorrem as internalizações das ações produzidas no meio. Em outras palavras, a interação leva o sujeito a criar novas formas de agir ⁽⁴⁹⁾.

Silva *et al.* (2014) ⁽³²⁾, visando descrever as características de 13 pessoas com deficiência visual participantes de Grupos de Reabilitação Visual, segundo a CID-10 e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mostraram que em relação ao desempenho da socialização sete pessoas alegaram dificuldade grave e uma pessoa dificuldade completa no desempenho social. Este dado vai ao encontro do discurso de Cunha e Enumo (2003) ⁽²¹⁾, as quais defendem que a deficiência leva a prejuízos sociais. Para os outros cinco participantes avaliados e classificados por Silva *et al.* (2014) ⁽³²⁾, os fatores ambientais sociais não representaram barreiras para seu engajamento em atividades, mas sim foram facilitadores.

Sabe-se da existência de ambientes físicos que não estão preparados para receber pessoas com deficiência visual, o que causa limitações e restrições na participação destas em ambientes públicos e privados, gerando verdadeiras barreiras, interferindo em seu direito de ir e vir, podendo desestimular sua procura e acesso à rede de saúde ^(38,51-53). As barreiras arquitetônicas, encontradas nas cidades, e as atitudinais, vistas nos núcleos sociais, podem desencorajar o sujeito a procurar serviços. A procura por reabilitação é mais tardia se a rede

de suporte não incentivar, as barreiras forem limitantes e não houver acesso fácil à rede de saúde, unindo-se a isto há o comprometimento visual, que por si só é limitante e impõe restrições⁽⁵²⁾.

Em estudo realizado por Douglas *et al.* (2002)⁽⁵³⁾, as barreiras sociais e individuais encontradas na população de sua amostra impediam consideravelmente a saída frequente dessas pessoas de suas casas, o transporte público foi identificado como sendo uma importante barreira no cotidiano dos sujeitos estudados, além do desafio de conscientização das próprias pessoas com deficiência visual, as quais veem a redução da mobilidade como inerente à condição, deixando de acessar os serviços de saúde.

As funções visuais apresentadas por Silva *et al.* (2014)⁽³²⁾ com deficiência comprometeram, em diversos níveis, as atividades e participação dos usuários, seja de forma limitante ou mesmo incapacitante, comprometimentos também identificados em estudos de Aciem e Mazotta (2013)⁽⁴¹⁾ e Marback *et al.* (2007)⁽⁴⁶⁾. As atividades de vida diária (AVD), como comunicação funcional, mobilidade funcional e socialização, foram mais comprometidas do que as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), como atividades domésticas. Entretanto, foi possível verificar que a utilização de recursos ópticos e não ópticos mostraram-se como auxílios efetivos para a ampliação da funcionalidade, com melhora no desempenho e participação em atividades cotidianas, assim como evidenciado em outras pesquisas^(40,41-44). Segundo pesquisa de Carvalho *et al.* (2002)⁽⁴⁵⁾ os recursos ópticos prescritos à idosos com deficiência visual, após o conhecimento da categoria visual de cada indivíduo, suas necessidades individuais e aspectos de sua vida diária, auxiliaram na melhora do desempenho funcional e foram reconhecidos pelos idosos como recursos válidos para a realização de atividades cotidianas.

1.4.1. REABILITAÇÃO EM DEFICIÊNCIA VISUAL

A diminuição da qualidade visual, em qualquer nível, pode levar a prejuízos funcionais, na independência em atividades cotidianas e, por consequência, na qualidade de vida dos sujeitos^(20,32). Desde a locomoção independente dentro e fora do domicílio, realização de atividades de vida diária básicas e instrumentais, como tomar banho, vestir-se, ir ao supermercado ou ao banco, bem como as atividades sociais, de lazer e trabalho, estão prejudicadas no cotidiano da pessoa com deficiência visual^(9,41,46). Unindo-se às limitações individuais há os fatores ambientais físicos e sociais podendo constituir, respectivamente,

barreiras arquitetônicas e atitudinais. Os comprometimentos funcionais devem ser identificados a partir da compreensão de que a resposta visual e funcional são fenômenos individuais. Cada condição visual comporta uma gama de possibilidades de respostas funcionais, sem um padrão preestabelecido ⁽⁴⁷⁾.

Neste contexto insere-se a reabilitação, a qual pode ser definida como um processo que se constrói de acordo com a identificação constante das necessidades e demandas dos indivíduos, envolvendo sua condição atual de saúde, interesses, contexto e expectativas. A reabilitação vai além de capacitar, treinar ou apresentar recursos, técnicas e estratégias ao sujeito, visa legitimar as capacidades, as possibilidades de ação, auxiliando na reconstrução das identidades pessoais e sociais, objetiva realizar ações que facilitem e promovam sua inclusão e integração social, instrumentalizando o indivíduo para atuar com seu máximo desempenho, autonomia, independência e qualidade de vida.

Para que os sujeitos sejam capacitados a atingir seu máximo de funcionalidade e bem-estar é fundamental que haja ações em habilitação e reabilitação, a partir de uma equipe com várias especialidades e conhecimentos, a fim de englobar o sujeito como um ser completo e efetivamente reabilitá-lo ^(9,36,41,46,54-55). Segundo as experiências de Lamoureux *et al.* (2007) ⁽⁹⁾, Bittencourt *et al.* (2011) ⁽¹⁰⁾ e Aciem e Mazzotta (2013) ⁽⁴¹⁾, a reabilitação em deficiência visual tem se mostrado efetiva na melhora da qualidade de vida dos usuários dos serviços estudados.

Com frequência, faz-se necessário reavaliar as demandas emergentes a fim de implementar o tratamento, tornando-o o mais próximo possível da realidade do indivíduo em reabilitação, estimulando sua aderência ao tratamento, possibilitando estratégias apropriadas ao caso e facilitando a comunicação entre os profissionais envolvidos ⁽⁵⁴⁾.

1.5 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

Diversas concepções são atribuídas à deficiência, que ao longo do tempo foram passando por mudanças. Na Grécia antiga, era praticado o abandono dos recém-nascidos com deficiência. A ausência de qualquer iniciativa pública que defendesse a existência e dignidade dessas pessoas reforçava a tradição de exclusão e aniquilamento. No advento do cristianismo, na Idade Média, acreditava-se ora que a deficiência era resultado da possessão do demônio - como resultado de uma punição espiritual - ora como um desígnio divino ⁽⁵⁶⁾.

Com os anos, ganhou espaço a concepção organicista, a qual defendia que a deficiência deveria ser investigada pela medicina. A partir desse momento, os conceitos científicos de deficiência começam a tomar corpo e serem difundidos. Esta concepção médica direciona suas ações na deficiência, excluindo características externas daquele corpo. Ainda hoje é possível vê-la refletida em discursos de profissionais da saúde, colocando a deficiência apenas como resultado de elementos patogênicos no organismo do indivíduo⁽⁵⁷⁾.

Há ainda outros dois conceitos, um centrado na situação e outro interacionista. O primeiro conceitua a deficiência como decorrente unicamente de fatores ambientais, como sociais e educacionais, os quais podem levar a prejuízos ao indivíduo. O segundo conceito, interacionista, interpreta a deficiência em sua intrínseca e complexa relação com o meio. Segundo Baleotti e Omote (2014)⁽⁵⁷⁾, ninguém se apresenta com deficiência em todo o tempo, para todas as atividades e em todas as situações, assim como ninguém desempenha todas as tarefas cotidianas sem que haja qualquer tipo de dificuldade. Sempre há alguma barreira a ser vencida ou superada. Atualmente, a concepção interacionista acerca da deficiência é considerada predominante.

Além destes conceitos, há também o modelo social, o qual coloca a deficiência como “resultado da interpretação do meio social”⁽⁵⁷⁾, em outras palavras, ela seria gerada e mantida pelo grupo social, por tratar como desvantagens humanas as heterogeneidades e dificuldades individuais.

Ao encontro destas concepções apresenta-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a qual engloba em seus conceitos os modelos médico e social, reunindo em um único modelo dinâmico os fatores intrínsecos - com determinações genéticas e características pessoais - e os fatores contextuais - influenciadores e determinantes por oferecerem barreiras ou facilitadores, fazendo com que as atividades cotidianas sejam desenvolvidas com algum nível de diminuição de desempenho ou restrição na participação⁽²⁵⁾. A CIF será, posteriormente, melhor discutida.

Em relação às pessoas com deficiência visual, na Idade Moderna, o olhar caritativo direcionado a elas resultou no surgimento de asilos com o objetivo de aloca-las. O primeiro asilo para cegos surgiu no início do século XIX, na França, após os sarracenos arrancarem os olhos de soldados franceses, durante o movimento das Cruzadas⁽⁵⁶⁾.

A partir da filosofia Humanista, o homem tornou-se o centro dos olhares e ações, o que justificaria as tentativas de educar, mais tarde, as pessoas com deficiência asiladas, dando

seguimento na Idade Contemporânea, em que a Revolução Francesa auxiliou na afirmação da cidadania exercida por todos ⁽⁵⁶⁾.

A primeira escola para a educação de pessoas com cegueira teve início na França em 1784, fundada por Valentin Hauy, com o nome de Instituto Real dos Jovens Cegos. Anos mais tarde, em 1825, o aluno do instituto, chamado Louis Braille, lançou seu sistema em relevo para a escrita e leitura de materiais impressos ⁽⁵⁶⁾.

No Brasil, teve início a abertura de instituições para o atendimento de pessoas com deficiências de ordem física, mental e sensorial, principalmente, nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro ⁽⁴⁾. A primeira escola para educação de cegos foi fundada no Rio de Janeiro, por D. Pedro II em 1854, chamado Imperial Instituto dos Meninos Cegos, mais tarde, chamado de Instituto Benjamin Constant, onde ainda foram criadas as Classes de Conservação de Visão para alunos com baixa visão. Essas classes contavam com recursos de auxílio aos alunos, com o objetivo, na época, de que não houvesse desgaste da visão que ainda possuíam ⁽⁵⁶⁾. Assim,

Até meados do século XX, a maioria das crianças com deficiência visual estudava em escolas residenciais e os professores ensinavam Braille para todos os alunos, indiferentemente de possuírem ou não algum resíduo visual. Havia os ambientes de “conservação da visão”, pois até a década de 1930 os oftalmologistas acreditavam que para evitar a perda da visão residual, essas crianças deveriam ficar em salas escurecidas. (Chou, 2010)

Em 1928, no estado de São Paulo, deu início o atendimento especializado na área da deficiência visual com a Escola Profissional para Cegos, mais tarde chamada de Instituto Padre Chico. Seus propósitos eram a educação básica, a formação profissional e a integração da pessoa com cegueira na sociedade ⁽⁵⁶⁾.

Apenas em 1950 e 1957, respectivamente, em São Paulo e Rio de Janeiro, o ensino de pessoas com deficiência visual passou a ser realizado de forma integrada em escolas regulares ⁽⁵⁶⁾. Tais mudanças no ensino à pessoa com deficiência visual foram influenciadas, significativamente, a partir do trabalho da educadora Natalie Barraga, que desde a década de 1960 nos Estados Unidos, passou a desenvolver pesquisas para aprimorar a qualidade do ensino às crianças com deficiência visual ⁽³³⁾.

O século XXI representa o período da luta pela educação inclusiva em escolas regulares, através da elaboração e divulgação de políticas, programas e documentos inclusivos. A inclusão da pessoa com deficiência, ainda hoje, é discutida e representa um desafio para profissionais educadores e sociedade, pela presença de inúmeros obstáculos

estruturais, de formação e culturais ⁽⁵⁸⁾. Gasparetto (2010) ⁽⁵⁸⁾ ainda aponta como um desafio no processo de inclusão escolar a desigualdade como tem se mostrado, devido à diversidade socioeconômica e cultural, além do escasso apoio técnico oferecido aos professores, evidenciando uma dificuldade na articulação saúde-educação. Corsi (2010) ⁽⁵⁹⁾ pontua a responsabilidade de toda a sociedade frente à inclusão da pessoa com deficiência no sistema educacional, incluindo a colaboração e o envolvimento direto dos familiares da pessoa com deficiência, e a necessidade de se construir um modelo de ensino que seja centrado no aluno, em todas as suas particularidades e necessidades, apresentando ele deficiência ou não. Segundo a autora ⁽⁵⁹⁾, a inclusão do aluno com deficiência nas escolas regulares ainda mostra-se em plena construção, dependente não somente de leis, mas principalmente de atitudes inclusivas.

Inúmeras lacunas e obstáculos ainda devem ser superados, como os desafios à inserção ao trabalho, com ações no combate ao desemprego e ações voltadas à garantia a lei de cotas; ampliação e manutenção dos benefícios legais da pessoa com deficiência, nas áreas de transporte, previdência, tributário, educação inclusiva, trabalho em serviços públicos e privados, eleitoral, judiciário, acessibilidade, saúde, lazer, cultura. Muitos avanços ainda devem ocorrer para que a pessoa com deficiência visual tenha pleno acesso aos seus direitos. Para que possam ser realizadas ações nessas áreas, inicialmente, deve-se conhecer suas necessidades.

1.6 BREVE HISTÓRICO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL

De fato, temos a obrigação moral de remover as barreiras à participação e de investir recursos financeiros e conhecimento suficientes para liberar o vasto potencial das pessoas com deficiência. Os governantes de todo o mundo não podem mais negligenciar as centenas de milhões de pessoas com deficiência cujo acesso à saúde, reabilitação, suporte, educação e emprego tem sido negado, e que nunca tiveram a oportunidade de brilhar. (...) Assim, será uma ferramenta valiosa para os responsáveis pela elaboração de políticas públicas, pesquisadores, profissionais da medicina, defensores e voluntários envolvidos com a questão da deficiência. É minha esperança que, a começar pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, e agora com a publicação do Relatório Mundial sobre a Deficiência, este século marque uma reviravolta na inclusão de pessoas com deficiência na vida da sociedade. (OMS, 2012)

A deficiência vem ganhando gradualmente espaço no âmbito dos direitos humanos, principalmente, após a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações

Unidas (CDPD). Entretanto, ainda hoje há escassos documentos que compilam a distribuição e incidência das deficiências no mundo. Da mesma forma, há poucos registros com análises acerca das políticas que envolvem as pessoas com deficiência e do desenvolvimento das mesmas nos países ⁽⁶⁰⁾.

Em virtude dessa lacuna documental, no ano de 2011 foi produzido um Relatório Mundial sobre a Deficiência por iniciativa da Assembleia Mundial sobre Saúde e a Organização Mundial de Saúde, a partir de evidências científicas disponíveis, em parceria com o Banco Mundial. O Relatório tem como objetivos principais descrever a deficiência de forma abrangente aos governos e à sociedade civil, analisar os dados obtidos nas informações científicas disponíveis e fazer recomendações para ações governamentais concretas a favor da inclusão, melhor participação e dos direitos humanos da pessoa com deficiência ⁽⁶⁰⁾.

Assim como a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, o Relatório Mundial considera deficiência como uma condição humana. A CIF foi utilizada como modelo conceitual pelo Relatório Mundial ⁽⁶⁰⁾.

As políticas governamentais tem mudado, gradualmente, sua forma de encarar a deficiência. Ações antes centradas na perspectiva do corpo isolado, assim como já discutido anteriormente, conhecida como “modelo biomédico ou modelo médico”, agora tornam-se cada vez mais interativas, reconhecendo os sujeitos como influência e influenciadores do ambiente em seu entorno, que pode tanto torná-lo incapaz quanto potencializar suas capacidades, dando origem a nova abordagem chamada de “modelo biopsicossocial” ^(7,60).

Dessa forma, pode-se considerar a deficiência “complexa, dinâmica, multidimensional” ⁽⁶⁰⁾ e o produto de alterações funcionais e estruturais do corpo, que em contato com o ambiente pode provocar sua incapacidade, pela restrição na participação e limitações na realização de atividades cotidianas. Em outras palavras, a interação negativa entre ambiente (fatores ambientais físicos, sociais e atitudinais) e o sujeito (com alterações funcionais e estruturais) pode resultar em incapacidade; enquanto uma interação positiva permite que o sujeito atue na sociedade de forma plena, utilizando suas habilidades e desenvolvendo potencialidades ^(25,60).

Falar de direitos humanos da pessoa com deficiência é defender sua participação ativa na sociedade, através da eliminação de barreiras, promover sua igualdade, não aceitar sua discriminação e, principalmente, reconhecer a diversidade humana. As políticas públicas, para respeitarem as peculiaridades e características próprias de cada indivíduo, devem acima de

tudo ser universais, independentes de gênero, raça, etnia, presença ou ausência de deficiência⁽⁶⁰⁾.

O avanço dos movimentos a favor da inclusão da pessoa com deficiência, na verdade, traz benefícios a toda a sociedade. Gradualmente, e pela intensa participação das pessoas com deficiência nas articulações e construções das políticas públicas, fez com que conquistassem e ampliassem seu espaço em diversos setores, como trabalho, educação, saúde e lazer. As Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência são exemplos desta participação popular a favor da universalização de direitos⁽⁶⁰⁾.

A I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, de 2006, ocorreu em virtude dos avanços legais do Estado brasileiro com importante participação civil e governamental. Seu objetivo principal era analisar os obstáculos ainda existentes e os avanços da Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência. Dois anos depois, em 2008, ocorreu a II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência com o tema “Inclusão, participação e desenvolvimento – um novo jeito de avançar” e aprovou inúmeras propostas em benefício das pessoas com deficiência, como a criação e fortalecimento de serviços de habilitação e reabilitação, realização de estudos para criação de banco de dados e ações preventivas, capacitação e formação contínua de equipes multiprofissionais, dentre outras inúmeras ações⁽⁶¹⁾.

Amplamente discutida na II Conferência Nacional, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência foi homologada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2006 e assinada em Nova York no ano de 2007. O Brasil a incorporou como emenda constitucional brasileira apenas em 2008, pelo Decreto Legislativo nº 186⁽⁶²⁾, e a promulgou, pelo Decreto nº 6.949, apenas em 2009⁽⁶¹⁾. Sua construção contou com efetiva participação das pessoas com deficiência, marcou a política nacional voltada à pessoa com deficiência e provocou mudanças paradigmáticas em relação à pessoa com deficiência, uma vez que propõe a eliminação das barreiras que podem influenciar negativamente na participação plena e na realização de atividades cotidianas, sem a igualdade de condições com os demais⁽⁶³⁾.

Nesse contexto, a reabilitação visual ganhou força a partir de 2008. Segundo o IBGE (2010)⁽³⁷⁾, a deficiência visual foi a que apresentou maior número de pessoas alegando apresentar de alguma dificuldade até a dificuldade completa e impossibilidade total de realizar suas atividades devido à condição visual, sendo o contexto um grande influenciador na dificuldade apresentada⁽⁶³⁾.

Nos dias 19, 20 e 21 de novembro de 2014, ocorreu em Brasília o I Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade – “Transitando do modelo médico para o biopsicossocial”, que teve grande participação de pessoas com deficiência, gestores e profissionais em geral, e discutiu as atuais possibilidades de implementação das políticas em saúde, educação, trabalho, previdência e assistência, e a inserção e aplicabilidade da CIF na realidade brasileira, representando mais um passo nos direitos das pessoas com deficiência ⁽⁶³⁾.

Logo em seguida, entre os dias 03 a 06 de dezembro de 2014, ocorreu na capital federal a III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência com tema “Um olhar através da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, da ONU: novas perspectivas e desafios”, com o objetivo de avaliar as ações de implementação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, após quatro anos de sua aprovação. O debate ocorreu com representatividade, de cada estado da federação, por delegados do governo de diversas áreas (saúde, educação, assistência, trabalho, esporte, cultura, moradia, segurança) e delegados da sociedade civil ⁽⁶⁴⁾. Além disso, foi pautado em quatro eixos formados por assuntos relacionados às pessoas com deficiência. O eixo III discute a “Saúde, prevenção, reabilitação, órteses e próteses” e, propostas dos Estados de São Paulo ⁽⁶⁵⁾ e Minas Gerais ⁽⁶⁶⁾, solicitaram a inclusão da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como forma de padronizar as avaliações realizadas com os usuários para concessão de benefícios e levantamento de dados epidemiológicos. Dentre todas as solicitações dos estados brasileiros nos eixos, 391 propostas foram aprovadas na Plenária Final da Conferência ⁽⁶⁷⁾.

Em relação à Acessibilidade foram aprovadas, ao final da Conferência, 64 propostas, como: intensificação das modificações ambientais para garantia da acessibilidade a todas as pessoas com deficiência (placas de sinalização em Braille, piso tátil, fonte ampliada, rampas, áudio descrição, sinais luminosos e sonoros, dentre outras), garantia de toda publicidade do governo inserir recursos de acessibilidade (audiodescrição, intérprete de LIBRAS), garantia de fiscalização para que as ações sejam concretizadas, adequação em Braille de produtos comercializados e de guias de recolhimento (como contas de água, luz e telefone), disponibilizar em sites governamentais leitores de tela e outros recursos, com incentivo à iniciativa privada para adotar os mesmos recursos, adequação das vias públicas às necessidades, dentre outras propostas ^(61,67).

Para a área da Saúde foram aprovadas 91 ações, como: contratação de novos profissionais para a rede de saúde, sua formação continuada e adequada às demandas

territoriais, disseminação dos conceitos e aplicabilidade das Classificações Internacionais (CID e CIF), criar incentivos públicos federais aos serviços municipais de reabilitação, aplicação de critérios da CIF às perícias médicas do INSS, utilização da CIF nos municípios para avaliação dos usuários por meio desta metodologia e a adesão ao “Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite”^(61,67).

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite⁽⁶⁸⁾ teve seu lançamento em 2011, através do Decreto ° 7.612, objetivando a implementação de novas iniciativas e intensificação de ações no âmbito das pessoas com deficiência. O Plano envolve 15 ministérios e conta com a participação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), representando, portanto, a participação civil. Viver sem Limite é um conjunto de políticas públicas divididas em quatro eixos interdependentes: Acesso à educação, Inclusão social, Atenção à saúde e Acessibilidade. Seu objetivo principal é garantir a autonomia, liberdade e independência das pessoas com deficiência, principalmente, daquelas em pobreza extrema. Propostas decorrentes da II Conferência Nacional, pautadas na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, puderam ser absorvidas e colocadas em prática através do Plano Viver sem Limite do Governo Federal⁽⁶¹⁾.

Em relação às políticas públicas destinadas à pessoa com deficiência visual, constata-se que ao longo dos anos algumas ações foram sendo formuladas. Quando tratamos da deficiência visual podemos nos referir à Lei nº 4.169 de 1962⁽⁶⁹⁾, que oficializa e obriga o uso do *Braille*, em todo o país, para escrita e leitura a todos que dele necessitarem e utilizarem como meio de comunicação.

Somente por meio da Constituição Federal de 1988⁽⁷⁰⁾, algumas publicações foram especialmente escritas às pessoas com deficiência a fim de garantir maiores direitos a essa população, tais como aqueles que proíbem discriminação de salário, preenchimento de cotas dentre as vagas disponíveis em concursos, direito à habilitação e reabilitação, garantia de benefício financeiro para aquelas pessoas com deficiência que não forem capazes de realizar atividades laborais; os artigos da Constituição ainda dispõem sobre o atendimento educacional especializado, caso se faça necessário.

Para atingir tais objetivos, a implementação de políticas para a eliminação de barreiras tornou-se fundamental. O contexto das pessoas com deficiência incluem os equipamentos e serviços adaptados e especialmente desenhados para uso por pessoas com deficiência, equipamentos para mobilidade, próteses e órteses, recursos para facilitar a comunicação,

aprendizado, trabalho, esporte, cultura e lazer, bem como adaptações ambientais para a garantia da acessibilidade e segurança.

Particularmente, há o interesse em destacar que no município de Campinas, cidade em que se desenvolveu esse estudo, alguns avanços também vem sendo observados. Neste sentido, a Lei de nº 7.764, de 05 de janeiro de 1994 ⁽⁷¹⁾, torna obrigatória a utilização de materiais perceptíveis à pessoa com deficiência visual que utilize bengala branca, a fim de permitir diferenciar o piso em torno de mobiliários urbanos instalados nos passeios públicos, como por exemplo: telefones públicos, hidrantes, lixeiras e coletores dos correios, fixados na parede ou diretamente no chão. Anos depois a Lei nº 9.571/1997 ⁽⁷²⁾, sancionada e aprovada pelo então prefeito do referido município, dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos comerciais do gênero alimentício a disponibilizarem cardápios e relações de preços em impressões em Braille para aqueles que necessitarem. As penalidades partem de uma advertência até a cassação do alvará de funcionamento do estabelecimento.

A Lei nº 10.098/2000 estabelece as normas e critérios para a promoção e garantia da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, por meio da supressão de barreiras e obstáculos em espaços públicos, construção e reforma de edifícios, meios de transporte e comunicação ⁽⁷³⁻⁷⁴⁾. A supressão dessas barreiras se dá por meio de ajudas técnicas e fomento às pesquisas científicas destinadas ao tratamento e prevenção de deficiências, ao desenvolvimento tecnológico e à especialização de recursos humanos em acessibilidade.

No ano seguinte, a Lei nº 10.838, de 17 de maio de 2001 ⁽⁷⁵⁾, estabelece, a partir da data de sua publicação, que todo estabelecimento comercial no município de Campinas deverá ter em seu quadro de funcionários, uma parcela de pessoas plenamente especializadas para o adequado atendimento de pessoas com deficiência visual, cabendo punição e até cassação do alvará de funcionamento. No mesmo ano, aprovou-se no mesmo município a Lei nº 10.928, de 29 de agosto de 2001 ⁽⁷⁶⁾, que institui o Programa de Outorga de Semáforos Sonorizados “POSSO”, a fim de estimular a sociedade civil e iniciativa privada a doarem à cidade de Campinas, equipamento de sinal sonoro para semáforos, beneficiando principalmente as pessoas com deficiência visual.

A nível estadual, a Lei 10.886, de 20 de setembro de 2001 ⁽⁷⁷⁾, decretada e promulgada pelo presidente da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, dispõe sobre a realização anual, pela Secretaria de Estado da Saúde, as avaliações oftalmológica e auditiva em todos os

alunos devidamente matriculados nas escolas da rede estadual de ensino e, caso se faça necessário, receba acompanhamento clínico e assistência adequados por parte do estado.

Na esfera Federal, a Lei nº 10.865/2004 ⁽⁷⁸⁾, que sofreu alterações promulgadas nas Leis nº 12.649/2012 e nº 12.715/2012 ⁽⁷³⁾, de Contribuição para Programas de Integração Social, dispõe sobre a redução a zero das alíquotas de importação para materiais e equipamentos para uso de pessoas com deficiências, como teclados, mouse, digitalizadores de imagens com sintetizadores de voz, lupas eletrônicas, próteses oculares, softwares de leitura de tela.

Há ainda o decreto de nº 5.904/2006 ^(73,79), que regulamenta a Lei de nº 11.126/2005 ⁽⁸⁰⁾, a qual dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual ser acompanhado de um cão-guia em ambientes de uso público e outras providências, com exceção de estabelecimentos de saúde em setores como quimioterapia, tratamento intensivo, centro cirúrgico, dentre outros, vetando e prevendo multa a qualquer ato de discriminação.

Em março de 2007 é promulgada a Lei de nº 12.872 ⁽⁸¹⁾ no município de Campinas, que autoriza a implantação do Jardim dos Sentidos – Professora Teresinha de Arruda Serra Von Zuben, voltado à pessoa com deficiência visual, cabendo ao Poder Executivo firmar parcerias com sociedade civil e/ou iniciativa privada a fim de concretizá-lo.

No ano de 2008, a Lei nº 12.907 é promulgada com a finalidade de consolidar a legislação acerca da pessoa com deficiência no Estado de São Paulo, totalizando 41 leis dos anos de 1981 a 2007, e dispõe sobre o direito ao acesso aos serviços de saúde específicos, à reabilitação, inclusão social, locomoção e acesso aos bens e serviços. Em seu Capítulo II Artigo 13 estabelece que para a garantia da acessibilidade sejam suprimidas as barreiras e obstáculos em espaços públicos, construção e reforma de edifícios, meios de transporte e comunicação. Bem como, assegura o uso de cão-guia para ingresso e permanência em locais públicos e privados, meios de transporte, material adaptado em Braille, quando necessário ⁽⁸²⁾.

Por fim, a Lei nº 14.481, de 13 de julho de 2011 ⁽⁸³⁾, reconhece e classifica como deficiência visual a visão monocular. Até o momento de sua aprovação, as pessoas com visão monocular não gozavam dos direitos das pessoas com deficiência visual, entretanto as barreiras e preconceitos impostos eram semelhantes, representando, portanto, uma conquista dentro do universo da deficiência visual.

De forma geral, as leis promulgadas até o momento dispõem sobre a garantia de direitos humanos, adaptação de materiais e provimento de recursos materiais e humanos

qualificados e adaptados para as necessidades individuais de cada pessoa com deficiência, favorecendo e promovendo sua independência e autonomia. Os avanços legais conquistados supõem o reconhecimento pelo Estado do ambiente físico, atitudinal e social como facilitadores ou barreiras para a pessoa com deficiência. Ao estabelecer leis e decretos a favor da pessoa com deficiência, o Estado demonstra o avanço do país na implementação de medidas que visam, conforme a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promover, proteger e assegurar os direitos humanos e as liberdades fundamentais dessas pessoas.

As propostas das políticas públicas atuais, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, do Relatório Mundial sobre a Deficiência, bem como as Conferências e Seminários Nacionais recentes, reconhecem e evidenciam a influência direta do ambiente sobre as funções e estruturas do corpo, na participação e realização de atividades cotidianas do sujeito com deficiência, possibilitam compreender o percurso e os avanços das políticas que envolvem a pessoa com deficiência, através da disseminação de conhecimentos, melhor compreensão da relação dinâmica e intrínseca entre sujeito e seu meio, o que promove constantemente a desmistificação e quebra de barreiras que possam desfavorecer sua participação plena na sociedade. Ainda há muitos avanços e espaços a serem conquistados, porém o que se vê é a legitimação gradual dos direitos da pessoa com alguma deficiência.

Na tentativa de acompanhar as políticas públicas, as propostas das recentes Conferências, que propõem a utilização da CIF em seus planos e ações, e identificando a necessidade de desenvolver uma avaliação específica para a pessoa com deficiência visual, a pesquisa em andamento se fortalece e se justifica como um recurso a mais na luta para a eliminação de barreiras cotidianas, na identificação das necessidades e demandas, promoção e ampliação de independência, autonomia e qualidade de vida da pessoa com deficiência visual.

1.7 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Uma classificação consiste em um conjunto de informações organizadas de maneira padronizada, obedecendo a critérios de similaridade. (Buchalla, 2010)

A classificação das causas de morte da cidade de Londres publicada no *The Natural and Political Observations Made Upon the Bills of Mortality*, de John Graunt, em 1662, de

acordo com sexo, idade, estado civil, dentre outros dados, serviu de ponto de partida da atual Classificação Internacional de Doenças (CID). Após avanços no âmbito internacional das classificações, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de sua criação em 1946, passou a responsabilizar-se pelas revisões da Classificação Internacional de Causas de Morte. Essa tomada pela OMS fez com que a CID abrangesse não somente as causas de morte, como também todas as doenças ⁽⁸⁴⁾. Segundo Buchalla (2010) ⁽⁸⁴⁾, a partir da classificação por códigos únicos para cada doença é possível fazer “estatísticas, conhecer e priorizar os problemas, acompanhar os resultados de intervenções e de programas de saúde”, e ainda dispõe ser possível “monitorar as condições de saúde da população, determinar as atividades de prevenção e avaliar essas ações”.

Segundo Hemmingson e Jonsson (2005) ⁽⁷⁾, a CID é insuficiente para descrever as consequências das doenças no cotidiano dos indivíduos. Ainda segundo esses autores, conhecer tais consequências possibilitam melhores planejamentos terapêuticos e o oferecimento de serviços mais adequados às necessidades.

Conhecer a consequência da doença passou a ser uma preocupação para a OMS, e com a formação de rede de colaboradores da Família de Classificações, a preocupação expandiu-se para a construção de uma classificação que contivesse as características da vida das pessoas ⁽⁸⁴⁾. A Família de Classificações Internacionais da OMS é um conjunto de classificações com componentes que se relacionam entre si.

Dentre as classificações aprovadas e mundialmente utilizadas estão a Classificação Internacional de Doenças (CID) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ⁽⁸⁴⁾.

[...] a CID e a CIF se complementam: enquanto uma classifica as condições de saúde a outra permite codificar o contexto das situações individuais e o impacto do ambiente. Assim, a CIF pode ser vista como uma ferramenta epidemiológica de maior potencialidade, permitindo o conhecimento dos determinantes das condições de vida de cada indivíduo. (Buchalla, 2010)

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) ⁽²⁵⁾ foi aprovada na 54ª Assembleia da Organização Mundial da Saúde em 2001 e publicada no mesmo ano. Em 2007 foi publicada, derivada da CIF, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Versão para Crianças e Jovens (CIF-CJ) ⁽⁸⁵⁾, com o propósito de descrever as características de crianças e jovens de forma mais detalhada e sensível às características únicas dessa população, contemplando com informações e códigos expandidos as especificidades dessa faixa etária. Na CIF-CJ houve a manutenção dos

objetivos da CIF. Suas alterações estão sendo incorporadas ao processo de atualização da CIF, buscando sua fusão ⁽⁸⁵⁾. Para efeito didático, esta pesquisa fará a referência à utilização da CIF-CJ apenas como CIF, uma vez que ambas são essencialmente as mesmas, com propósitos, estrutura e organização idênticas, bem como a OMS já considera a fusão entre CIF-CJ e a CIF original, mantendo a denominação apenas como CIF ⁽⁸⁶⁾.

A CIF engloba aspectos da saúde humana e componentes relacionados ao bem-estar, descrevendo-os em termos de domínios de saúde (como ver, andar) e domínios relacionados à saúde (como transporte, interação social), tem como tarefas estabelecer uma linguagem padronizada sobre saúde e suas condições, viabilizar uma base científica para compreender a saúde e seus estados relacionados, descrever situações relacionadas à funcionalidade humana e suas restrições, servindo como uma estrutura organizadora destas informações de forma acessível, permitir comparar ações em saúde sobre o mesmo sujeito, auxiliando na tomada de decisões para o processo de reabilitação individualizado ⁽²⁵⁾.

Coloca a funcionalidade e a incapacidade sob novas perspectivas, reconhece a incapacidade como uma condição não de uma minoria, mas sim como uma experiência inerente ao ser humano, e considerando a forte influência do contexto, entende a relação das condições de saúde e o ambiente como uma interação dinâmica, passível de gerar mudanças no estado de saúde do sujeito. Além disto, modifica o foco da classificação na doença, uma vez que oportuniza a classificação dos impactos desta doença sobre a vida dos indivíduos ⁽²⁵⁾.

A CIF é um marco na legitimação do Modelo Social no campo da saúde e dos direitos humanos, possibilitando o diálogo entre o Modelo Biomédico e o Modelo Social, firmando uma nova perspectiva: a do modelo biopsicossocial, em que a (in) capacidade seria resultado de fenômenos sociais e individuais ⁽²⁵⁾.

Esta classificação apresenta-se dividida em duas seções, a Parte 1 refere-se à Funcionalidade e Incapacidade e a Parte 2 diz respeito aos Fatores Contextuais. Cada uma destas partes é subdividida em dois componentes, que recebem códigos alfanuméricos específicos para serem diferenciados: a Parte 1 inclui as Funções do corpo (reconhecida pela letra *b* de *body*), Estruturas do corpo (*s* de *structure*) e Atividades e Participação (*d* de *domain*), enquanto a Parte 2 abrange os Fatores Ambientais (*e* de *environment*) e Fatores Pessoais ⁽²⁵⁾. Sua estruturação pode ser compreendida através do Quadro 4, construído baseado na CIF.

As Funções e Estruturas do corpo dizem respeito às funções fisiológicas e as partes anatômicas do corpo, respectivamente. Problemas nas funções e/ou nas estruturas do corpo são considerados deficiências. Atividades e Participação incluem, nesta ordem, a execução de uma tarefa pelo indivíduo e o envolvimento em situações cotidianas. Dificuldades na execução das atividades são chamadas de limitações, enquanto problemas ao se envolver nestas atividades são chamados de restrições na participação. Por último, os fatores ambientais incluem o ambiente físico, social e atitudinal, no qual os indivíduos estão inseridos. Tais aspectos estruturais podem ser observados no Quadro 4.

Quadro 4: Componentes estruturais da CIF

	Parte 1		Parte 2	
	Funcionalidade e Incapacidade		Fatores Contextuais	
	Funções e Estruturas do corpo	Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores pessoais
	<i>b</i> de <i>body</i>	<i>d</i> de <i>domain</i>	<i>e</i> de <i>environment</i>	-
	<i>s</i> de <i>structure</i>			
	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas corporais (anatômicas)	Atividade (Capacidade) realização de atividades em um ambiente padrão Participação (Desempenho) situação real de vida	Influências externas sobre a funcionalidade Impacto das características físicas, sociais e atitudinais	Influências internas sobre a funcionalidade Impacto de seus próprios atributos
Interação positiva com o ambiente	Integridade	Capacidade e desempenho	Facilitadores	-
	Funcionalidade			
Interação negativa com o ambiente	Deficiência	Limitação na atividade Restrição na participação	Barreiras	-
	Incapacidade			

Baseado: OMS (2003) ⁽²⁵⁾

Para a CIF, baseada no modelo biopsicossocial, todos estes componentes interagem entre si de forma dinâmica, considerando a funcionalidade, incapacidade e saúde como um processo interativo ⁽²⁵⁾, como expresso no diagrama da própria Classificação (Figura 1).

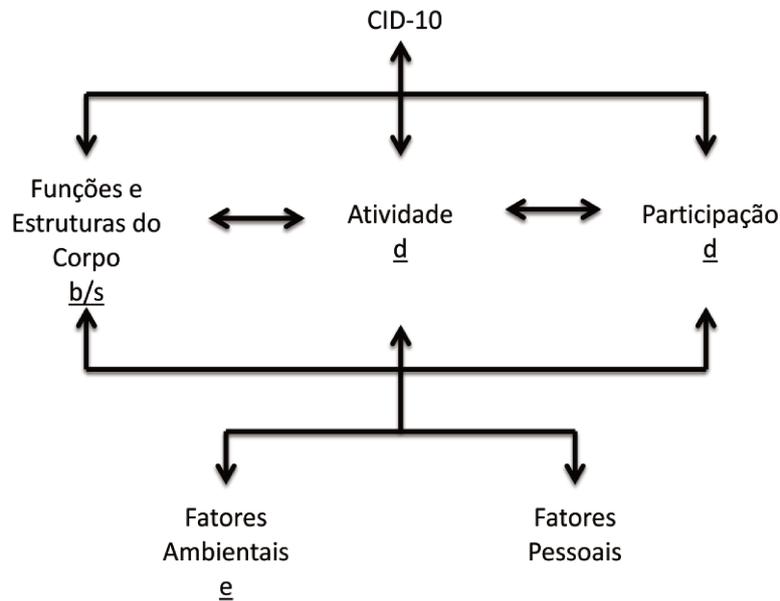


Figura 1: Diagrama da interação entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)
Fonte: OMS, 2003 ⁽²⁵⁾

Os componentes da classificação são seguidos por códigos numéricos, sendo o primeiro representante o número do capítulo (um dígito), seguido pelo segundo nível (dois dígitos) e o terceiro e quarto níveis (um dígito cada).

Os códigos só são completos ao acrescentar o qualificador, o qual indica a magnitude do problema, ou seja, o nível de dificuldade, deficiência, barreiras ou facilitadores. Os qualificadores estão presentes após o separador (representado por um ponto ou sinal de adição). Sem o número qualificador, os códigos da CIF não tem significado ⁽²⁵⁾.

Os componentes da Parte 1 (Funções e Estruturas do corpo, Atividades e Participação) são qualificados pela mesma escala genérica de números (0-4). Para as Funções e Estruturas do corpo o qualificador representa a magnitude ou nível da deficiência. Para as Funções do corpo a magnitude da deficiência pode variar de 0 a 4, como disposto no Quadro 5.

Quadro 5: Magnitude da deficiência em relação às Funções do corpo

Qualificadores para Funções do corpo	
xxx.0	NENHUMA deficiência
xxx.1	Deficiência LEVE
xxx.2	Deficiência MODERADA
xxx.3	Deficiência GRAVE
xxx.4	Deficiência COMPLETA

Fonte: OMS, 2003 ⁽²⁵⁾

As Estruturas do corpo recebem três níveis de qualificadores diferentes, o primeiro qualificador diz respeito à magnitude do comprometimento gerado (0-4), o segundo corresponde à natureza da alteração estrutural (0-7), por fim o terceiro traz a localização desta mudança (0-7) (Quadro 6).

Quadro 6: Magnitude da deficiência em relação às Estruturas do corpo

Qualificadores para Estruturas do corpo		
Primeiro qualificador	Segundo qualificador	Terceiro qualificador
Nível de comprometimento	Natureza da alteração estrutural	Localização
xxx.0 NENHUMA deficiência	0 Nenhuma mudança na estrutura	0 Mais de uma região
xxx.1 Deficiência LEVE	1 Ausência total	1 Direita
xxx.2 Deficiência MODERADA	2 Ausência parcial	2 Esquerda
xxx.3 Deficiência GRAVE	3 Parte adicional	3 Ambos os lados
xxx.4 Deficiência COMPLETA	4 Dimensões aberrantes	4 Parte dianteira
	5 Descontinuidade	5 Parte traseira
	6 Posição desviada	6 Proximal
	7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de fluido	7 Distal

Fonte: OMS, 2003 ⁽²⁵⁾

Para Atividades e Participação, os construtos deste componente são Desempenho e Capacidade (Quadro 7). A matriz de informação padrão sobre as possíveis dificuldades cotidianas é representada pelo desempenho e pela capacidade. O Desempenho (primeiro qualificador) é o que o sujeito faz em seu ambiente habitual, em situações de vida real, enquanto a Capacidade (segundo qualificador) representa o que o sujeito é capaz de fazer em

seu nível máximo provável de funcionalidade sem auxílio. A lacuna entre o que o sujeito realiza em ambiente padrão (capacidade) e o que relata conseguir realizar (desempenho) pode indicar a influência direta do ambiente habitual na realização de suas atividades cotidianas ⁽²⁵⁾.

Dois qualificadores opcionais são: o terceiro qualificador, que diz respeito ao nível de capacidade do sujeito em realizar a atividade com auxílio; e o quarto qualificador, que informa acerca da funcionalidade do sujeito segundo seu desempenho sem auxílio. Um quinto qualificador vem sendo desenvolvido e estudado pela CIF e qualificaria o envolvimento ou a satisfação subjetiva ⁽²⁵⁾.

Quadro 7: Magnitude da dificuldade em relação às Atividades e Participação

Qualificadores para Atividades e Participação			
Primeiro qualificador	Segundo qualificador	Terceiro qualificador	Quarto qualificador
Desempenho	Capacidade sem auxílio	Capacidade com auxílio	Desempenho sem auxílio
xxx._ _ _ _			
Escala única:			
	xxx.0 NENHUMA dificuldade		
	xxx.1 Dificuldade LEVE		
	xxx.2 Dificuldade MODERADA		
	xxx.3 Dificuldade GRAVE		
	xxx.4 Dificuldade COMPLETA		

Fonte: OMS, 2003 ⁽²⁵⁾

Por fim, para os Fatores Ambientais, os qualificadores podem ser chamados de barreiras ou facilitadores, dependendo dos efeitos daquele fator na vida do indivíduo. Tanto as barreiras quanto os facilitadores possuem a mesma escala numérica (0-4), porém a separação entre o código do domínio e o qualificador se dá por meio de um ponto (.) para barreiras e um sinal de adição (+) para os facilitadores ⁽²⁵⁾ (Quadro 8).

Quadro 8: Magnitude da influência dos Fatores Ambientais

Qualificadores para Fatores Ambientais	
Facilitadores	Barreiras
xxx+0 NENHUM Facilitador	xxx.0 NENHUMA barreira
xxx+1 Facilitador LEVE	xxx.1 Barreira LEVE
xxx+2 Facilitador MODERADO	xxx.2 Barreira MODERADA
xxx+3 Facilitador CONSIDERÁVEL	xxx.3 Barreira CONSIDERÁVEL
xxx+4 Facilitador COMPLETO	xxx.4 Barreira COMPLETA

Fonte: OMS, 2003 ⁽²⁵⁾

Para as Funções e Estruturas do corpo, Atividades e Participação e Fatores Ambientais também considerar os qualificadores: xxx.8, para deficiência, dificuldade ou barreira não especificada e xxx+8 para facilitador não especificado, quando a informação que se tem é insuficiente para qualificar a gravidade da deficiência, dificuldade, barreira ou facilitador; e xxx.9 para componentes não aplicáveis, quando torna-se inapropriado aplicar um código da CIF ⁽²⁵⁾.

2. Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Construir um instrumento de avaliação em terapia ocupacional, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para adolescentes e adultos com deficiência visual.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os componentes que integram o instrumento de avaliação em terapia ocupacional construído
- Padronizar a avaliação terapêutica ocupacional em deficiência visual junto a adolescentes e adultos, servindo como ponto de partida no processo avaliativo
- Viabilizar a avaliação inicial e reavaliação de adolescentes e adultos com deficiência visual
- Classificar o sujeito avaliado segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e
- Discorrer sobre sua aplicação, a fim de exemplificá-la.

3. Metodologia

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo cujo delineamento contemplou três procedimentos complementares: a realização de pesquisa bibliográfica, a documental e a pesquisa exploratória descritiva ⁽⁸⁷⁾.

Inicialmente, realizou-se a pesquisa bibliográfica, que buscou identificar outros estudos que abordassem temática semelhante e que evidenciassem a existência de avaliações utilizadas e já validadas para terapeutas ocupacionais, no Brasil e no mundo, com o mesmo público alvo, ou seja, pessoas com deficiência visual. A pesquisa bibliográfica visa, dentre outros aspectos, “a identificação do estágio atual do conhecimento referente ao tema” utilizando dados já existentes e publicados através de fontes bibliográficas que tenham recebido tratamento analítico, como livros, teses e dissertações, artigos científicos, anais de congressos ⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾.

Com relação à pesquisa documental, buscou-se identificar e analisar documentos institucionais e de uso privado, não publicados ⁽⁸⁷⁾.

É possível classificar esta pesquisa também como exploratória uma vez que, adotando-se Gil (2002, 2008, 2010) ⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾ como referencial teórico, a pesquisa exploratória aqui desenvolvida possibilita uma nova visão sobre a funcionalidade da pessoa com deficiência visual e sobre a avaliação terapêutica ocupacional, além de proporcionar maior familiaridade com o objeto em estudo.

A pesquisa caracterizou-se também como descritiva, segundo Gil (2002, 2008, 2010) ⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾, por descrever o processo de elaboração de um instrumento de avaliação terapêutico ocupacional, bem como por propor dentre seus objetivos específicos a construção do instrumento que objetiva a descrição e o estudo das características da população com deficiência visual.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP sob o parecer nº 143.698/2012.

3.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se no Centro de Estudos e Pesquisas “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto”, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEPRE/FCM/UNICAMP).

O CEPRE recebe estagiários de graduação, pós-graduandos e residentes. Atende população de todas as faixas etárias, nas áreas da neurologia, deficiência visual e auditiva, e realizando desde avaliação, habilitação e reabilitação, até o acompanhamento e assistência escolar e familiar.

Atuante na habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência visual, adota uma abordagem ampliada e global, que é colocada em prática desde a avaliação até o processo de alta, possibilitando que os objetivos terapêuticos sejam traçados de acordo com as necessidades do usuário, de modo que todos os aspectos da pessoa sejam acompanhados de perto e sua reabilitação seja planejada adequadamente.

No CEPRE as intervenções são realizadas por uma equipe interdisciplinar, formada por Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Nutricionista e Pedagogos Especializadas em Recursos Ópticos, Informática e Braille.

A atenção à pessoa com deficiência visual é organizada pelo Serviço em faixas etárias, ambulatórios e programas específicos. Essa divisão se dá pelas diferentes necessidades de cuidado que cada faixa etária exige. Esta pesquisa abordará as faixas etárias do adolescente e adulto com deficiência visual atendidas nesse serviço de saúde.

O ingresso do adolescente e do adulto com deficiência visual no Serviço ocorre através do levantamento de suas demandas socioeconômicas, feita por assistentes sociais, e por meio de uma entrevista complementar, realizada por outro profissional da equipe, seja terapeuta ocupacional ou pedagogo.

Nesta avaliação inicial são coletadas informações sobre as principais dificuldades e expectativas do sujeito e seu contexto de vida. Os casos são avaliados individualmente, sendo realizados os encaminhamentos necessários, externos ou internos ao CEPRE. Em sua maioria, as pessoas com deficiência visual avaliadas, adolescentes e adultos, são encaminhadas para os Grupos de Reabilitação Visual e, após, aos atendimentos individuais.

Uma das modalidades de atendimento praticadas no CEPRE diz respeito aos Grupos de Reabilitação Visual, que têm como proposta abordar questões imediatas relacionadas à

deficiência e à reabilitação, além possibilitar que seus participantes compartilhem suas dificuldades e estratégias para solucioná-las. O atendimento grupal, tal qual estabelecido no CEPRE visa garantir que demandas emergenciais sejam trabalhadas no menor tempo, evitar o abandono e a piora do estado de saúde do indivíduo, mantendo a qualidade das intervenções.

Há alguns anos, os adultos com deficiência visual avaliados aguardavam longos períodos na fila de espera até chegarem aos atendimentos individuais e/ou grupais, para assim estarem efetivamente no processo de reabilitação. Percebendo que este fato poderia ser uma fonte de abandono ao tratamento, no ano de 1992, a terapia ocupacional do Serviço estabeleceu uma modalidade de atendimento chamada “Grupo de Espera”. Os objetivos desse Grupo cercavam as expectativas e ansiedades geradas pela espera aos atendimentos. Com esta proposta, os sujeitos avaliados eram encaminhados para grupos abertos, coordenados pela terapia ocupacional, com frequência semanal, a fim de serem discutidas questões imediatas relacionadas à deficiência e a reabilitação ⁽¹¹⁾. Com os anos, a estrutura do Grupo foi se modificando, havendo a inserção de outros profissionais da equipe e a reorganização dos grupos segundo o nível de comprometimento visual, sendo baixa visão ou cegueira. Atualmente, esta modalidade denomina-se Grupo de Reabilitação Visual e representa a porta de entrada dos pacientes no Serviço. Os objetivos iniciais foram ampliados, possibilitando que seus participantes troquem dificuldades e estratégias de solucioná-las, não somente entre si, mas também com a terapeuta ocupacional responsável, cuja permanência é integral, e com os profissionais que rodiziam sua passagem pelo grupo trazendo seus conhecimentos e abordagens ⁽¹¹⁾.

Há ainda a possibilidade, seja pela fragilidade emocional ou necessidade extrema, do acompanhamento ser iniciado com atendimentos individuais, ou em paralelo à participação no Grupo, com o profissional de psicologia.

Os pré-testes da avaliação construída nesta pesquisa foram realizados no mesmo ambiente padronizado. Este ambiente era uma sala de Atividades de Vida Diária, no CEPRE/FCM/UNICAMP, que contém uma mesa com quatro cadeiras, mesa infantil com três cadeiras, armários, sofá-cama, gabinetes de cozinha, utensílios de cozinha em geral, uma pia de cozinha com bancada, geladeira, microondas, fogão, uma pia para higiene das mãos com saboneteira e suporte para papel, um tanque de lavar roupa e varal, e ventilador. A sala ainda contém duas janelas, com cortina, iluminação com lâmpadas incandescentes, paredes brancas e piso bege, móveis claros com puxadores escuros.

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Pesquisa bibliográfica

Este processo objetivou identificar avaliações validadas e utilizadas em deficiência visual por terapeutas ocupacionais, no Brasil e no mundo, e os aspectos funcionais avaliados por elas, promovendo aproximação e familiaridade ao assunto estudado.

A pesquisa bibliográfica se deu entre os meses de abril e maio de 2014. As bases de dados científicas consultadas foram: *Pubmed*, *Web of Science*, *Scopus*, *Lilacs* e *Scielo*. O filtro utilizado nessas bases foi para artigos “*free full text*” (acesso na íntegra e livre ao texto), não havendo restrições quanto ao ano de publicação e idioma do artigo. Os descritores utilizados foram: Terapia Ocupacional, Pessoas com deficiência visual, Avaliação, Avaliação da deficiência, Brasil, Adolescente, Adulto e seus correspondentes na língua inglesa, combinando-as alternadamente e utilizando-se o operador booleano “*AND*”.

Os resumos dos manuscritos encontrados foram lidos, inicialmente, através da leitura exploratória, que visa identificar se o artigo encontrado tinha relevância à pesquisa, após procedeu-se a leitura seletiva, determinando qual material de fato correspondia ao que se desejava descobrir ou identificar. O passo seguinte foi realizar a leitura analítica, com a finalidade de ler o material anteriormente selecionado com objetividade e de forma crítica, ordenar e resumir as informações. Por fim, deu-se a leitura interpretativa, que buscou relacionar os métodos, instrumentos, resultados e conclusão ao que se objetiva nesta pesquisa (87-88).

Desta forma, os artigos excluídos foram aqueles que não continham relação com o tema desta pesquisa, aqueles em que as avaliações utilizadas não eram descritas, não eram específicas para a deficiência visual e/ou não citavam a utilização do instrumento de avaliação por terapeutas ocupacionais.

No final desse processo, nenhum artigo científico que corresponda aos objetivos dessa busca e que tenha sido publicado e indexado nas bases de dados pesquisadas foi localizado.

Pesquisa documental

O desenvolvimento da pesquisa documental consistiu na análise da Avaliação Funcional da Visão utilizada na clínica da terapia ocupacional do Programa Adolescentes e

Adultos com Deficiência Visual, do CEPRE da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEPRE/FCM/UNICAMP), contidas nos prontuários dos usuários do referido Serviço.

A avaliação da terapia ocupacional utilizada no CEPRE contém aspectos específicos relacionados à deficiência visual, tais como: identificação de cores, detalhes, formas, discriminação de texturas, estereognosia, uso de recursos ópticos e não ópticos; bem como, levantamento de dados como diagnóstico, acuidade visual para longe e para perto, alteração de campo visual. Os dados podem ser coletados no prontuário institucional e/ou por meio da aplicação de testes específicos. A avaliação ainda contém o levantamento da história de vida do sujeito avaliado, questões referentes ao relacionamento interpessoal, aceitação da deficiência, atividades educacionais e ocupacionais e as atividades cotidianas realizadas. Tal avaliação utiliza a entrevista semi-estruturada e dados de prontuário como forma de coleta das informações necessárias.

Pesquisa exploratória descritiva

Contemplou o processo da pesquisa exploratória descritiva a construção da avaliação propriamente dita, em suas duas versões iniciais e pré-testes realizados, bem como de sua terceira versão, considerada, após pré-testes, como sendo a versão final do instrumento de avaliação. Este processo de construção será apresentado como resultado dessa pesquisa ⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾.

Participantes da pesquisa

Para o processo de construção da avaliação e possibilitar a realização dos pré-testes foi constituída uma amostra não probabilística típica, determinada a partir das necessidades da pesquisa e selecionados casos julgados como exemplares dentro do universo da deficiência visual ⁽⁹⁰⁾.

Os pré-testes das três versões da avaliação foram compostos, no total, por cinco pessoas com deficiência visual, adolescentes e adultos. Todas as avaliações foram filmadas em câmera de vídeo para posterior revisão do processo avaliativo e possibilitar suas adequações.

Critérios de inclusão e exclusão

Para participarem, os sujeitos deveriam apresentar-se dentro dos critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir.

Adotou-se como critérios de inclusão: Os sujeitos elegíveis deveriam estar iniciando atendimento ou já estarem sendo atendidos no CEPRE/FCM/UNICAMP; CID-10 correspondente à deficiência visual; idade entre 12 e 60 anos; aceitar e assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Anexo I, página 143), para adolescentes e seus responsáveis, e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo II, página 145), para adultos, e possuir prontuário institucional com informações sobre diagnóstico oftalmológico e saúde em geral.

Foram excluídos, de acordo com os critérios de exclusão, os sujeitos que: apresentassem outras deficiências associadas à visual e não aceitassem e não assinassem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido ou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4. Resultados e discussão

Como já referido nos procedimentos de coleta de dados, em relação à pesquisa bibliográfica não foram localizados estudos com temática semelhante, avaliações terapêuticas ocupacionais para pessoas com deficiência visual e/ou que se utilizem da CIF. Em relação à pesquisa documental, foi identificada a Avaliação Funcional da Visão realizada no CEPRE/FCM/UNICAMP, a qual foi utilizada como referência para a construção deste instrumento de avaliação. Já a pesquisa exploratória descritiva diz respeito à construção da avaliação propriamente dita.

A elaboração deste instrumento de avaliação se deu por meio de construções e reconstruções, a partir de pré-testes realizados. Busca-se com ele instrumentalizar terapeutas ocupacionais para que seja utilizado como estratégia de avaliação na clínica terapêutica ocupacional para pessoas com deficiência visual, adolescentes e adultos, servindo como ponto de partida no processo avaliativo. Não se sugere que seja utilizado como única fonte de informações, uma vez que acreditamos que o processo de avaliação deva ser constante e contínuo, podendo seus objetivos, planejamentos e recursos serem modificados no decorrer do processo reabilitacional. Defendemos aqui, assim como colocado pela AOTA (2015) ⁽³⁾, a constante abertura e construção do projeto terapêutico, “com o tempo, os profissionais coletam informações adicionais, refinam o perfil, e garantem que as informações adicionais motivam alterações aos resultados alvo” ⁽³⁾.

Além disso, esta construção se deu pautada na concepção de que cada sujeito é único e desempenha suas atividades de acordo com seu repertório próprio e particular de habilidades, inserido em seu contexto e ambiente também únicos, evidenciando e valorizando a diversidade entre as pessoas, apresentem elas deficiência visual ou não. De acordo com Silva *et al.* (2014) ⁽³²⁾, as pessoas vivenciam de formas distintas suas deficiências, desempenham e participam de formas diferentes suas atividades cotidianas, pois apresentam fator pessoal, preferências, contextos, facilitadores, barreiras, história e cultura diferentes. Não compreender que a mesma deficiência leva a restrições e limitações distintas para cada pessoa que a vivencia pode levar a equívocos e preconceitos. Segundo as autoras ⁽³²⁾, é justamente na importância de se pesquisar sobre a diversidade e as peculiaridades dentro da deficiência visual que se encontra a fonte de atuação em saúde. Pesquisar a diversidade é buscar formas de intervenção baseadas nas necessidades e demandas individualizadas.

Para tanto, são necessárias diversas formas de se pesquisar a diversidade humana, a funcionalidade da pessoa com deficiência visual e as peculiaridades dessa população. Uma dessas formas, acreditamos, seja através da construção e aplicação desta avaliação terapêutica ocupacional baseada no modelo biopsicossocial da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tal necessidade justifica a construção e divulgação de uma avaliação individualizada que possibilita o olhar pormenorizado das necessidades individuais das pessoas com deficiência visual.

Segundo Benetton e Lancman (1998)⁽⁹¹⁾ e Tedesco (2002)⁽⁹²⁾, a terapia ocupacional não tem a tradição de construir instrumentos de avaliação terapêutico ocupacionais. Benetton e Lancman (1998)⁽⁹¹⁾ levantam como hipótese a dificuldade em se obter recursos, especificamente no Brasil, para investigar e desenvolver instrumentos próprios de avaliação, levando a profissão a recorrer à tradução e adaptação de avaliações de versões estrangeiras. Magalhães (1997)⁽⁹³⁾ citada por Tedesco (2002)⁽⁹²⁾ aponta para a falta de métodos objetivos para a coleta de informações durante uma avaliação, a autora defende que no Brasil os profissionais terapeutas ocupacionais ainda não dão atenção à avaliação, incluindo a documentação de progressos e comparação de resultados antes e após intervenções.

Chaves *et al.* (2010)⁽⁹⁴⁾, ao realizar uma revisão na literatura com o objetivo de identificar e conhecer os instrumentos de avaliação validados para a língua portuguesa, apontaram para a pequena quantidade de avaliações em terapia ocupacional com suas versões validadas para o uso no Brasil. Foram encontrados apenas sete instrumentos em sua revisão bibliográfica. Os autores concluem sua pesquisa afirmando haver poucas avaliações válidas específicas para terapeutas ocupacionais no Brasil, as encontradas por eles (sete, no total) são adequadas somente para algumas faixas etárias, condições clínicas ou populações específicas, bem como não avaliam o sujeito em sua totalidade e amplitude, reduzindo o olhar ao desempenho ocupacional ou às áreas de desempenho. Por fim, Chaves *et al.* (2010)⁽⁹⁴⁾, contribuem referindo que as avaliações terapêuticas ocupacionais validadas favorecem o reconhecimento da profissão, em termos clínicos e científicos, assim como auxiliam na geração de conhecimento para a terapia ocupacional e em áreas específicas da profissão, e a confiabilidade em suas intervenções.

Lampert e Lapolice (1995)⁽³⁴⁾, respectivamente terapeuta ocupacional e pedagoga especializada atuantes nos Estados Unidos, publicaram seu artigo sugerindo um modelo de avaliação para pessoas com baixa visão. Entretanto, desconsideram em suas sugestões as pessoas que apresentam deficiência visual severa e completa, além disso deixam de considerar

os fatores ambientais e contextuais como fundamentais e influenciadores diretos no desempenho e no engajamento do sujeito com deficiência visual em seu cotidiano, sugerindo avaliar apenas as tecnologias assistivas disponíveis como fatores que podem interferir no fazer dos sujeitos.

A lacuna existente no campo das avaliações em terapia ocupacional, principalmente, no Brasil, vai de encontro às responsabilidades do profissional, segundo as próprias regulamentações da profissão, as quais estabelecem como procedimento fundamental da terapia ocupacional o processo avaliativo, a intervenção, a medição dos progressos e a documentação dos resultados encontrados ^(1,3,12-13).

Dessa forma, esta pesquisa torna-se fundamental pela ausência de avaliações terapêutico ocupacionais em deficiência visual padronizadas e/ou voltadas aos aspectos funcionais da pessoa com deficiência visual e/ou que se utilizam da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como apontado após a pesquisa bibliográfica.

A elaboração desta avaliação ainda permitirá padronizar a linguagem da avaliação terapêutica ocupacional em deficiência visual, através do uso da CIF, além de permitir o planejamento terapêutico ocupacional, a partir do levantamento de demandas; bem como, identificar as dificuldades enfrentadas pela pessoa com deficiência visual. Uma avaliação padronizada para identificar tais aspectos na realidade da pessoa com deficiência visual e oportunizar uma linguagem única entre terapeutas ocupacionais, ainda hoje, é considerada faltosa, justificando a necessidade de tal proposta avaliativa.

Gutman *et al.* (2007) ⁽¹⁹⁾ identificam três aspectos importantes para se justificar o uso de uma linguagem única em terapia ocupacional, seja por permitir uma comunicação entre os próprios terapeutas ocupacionais e entre terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde, seja por possibilitar a exposição ao sujeito avaliado da importância e utilidade da atuação terapêutica ocupacional, ou mesmo por auxiliar na definição do escopo da prática profissional com a finalidade de retorno financeiro aos profissionais:

The language that we use as therapists is critical for multiple reasons. Our language allows us to (a) communicate with each other and with other health care professionals regarding client care, (b) articulate the value of our services to clients, and (c) define our scope of practice for reimbursement purposes. (Gutman *et al.*, 2007)

Além de promover uma linguagem única entre terapeutas ocupacionais na avaliação terapêutica ocupacional à pessoa com deficiência visual, adolescente e adulto, optou-se por

utilizar a CIF, que têm como um dos seus principais objetivos unificar a linguagem referente à funcionalidade dos sujeitos em quaisquer condições de saúde, evidenciando suas capacidades e desempenho, a partir da descrição de suas funções e estruturas do corpo, barreiras e facilitadores encontrados em seu cotidiano ocupacional. Além disto, esta avaliação busca colocar em prática o estabelecido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pela resolução nº 370, de 06 de novembro de 2009 ⁽⁹⁵⁾, que dispõe sobre a adoção da CIF, e seu modelo multidimensional, aos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas em suas práticas profissionais.

Segundo Hemmingsson e Jonsson (2005) ⁽⁷⁾ e Gutman *et al.* (2007) ⁽¹⁹⁾, o uso da CIF como terminologia permite e melhora a comunicação entre profissionais, sendo considerado por esses autores como algo potencialmente benéfico para descrever o desempenho ocupacional dos sujeitos.

The decision to use ICF [...] terminology to enhance the profession's communication with other health care areas is very positive [...] Whereas the decision to use terminology that is shared by other health professionals is highly beneficial, it is suggested that a more precise classification system be used to describe the specific skill components underlying occupational performance. (Gutman *et al.*, 2007)

Três versões foram construídas no decorrer do processo, sendo a terceira versão considerada a versão final. A seguir, serão descritas as duas versões iniciais e suas modificações, a versão final da “Avaliação terapêutica ocupacional para adolescentes e adultos com deficiência visual baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)” e a descrição das avaliações de dois sujeitos da coleta de dados. A Figura 2 a seguir apresenta, de forma geral, as alterações ocorridas no decorrer do processo de construção.

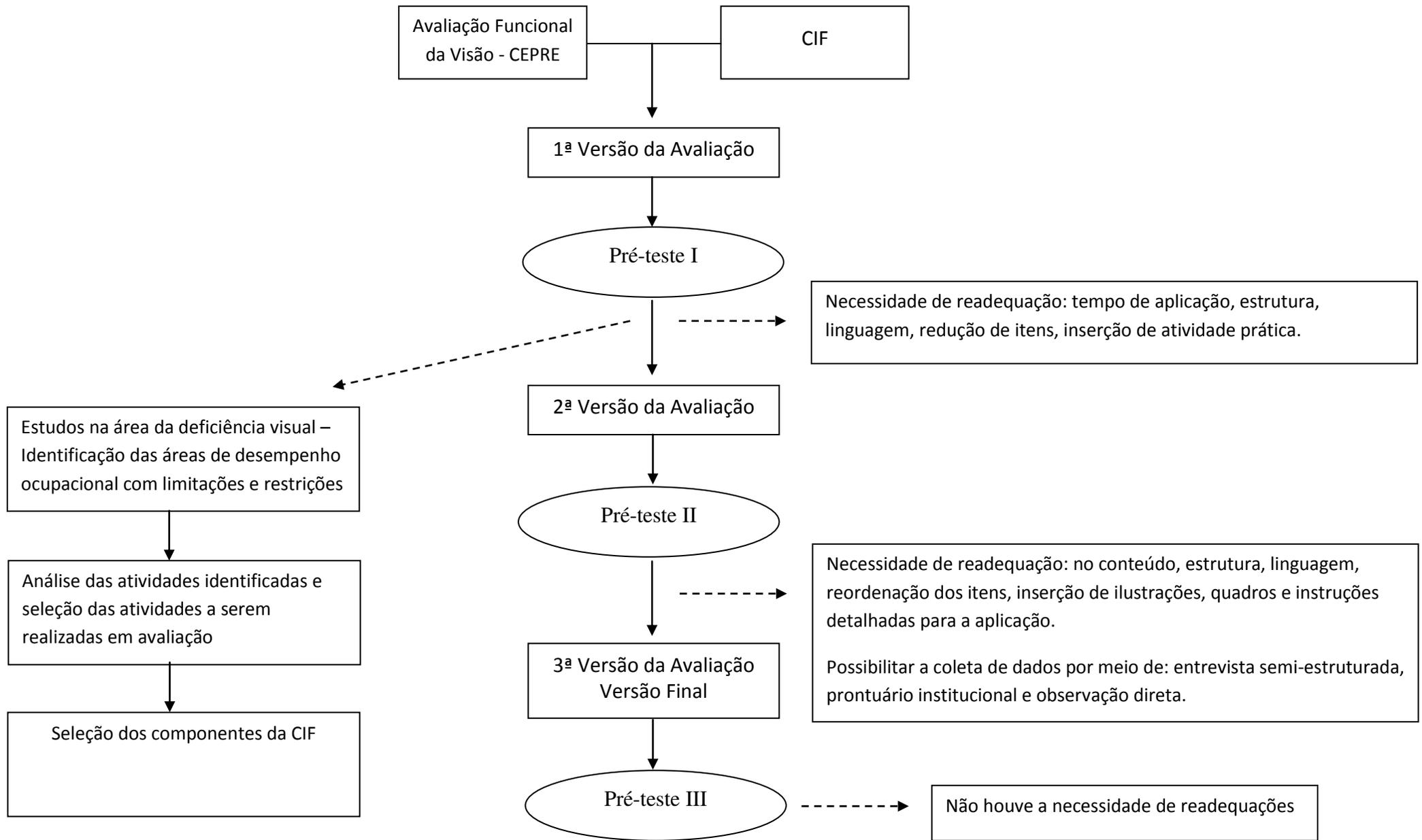


Figura 2: Processo de construção da Avaliação terapêutica ocupacional para adolescentes e adultos com deficiência visual baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

Primeira versão

A primeira versão do instrumento de avaliação baseou-se na Avaliação Funcional da Visão realizada na clínica da terapia ocupacional do Programa de Reabilitação Adolescentes e Adultos com Deficiência Visual, do CEPRE/FCM/UNICAMP, identificada através da pesquisa documental, e nas experiências prévias da pesquisadora com a população com deficiência visual.

Componentes da CIF foram selecionados de forma que contemplassem os itens observados na Avaliação Funcional da Visão, realizada no CEPRE, e possuísse o maior número de componentes da Classificação Internacional. Esta versão do instrumento de avaliação foi construída de modo mais amplo possível.

O instrumento de avaliação em sua primeira versão foi composto pela coleta de informações do prontuário para informações como diagnóstico oftalmológico e o tempo do recebimento do diagnóstico, dados gerais, o tempo de início no processo de reabilitação, dentre outros; um questionário acerca da preferência de iluminação, uso de recursos, reconhecimento de cores, diferenciação de tonalidades, identificação de formas, tamanhos e detalhes, discriminação de texturas e espessuras e estereognosia. Nas atividades de diferenciação de tonalidades, identificação de formas, tamanho, detalhes, textura, espessura e estereognosia eram oferecidas atividades práticas específicas, para que os sujeitos as desempenhassem no decorrer da avaliação. Para cada uma das atividades do questionário, o sujeito avaliado poderia qualificá-la quanto ao nível de dificuldade (nenhuma, leve, moderada, grave, completa) e à frequência com que apresentava a dificuldade referida (nunca, raramente, de vez em quando, quase sempre, todo o tempo). Compunha-se também por uma entrevista semi-estruturada acerca das atividades profissionais e escolares, informações sobre rotina e as atividades desempenhadas no dia-a-dia.

Por fim, todos os componentes da CIF que se relacionavam a esta população em específico – deficiência visual – eram dispostos em um quadro. Para cada componente relacionado aos aspectos de Atividades e Participação foram elaboradas três perguntas, referente ao desempenho na participação, capacidade na atividade sem uso de auxílio e por último referente à capacidade de realizar a atividade com auxílio, dessa forma, possibilitando que o avaliador terapeuta ocupacional pudesse qualificar o sujeito de acordo com o observado nas atividades práticas (chamado de Capacidade na CIF), e o avaliado pudesse qualificar na CIF o nível de dificuldade em cada atividade de acordo com sua percepção (chamado de Desempenho na CIF). Para cada componente relacionado aos Fatores Ambientais, o sujeito

era questionado se o item (tecnologias, produtos, dispositivos, serviços, familiares, parentes, amigos, dentre outros componentes) representava um facilitador ou uma barreira para a realização de suas atividades cotidianas.

No total, foram selecionados 72 componentes da CIF para Atividades e Participação e 28 componentes que se referiam a Fatores Ambientais.

Foi realizado um único pré-teste com a primeira versão, com duração de aplicação aproximada de 1h30min.

Percebeu-se, com um único pré-teste, que a primeira versão testada era exaustiva, com questões repetitivas e identificava alguns aspectos pouco necessários para uma avaliação inicial em terapia ocupacional, devendo a avaliação ser readequada.

Segunda versão

Com a necessidade de readequar a avaliação desenvolvida, percebeu-se a pertinência de se observar o sujeito em ação em atividades que fizessem parte do cotidiano das pessoas e não somente para possibilitar sua classificação na CIF – o que ocorria na primeira versão. Dessa forma, a segunda versão da avaliação utilizou-se da observação do sujeito e da entrevista parcialmente estruturada como técnicas de investigação, além de se manter como possibilidade a identificação de dados via prontuário institucional ⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾.

Com o objetivo de auxiliar na escolha das atividades realizadas para a avaliação, foram utilizadas as pesquisas realizadas por Becker (2012) ⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015) ⁽⁹⁷⁾, que tinham como objetivos e métodos aplicar o instrumento COPM (*Canadian Occupational Performance Measure*) ⁽⁹⁸⁾ com 23 pessoas com deficiência visual, e identificar as principais áreas de desempenho ocupacional e respectivas atividades com limitações e restrições.

A COPM é um instrumento padronizado e traduzido para a língua portuguesa, baseado no Modelo Canadense com suas práticas centradas no cliente e não específica para pessoas com deficiência visual. As áreas de desempenho consideradas por este instrumento são autocuidado, produtividade e lazer, bem como considera os componentes de desempenho, o ambiente, os papéis desempenhados pelo sujeito, sua história e motivação. É um método construído para ser utilizado por terapeutas ocupacionais com a finalidade de mensurar a percepção do cliente sobre seu desempenho ocupacional, definir prioridades de tratamento, na decisão de estratégias de intervenção, documentação de dados e medir progressos do cliente na reabilitação. Esta entrevista semi-estruturada permite que o próprio sujeito atendido

identifique as atividades que considere de difícil realização, que precise, deseja ou aquelas que espera realizar, e suas respectivas importâncias⁽⁹⁸⁾.

Nas pesquisas de Becker (2012)⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015)⁽⁹⁷⁾ foram identificadas as seguintes atividades com maior número de queixas:

- Área de Autocuidado - Funcionamento na comunidade: Pegar ônibus, Caminhar sozinho na rua, Atravessar a rua, Analisar o preço de mercadorias, Ler placas na rua, Utilizar relógio, Utilizar telefone fixo ou celular, Utilizar banco;

- Área de Produtividade - Manejo das tarefas domésticas: Cozinhar, Varrer a casa, Lavar e passar roupas, Lavar louça, Servir-se no prato, Realizar pequenos consertos em casa, Arrumar a cama;

As atividades citadas por Becker (2012)⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015)⁽⁹⁷⁾ foram analisadas, a fim de identificar os componentes de desempenho necessários para sua realização e quais delas poderiam ser realizadas enquanto processo avaliativo, em ambiente padrão e seguro.

A análise da atividade deve ser detalhada, analisando as habilidades motoras, cognitivas, perceptivas e interativas necessárias para sua realização. Cada área de atuação, cada profissional e suas experiências, conceitos teóricos adotados como referência, demandas dos sujeitos atendidos, objetivos clínicos, dentre outros fatores, vão determinar o instrumento de análise de atividades a ser utilizado na clínica terapêutica⁽⁸⁾. Dessa forma, o roteiro de análise das atividades utilizado foi o sugerido por Crepeau (2002)⁽⁹⁹⁾. Para tanto, devem ser feitas: descrição da atividade; descrição da faixa etária apta para realizar aquela tarefa; descrição do espaço físico em que a atividade será aplicada, ambiente social, o comportamento esperado naquele contexto e os aspectos culturais relacionados; listagem dos materiais e equipamentos utilizados; descrição dos riscos inerentes; descrição dos passos da atividade; identificação dos aspectos mais e menos importantes para sua realização nos campos sensório-motor, cognitivo e psicossocial; e, por fim, deve-se pensar na graduação e adaptação, caso se faça necessário⁽⁸⁾.

Após a análise das atividades identificadas por Becker (2012)⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015)⁽⁹⁷⁾ foram selecionadas aquelas representativas do cotidiano das pessoas com deficiência visual, levando em consideração as experiências prévias da pesquisadora na área.

A segunda versão possibilitava identificar, através do prontuário institucional e relatos do próprio avaliado – por meio de entrevista semi-estruturada – o diagnóstico oftalmológico,

dados de acuidade visual, campo visual, bem como identificar rotina, atividades profissionais e escolares e as dificuldades encontradas em cada ambiente de convívio. Esta versão também contemplava o nível de apoio nos relacionamentos com familiares, parentes, amigos, conhecidos e estranhos, possibilitando ao avaliado qualificar o nível de apoio, considerando-o como apoio completo (qualificador 4 na CIF), muito apoio (qualificador 3 na CIF), apoio considerável (qualificador 2 na CIF), pouco apoio (qualificador 1 na CIF) e indiferente (qualificador 0 na CIF) e a respectiva escala de qualificadores para representar as barreiras impostas pelos fatores ambientais atitudinais.

Como último item da entrevista era possível que o sujeito avaliado refletisse e respondesse sobre questões ligadas aos sentimentos que envolviam o diagnóstico, as dificuldades enfrentadas e como era dizer sobre esses aspectos, por fim seria possível discorrer sobre suas expectativas futuras.

A última parte da avaliação correspondia às atividades práticas. Os itens a serem desenvolvidos contemplavam o manejo de dinheiro, leitura da receita que seria feita na cozinha, identificação dos ingredientes e do ambiente, higiene pessoal, separação e eventual limpeza dos utensílios e ingredientes a serem utilizados, preparo da receita, lavagem da louça e organização do espaço, e por fim servir-se. Ao final, era questionado ao sujeito avaliado se houve a presença de qualquer dificuldade durante a atividade, o que teria sido difícil, quais os motivos poderiam existir para levar a tal dificuldade, e quais sugestões poderia fazer para melhorar a avaliação.

Por fim, em um quadro com uma lista reduzida de componentes da CIF era possível que o avaliador qualificasse o sujeito avaliado na Classificação. Os componentes que foram retirados da primeira versão da avaliação para a segunda versão foram identificados com pouca relevância para serem observados e qualificados numa avaliação inicial da pessoa com deficiência visual. Além disto, alguns componentes poderiam ser observados e qualificados no decorrer da entrevista semi-estruturada, como informações acerca de relacionamento interpessoal, e a partir das informações coletadas em prontuário, por exemplo, os dados de acuidade visual.

Resumidamente, o caminho para reformulação da avaliação, a fim de elaborar sua segunda versão, deu-se pela identificação das tarefas propostas por Becker (2012) ⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015) ⁽⁹⁷⁾, sua posterior análise com identificação das habilidades necessárias para realizá-las, o pareamento e correlação com os códigos da CIF, a eliminação de habilidades e códigos duplicados, resultando na construção de uma lista mínima de

habilidades correlacionadas com os componentes da CIF. A segunda versão da avaliação aborda o sujeito de três formas complementares sendo: a consulta ao prontuário, a entrevista direta e semi-estruturada e a observação, sua adequação também contemplou a utilização de linguagem mais simples e acessível.

Esta versão da avaliação foi testada junto a dois sujeitos. Durante os dois pré-testes foi observada a necessidade de adequações em seu conteúdo e estrutura, que resultaram na construção da terceira versão da avaliação.

Terceira versão - Versão final

A terceira versão da avaliação sofreu ajustes e adequações na forma, ordem e na linguagem de seus tópicos, observados no decorrer dos pré-testes da segunda versão, além da inclusão de ilustrações e quadros que, acredita-se, possam facilitar o uso da avaliação pelo terapeuta ocupacional durante a aplicação da mesma. Tais alterações serão melhor explicadas, ilustradas e justificadas a seguir.

Esta versão foi considerada a versão final, uma vez que em seus pré-testes não foi identificada a necessidade de readequação. Foram realizados dois pré-testes com esta versão.

Após as dificuldades de aplicação da avaliação observadas pela pesquisadora, durante os pré-testes da segunda versão, algumas alterações fizeram-se necessárias. Optou-se por utilizar dois métodos avaliativos: a entrevista e a observação direta. Dessa forma, vê-se a potência de abrir um espaço de escuta ao sujeito em avaliação, possibilitando que identifique suas próprias necessidades, dificuldades, rede de suporte relacional, opiniões e expectativas, bem como ao terapeuta ocupacional observar o sujeito desempenhando a atividade de forma livre e espontânea, sem interferências, com suas capacidades e habilidades sendo apresentadas em ato ^(14,92).

Para a AOTA (2015) ⁽³⁾, uma avaliação deve passar pela análise do perfil ocupacional e, de forma mais detalhada, do desempenho ocupacional do sujeito. A avaliação do desempenho ocupacional exige do profissional a observação direta do sujeito em ação, a posterior interpretação dos dados e sua documentação. A avaliação deve permitir a identificação dos aspectos que influenciam positiva e negativamente no desempenho daquele sujeito.

Vários métodos frequentemente são utilizados durante o processo de avaliação para analisar cliente, ambiente ou contextos, ocupação ou atividade e desempenho ocupacional. Os métodos podem incluir uma

entrevista com o cliente e outras pessoas importantes, observação do desempenho e do contexto, revisão de dados e avaliação direta de aspectos específicos do desempenho. (AOTA, 2015)

A escolha da entrevista e da observação direta do sujeito como métodos fundamentais da avaliação aqui construída se deram com base nas colocações da AOTA (2015)⁽³⁾, adotada nesta pesquisa como base conceitual. Desta forma, a “Avaliação terapêutica ocupacional para adolescentes e adultos com deficiência visual baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)” busca contemplar as ocupações, assim como descritas pela AOTA (2015)⁽³⁾ como sendo meios de experimentações, considera e valoriza os fatores dos sujeitos, suas habilidades de desempenho, seus padrões de desempenho (hábitos), contexto e ambientes. Entende ainda que os fatores pessoais são influenciados e influenciam o desempenho ocupacional do sujeito, sua participação plena, seus padrões e habilidades de desempenho, contextos e ambientes nos quais se insere, bem como utiliza a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde como norteadora das questões realizadas no decorrer da avaliação, ao considerar o sujeito em sua multiplicidade e de forma dinâmica consigo e com o meio^(3, 25).

A versão final é composta por suas instruções de aplicação detalhadas, a identificação da fonte das informações – pode ter como fonte o prontuário, a observação direta, e a entrevista com respondente primário ou outros informantes, e quem seriam esses – e a avaliação propriamente dita.

A avaliação pode ser subdividida em quatro partes complementares: identificação dos dados pessoais, informações dos aspectos visuais, entrevista semi-estruturada e atividade prática, assim como melhor exposto no Quadro 9.

Quadro 9: Estrutura do instrumento de avaliação terapêutico ocupacional

Informações prévias		
Instruções detalhadas	Contém todas as instruções ao avaliador para a realização da avaliação	
Identificação da fonte de informações	Prontuário Observação direta Entrevista com respondente primário (próprio avaliado) Outros informantes - quem seriam esses	
Estrutura da avaliação		
I. Identificação dos dados pessoais		
II. Informações dos aspectos visuais	Diagnóstico oftalmológico	Nome da doença ocular, olho (s) comprometido (s), tempo do recebimento do diagnóstico
	Acuidade visual	Acuidade visual para longe
		Acuidade visual para perto
	Campo visual	
	Visão de cores	
III. Entrevista semi-estruturada	Identificação das atividades cotidianas, incluindo atividades profissionais e escolares, suas dificuldades e nível de importância na vida do avaliado	
	Relacionamento interpessoal e aspecto sócio-emocional	
IV. Observação direta	Atividade prática	Transação econômica Leitura da receita Preparo da receita Lavar a louça Servir-se

Buscou-se construir uma avaliação que contemplasse o sujeito de forma ampliada, em suas múltiplas facetas, possibilitando uma abertura de espaço e escuta suficientes para iniciar o planejamento terapêutico de acordo com suas necessidades observadas, mas principalmente verbalizadas. Também optou-se por possibilitar a coleta de informações de diversas fontes, de forma complementar, a fim de garantir o maior número de dados do sujeito a ser reabilitado.

Segundo Tedesco (2002) ⁽⁹²⁾ é possível classificar as avaliações em objetivas e subjetivas. As avaliações objetivas são aquelas em que o terapeuta realiza a observação exata do sujeito e o registro claro dos dados identificados, enquanto as avaliações subjetivas permitem a autoavaliação do sujeito, através de entrevistas ou a aplicação de questionário (autoaplicável ou por intermédio do profissional). Segundo a autora, as avaliações subjetivas possibilitam ao sujeito sua expressão livre e participação no processo avaliativo.

A avaliação aqui proposta utiliza os dois métodos avaliativos: objetivo e subjetivo, acreditando ser a forma mais eficaz de se obter as informações necessárias para o processo de reabilitação.

Como há a pretensão de divulgar e expandir o uso da avaliação construída – após sua futura validação – para terapeutas ocupacionais, além daqueles da instituição na qual se deu o estudo, foram utilizados materiais de baixo custo e/ou fácil acesso e aplicação. Entende-se que para o correto uso e interpretação dos resultados obtidos e para sua melhor aplicação no tratamento terapêutico, acredita-se que o profissional deva estar preparado e apto para avaliar um sujeito em deficiência visual.

A seguir, cada item da avaliação será melhor exposto. A avaliação em sua versão final encontra-se no Apêndice I (página 124).

I. Identificação dos dados pessoais

Através da primeira parte da avaliação é possível identificar os dados pessoais, como nome, telefone, naturalidade e cidade atual, sexo, estado civil, se o indivíduo avaliado mora sozinho ou com quem, nível de escolaridade, profissão e atividade profissional, e condição de saúde geral atual.

II. Informações dos aspectos visuais

Neste momento da avaliação o terapeuta pode iniciar questionando acerca do diagnóstico oftalmológico, podendo coletar essa informação via prontuário institucional ou pela fala e conhecimento do avaliado.

Ainda é possível identificar há quanto tempo o sujeito recebeu o diagnóstico. Segundo a literatura, após o recebimento do diagnóstico, seu estado emocional pode apresentar-se vulnerável e frágil, podendo passar por um processo com fases diversas, do luto até a aceitação da deficiência ^(16-17,46-47).

É questionado o uso de auxílios ópticos, não ópticos e eletrônicos, possível uso de bengala branca em seu dia-a-dia e sua preferência de iluminação para realizar suas atividades cotidianas.

Após, é possível obter dados das funções visuais, segundo seu prontuário, ou realizar os testes das funções visuais construídos para esta avaliação com base em testes já utilizados na clínica, caso se faça necessário, como os testes de acuidade visual para longe e para perto, campo visual, visão de cores e sensibilidade ao contraste.

Faz-se importante justificar que a avaliação das funções visuais por meio dos testes de acuidade visual para longe e para perto, campo visual, visão de cores e sensibilidade ao contraste, são realizados nesta avaliação com a finalidade de se conhecer o uso funcional da visão, de que forma essas funções refletem no cotidiano do indivíduo e em sua funcionalidade. Os dados destas funções visuais podem ser coletados no prontuário institucional, que possui resultados objetivos de exames clínicos já validados e confirmados pelo médico oftalmologista daquele sujeito. Optou-se por construir nesta avaliação os testes aqui utilizados como forma de se conhecer o uso funcional destas funções, além disto, foram priorizados os testes e materiais de baixo custo, fácil acesso e fácil aplicação. Para Chou (2010) ⁽³³⁾ na avaliação funcional são observadas as funções visuais com abordagem qualitativa, analisando e interpretando os resultados pautados no comportamento visual do sujeito avaliado, de que forma utiliza a visão que apresenta em seu dia-a-dia.

Ressalta-se que esta etapa da avaliação não é de competência específica e exclusiva da terapia ocupacional.

Cada função visual avaliada será melhor explicada e justificada a seguir.

Acuidade visual

A acuidade visual é medida pela qualidade e nitidez de detalhes da imagem que o indivíduo visualiza, permite perceber o tamanho, a forma e o contorno dos objetos a determinada distância ^(25,100). Sua alteração pode indicar a necessidade da ampliação da imagem ou a aproximação/distanciamento entre objeto-observador necessários para a realização das atividades ⁽¹⁰¹⁾. Avaliar e se conhecer a medida da acuidade visual torna-se importante para fornecer informações sobre em qual distância ideal o sujeito avaliado consegue ver os objetos de diferentes tamanhos, em condições ideais. Segundo Lampert e Lapolice (1995) ⁽³⁴⁾, faz-se importante destacar e reconhecer que a maior parte das atividades diárias não acontecem em condições ideais, seja de iluminação, aproximação objeto-observador, contraste, dentre outras condições.

Deve ser considerado o valor da acuidade visual aquele correspondente à “última linha da tabela na qual foram reconhecidos mais de 50% de seus optotipos” ⁽¹⁰⁰⁾.

A acuidade visual para longe e para perto deve ser investigada monocular e binocularmente, uma vez que o valor de acuidade de um olho pode influenciar na medida de acuidade do outro olho ⁽¹⁰⁰⁾. Dessa forma, é possível identificar qual dos olhos apresenta maior ou menor valor de acuidade, qual deve ser mais estimulado, quais alterações ambientais (disposição de materiais/equipamentos/dispositivos, por exemplo) podem ser feitas e quais orientações podem ser dadas ao sujeito avaliado, como por exemplo, a lateralização de cabeça de forma que se torne mais funcional ⁽¹⁰⁰⁾.

Acuidade visual para longe

Para o teste de Acuidade Visual para longe sugere-se o uso da Tabela “E” de Snellen, pois acredita-se que esta tabela seja acessível e popular na prática clínica da avaliação desta função visual.

Segundo Miller *et al.* (2011) ⁽¹⁰²⁾, o professor e oftalmologista holandês Hermann Snellen, no ano de 1863, construiu sua tabela para realizar o teste de acuidade visual através da comparação da visão de um paciente com alterações visuais com seu assistente sem alterações visuais. A essência de seu teste de acuidade é identificar a dificuldade do sujeito avaliado em ver os espaços livres entre os elementos negros das letras “E”. Segundo a notação de Snellen, o numerador indica a distância na qual a letra foi identificada pelo avaliado, enquanto o denominador indica a distância na qual uma pessoa sem deficiência visual

consegue ver na mesma linha. Por exemplo, se o resultado de seu paciente fosse uma visão 20/200 (6/60) - ou 0,1 se considerada em decimal - significava que o avaliado podia ver a 20 pés (6 metros) o que seu assistente, sem deficiência visual, podia ver a 200 pés (60 metros).

Segundo Haddad e Sampaio (2010) ⁽¹⁰⁰⁾, a notação $AV=d/D$, sendo “d” a distância do observador ao objeto e “D” a distância em que o objeto deveria ser reconhecido por uma pessoa sem comprometimento visual, é nomeada como notação de Snellen, a qual foi utilizada nesta pesquisa substituindo o “D” pelo padrão de 6 metros (distância máxima permitida pela tabela “E” de Snellen). As variáveis são grandezas inversamente proporcionais, sendo que o resultado máximo deve ser equivalente a 1 ⁽¹⁰⁰⁾.

A Tabela “E” de Snellen sugerida permite ser utilizada com as opções de distância de 1 metro, 3 metros ou 6 metros. O padrão utilizado por Snellen é de 6 metros de distância do observador à tabela ⁽¹⁰⁰⁾. Com base na notação de Snellen acima descrita, e caso a distância da aplicação for inferior a padrão (6 metros), calcular na fórmula: AV (Acuidade Visual) = (Distância em metros) x (Optotipo máximo em notação decimal) ÷ 6, sendo “Distância em metros” o valor da distância entre observador e tabela inferior a 6 metros e correspondente ao valor realizado no teste. Esta fórmula deve ser considerada para calcular o valor da acuidade visual e, de acordo com seu resultado, identificar na Tabela 1 abaixo seu correspondente na CIF.

Tabela 1: Proposta de classificação da deficiência visual, de acordo com valores de acuidade visual apresentada e a CIF

		Acuidade visual apresentada	Menor que	Igual ou maior que
		Qualificador CIF		
Visão Subnormal	Nenhuma deficiência	.0		0,8
	Deficiência leve	.1	0,8	0,3
	Deficiência moderada	.2	0,3	0,1
Cegueira	Deficiência grave	.3	0,1	0,05
	Deficiência completa	.4	0,05	À ausência de percepção de luz
	Não especificado	.8	Informações insuficientes para qualificação	
	Não aplicável	.9	Não se aplica	

Acuidade Visual para Perto

Para avaliar a acuidade visual para perto sugere-se o emprego do *Lighthouse Near Visual Acuity Test (Second Edition) Modified ETDRS with Sloan Letters* ⁽¹⁰³⁾. As opções de distância entre observador e tabela sugeridas pelo instrumento são 40 ou 20 centímetros, podendo variar conforme a necessidade do avaliado. Para obter o valor da acuidade visual e seu correspondente na CIF, deve-se calcular na seguinte fórmula: AV (Acuidade Visual) = m (distância em metros) ÷ M (Optotipo máximo em M de Sloan). Após, consulta-se o valor da acuidade visual encontrada na Tabela 1 e a magnitude da deficiência, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Nota-se que a fórmula adota a medida em metros (m), porém como a acuidade visual para perto é medida em centímetros, deve-se realizar a conversão de centímetros para metros antes de se utilizar a fórmula.

É possível indicar, em campo próprio, se a verificação da acuidade visual tenha sido realizada com auxílio óptico ou sem o auxílio óptico.

Os resultados dos testes de acuidade visual para longe e para perto deverão ser classificados na Tabela 1, de acordo com a CID-10, para encontrar suas correspondências na CIF.

Caso o avaliador opte por utilizar outras tabelas para avaliar a acuidade visual para longe e para perto, se não as sugeridas, correlacionar o valor da acuidade encontrada no teste com a Tabela 1 para identificar o qualificador na CIF.

A Tabela 1 “Proposta de classificação da deficiência visual, de acordo com valores de acuidade visual apresentada e a CIF” foi criada de acordo com os documentos da Família das Classificações da OMS CID-10 e CIF.

Campo visual

O campo visual refere-se a toda área que é vista pelo observador, quando tem seus olhos fixados em um ponto ⁽²⁵⁾. Segundo Martin (2013) ⁽²⁴⁾, “quando os olhos estão fixos, olhando diretamente para frente, a área total vista é chamada de campo visual, os campos visuais combinados de cada olho.”.

Essa função visual é essencial para a orientação, a mobilidade, além de auxiliar na localização e percepção de objetos, lugares e pessoas. Sua alteração, seja central ou periférica,

pode prejudicar a leitura, localização, identificação de faces e pessoas, e até mesmo limitar o uso de recursos ópticos ⁽¹⁰⁴⁾.

Na avaliação desenvolvida por esta pesquisa, a identificação do campo visual pretende ser informativa acerca da funcionalidade do indivíduo avaliado com o uso de campo visual que apresenta, dessa forma não busca sua precisão em graus e a localização exata de possíveis defeitos de campo e escotomas.

Sugere-se, com base no documento Visual Standards (2002) ⁽¹⁰⁵⁾, que a mensuração seja realizada horizontal e verticalmente em relação ao avaliado, com total de 120° em cada meridiano, da periferia do campo visual para o centro, de forma binocular.

A avaliação deve ser realizada com o sujeito sentado, devendo-se assegurar que ele esteja olhando binocularmente em um ponto fixo à sua frente, na altura de seus olhos, podendo utilizar uma marcação como auxílio. Nas avaliações realizadas nesta pesquisa foi utilizado um círculo preto de 10 cm de diâmetro, fixado a uma distância de 3 metros (ou inferior) do observador. A distância do círculo preto em relação ao avaliado varia de acordo com a acuidade visual apresentada por ele para que possa ser vista ⁽¹⁰⁶⁾. O avaliador deve permanecer em pé atrás do avaliado e lhe apresentar um objeto na sequência: campo visual temporal direito ao campo visual temporal esquerdo e, após, campo visual temporal esquerdo ao campo visual temporal direito, bem como campo visual superior ao campo visual inferior e, após, campo visual inferior ao campo visual superior. Sugere-se utilizar como auxílio um objeto de cor contrastante ao ambiente, a uma distância de 30 a 40 cm; nesta pesquisa foi utilizada caneta hidrográfica vermelha. Solicitar que o avaliado acuse o momento em que perceber a presença do objeto em seu campo visual e o momento em que deixar de percebê-lo, para assim o avaliador identificar o intervalo de ângulo de visão deste sujeito.

Para os pré-testes foi confeccionado um tapete, a ser colocado embaixo da cadeira em que o avaliado estaria sentado, com um desenho dos intervalos de ângulos considerados, auxiliando assim durante a aplicação do teste (Figura 3). Na figura 3, observar que os intervalos de ângulos correspondentes à direção campo visual temporal direito ao campo visual temporal esquerdo estão em preto, e os intervalos de ângulos correspondentes à direção campo visual temporal esquerdo ao campo visual temporal direito estão em vermelho.

Para a classificação na CIF deve-se considerar os campos visuais totais. O campo visual horizontal total (binocular) corresponde à sobreposição dos campos visuais temporal direito-temporal esquerdo e temporal esquerdo-temporal direito. O campo visual vertical total (binocular) corresponde à sobreposição dos campos visuais de superior-inferior e inferior-superior.

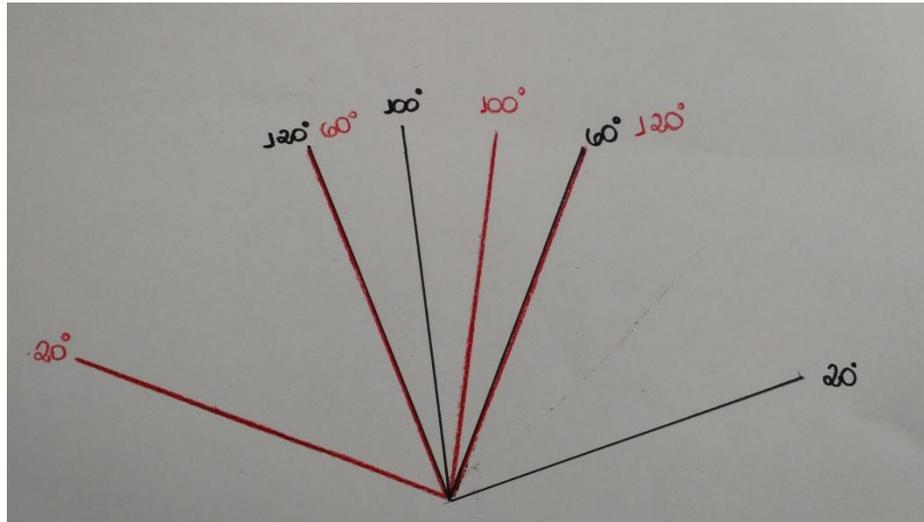


Figura 3: Recurso confeccionado para o teste funcional de campo visual

Fonte: Elaborado pela autora

Na folha da avaliação construída são oferecidas ilustrações dos ângulos que podem ser utilizadas, caso da preferência do avaliador (Figura 4).

Sugere-se que o avaliador faça marcações (por exemplo, colorir) nos intervalos de ângulos que correspondam ao campo de visão do sujeito avaliado, na tentativa de facilitar a visualização do campo total de visão.

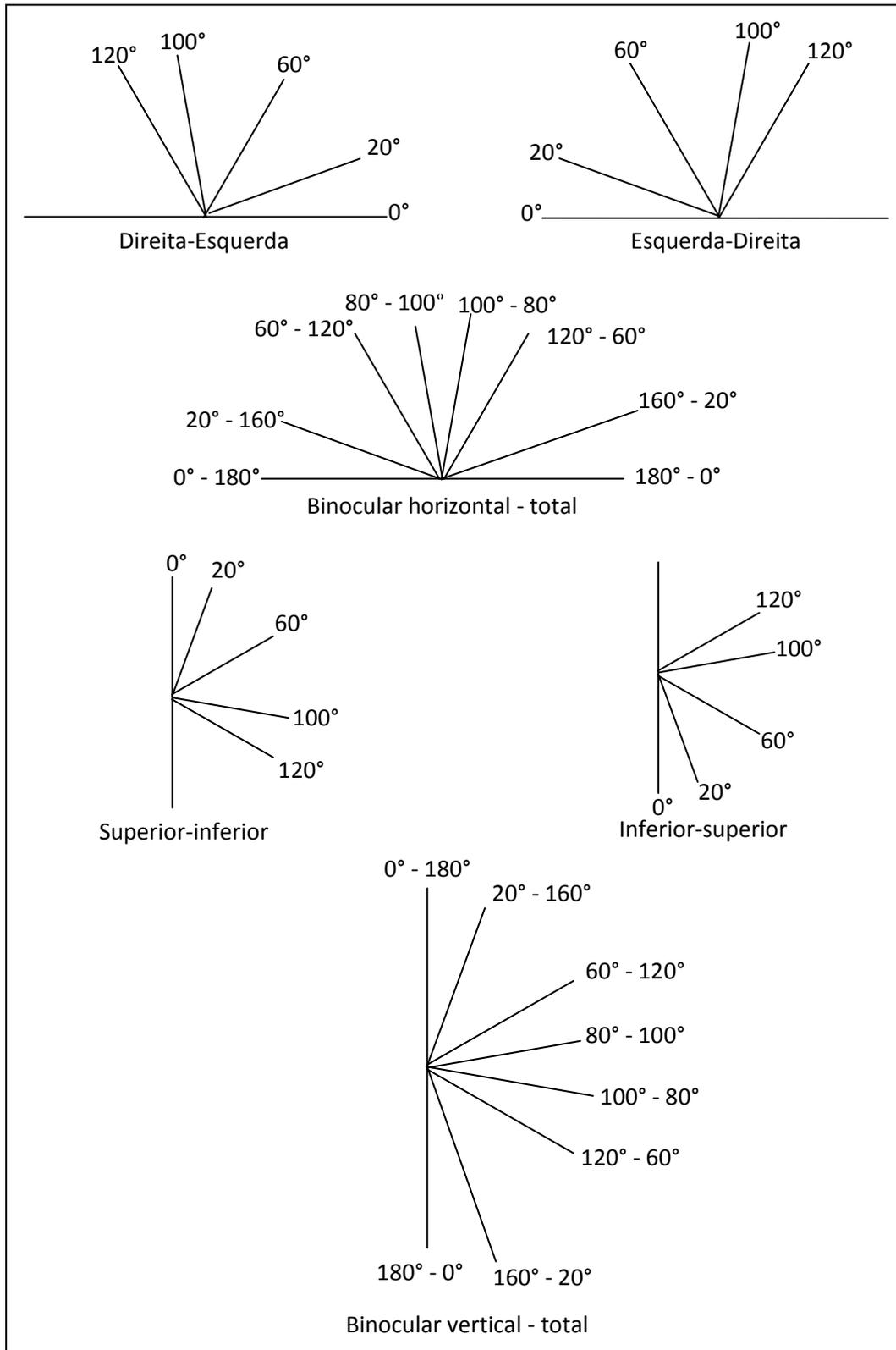


Figura 4: Ilustrações dos intervalos de ângulos do campo visual

Fonte: Elaborado pela autora

Ainda é possível assinalar o intervalo de ângulo de acordo com a Figura 5 a seguir:

Direita-Esquerda: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°
Esquerda-Direita: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°
Campo visual horizontal total (binocular): _____ ° CIF: b2101.____
Inferior-superior: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°
Superior-inferior: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°
Campo visual vertical total (binocular): _____ ° CIF: b2101.____

Figura 5: Intervalos de ângulos do campo visual

Fonte: Elaborado pela autora

Os resultados devem ser qualificados na CIF de acordo com o intervalo do ângulo em que o objeto foi identificado pelo avaliado. A escolha dos intervalos de graus de mensuração baseou-se no documento Visual Standards (2002) ⁽¹⁰⁵⁾. O intervalo dos graus foram correlacionados à CIF e expressos na Tabela 2, a seguir:

Tabela 2: Proposta de classificação da deficiência visual, de acordo com o campo visual apresentado e a CIF

Intervalos de ângulos do campo visual		CIF
$\geq 120^0$	Nenhuma dificuldade	.0
$<120^0$ e $\geq 100^0$	Dificuldade leve	.1
$<100^0$ e $\geq 60^0$	Dificuldade moderada	.2
$<60^0$ e $\geq 20^0$	Dificuldade severa	.3
$<20^0$	Dificuldade completa	.4

Visão de cores

A visão de cores é a capacidade de combinar e diferenciar cores e tonalidades ⁽²⁵⁾, sendo a função primordial de células retinianas fotorreceptoras, chamadas de cones ^(24,107). Avaliar a visão de cores, segundo Hyvärinen (1995) ⁽²⁶⁾, é fundamental para o reconhecimento de objetos, além disso, torna-se uma importante ferramenta de intervenção para pessoas com deficiência visual cortical que não conseguem reconhecer as formas dos objetos.

De acordo com Fernandes (2010) ⁽¹⁰⁷⁾, todos os testes de visão de cores apresentam limitações, ou seja, nenhum deles é autossuficiente. Dessa forma, sugere-se a complementação com resultados de outros testes de visão de cores que constem no prontuário institucional do sujeito avaliado. Ainda segundo a autora ⁽¹⁰⁷⁾, é possível detectar as alterações na visão de cores de três formas: métodos subjetivos (teste de discriminação, comparação, denominação e igualação), método objetivo (potencial evocado visual) e por meio da avaliação funcional.

A avaliação da visão de cores é essencial na orientação e na escolha de recursos mais adequados às necessidades e na construção de um projeto terapêutico individual ⁽¹⁰⁷⁾. Deve-se ressaltar a importância do reconhecimento das cores para o dia-a-dia do indivíduo, que irão influenciar na realização e na participação em suas atividades básicas e instrumentais de vida diária (como atividades ocupacionais, escolares e de lazer).

Para esta avaliação foram elencadas as cores amarelo, vermelho, azul e preto. A escolha das cores pode ser justificada pela existência de maior contraste entre elas. Também foi priorizada a facilidade no reconhecimento e pareamento em qualquer idade e nível educacional, sendo encontradas facilmente no cotidiano das pessoas.

Para avaliar tal aspecto, os materiais utilizados foram círculos recortados em EVA, todos do mesmo tamanho, com aproximadamente 10 cm de diâmetro, sendo um par de cada cor, possibilitando seu pareamento, caso a pessoa encontre dificuldade em nomeá-las. Foi escolhida apenas uma forma geométrica, a circular, para que não houvesse interferência das formas durante a nomeação das cores (Figura 6).

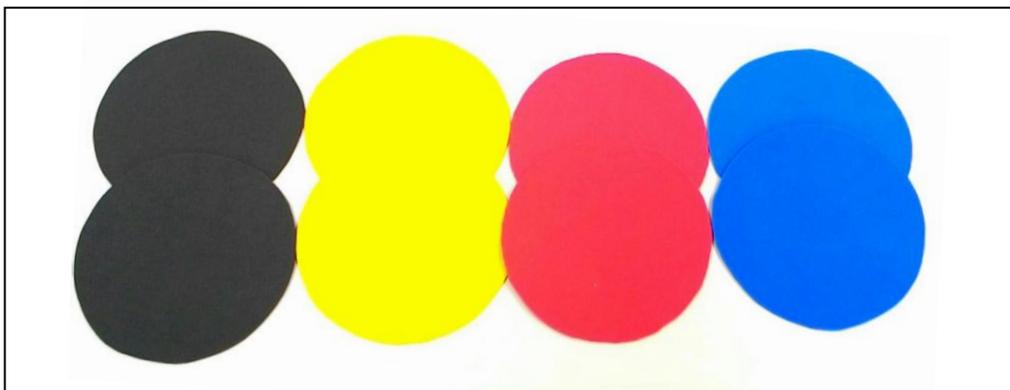


Figura 6: Recursos para o teste funcional da visão de cores

Fonte: Elaborado pela autora

É solicitado que o avaliador apresente um jogo de cartões e solicite ao avaliado a nomeação da cor de cada cartão. Para a qualificação na CIF deve ser considerado o número de

erros quanto à nomeação das cores (Tabela 3). Após, apresentar o segundo jogo de cartões, solicitar o pareamento quanto à cor e novamente sua nomeação; esta segunda etapa fornece ao avaliador a confirmação se o avaliado identifica e nomeia as cores corretamente.

Tabela 3: Proposta de classificação da deficiência visual, de acordo com a visão de cores e a CIF

Quantidade de erros	CIF	
Nenhum erro	Nenhuma dificuldade	.0
1 erro	Dificuldade leve	.1
2 erros	Dificuldade moderada	.2
3 erros	Dificuldade severa	.3
4 erros ou mais	Dificuldade completa	.4

Sensibilidade ao contraste

Contraste é definido como “a diferença de luminância entre superfícies adjacentes”⁽¹⁰⁶⁾. A sensibilidade ao contraste é a capacidade do olho em diferenciar a figura ao fundo adjacente, fazendo uso de uma quantidade mínima de iluminação^(25,106).

No dia-a-dia é mais comum que se apresentem baixos contrastes entre objetos e o espaço adjacente, como entre calçada e a rua, degraus de uma escada. Dessa forma, pessoas com menor sensibilidade ao contraste, mesmo que apresentem valores satisfatórios de acuidade visual, podem apresentar baixo desempenho em suas atividades diárias^(104,106). A avaliação da sensibilidade ao contraste permite identificar a existência de alterações e com isso realizar as orientações, adequações ambientais e inserção de dispositivos de auxílio necessários para o melhor desempenho ocupacional.

Alguns testes objetivos podem ser feitos para identificar qualquer alteração na sensibilidade ao contraste. Um deles é o *Hiding Heidi Low Contrast Test for Low Vision*® desenvolvido pela oftalmologista Lea Hyvärinen e sugerido nesta avaliação⁽¹⁰⁸⁾ (Figura 7).

Optou-se por seu emprego na avaliação desenvolvida nesta pesquisa, devido a sua capacidade de ser aplicado em qualquer faixa etária e nível escolar, uma vez que contém apenas uma figura com diminuição gradual de seu contraste, além de ser facilmente aplicável e de fácil acesso.

Pode ser utilizado a uma distancia de 40 cm, podendo ser aproximado, quando necessário ⁽¹⁰⁸⁾. Antes de sua aplicação, sugere-se que o avaliado familiarize-se com a imagem que será apresentada na sequência.

Para esta avaliação de sensibilidade ao contraste serão utilizadas cinco graduações (100%, 25%, 10%, 5%, 1.25%) para que possam ser qualificadas na CIF (Figura 7). Sugere-se apresentar inicialmente a figura de contraste 100%, diminuindo gradualmente o nível de contraste das figuras. Para cada novo contraste, solicitar ao avaliado que identifique e descreva qual figura está sendo apresentada, aponte onde estão os detalhes da figura, como olhos, boca, cabelo.

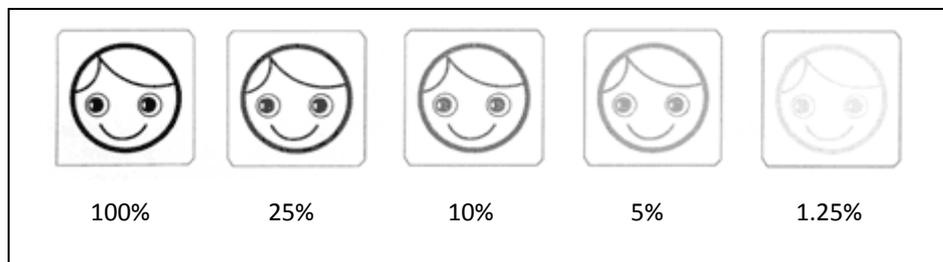


Figura 7: *Hiding Heidi Low Contrast Test for Low Vision®*, Hyvärinen

Fonte: <http://www.lea-test.fi/pt/vistests/instruct/contrast/hidinghe/hidinghe.html>

Assinalar, em espaço próprio na avaliação, em que nível de graduação o avaliado parou de identificar a figura. A classificação na CIF se dá de acordo com o último nível de contraste da figura identificada pelo avaliado e seu correspondente expresso em tabela própria (Tabela 4).

Tabela 4: Proposta de classificação da deficiência visual, de acordo com teste de sensibilidade ao contraste e a CIF

Graduação do contraste		CIF
1.25%	Nenhuma dificuldade	.0
5%	Dificuldade leve	.1
10%	Dificuldade moderada	.2
25%	Dificuldade severa	.3
100%	Dificuldade completa	.4

III. Entrevista semi-estruturada

A partir deste momento da avaliação, por se tratar, envolver e identificar aspectos cotidianos, ocupações, fatores do sujeito e de seu contexto, suas habilidades e padrões de desempenho que interferem na realização de suas atividades diárias, e exigir um olhar terapêutico ocupacional para aplicar e interpretar os resultados obtidos, acredita-se que a entrevista e a observação direta do sujeito seja de uso exclusivo para terapeutas ocupacionais aptos e preparados para atuar em deficiência visual.

Como já apontado anteriormente, segundo a Resolução do COFFITO nº 316, de 19 de julho de 2006 ⁽¹³⁾, em seu Artigo 1º compete exclusivamente ao terapeuta ocupacional avaliar as habilidades funcionais do sujeito, seu desempenho ocupacional, englobando a elaboração do planejamento terapêutico ocupacional, a realização do treinamento para o desenvolvimento das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) ⁽¹³⁾. Considerando, segundo o documento oficial do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional:

[...] que é função do Terapeuta Ocupacional operar com as capacidades de desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e que estas abrangem a mobilidade funcional, os cuidados pessoais, a comunicação funcional, a administração de hardware e dispositivos ambientais e a expressão sexual. (COFFITO, 2006)

[...] que é atribuição do Terapeuta Ocupacional operar com as capacidades de desempenho das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e que estas incluem a administração doméstica e capacidades para a vida em comunidade. (COFFITO, 2006)

Segundo a AOTA (2015) ⁽³⁾,

Os terapeutas ocupacionais são habilitados a avaliar todos os aspectos do domínio, suas inter-relações, e o cliente em seus contextos e ambientes. Além disso, os profissionais de terapia ocupacional reconhecem a importância e o impacto da conexão mente-corpo-espírito para a participação do cliente na vida diária. (AOTA, 2015)

No processo avaliativo,

A análise do desempenho ocupacional requer [do terapeuta ocupacional avaliador o conhecimento e] a compreensão da interação complexa e dinâmica entre os fatores dos clientes, as habilidades de desempenho, os padrões de desempenho e os contextos e ambientes, juntamente com as exigências da ocupação da atividade a ser realizada. (AOTA, 2015)

Tais observações e considerações são próprias da prática e do olhar próprio do profissional terapeuta ocupacional.

Identificação das atividades cotidianas, incluindo atividades profissionais e escolares, suas dificuldades e nível de importância na vida da pessoa avaliada

Inicialmente, neste item são questionadas as atividades desenvolvidas nos dias da semana. Faz-se necessário tal questionamento uma vez que é apontado pela literatura que a deficiência visual pode levar a interferências, prejuízos e influências no desempenho ocupacional e na qualidade de vida da pessoa com deficiência visual ^(9,16-17,20-21,32,38,41,46,48-49,51-53).

Após, o avaliado é questionado se possui alguma dificuldade cotidiana. Mesmo a resposta sendo negativa, é solicitado que o avaliador leia a lista de atividades cotidianas disposta no corpo da avaliação. Tais atividades são citadas nas pesquisas de Montilha (1997, 2001) ^(11,109), Becker (2012) ⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015) ⁽⁹⁷⁾, as quais – com objetivos e metodologias próprias – identificaram dificuldades no dia-a-dia de pessoas com deficiência visual. É possível que o avaliado ainda pontue, de forma livre, outras atividades as quais vivencia e se recorde. Após a identificação das atividades, é solicitado que o avaliado pontue o nível de dificuldade de cada atividade identificada como sendo difícil. A pontuação corresponde aos níveis de dificuldade da CIF, partindo de 0 (ausência de dificuldade), 1 (dificuldade leve), 2 (dificuldade moderada), 3 (dificuldade grave) até 4 (dificuldade completa).

A partir do levantamento de quais atividades o indivíduo considera de difícil realização e seus respectivos níveis de dificuldade é possível questioná-lo qual das atividades é a mais difícil, qual a segunda mais difícil, assim por diante. O objetivo desse questionamento é identificar se o nível de dificuldade atribuído por ele, em sua ordem de importância, representa a dificuldade verbalizada. Por exemplo, o indivíduo responde que para “andar na rua” e “ler” tem dificuldade magnitude 4 (dificuldade completa), e para “comer sozinho” apresenta nível 3 (dificuldade grave), porém quando questionado qual é a atividade mais difícil, pode responder “comer sozinho”, podendo significar que a atividade de alimentar-se lhe representa maior importância ou tem maior significado em seu cotidiano, dentre seu repertório de atividades ocupacionais.

O avaliado, a seguir, é questionado se conseguiria dizer qual das atividades citadas com dificuldade gostaria que fosse reabilitada primeiro. Esta questão torna-se importante a partir do momento que o indivíduo avaliado é considerado coparticipante no planejamento das estratégias terapêuticas de seu próprio tratamento.

A etapa seguinte da avaliação elaborada é questionar acerca das atividades escolares e profissionais.

Em relação às atividades escolares, lhe é perguntado desde aspectos iniciais, se estuda, há quanto tempo, em que ano está atualmente, se faz/fez curso técnico ou outro curso, como é seu relacionamento interpessoal com colegas e professores, como é o ambiente escolar – se é adaptado às suas necessidades, citando exemplos – se há qualquer dificuldade na escola, com ou sem o uso de recursos ópticos, não ópticos ou eletrônicos. Ainda é questionado ao avaliado se utiliza qualquer tipo de adaptação na escola para desenvolver suas atividades, se a escola oferece sala de recursos e ele a utiliza. Por último, se o avaliado não estuda, lhe é questionado se pretende estudar.

As atividades profissionais são questionadas a seguir, seguindo o mesmo raciocínio utilizado para as atividades escolares: se trabalha ou não, há quanto tempo, os motivos da ausência no trabalho, cargo ocupado – até aspectos do relacionamento interpessoal com colegas, chefes e subordinados, como é o ambiente de trabalho, se utiliza qualquer adaptação para desenvolver sua função, se há qualquer dificuldade no trabalho com ou sem o uso de auxílios ópticos, não ópticos ou eletrônicos. Caso o avaliado não trabalhe no momento da avaliação, por último lhe é questionado se pretende trabalhar.

Para construir uma lista mínima de adaptações que podem ser utilizadas no ambiente escolar e ocupacional foi consultada pesquisa realizada por Montilha (2001) ⁽¹⁰⁹⁾, a qual tinha como objetivos a identificação das características pessoais de escolares com deficiência visual, em processo de escolarização, a verificação das percepções desses escolares em relação ao próprio processo de escolarização e reabilitação, além de buscar identificar os aspectos técnicos e administrativos de serviços de reabilitação em deficiência visual, na cidade de Campinas/SP – local do estudo – referentes às características do atendimento oferecido, e por fim oferecer subsídios às Secretarias de Saúde e Educação no planejamento de ações educativas e em reabilitação. Dentre os resultados, a pesquisa identificou recursos utilizados em sala de aula pelos alunos com deficiência visual e as principais dificuldades encontradas por eles no cotidiano escolar. Tais resultados auxiliaram a nortear os exemplos e questionamentos feitos na presente avaliação.

Relacionamento interpessoal e aspectos sócio-emocionais

Neste momento da avaliação, faz-se necessária a aproximação às relações interpessoais e aos aspectos sócio-emocionais do sujeito com deficiência visual avaliado.

Tal aproximação torna-se fundamental uma vez que se tem o conhecimento de que estereótipos, estigmas e fantasias depositadas sobre a pessoa com deficiência visual afetam diretamente sua qualidade de vida e seu engajamento em atividades cotidianas, principalmente, sociais ^(17,32,34,41,53). Além disso, o desconhecimento e o estigma alimentam sentimentos de piedade aos que desconhecem as condições visuais, levam algumas pessoas a imaginar que a deficiência visual torna o sujeito incapaz de realizar suas atividades, estimula atitudes negativas e desfavorece o desenvolvimento de potências das pessoas com deficiência visual ⁽¹⁷⁾.

O conceito de deficiência igualando-a a uma condição de pequenos grupos e alvo da medicalização e reabilitação, com a única finalidade de aproximar o sujeito ao padrão esperado de funcionalidade, ainda leva à discriminação e segregação da pessoa com deficiência.

Segundo Nobre *et al.* (2010) ⁽¹⁷⁾, as reações da comunidade, família, colegas, amigos e empregadores podem ser diversas, positivas ou negativas, e também influenciam na maneira como a pessoa com deficiência visual vive seu cotidiano, enfrenta suas barreiras e adversidades. As autoras também defendem, ao encontro da literatura ^(16,46-47), que após o recebimento do diagnóstico da condição visual irreversível, seja a família ou o próprio sujeito com deficiência, a pessoa passa

[...] por um processo emocional bastante difícil diante da aceitação da sua nova condição visual e das dificuldades encontradas no seu cotidiano, relacionadas às relações interpessoais, às atividades escolares, de trabalho, de lazer e de automanutenção. (Nobre *et al.*, 2010)

Tem-se também que as relações interpessoais podem influenciar, até mesmo, nas experiências que o sujeito vai se permitir ter no decorrer da vida e na concepção, formação e fortalecimento de sua identidade pessoal ⁽³⁴⁾. Segundo Amiralian (2004) ⁽¹¹⁰⁾, a pessoa com baixa visão pode ter dificuldades em construir e definir sua identidade pessoal. A autora ⁽¹¹⁰⁾ afirma que é no decorrer do desenvolvimento que as pessoas vão definindo sua identidade, através de experiências resultantes das relações interpessoais.

O ser humano é um ser social por natureza, ele só se constitui na presença de outro ser humano, e só se desenvolve pela interação com os outros e, como um indivíduo essencialmente social, tem necessidade de sentir-se como pertencente a um grupo. Esse sentimento de pertencimento nos leva a discriminar aqueles que são nossos iguais daqueles que não são os nossos iguais. Em todos os ambientes – escolares, profissionais e sociais –, vemos a organização de grupos que se identificam em razão de diferentes condições. Mas um fato observado é que as crianças e jovens com baixa visão estão, com frequência, isolados. (Amiralian, 2004)

O grupo o qual a pessoa se sente pertencente permite saber quais são as pessoas que podem e, provavelmente, irão compreender suas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia ⁽¹¹⁰⁾.

Retomando o que já foi exposto anteriormente em relação à Teoria da Enação e autopoiese, de Maturana e Varela (2001) ⁽⁴⁹⁾ - em que os sujeitos só mantêm-se vivos se estiverem em um ambiente de interação - tem-se o sujeito inserido na sociedade e em contextos que, por vezes, impossibilitam sua participação plena, mostram-se inflexíveis diante de suas demandas e necessidades, incapacitando-o para seu fazer cotidiano com toda sua potência e capacidade funcional. De forma semelhante, não se sentir pertencente a grupos, estar e manter-se no isolamento por sentir-se diferente ou ser excluído, pode levar a pessoa com deficiência visual a não desempenhar suas atividades cotidianas, das mais básicas às mais complexas, com todo seu potencial, vontade, interesse e engajamento, podendo-o levar até mesmo a um processo de adoecimento e sofrimento mental.

Dessa forma, torna-se necessário se aproximar, conhecer, identificar e pesquisar as relações interpessoais e as condições sócio-emocionais da pessoa com deficiência visual avaliada e suas possíveis dificuldades em relação a esses aspectos da vida.

Nesta etapa o avaliador inicia questionando o indivíduo sobre seu relacionamento interpessoal com familiares (mãe, pai, irmão/a), parentes (tio/a, primo/a), amigos, conhecidos e estranhos. A resposta deve corresponder a uma das seguintes opções: “muito bom”, “bom”, “nem bom nem ruim”, “ruim” e “muito ruim”.

A seguir, para cada item (familiares, parentes, amigos, conhecidos), o avaliado é questionado sobre o nível de apoio de cada um e se as atitudes de familiares/parentes/amigos/conhecidos/estranhos lhe ajudam ou atrapalham em seu dia-a-dia. As respostas devem corresponder às alternativas oferecidas pelo avaliador, são elas: 0 (indiferente), 1 (pouco), 2 (considerável), 3 (muito) e 4 (completamente). Tais pontuações correspondem aos níveis de apoio e atitudes da CIF.

Após responder sobre seu relacionamento interpessoal, o sujeito avaliado deve responder, caso tenha deficiência visual adquirida, se deixou de realizar alguma atividade após a nova condição visual. Para as respostas, são lidas alternativas, bem como é oferecido espaço para responder abertamente quais outras atividades não são mais realizadas atualmente por conta da deficiência.

O avaliado ainda é questionado se consegue dizer o que tem certeza que não consegue realizar, mesmo com auxílio (seja óptico, não óptico, adaptações, ajuda de terceiros). São oferecidas opções de respostas, bem como um espaço aberto de diálogo.

É, ainda, questionado como se sente ao falar das suas dificuldades, há quanto tempo recebeu o diagnóstico oftalmológico e como foi recebê-lo, como se sente hoje ao falar da deficiência, e lhe é dado novamente o espaço de escuta para que se expresse.

Por fim, é perguntado se o sujeito já participou de algum programa de reabilitação visual anteriormente, se ainda participa, há quanto tempo participa, ou se parou de participar, há quanto tempo deixou de participar e o motivo.

Ao final, lhe é aberto um espaço para refletir e falar sobre suas expectativas futuras, pessoais, profissionais, de vida.

IV. Observação direta

Atividade prática

A quarta e última etapa da avaliação é composta por uma atividade prática, para que seja feita a observação direta do sujeito avaliado, suas capacidades em ambiente padronizado, potencialidades, dificuldades e limitações.

Segundo Tedesco (2002) ⁽⁹²⁾, a observação permite ao terapeuta captar informações daquele sujeito através de dicas verbais e não verbais. Aspectos não verbais, segundo a autora, se referem às expressões e linguagens corporais envolvidas na ação, enquanto os aspectos verbais incluem as falas do sujeito, que permitem conhecê-lo, conhecer suas necessidades, interesses. Além disso, as atividades realizadas em avaliação e observadas cuidadosamente pelo terapeuta possibilitam ao profissional avaliar as habilidades, limitações, preferências, possíveis barreiras ou facilitadores do sujeito avaliado.

A atividade sugerida nesta avaliação é de culinária – preparar um Mousse de limão – a qual foi previamente analisada pela pesquisadora. Optou-se por atividade de culinária, uma vez que cinco atividades consideradas difíceis de serem realizadas por pessoas com deficiência visual nas pesquisas de Becker (2012) ⁽⁹⁶⁾ e Becker e Montilha (2015) ⁽⁹⁷⁾. Caso o participante fosse diabético eram oferecidas duas opções, de sua escolha: ou era preparada uma receita de leite condensado *diet* ou era preparado um Mousse de limão com ingredientes

adequados. As duas opções possuem etapas semelhantes à receita original proposta (Mousse de limão tradicional).

Após sua realização poderá ser classificada através da CIF, em quadro próprio. Com base na CIF ⁽²⁵⁾, CIF-CJ ⁽⁸⁵⁾ e no *Checklist* da CIF ⁽¹¹¹⁾ disponível na rede, na experiência prévia da pesquisadora e no conhecimento adquirido após os pré-testes realizados, foram construídas definições apropriadas e mais adequadas para a realidade da pessoa com deficiência visual dos qualificadores que devem ser utilizados para descrever os níveis de dificuldade, barreiras e facilitadores nesta avaliação (Quadro 10).

Quadro 10: Proposta de descrição para os qualificadores da CIF

Capacidade observada na atividade	Magnitude da dificuldade (CIF)	
Ausência de dificuldade para realizar a tarefa. Não enfrenta problemas durante a realização da tarefa.	Sem dificuldade	.0
Realiza a tarefa e a conclui. A dificuldade é leve, interfere com intensidade tolerável na realização da tarefa e está presente em menos de 25% do tempo. A solução para a dificuldade é prontamente encontrada.	Dificuldade leve	.1
Realiza a tarefa e a conclui. A dificuldade é moderada, interfere com intensidade considerável na realização da tarefa e está presente em menos de 50% do tempo. A solução para a dificuldade leva tempo a ser encontrada.	Dificuldade moderada	.2
Realiza a tarefa, podendo não concluí-la. A dificuldade é severa, com intensidade que prejudica parcialmente a realização da tarefa e está presente em mais de 50% do tempo. Indivíduo fica confuso e desorganiza-se durante a tarefa devido a dificuldade.	Dificuldade severa	.3
Não realiza a tarefa. A dificuldade é completa, com intensidade que prejudica totalmente a realização da tarefa e está presente em mais de 95% do tempo. Não encontra solução para sua dificuldade.	Dificuldade completa	.4
Informação insuficiente para qualificar a gravidade da dificuldade	Não especificado	.8
É inapropriado aplicar um código	Não aplicável	.9

Baseado: *Checklist* da CIF, 2003; OMS, 2003; OMS, 2007.

Com base nas descrições dos qualificadores, expresso no Quadro 10 acima, é possível descrever a funcionalidade do sujeito avaliado utilizando os componentes da CIF selecionados para esta pesquisa. Tais componentes compõem uma lista mínima, podendo ser ampliada, caso seja o objetivo do terapeuta ocupacional avaliador. Bem como, a receita sugerida (*Mousse* de limão) também pode ser adequada e/ou graduada, contanto que cumpra com os pré-requisitos (componentes de desempenho envolvidos nesta atividade sugerida) e a complexidade mínimas exigidas no preparo do *Mousse*. A receita também poderá ser adequada e/ou graduada, caso seja objetivo do terapeuta ocupacional avaliador alterar a complexidade da atividade.

O avaliador deve seguir as instruções dispostas anteriormente às etapas da atividade prática, como apresentar o ambiente e os utensílios antes do início da atividade, explicar como será a atividade e interferir o menos possível durante a realização pelo avaliado. Caso haja necessidade de auxílio do avaliador para que o sujeito realize qualquer etapa, qualificar a necessidade de acordo com a CIF e anotar em espaço próprio qual foi a necessidade, para qual tarefa e a frequência do auxílio.

A atividade é dividida em etapas: transação econômica, leitura da receita, preparo da receita, lavar a louça e servir-se.

Após o fim da atividade, para encerrar a avaliação, é questionado como foi realizar a atividade proposta, se houve qualquer dificuldade e se é perguntado o que foi difícil de fazer, por que acha que foi difícil e o que poderia ser menos difícil. Além disso, se é questionado o que acha que poderia mudar para tornar a atividade mais fácil. Por último, o avaliado é deixado à vontade para fazer observações.

O terapeuta ocupacional avaliador, ao finalizar a avaliação, conta com uma lista mínima de componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para receberem os qualificadores adequados ao desempenho ocupacional do sujeito observado. É possível ampliá-la, acrescentando-se componentes que se fizerem necessários, de acordo com o sujeito avaliado ou o objetivo terapêutico para o momento da avaliação, ou ainda por algum fator específico observado durante o processo avaliativo. Essa lista foi construída a partir da análise da atividade das tarefas envolvidas no processo da culinária proposta, a experiência da pesquisadora e dos pré-testes realizados.

A seguir serão descritas as avaliações de dois sujeitos da coleta de dados realizada com a versão final da Avaliação Terapêutica Ocupacional para Adolescentes e Adultos com

Deficiência Visual baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Sujeito A

A.L.R.N., sexo feminino, 13 anos, natural de Aguai interior de São Paulo, é solteira, mora com mãe, pai e irmã de 12 anos. A adolescente é estudante do 9º ano do Ensino Fundamental. Até o momento, não exerce atividade laboral. Segundo A.L., não possui outra deficiência ou doença, exceto diagnóstico oftalmológico.

Em relação aos aspectos visuais, referiu apresentar diagnósticos oftalmológicos – confirmados por sua mãe e prontuário institucional – de catarata congênita, estrabismo e glaucoma. Segundo A.L. e sua mãe, M.R., receberam o diagnóstico de catarata congênita e estrabismo assim que nasceu, enquanto o diagnóstico de glaucoma lhes foi dado há 3 anos.

A jovem referiu, na avaliação, ter preferência por locais iluminados para realizar suas atividades cotidianas. Como recursos ópticos, faz uso de óculos para longe e perto (multifocal), bem como utiliza lupa de apoio para as atividades de leitura. Como recursos não ópticos utiliza letras ampliadas, controle da iluminação, auxílio para escrita (pauta ampliada), lápis 6B e contraste para suas atividades diárias. Não faz uso de auxílios eletrônicos, como videoampliação e não utiliza bengala branca para auxiliar no seu deslocamento.

Nos testes da avaliação funcional da visão, apresentou os seguintes resultados:

Apresentou para o teste de acuidade visual para longe, utilizando-se a tabela E de Snellen e recurso óptico, em olho direito deficiência moderada, sendo seu correspondente na CIF o código b21001.2, uma vez que fez a leitura dos optotipos correspondentes à linha 0,4 a 3 metros de distância da tabela. Enquanto para olho esquerdo apresentou deficiência grave, b21001.3, fazendo a leitura dos optotipos da linha 0,15 à uma distância de 3 metros da tabela de Snellen. Quando testado em ambos os olhos, apresentou deficiência moderada, b21000.2, identificando os optotipos correspondentes à linha 0,5 na distância de 3 metros da tabela (Quadro 11).

Na avaliação realizada com A.L., seus valores de acuidade visual para longe – monocular e binocular – somente são encontrados após seu valor ser identificado através da fórmula AV (Acuidade Visual) = (Distância em metros) x (Optotipo máximo em notação decimal) ÷ 6, uma vez que o teste foi realizado a uma distância inferior à padrão (padrão = 6

metros). Somente após a identificação do valor da acuidade visual é possível corresponder seu valor à CIF (Tabela 1).

Para acuidade visual perto em ambos os olhos, através do *Lighthouse Near Visual Acuity Test (Second Edition) Modified ETDRS with Sloan Letters* e uso de óculos, A.L. apresentou dificuldade moderada (b21002.2), fazendo a leitura dos optotipos da linha 1.0M a uma distância de 20 centímetros da tabela (Quadro 11).

Seus valores de acuidade visual para perto – testado binocularmente – somente são encontrados após seu valor ser identificado através da fórmula AV (Acuidade Visual) = m (distância em metros) ÷ M (Optotipo máximo em M de Sloan). Somente após a identificação do valor da acuidade visual é possível corresponder seu valor à CIF (Tabela 1).

No teste de campo visual testado binocularmente, apresentou campo visual horizontal total de 180°, representando ausência de dificuldade (b2101.0), e para campo visual vertical total de 100°, correspondendo à dificuldade leve (b2101.1) (Quadro 11).

Para visão de cores não apresentou nenhum erro (b21021.0) ao serem apresentados os cartões de cores primárias, solicitando que fossem nomeadas e pareadas (Quadro 11).

Para o teste de sensibilidade ao contraste foi utilizado o *Hiding Heidi Low Contrast Test* desenvolvido por Lea Hyvärinen. A.L. conseguiu identificar até o contraste de 1.25%, apresentando, portanto, ausência de dificuldade (b21022.0) (Quadro 11).

Quadro 11: Resultados dos testes da avaliação funcional da visão do Sujeito A, de acordo com a CIF

Função visual		Classificação na CIF
Acuidade visual	Para longe	
	Olho direito	b21001.2
	Olho esquerdo	b21001.3
	Binocular	b21000.2
Para perto	Binocular	b21002.2
	Campo visual horizontal total	b2101.0
Campo visual	Campo visual vertical total	b2101.1
Visão de cores		b21021.0
Sensibilidade ao contraste		b21022.0

Sua rotina de segunda a sexta-feira, segundo ela, em geral envolve acordar, fazer a higiene pessoal, alimentar-se, ajudar sua mãe a limpar a residência, mexer no computador (com auxílio da lupa do próprio sistema operacional), assistir televisão, ouvir música, ir à escola e, alguns dias da semana, visita sua tia. Aos finais de semana A.L. relata manter atividades domésticas e de lazer, ausentes apenas as atividades escolares.

Em determinado momento da entrevista é questionada sobre possíveis dificuldades cotidianas. Deve dizer, dentre as opções expostas, em quais das atividades apresenta qualquer dificuldade e, posteriormente, dizer qual o nível desta dificuldade, atribuindo valores que partem de 1 (dificuldade leve) até 4 (dificuldade completa). As atividades que A.L. considerou apresentar dificuldades e seus respectivos qualificadores – que dizem quanto à magnitude da dificuldade – sem e com auxílio estão expressos no Quadro 12. Ressalta-se que auxílio é considerado todo apoio prestado por terceiros, alterações ambientais, uso de tecnologias assistivas ou qualquer recurso óptico e não óptico que possam ser utilizados para facilitar seu desempenho.

Quadro 12: Desempenho ocupacional do Sujeito A, de acordo com a CIF

Atividade	Magnitude da dificuldade	
	Sem auxílio	Com auxílio
Cozinhar sozinho	.2	.1
Usar relógio	.4	.1
Descer degraus	.3	.0
Atravessar a rua	.2	.0
Andar em pisos diferentes e irregulares	.2	.0
Ler	.3	.0
Relacionar-se com as pessoas	.2	.2
Analisar o preço das mercadorias na loja	.3	.1

Após, a avaliada é questionada qual dessas atividades é a mais difícil de ser realizada, qual a segunda, terceira e quarta atividades mais difíceis. A adolescente referiu que a atividade mais difícil é “usar relógio”, a segunda mais difícil seria “cozinhar sozinho”, seguida por “analisar o preço das mercadorias na loja” e “descer degraus”. Por fim, quando questionada qual delas gostaria que fosse alvo inicial do processo reabilitacional, a avaliada disse que sua preferência é “descer degraus”.

A.L. estuda no 9º ano do Ensino Fundamental em sua cidade, Aguai/SP e como atividades extracurriculares faz aula de espanhol e Braille. Segundo ela, seu relacionamento com colegas e professores é bom.

Referiu que o ambiente escolar é adaptado às suas necessidades, através de rampas, elevadores e piso tátil, os quais representam facilitadores em seu cotidiano escolar. A estudante julgou que sem o uso de recursos ópticos e não ópticos apresenta dificuldade em enxergar a lousa, ler livros e apostilas, anotar e enxergar a matéria no caderno, fazer a prova, o que compromete seu entendimento acerca da matéria. Entretanto, negou dificuldades escolares quando na presença de auxílios ópticos e não ópticos.

Na escola, faz uso de adaptações como cópia ampliada, sentar próximo à lousa, caderno com linhas espaçadas e reforçadas, faz uso de lápis com grafite mais escuro (6B) e lupa de pedra e, quando necessário, pede auxílio de colegas para ditarem a matéria.

Com pouca frequência participa de aulas na sala de recursos com professor especializado.

Sobre seu relacionamento interpessoal com familiares, A.L. disse ter muito bom relacionamento, poder contar com muito apoio (e310+3) e considerável ajuda (e410+2) de seus pais e irmã. Em relação aos parentes, como tios/as e primos/as, a adolescente atribuiu ter muito bom relacionamento, bem como pode contar com apoio e ajuda consideráveis (e315+2, e415+2, respectivamente). Sobre seu relacionamento com amigos alegou ser bom, receber muito apoio (e320+3) e ajuda considerável (e420+2). Acerca do relacionamento com vizinhos e conhecidos, A.L. disse ter contato indiferente, com apoio e ajuda também indiferentes (e325+0, e425+0, respectivamente). Por fim, sua resposta em relação ao relacionamento com estranhos foi de indiferença, sendo que suas atitudes nem ajudam nem atrapalham (e445+0) em seu dia-a-dia.

Quando questionada sobre como se sente ao falar de suas dificuldades, A.L. disse ficar triste e, dessa forma, não costuma falar sobre esse assunto com as pessoas.

Há três anos recebeu o diagnóstico de glaucoma e ao ser questionada como foi receber esse diagnóstico, relatou ter sido difícil, passando a ter medo do que iria acontecer com sua visão e em sua vida daquele momento em diante. Hoje, A.L. diz ser triste e difícil falar sobre sua deficiência, evitando falar sobre ela com as pessoas.

A.L. antes de participar dos atendimentos em reabilitação visual no CEPRE, nunca havia passado por serviço semelhante. Está em atendimentos, grupais e individuais, no Serviço desde o começo de 2014.

Para finalizar esta etapa de entrevista semi-estruturada, em relação às suas expectativas futuras, almeja casar-se, ter filhos e tornar-se juíza.

A quarta parte da avaliação apresenta-se de forma prática, colocando o sujeito a agir diante de uma situação cotidiana.

Os qualificadores atribuídos à A.L. em relação à sua capacidade observada durante a atividade prática estão dispostos a seguir separados pelas etapas da atividade. Ressalta-se que os componentes da CIF selecionados para comporem esta etapa da avaliação correspondem a uma lista mínima sugerida, devendo ser acrescentados os componentes que o avaliador julgar necessários. A “Lista mínima sugerida para classificar a capacidade do sujeito na realização da atividade proposta pelo instrumento de avaliação, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, encontra-se no Apêndice I (página 124).

Transação econômica

Inclui: Distribuição do dinheiro e simulação da compra

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.1	Aproxima o dinheiro (moeda e notas), manipula por alguns minutos
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.0	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.1	
d166	Ler	Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (...) com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.	.0	
d172	Calcular	Realizar cálculos aplicando princípios matemáticos para resolver problemas descritos em palavras e produzir ou mostrar os resultados, como no cálculo da soma de três números, ou encontrar o resultado da divisão de um número por outro.	.1	Valor entregue à terapeuta não corresponde ao solicitado; diferença de alguns centavos.
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).	.0	
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).	.0	
d210	Realizar uma	Realizar ações simples ou complexas e	.0	

	única tarefa	coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.1	Apresenta dificuldade para recordar o valor solicitado
d860	Transações econômicas básicas	Participar de qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro.	.1	Valor entregue não corresponde ao solicitado; difere em alguns centavos.

Leitura da receita

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.0	
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.9	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.1	No preparo, necessitou reler a receita algumas vezes até apreender o conteúdo
d166	Ler	Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (...) com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.	.0	
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.1	Dificuldade na compreensão de quantidades, etapas, passos da atividade

d325	Comunicação – recepção de mensagens escritas	Compreender os significados literal e implícito das mensagens transmitidas por meio da linguagem, escrita (incluindo braile), como acompanhar os eventos políticos no jornal diário ou compreender a mensagem de um texto religioso.	.1	
------	--	--	----	--

Preparo da receita

Inclui: Higiene pessoal inicial e final à atividade. Identificar e preparar os ingredientes, como abrir e cortar. Localizar e utilizar utensílios domésticos, como liquidificador.

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.1	Apresentou dificuldade para plugar o liquidificador na tomada, cortar caixas e o limão
d1200	Explorar objetos com a boca	Explorar objetos usando a língua ou a boca.	.9	
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.0	
d1202	Cheirar	Explorar objetos através do cheiro, aproximando-os do nariz ou aproximando o nariz dos objetos.	.9	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.1	
d172	Calcular	Realizar cálculos aplicando princípios matemáticos para resolver problemas descritos em palavras e produzir ou mostrar os resultados, como no cálculo da soma de três números, ou encontrar o resultado da divisão de um número por outro.	.0	
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).	.2	Perguntou, com frequência, à terapeuta e aguardava sua resposta
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).	.2	Questionava a terapeuta antes de tomar decisões
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o	.0	

		espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d220	Realizar tarefas múltiplas	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas em sequência ou simultaneamente.	.1	Questionou com frequência a terapeuta sobre os passos seguintes
d230	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia a dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.	.2	Apresentou dificuldade na organização do tempo e espaço, dificultando o manejo e realização da tarefa
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.1	Questionou com frequência a terapeuta
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.	.0	
d4503	Andar desviando-se de obstáculos	Andar da maneira necessária para evitar objetos móveis e fixo, pessoas (...), como andar em um supermercado ou loja (...).	.1	
d4601	Deslocar-se dentro de outros edifícios que não a própria casa	Andar e deslocar-se em outros prédios que não a própria residência, como deslocar-se (...) prédios comunitários e públicos e áreas anexas.	.0	
d5100	Lavar partes do corpo	Aplicar água, sabonete e outras substâncias às partes do corpo, como mãos, face, cabelo ou unhas, para limpá-las.	.0	
d5102	Secar-se	Usar uma toalha ou outros meios para secar alguma parte ou partes do próprio corpo, (...), após se lavar.	.0	
d6300	Preparar refeições simples	Organizar, cozinhar e servir pratos com um pequeno número de ingredientes que requerem métodos fáceis para ser preparados e servidos, como fazer um aperitivo ou um lanche e transformar ingredientes, cortando-os e mexendo-os, (...).	.2	Apresentou dificuldade para cortar, separar, dividir, fatiar, amassar
d6403	Utilizar aparelhos domésticos	Utilizar todos os tipos de aparelhos domésticos, como máquina de lavar, secadora, ferro de passar, (...).	.1	Apresentou dificuldade para plugar o liquidificador na tomada, abrir geladeira

Lavar a louça

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.1	Apresentou dificuldade para localizar objetos
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.0	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.1	
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).	.1	Questionou com frequência a terapeuta
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).	.1	Questionou com frequência a terapeuta
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d230	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia a dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.	.1	Apresentou dificuldade na organização do tempo e do espaço
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.	.0	
d6401	Limpar a cozinha e utensílios	Limpar após cozinhar, como lavar pratos, panelas, caçarolas e utensílios, e limpar mesas e pisos em volta da área da cozinha e do local das refeições.	.1	Utensílios ficaram sujos no final da atividade

Servir-se

Inclui: Identificar e selecionar os utensílios necessários. Servir-se e comer.

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.1	Apresentou dificuldade para localizar utensílios e na transferência do alimento
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.9	
d1203	Provar	Explorar o sabor da comida ou das bebidas, mordendo, mastigando ou sugando.	.0	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.0	
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d430	Levantar e carregar objetos	Levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como levantar uma xícara (...), ou carregar uma caixa ou uma criança de um local para outro.	.0	
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.	.0	
d550	Comer	Indicar a necessidade e executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, (...).	.0	

Ao final da etapa IV – Observação direta, ao ser questionada sobre como havia sido realizar tal atividade, A.L. referiu dificuldade apenas para abrir as caixas de leite condensado e creme de leite e cortar o limão. Justificou tais dificuldades, por não fazerem parte de sua

rotina. Disse ainda que não vê possibilidades de tornar essa atividade menos difícil, nem formas de alterá-la para torná-la mais fácil.

É possível, por fim, destacar certa coerência entre as dificuldades verbalizadas na entrevista semi-estruturada de A.L. e as dificuldades observadas durante a realização da atividade prática, e seus respectivos níveis de dificuldade atribuídos por A.L. e pela terapeuta avaliadora. Tais convergências ou divergências no olhar do sujeito sobre seu desempenho e o olhar do profissional acerca das capacidades apresentadas são possíveis a partir da utilização deste instrumento, pois a avaliação associada ao modelo da CIF permite que se questione o sujeito a respeito do seu fazer cotidiano, seus interesses, habilidades identificadas por ele, dificuldades encontradas, por meio da entrevista semi-estruturada, e ao profissional observar o sujeito em ação apresentando-se com suas habilidades, potências e dificuldades, através da atividade prática proposta. Com todas estas informações, é possível dialogar com o próprio sujeito sobre seu planejamento terapêutico ocupacional e articular o observado pelo profissional e o identificado pelo avaliado.

Sujeito B

C.F.S.C., sexo feminino, 40 anos, natural de Campinas interior de São Paulo, é divorciada, mora com filha de 7 anos. Possui 3º Grau completo em Comércio Exterior e incompleto em Direito. Tem cursos profissionalizantes em Contabilidade, Línguas, Alimentos e Eventos. Encontra-se afastada de seu emprego. C. disse apresentar, além do diagnóstico oftalmológico, uma doença chamada por C. de traço talassêmico ou anemia hereditária.

Em relação aos aspectos visuais, referiu apresentar diagnóstico de Doença de Stargardt. Apesar de ser de origem congênita, C. só percebeu alguns sinais e déficits visuais no ano de 2007 e apenas recebeu o diagnóstico, após evolução e piora do quadro, no início do ano de 2015.

C. referiu ter preferência por locais iluminados para realizar suas atividades cotidianas, principalmente para atividades que envolvam a escrita. Como recursos ópticos, faz uso de óculos para longe. Como recursos não ópticos utiliza letras ampliadas, controle da iluminação através do uso de óculos de sol, auxílio para escrita (caneta de ponta porosa), altera o padrão e a fonte das letras no computador e faz uso de contraste para suas atividades diárias. Não faz

uso de auxílios eletrônicos, como videoampliação e não utiliza bengala branca para auxiliar no seu deslocamento.

Nos testes da avaliação funcional da visão, apresentou os seguintes resultados:

Apresentou para o teste de acuidade visual para longe, utilizando-se a tabela E de Snellen e sem uso de recurso óptico, em olho direito e para olho esquerdo deficiência completa (b21001.4), fazendo a leitura dos optotipos correspondentes à linha 0,1 a 1 metro de distância da tabela, bem como binocularmente (b21000.4), em que fez a leitura dos optotipos correspondentes à linha 0,15 de Snellen a 1 metro de distância da tabela. Quando testada a acuidade visual para longe em ambos os olhos com uso de recurso, o qualificador se mantém como deficiência completa (b21000.4) (Quadro 13).

Na avaliação realizada com C., seus valores de acuidade visual para longe – monocular e binocular – somente são encontrados após seu valor ser identificado através da fórmula AV (Acuidade Visual) = (Distância em metros) x (Optotipo máximo em notação decimal) ÷ 6, uma vez que o teste foi realizado a uma distância inferior à padrão (padrão = 6 metros). Somente após a identificação do valor da acuidade visual é possível corresponder seu valor à CIF (Tabela 1).

Para acuidade visual perto em ambos os olhos, através do *Lighthouse Near Visual Acuity Test (Second Edition) Modified ETDRS with Sloan Letters* e sem uso de recurso, C. realizou a leitura do optotipo 4.0M a 20 centímetros, apresentando deficiência grave (b21002.3) (Quadro 13).

Seus valores de acuidade visual para perto – testado binocularmente – somente são encontrados após seu valor ser identificado através da fórmula AV (Acuidade Visual) = m (distância em metros) ÷ M (Optotipo máximo em M de Sloan). Somente após a identificação do valor da acuidade visual é possível corresponder seu valor à CIF (Tabela 1).

No teste de campo visual testado binocularmente, apresentou campo visual horizontal total de 180°, representando ausência de dificuldade (b2101.0) e para campo visual vertical total de 160°, correspondendo à ausência de dificuldade (b2101.1) (Quadro 13).

Para visão de cores apresentou 1 erro (b21021.1) ao serem apresentados os cartões de cores primárias, solicitando que fossem nomeadas e pareadas, não nomeou corretamente a cor preta, chamando-a de marrom (Quadro 13).

Para o teste de sensibilidade ao contraste foi utilizado o *Hiding Heidi Low Contrast Test* desenvolvido por Lea Hyvärinen. C. conseguiu identificar até o contraste de 5%, apresentando, portanto, dificuldade leve (b21022.1) (Quadro 13).

Quadro 13: Resultados dos testes da avaliação funcional da visão do Sujeito B, de acordo com a CIF

Função visual		Classificação na CIF
Acuidade visual	Para longe	
	Olho direito	b21001.4
	Olho esquerdo	b21001.4
	Binocular	b21000.4
Para perto	Binocular	b21002.3
Campo visual	Campo visual horizontal total	b2101.0
	Campo visual vertical total	b2101.1
Visão de cores		b21021.1
Sensibilidade ao contraste		b21022.1

Sua rotina de segunda a sexta-feira, segundo ela, em geral envolve acordar, fazer a higiene pessoal, alimentar-se, ajudar sua filha nas tarefas escolares, ir para a casa de sua mãe, onde faz suas refeições, auxilia na limpeza da residência, frequenta academia, faz aulas de dança, frequenta o CEPRE e sai com amigas. Aos finais de semana C. relata manter atividades domésticas e de lazer, acrescentando-se visitas a outros familiares, caminhadas e suas apresentações com o grupo de dança do qual faz parte.

Em determinado momento da entrevista C. é questionada sobre possíveis dificuldades cotidianas. Deve dizer, dentre as opções expostas, em quais das atividades apresenta qualquer dificuldade e, posteriormente, dizer qual o nível desta dificuldade, atribuindo valores que partem de 1 (dificuldade leve) até 4 (dificuldade completa). As atividades que C. considerou apresentar dificuldades e seus respectivos qualificadores – que dizem quanto à magnitude da dificuldade – sem e com auxílio estão expressos no Quadro 14. Ressalta-se que auxílio é considerado todo apoio prestado por terceiros, alterações ambientais, uso de tecnologias

assistivas ou qualquer recurso óptico e não óptico que possam ser utilizados para facilitar seu desempenho.

Quadro 14: Desempenho ocupacional do Sujeito B, de acordo com a CIF

Atividade	Magnitude da dificuldade	
	Sem auxílio	Com auxílio
Comer sozinho – utilizar a faca	.2	.0
Lavar a louça	.2	.0
Assistir televisão	.4	.1
Usar relógio	.4	.4
Usar telefone	.3	.2
Descer degraus	.3	.1
Andar na rua	.1	.1
Atravessar a rua	.2	.1
Andar em pisos diferentes e irregulares	.2	.1
Ler	.4	.3
Estudar	.4	.1
Trabalhar	.4	Não sabe dizer
Dirigir	.4	.4
Pegar ônibus	.3	.0
Analisar o preço das mercadorias na loja	.3	.2
Mexer com dinheiro	.2	.2
Ir ao banco	.3	.0

Após, a avaliada é questionada qual dessas atividades é a mais difícil de ser realizada, qual a segunda, terceira e quarta atividades mais difíceis. A avaliada referiu que a atividade mais difícil é “ler”, a segunda mais difícil seria “ir ao banco”, seguida por “pegar ônibus” e “andar na rua”. Por fim, quando questionada qual delas gostaria que fosse alvo inicial do processo reabilitacional, a avaliada refere que sua preferência é “ler”.

Em relação às atividades profissionais, há 10 meses encontra-se afastada do trabalho, devido à deficiência visual. Sua função, no cargo relacionado à Comércio Exterior, era providenciar documentação de venda, trocar e-mails e telefonemas no local de trabalho. No momento não estuda, porém diz que gostaria de aprimorar seu Inglês para, futuramente, reinserir-se no mercado de trabalho.

C. disse que seu relacionamento no trabalho com colegas e subordinados era muito bom, enquanto com chefia era bom. Fazia uso de adaptações como caneta com ponta porosa,

iluminação dirigida ao material em uso e áudio com maior volume no computador. Referiu que no ambiente de trabalho apenas sua mesa e seu computador eram adaptados às suas necessidades, entretanto as escadas e os suplementos (como etiquetas) eram inadequados à sua realidade visual.

C. ao ser questionada sobre possíveis dificuldades no trabalho, sem o uso de recursos ópticos e não ópticos, referiu dificuldade em ler documentos em papel e no computador e mexer no computador. Mesmo com o uso de auxílios as dificuldades sem mantém. A avaliada disse ter vontade de retornar ao trabalho na mesma função que ocupava antes do afastamento.

Sobre seu relacionamento interpessoal com familiares, C. relatou ter muito bom relacionamento, poder contar completamente com o apoio (e310+4) e receber muita ajuda (e410+3) de seus familiares próximos. Em relação aos parentes, como tios/as e primos/as, a avaliada atribuiu ter muito bom relacionamento, bem como pode contar com o apoio considerável (e315+2), apesar disso pode contar com pouca ajuda (e415+1). Sobre seu relacionamento com amigos alegou ser muito bom, receber apoio completo (e320+4) e muita ajuda (e420+3). Acerca do relacionamento com vizinhos e conhecidos, C. disse ter bom contato, com apoio e ajuda indiferentes dessas pessoas (e325+0, e425+0, respectivamente). Por fim, sua resposta em relação à estranhos foi de ter um bom relacionamento com essas pessoas, sendo que suas atitudes a atrapalham um pouco (e445.1) em seu dia-a-dia.

Após perceber a evolução das dificuldades inerentes à Doença de Stargardt e ao recebimento do diagnóstico, C. referiu que deixou de realizar algumas atividades cotidianas, como estudar, trabalhar, ler e dirigir.

Ao ser questionada se consegue dizer o que tem certeza que não consegue realizar, de jeito nenhum, mesmo com auxílio, C. disse – com tristeza – que a única atividade que sabe que não voltará a realizar é dirigir.

Quando questionada sobre como se sente ao falar de suas dificuldades, C. disse que depende de seu momento psicológico, ao mesmo tempo refere que aprendeu que falar lhe faz bem, entende que o conhecimento das pessoas sobre as dificuldades apresentadas por C. só a ajuda, justificou dizendo que todos têm limites e vê a deficiência como um obstáculo a ser vencido. Finalizou dizendo que aprendeu desde muito cedo a fazer suas atividades diárias de forma independente e não é a deficiência que a impede de realizá-las (SIC).

C. disse ter percebido alguns sinais de déficits visuais no ano de 2007, mas só recebeu o diagnóstico em 2013. Referiu ter recebido um diagnóstico trágico, algo que não podia ser

curado, melhorado ou que voltaria a enxergar como antes. Disse ainda que passou por um momento de tristeza intenso, com muito sofrimento. Ao mesmo tempo, relatou que foi a partir do diagnóstico que passou a conhecer contra o que (contra qual doença) tinha que lutar, deixando de ser algo desconhecido. Por fim, disse que se sente em uma “cama elástica”, ora está triste, mas recebe força de familiares, parentes, amigos e do Serviço de reabilitação, e consegue ter o impulso que precisa para se reerguer (SIC).

C. disse que hoje não se importa tanto em falar sobre a deficiência, ao mesmo tempo em que nunca se questionou o “por quê” de apresentar tal doença oftalmológica.

Antes de participar dos atendimentos em reabilitação visual no CEPRE, C. disse que nunca havia passado por serviço semelhante. Está em atendimentos, grupais e individuais, no Serviço desde o final de 2014.

Para finalizar esta etapa de entrevista semi-estruturada, em relação às suas expectativas futuras, almeja ter algum recurso óptico que a auxilie a fazer leitura dos materiais de seu interesse, se relacionar melhor com as pessoas e conseguir entender a dificuldade dessas pessoas em lhe compreender, além de não mais deixar de participar de nenhuma atividade cotidiana devido às suas limitações atuais.

A quarta parte da avaliação apresenta-se de forma prática, colocando o sujeito a agir diante de uma situação cotidiana.

Os qualificadores atribuídos à C. em relação à sua capacidade observada durante a atividade prática estão dispostos a seguir separados pelas etapas da atividade. Ressalta-se que os componentes da CIF selecionados para comporem esta etapa da avaliação correspondem a uma lista mínima sugerida, devendo ser acrescentados os componentes que o avaliador julgar necessários. A “Lista mínima sugerida para classificar a capacidade do sujeito na realização da atividade proposta pelo instrumento de avaliação, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde”, encontra-se no Apêndice I (página 124).

Transação econômica**Inclui: Distribuição do dinheiro e simulação da compra**

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.3	
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.1	Pelo toque não conseguiu diferenciar os valores nas moedas (em auto relevo), mas diferenciou pelo peso e tamanho
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.0	
d166	Ler	Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (...) com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.	.3	
d172	Calcular	Realizar cálculos aplicando princípios matemáticos para resolver problemas descritos em palavras e produzir ou mostrar os resultados, como no cálculo da soma de três números, ou encontrar o resultado da divisão de um número por outro.	.0	
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).	.0	
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).	.0	
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	

d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d860	Transações econômicas básicas	Participar de qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro.	.2	Atribui-se este qualificador pela dificuldade em diferenciar os valores

Leitura da receita

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.3	
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.9	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.0	
d166	Ler	Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (...) com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.	.4	Terapeuta fez a leitura da receita
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d325	Comunicação – recepção de mensagens escritas	Compreender os significados literal e implícito das mensagens transmitidas por meio da linguagem, escrita (incluindo braile), como acompanhar os eventos políticos no jornal diário ou compreender a mensagem de um texto religioso.	.9	

Preparo da receita

Inclui: Higiene pessoal inicial e final à atividade. Identificar e preparar os ingredientes, como abrir e cortar. Localizar e utilizar utensílios domésticos, como liquidificador.

CIF				Observações
			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.2	Presença de cores contrastantes entre objeto/fundo
d1200	Explorar objetos com a boca	Explorar objetos usando a língua ou a boca.	.9	
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.0	
d1202	Cheirar	Explorar objetos através do cheiro, aproximando-os do nariz ou aproximando o nariz dos objetos.	.0	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.0	
d172	Calcular	Realizar cálculos aplicando princípios matemáticos para resolver problemas descritos em palavras e produzir ou mostrar os resultados, como no cálculo da soma de três números, ou encontrar o resultado da divisão de um número por outro.	.0	
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).	.0	
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).	.0	
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d220	Realizar tarefas múltiplas	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas em sequência ou simultaneamente.	.0	

d230	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia a dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.	.0	
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.	.0	
d4503	Andar desviando-se de obstáculos	Andar da maneira necessária para evitar objetos móveis e fixo, pessoas (...), como andar em um supermercado ou loja (...).	.0	
d4601	Deslocar-se dentro de outros edifícios que não a própria casa	Andar e deslocar-se em outros prédios que não a própria residência, como deslocar-se (...) prédios comunitários e públicos e áreas anexas.	.0	
d5100	Lavar partes do corpo	Aplicar água, sabonete e outras substâncias às partes do corpo, como mãos, face, cabelo ou unhas, para limpá-las.	.0	
d5102	Secar-se	Usar uma toalha ou outros meios para secar alguma parte ou partes do próprio corpo, (...), após se lavar.	.0	
d6300	Preparar refeições simples	Organizar, cozinhar e servir pratos com um pequeno número de ingredientes que requerem métodos fáceis para ser preparados e servidos, como fazer um aperitivo ou um lanche e transformar ingredientes, cortando-os e mexendo-os, (...).	.0	
d6403	Utilizar aparelhos domésticos	Utilizar todos os tipos de aparelhos domésticos, como máquina de lavar, secadora, ferro de passar, (...).	.0	

Lavar a louça

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.2	

d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.9	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.0	
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).	.0	
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).	.0	
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d230	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia a dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.	.0	
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.	.0	
d6401	Limpar a cozinha e utensílios	Limpar após cozinhar, como lavar pratos, panelas, caçarolas e utensílios, e limpar mesas e pisos em volta da área da cozinha e do local das refeições.	.0	

Servir-se

Inclui: Identificar e selecionar os utensílios necessários. Servir-se e comer.

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.	.2	

d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.	.0	
d1203	Provar	Explorar o sabor da comida ou das bebidas, mordendo, mastigando ou sugando.	.0	
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.	.0	
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.	.0	
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.	.0	
d430	Levantar e carregar objetos	Levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como levantar uma xícara (...), ou carregar uma caixa ou uma criança de um local para outro.	.0	
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.	.0	
d550	Comer	Indicar a necessidade e executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, (...).	.0	

Ao final da atividade prática, ao ser questionada sobre como havia sido realizar tal atividade, C. referiu ausência de dificuldade, uma vez que tem como hábito preparar suas refeições. Disse que em seu dia-a-dia se utiliza da memória para gravar receitas, quantidades e tempos, e não necessitar ler as receitas. Caso se faça necessária tal leitura, solicita auxílio a outras pessoas próximas.

C. finalizou a avaliação ressaltando quão importante havia sido este último momento, pois foi através dessa atividade prática que pôde observar, reconhecer e valorizar suas próprias capacidades.

Por fim, é possível observar que, segundo seus valores de acuidade visual, C. apresenta-se com cegueira em ambos os olhos. Quando é observada sua capacidade durante a realização de atividades em ambiente de teste vê-se sua potência e habilidades, inclusive no

manejo de materiais, equipamentos e utensílios domésticos, apresentando leve ou ausência de dificuldades para a realização da atividade proposta. Tal fato evidencia que, independente da condição visual e qual o grau da deficiência visual, os sujeitos são plenamente capazes de atuar em seu dia-a-dia de forma independente, fazendo uso de seus recursos internos e ambientais para desempenhar as atividades com o máximo de funcionalidade possível.

5. Considerações finais

A presente pesquisa discorreu sobre o processo de construção de um instrumento de avaliação em terapia ocupacional, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para adolescentes e adultos com deficiência visual.

A estrutura do instrumento de avaliação da forma como foi construído possibilita ao terapeuta ocupacional avaliador identificar, por meio da entrevista semi-estruturada e da observação direta, e a partir do olhar terapêutico ocupacional, os principais aspectos que influenciam a saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência visual, como também pelo olhar do próprio sujeito avaliado, dando voz às suas vontades, interesses e necessidades subjetivas, possibilitando a ele identificar as próprias demandas, fatores influenciadores de seu desempenho, suas dificuldades, capacidades e potências.

Os testes das funções visuais, por si só, indicam apenas os limites objetivos, considerando e classificando a pessoa como com deficiência visual ou não. Entretanto, não informam, identificam e nem conduzem à compreensão de como a pessoa com deficiência visual realmente vê e percebe o mundo a sua volta. Dessa forma, faz-se necessário conhecer, por meio de seus relatos e da observação direta de suas vivências, seus modos de agir, seu desempenho funcional e sua capacidade funcional, suas preferências, seus facilitadores e barreiras ambientais e contextuais, interesses e expectativas.

Conhecer o sujeito, suas dificuldades diárias, limitações, restrições, barreiras sociais e físicas a ele imposta, como também suas capacidades, potências, habilidades, facilitadores e interesses, por meio de uma avaliação funcional específica, permite planejar as estratégias terapêuticas adequadas à sua realidade e desenvolver – em ampla esfera – ações e políticas públicas em saúde e educação ajustadas às demandas e experiências cotidianas.

Há a necessidade de deslocar o olhar da patologia e de sujeitos individuais para a ideia de saúde como uma condição resultante da interação de diversos fatores de natureza individual, familiar, histórica, ambiental, social e cultural, que interferem nas potencialidades e funcionalidade do sujeito. A avaliação aqui construída acredita na singularidade dos sujeitos, inseridos em ambientes e contextos únicos e experienciados de formas particulares, que refletem intrinsecamente em sua funcionalidade, independente de sua condição visual.

Viu-se que a partir do instrumento de avaliação construído é possível identificar as principais demandas dos sujeitos avaliados, levando em consideração suas opiniões acerca de seus tratamentos, suas expectativas e interesses, principais limitações, restrições e barreiras impostas, nos contextos familiar, escolar e profissional, nível de apoio da rede de suporte relacional, as possibilidades de adaptações para uso cotidiano e os recursos já utilizados, as estratégias de uso máximo da visão e de suas capacidades, aspectos emocionais, necessidade de encaminhamento a outros profissionais, prioridades de tratamento, tornando os sujeitos avaliados protagonistas de seus processos de reabilitação e respeitando e valorizando a diversidade humana, a partir do olhar individualizado.

Além disso, verifica-se que o instrumento construído possibilita a classificação dos sujeitos avaliados com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a partir de uma linguagem universal.

Ao mesmo tempo, compreende-se que a avaliação construída pode ser utilizada como mais um recurso na prática terapêutica ocupacional, sendo vista como uma estratégia complementar às avaliações já utilizadas por terapeutas ocupacionais.

Pesquisas futuras com maior número de sujeitos participantes devem ser realizadas a fim de testar sua validade e confiabilidade.

Referências*

- ¹ Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. **Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013**. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional [online] [acesso 2015 Dez 28]. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/504-resolucao-n-425-de-08-de-julho-de-2013-estabelece-o-codigo-de-etica-e-deontologia-da-terapia-ocupacional.html>
- ² Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. **Definição de Terapia Ocupacional** [online] [acesso 2015 Dez 23]. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/site/index.php/terapia-ocupacional/definicao.html>
- ³ American Occupational Therapy Association, AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo – 3ª Ed. Traduzida. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo** [Internet]. 2015 [acesso em 2015 Nov 29]; 26:1-49. Disponível em: Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>>.
- ⁴ De Carlo MMRP, Bartalotti C.C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: De Carlo M MRP, Bartalotti CC (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editor; 2001. p. 19-40.
- ⁵ Castro ED, Lima EMFA, Brunello MIB. Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora; 2001. p. 41-59.
- ⁶ Soares LBT. História da Terapia Ocupacional. In: Cavalcanti A, Galvão C, organizadores. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 399-413.
- ⁷ Hemmingsson H, Jonsson H. An Occupational Perspective on the Concept of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health - Some Critical Remarks. **Am. J. Occup. Ther.** [Internet]. 2005 [acesso em 2014 jul 21]; 59:569–76. Disponível em: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1872109>.
- ⁸ Silva SNP. Análise da atividade. In: Cavalcanti A, Galvão C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 110-124.

* Baseadas na norma do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver), de 2004.

- ⁹ Lamoureux EL, Pallant JF, Pesudovs K, Rees G, Hassell JB, Keeffe JE. The effectiveness of low-vision rehabilitation on participation in daily living and quality of life. **Invest Ophthalmol Vis Sci.** 2007; 48(4):1476-82.
- ¹⁰ Bittencourt ZZ, Montilha RC, Gasparetto ME, *et al.* Diabetic retinopathy and visual disabilities among patients in a rehabilitation program. **Rev Bras Oftalmol.** 2011;70(6):342-8.
- ¹¹ Montilha RCI. **Reabilitação de portadores de deficiência visual: características, conhecimentos e opiniões de clientela atendida em um centro universitário.** Campinas; 1997. Dissertação (Mestrado em Neurologia/Neurociências). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- ¹² Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. **Resolução nº 445, de 26 de abril de 2014.** Altera a Resolução-COFFITO nº 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional [online] [acesso 2015 Dez 28]. Disponível em: <http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/RESOLUCAO44514.pdf>
- ¹³ Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. **Resolução nº 316, de 19 de julho de 2006.** Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências [online] [acesso 2015 Dez 28]. Disponível em: <http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolu%C3%A7%C3%A3o%20316.pdf>
- ¹⁴ Rocha EF, Brunello MIB. Avaliação qualitativa em terapia ocupacional: princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: Cavalcanti A, Galvão C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 44-48.
- ¹⁵ Kudo AM, Parreira FV, Barros PBM, *et al.* Construção do instrumento de avaliação de terapia ocupacional em contexto hospitalar pediátrico: sistematizando informações. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar** [Internet]. 2012 [acesso em 2014 jul 21]; 20(2):173-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.018>
- ¹⁶ Ribeiro LB. Disfunção Visual. In: Cavalcanti A, Galvão C, organizadores. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.399-413.
- ¹⁷ Nobre MIRS, Montilha RCI, Temporini ER. Pesquisa da Qualidade de Vida na Deficiência Visual. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão.** Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.513-24.

- ¹⁸ Doucet BM. Quantifying Function: Status Critical. **Am J Occup Ther** [Internet]. 2014 [acesso em 2014 jul 21]; 68(2):123-126. Disponível em: 10.5014/ajot.2014.010991.
- ¹⁹ Gutman AS, Mortera MH, Hinojosa J, Kramer P. Revision of the occupational therapy practice framework. **Am J Occup Ther** [Internet]. 2007 [acesso em 2015 Nov 15];61(1):119-26. Disponível em: <http://ajot.aota.org/>
- ²⁰ Sanchez PA. **Deficiências visuais y psicomotricidad: teoría y práctica**. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles, Sección de Educación; 1994. 200p.
- ²¹ Cunha AC, Enumo SR. Desenvolvimento da criança com deficiência visual (DV) e interação mãe-criança: algumas considerações. **Psicol Saúde Doenças**. 2003;4(1):33-46.
- ²² Haddad MAO. **Habilitação e Reabilitação visual de escolares com baixa visão: aspectos médico-sociais**. São Paulo; 2006. Tese (Doutorado em Oftalmologia). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- ²³ Mancini MC, Braga MAF, Albuquerque KA, *et al.* Comparação do desempenho funcional de crianças com visão subnormal e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 6 anos de idade. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo** [Internet]. 2010 [acesso em 2012 Set 15]; 21(3): 215-22. Disponível em: <http://revistas.usp.br/rto/article/download/14107/15925>.
- ²⁴ Martin JH. Neuroanatomia: texto e atlas. 2013. p.155-180: O Sistema Visual. Trad. AL Werneck, DCD Machado, VHV Bastos. AMGH Editora Ltda. 4ª Ed.
- ²⁵ Organização Mundial da Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Trad. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003.
- ²⁶ Hyvärinen L. Considerations in Evaluation and Treatment of the Child With Low Vision. **Am J Occup Ther** [Internet]. Out 1995 [acesso em 2015 Dez 05]; 49(9):891-7. Disponível em: <http://ajot.aota.org/>
- ²⁷ International Council of Ophthalmology. **Visual Standards: Aspects and ranges of vision loss**.ICO Report. Sydney, 2002.
- ²⁸ Haddad MAO, Sampaio MW. Aspectos Globais da Deficiência Visual. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.7-16.
- ²⁹ Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10, Décima Revisão**. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Classificação de Doenças em Português. 3a ed. São Paulo: EDUSP; 1996.

- ³⁰ Resnikoff S, Pascolini D, Mariotti SP, *et al.* Global magnitude of visual impairment caused by uncorrected refractive errors in 2004. **Bull World Health Org.** 2008; 86(1):63–70.
- ³¹ World Health Organization. **Visual impairment and blindness** [online]. Geneva; 2011. [acesso em: 2012 julho 20] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>.
- ³² Silva MR, Nobre MIRS, Carvalho KM, Montilha RCI. Visual impairment, rehabilitation and International Classification of Functioning, Disability And Health. **Rev Bras Oftalmol.** 2014; 73(5): 291-301.
- ³³ Chou HYM. Avaliação Funcional da Visão do Escolar com Baixa Visão. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulyš MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão.** Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.327-44.
- ³⁴ Lampert J, Lapolice DJ. Functional Considerations in Evaluation and Treatment of the Client With Low Vision. **Am J Occup Ther** [Internet]. Out 1995 [acesso em 2016 jan 02]; 49(9):885-90. Disponível em: <http://ajot.aota.org/>
- ³⁵ World Health Organization. **Vision 2020 – The Right to Sight: Global initiative for the elimination of avoidable blindness – Action plan 2006-2011.** [Internet]. 2007. [acesso em 13 Out 2012]. Disponível em: http://www.who.int/blindness/Vision2020_report.pdf.
- ³⁶ World Health Organization. **Action Plan for the Prevention of Avoidable Blindness and Visual Impairment - 2009-2013** [online]. Geneva, 2010. [acesso em: 2012 out 10] Disponível em: http://www.who.int/blindness/ACTION_PLAN_WHA62-1-English.pdf.
- ³⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência - Tabelas.** [online]. 2010. [acesso em: 2012 dez 15] Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_3.pdf.
- ³⁸ Salomão SR, Mitsuhiro MRKH, Belfort Jr R. Visual impairment and blindness: an overview of prevalence and causes in Brazil. **Anais da Academia Brasileira de Ciências** [Internet]. 2009 Set [acesso em 2012 Set 9]; 81(3):539-49. Disponível em: <http://estudioterritoriales.org/articulo.oa?id=32713479017>.
- ³⁹ World Health Organization. **Global data on visual impairment 2010.** [local desconhecido] 2012. [acesso em 2012 Out 10]. Disponível em: <http://www.who.int/blindness/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>.

- ⁴⁰ Montilha RCI, Temporini ER, Nobre MIRS, Gasparetto MERF, Kara-José N. Utilização de recursos ópticos e equipamentos por escolares com deficiência visual. **Arq Bras Oftalmol**. 2006;69(2):207-11.
- ⁴¹ Aciem TM, Mazzotta MJS. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. **Rev Bras Oftalmol**. [Internet]. 2013 [acesso em 2013 Nov]; 72(4):261-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v72n4/11.pdf>
- ⁴² Rosenberg EA, Sperazza LC. The visually impaired patient. **American Family Physician** [Internet]. 2008 [acesso em 2013 Set 26]; 77(10):1431-6. Disponível em: www.aafp.org/afp.
- ⁴³ Lucas MB, Leal DB, Tavares SS, *et al*. Condutas reabilitacionais em pacientes com baixa visão. **Arq Bras Oftalmol** [Internet]. 2003 [acesso em 2012 Jul 12]; (66):77-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v66n1/a15v66n1.pdf>.
- ⁴⁴ Haddad MAO, Sampaio MW, Haddad M, *et al*. Auxílios para Baixa Visão. In: Sampaio MW, *et al* (Orgs.). **Baixa Visão e Cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.113-39.
- ⁴⁵ Carvalho KM, Monteiro GBM, Isaac CR, *et al*. Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo** [Internet]. 2002 [acesso em 2013 Set 20]; 59(4):157-160. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rhc/v59n4/21381.pdf>.
- ⁴⁶ Marback R, Temporini E, Kara-Júnior N. Emotional factors prior to cataract surgery. **Clinics**. 2007;62:433-8.
- ⁴⁷ Costa Filho HA. Relação Médico-Paciente na Promoção da Reabilitação Visual. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulyš MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.55-60.
- ⁴⁸ Kastrup V. O Lado de Dentro da Experiência: Atenção a Si mesmo e Produção de Subjetividade numa Oficina de Cerâmica para Pessoas com Deficiência Visual Adquirida. **Psicologia Ciência e Profissão**. 2008;28(1):186-99.
- ⁴⁹ Maturana HR, Varela FJ. **A árvore do conhecimento**. São Paulo: Editora Palas Athena; 2001. 288p.
- ⁵⁰ Kastrup V, Carijó FH, Almeida MC. A abordagem da Enação no Campo da Deficiência Visual. **Informática na Educação: teoria & prática**. 2009;12(2):114-22.
- ⁵¹ Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** [Internet]. 2002 [acesso em 2012 Set 16]; 7(4):757-76. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14604.pdf>.

- ⁵² Temporini ER, Kara-Júnior N, Kara-José N, Holzchuh N. Popular beliefs regarding the treatment of senile cataract. **Rev Saúde Pública** [Internet]. 2002 [acesso em 2014 Jul 01]; 36(3):343-9.
- ⁵³ Douglas G, Pavey S, Corcoran C, Clements B. Evaluating the use of the ICF as a framework for the interviewing people with a visual impairment about their mobility and travel. **British Journal of Visual Impairment** [Internet]. 2012 [acesso em 2013 Dec 3]; 30(1):6-21. Disponível em: <http://jvi.sagepub.com/>
- ⁵⁴ Steiner WA, Ryser L, Huber E, *et al.* Use of the ICF Model as a Clinical Problem-Solving Tool in Physical Therapy and Rehabilitation Medicine. **Phys Ther** [Internet]. 2002 Nov [acesso em 2012 out 23]; 82(11):1098-107. Disponível em: <http://ptjournal.apta.org/content/82/11/1098.long>.
- ⁵⁵ Owsley C, McGwin Jr G, Lee PP *et al.* Characteristics of low-vision rehabilitation services in the United States. **Arch Ophthalmol** [Internet]. 2009 [acesso em 2013]; 127(5):681-9. Disponível em: www.archophthalmol.com.
- ⁵⁶ Costa Filho HA. Histórico da Atenção à Pessoa com Deficiência Visual. In: Sampaio et al (Orgs.). **Baixa Visão e Cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.3-5.
- ⁵⁷ Baleotti LR, Omote S. A concepção de deficiência em discussão: ponto de vista de docentes de Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar** [Internet]. 2014 [acesso em 2014 out 05]; 22(1):71-78.
- ⁵⁸ Gasparetto MERF. Orientações ao Professor e à Comunidade Escolar Referentes ao Aluno com Baixa Visão. In: Sampaio MW, et al (Orgs.). **Baixa Visão e Cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.347-60.
- ⁵⁹ Corsi MGF. A Alfabetização do Aluno com Baixa Visão. In: Sampaio MW, et al (Orgs.). **Baixa Visão e Cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.361-71.
- ⁶⁰ Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD; 2012.
- ⁶¹ Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência: Uma análise a partir das Conferências Nacionais**. Brasília (DF); 2012, 63p. Disponível em:

<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-avancos-politicas-publicas-pcd.pdf>

⁶² Brasil. **Decreto legislativo nº 186, de 2008** - Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Base da Legislação Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm

⁶³ Mendes V. **Políticas de Saúde e a Rede de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência**. In: I Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade Transitando do Modelo Médico para o Biopsicossocial, 2014, Brasília/Distrito Federal. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_141.pdf

⁶⁴ Brasil. **3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**; 2014 Nov. 19-21; Brasília (DF). Disponível em: URL: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conferencia>

⁶⁵ Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência Relação de Delegados do Estado de São Paulo. Propostas extraídas da Conferência/Fórum Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência divididas nos 4 (quatro) eixos temáticos, conforme estabelecido pelo Conade no Regimento da 3ª Conferência nacional. In: **3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**; 2014 Nov. 19-21; Brasília (DF). Disponível em: URL: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conferencia/sao-paulo>

⁶⁶ Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência Relação de Delegados do Estado de Minas Gerais. Propostas extraídas da Conferência/Fórum Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência divididas nos 4 (quatro) eixos temáticos, conforme estabelecido pelo Conade no Regimento da 3ª Conferência nacional. In: **3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**; 2014 Nov. 19-21; Brasília (DF).

⁶⁷ Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Saúde. In: **3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**; 2014 Nov. 19-21; Brasília (DF). Disponível em: URL: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/node/523>

⁶⁸ Brasil. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem Limite**. Disponível em: URL: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>

⁶⁹ Brasil. **Lei nº 4.169, de 4 de dezembro de 1962**. Oficializa as convenções Braille para uso na escrita e leitura dos cegos e o Código de contrações e Abreviaturas Braille. Base da

Legislação Federal. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L4169.htm

⁷⁰ Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Base da Legislação Federal. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

⁷¹ Campinas. Prefeitura do Município de Campinas. Câmara Municipal de Campinas. **Lei nº 7.764, de 5 de janeiro de 1994**. Disponível em: URL: <http://cm-campinas.jusbrasil.com.br/legislacao/339702/lei-7764-94>

⁷² Campinas. Prefeitura do Município de Campinas. Câmara Municipal de Campinas. **Lei nº 9.571, de 17 de dezembro de 1997**. Disponível em: URL: <http://cm-campinas.jusbrasil.com.br/legislacao/330977/lei-9571-97>

⁷³ Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Pessoa com Deficiência – Legislação Federal**. Brasília (DF); 2012. 496p. Disponível em: URL: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/livro-legislacao-federal-sobre-os-dpd.pdf>

⁷⁴ Brasil. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Base da Legislação Federal. Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm

⁷⁵ Campinas. Prefeitura do Município de Campinas. Câmara Municipal de Campinas. **Lei nº 10.838, de 17 de maio de 2001**. Disponível em: URL: <http://cm-campinas.jusbrasil.com.br/legislacao/325702/lei-10838-01>

⁷⁶ Campinas. Prefeitura do Município de Campinas. Câmara Municipal de Campinas. **Lei nº 10.928, de 29 de agosto de 2001**. Disponível em: URL: <http://cm-campinas.jusbrasil.com.br/legislacao/325216/lei-10928-01>

⁷⁷ Governo do Estado de São Paulo. **Lei nº 10.886, de 20 de setembro de 2001**. Disponível em: URL: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/134113/lei-10886-01>

⁷⁸ Brasil. **Lei nº 10.865, de 30 de abril de 2004**. Lei de Contribuição para Programas de Integração Social. Disponível em: URL: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109466/lei-de-contribuicao-para-programas-de-integracao-social-lei-10865-04>

⁷⁹ Brasil. **Decreto nº 5.904, de 21 de setembro de 2006**. Regulamenta a Lei no 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e

permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia e dá outras providências. Base da Legislação Federal . Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5904.htm

⁸⁰ Brasil. **Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005**. Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia. Base da Legislação Federal . Disponível em: URL: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11126.htm

⁸¹ Campinas. Prefeitura do Município de Campinas. Câmara Municipal de Campinas. Lei nº 12.872, de 30 de março de 2007. Disponível em: URL: <http://cm-campinas.jusbrasil.com.br/legislacao/316529/lei-12872-07>

⁸² Governo do Estado de São Paulo. **Lei nº 12.907, de 15 de abril de 2008**. Consolida a legislação relativa à pessoa com deficiência no Estado de São Paulo. Disponível em: URL: <http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/136365/lei-12907-08>

⁸³ Governo do Estado de São Paulo. **Lei nº 14.481, de 13 de julho de 2011**. Classifica a visão monocular como deficiência visual. Disponível em: URL: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2011/lei-14481-13.07.2011.html>

⁸⁴ Buchalla CM.. Organização Mundial da Saúde e Família das Classificações Internacionais. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão**. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p. 17-28.

⁸⁵ Organização Mundial da Saúde. **CIF-CJ: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Versão para Crianças e Jovens**. Trad. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2011.

⁸⁶ Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD), Centro Colaborador da OMS para a Família de Classificações Internacionais. **A Fusão entre CIF e CIF para Crianças e Jovens** [online] 2015 [acesso em 2016 jan 20]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/index.php/cif-para-criancas-e-jovens/>

⁸⁷ Gil AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2010. 184p.

⁸⁸ Gil AC. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002. Cap. 4: Como classificar as Pesquisas?

⁸⁹ Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas; 2008. 200p.

⁹⁰ Laville C, Dionne J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: Ed UFMG; 1999. Cap.7: Em busca de informações.

- ⁹¹ Benetton MJ, Lancman S. Estudo de confiabilidade e validação da Entrevista da História do Desempenho Ocupacional. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo** [Internet]. 1998 [acesso em 2015 Out 20]; 9:94-104. Disponível em: <http://www.jobenetton.pro.br/confia.htm>.
- ⁹² Tedesco SA. O desenvolvimento e estudo de instrumentos de avaliação em Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. Centro Universitário S. Camilo** [Internet]. 2002 [acesso em 2015 Dez 20]; 8(3):17-26. Disponível em: <http://www.casadato.com.br/Imprimir.asp?ID=438>.
- ⁹³ Magalhães L.C. Avaliação de Terapia Ocupacional: o que avaliar e como avaliar. **Boletim do Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**, Belo Horizonte, 1997.
- ⁹⁴ Chaves GDFS, Oliveira AM, Forlenza OV, Nunes PV. Escalar de avaliação para Terapia Ocupacional no Brasil. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo** [Internet]. 2010 [acesso em 2015 dez 20]; 21(3), 240-246. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14110/15928>.
- ⁹⁵ Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. **Resolução nº 370, de 06 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais [online] [acesso 2015 Dez 27]. Disponível em: <http://www.crefito.com.br/repository/legislacao/resolu%C3%A7%C3%A3o%20370.pdf>
- ⁹⁶ Becker P. **Desempenho ocupacional e qualidade de vida: inter-relações no cotidiano de pessoas com deficiência visual**. Campinas; 2012. Dissertação [Mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- ⁹⁷ Becker P, Montilha RCI. Occupational performance and quality of life: interrelationships in daily life of visual impaired individuals. **Rev. Bras. Oftalmol.** [Internet]. 2015 [acesso em 2016 Jan 31]; 74(6): 372-377. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20150078>.
- ⁹⁸ Law M, Baptiste S, Carswell A, McCall MA, Polatajko H, Pollock N. **Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)**. Tradução de Magalhães LC, Magalhães LV, Cardoso AA. Belo Horizonte: UFMG; 2009.
- ⁹⁹ Crepeau EB. Análise de atividades: Uma Forma de Refletir sobre Desempenho Ocupacional. In: Neistadt ME, Crepeau EB (Orgs.). **Willard & Spackman: terapia ocupacional**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 121-33.
- ¹⁰⁰ Haddad MAO, Sampaio MW. Estudo da Acuidade Visual e da Velocidade de leitura na Baixa Visão. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e**

cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p. 79-95.

¹⁰¹ Sampaio MW, Haddad MAO. Avaliação Oftalmológica da Pessoa com Baixa Visão. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão.** Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p.45-50.

¹⁰² Miller D, Schor P, Magnante P. Óptica do olho normal. In: Yanoff M, Duker JS. **Oftalmologia.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 3 ed, p. 52-60.

¹⁰³ Instruções para o Sistema de Testes de Lea. **Teste de Acuidade Visual ao Perto.** Disponível em: <<http://www.lea-test.fi/pt/vistests/instruct/2508/index.html>> Acesso em 18 de agosto de 2015.

¹⁰⁴ Duarte A, Alves AA, Filho HAC. Exame Refracional da Pessoa com Baixa Visão. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão.** Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p. 61-65.

¹⁰⁵ Visual Standards. Aspects and ranges of vision loss with emphasis on population surveys. **Report prepared for the International Council of Ophthalmology at the 29th International Congress of Ophthalmology Sydney, Australia, April 2002.**

¹⁰⁶ Sei M. Estudo da Sensibilidade ao Contraste, de *Glare* e do Campo Visual na Baixa Visão. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão.** Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p. 97-102.

¹⁰⁷ Fernandes LC. Estudo da Visão de Cores na Baixa Visão. In: Sampaio MW, Haddad MAO, Costa Filho HA, Siaulys MOC. **Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão.** Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan, 2010. p. 103-111.

¹⁰⁸ Instruções para o Sistema de Testes de Lea. **Teste Hiding Heidi Low Contrast Test.** Disponível em: <https://www.good-lite.com/cw3/Assets/documents/253500_HideHeidi.pdf> Acesso em 18 de agosto de 2015.

¹⁰⁹ Montilha RCI. **Escolarização e reabilitação de portadores de deficiência visual: percepção de escolares e ações de reabilitação** [online]. Campinas; 2001. Tese [Doutorado em Ciências Médicas]. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. [acesso em 2014 mar 24]. Disponível em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000228139>.

¹¹⁰ Amiralian MLTM. Sou cego ou enxergo? As questões da baixa visão. **Educar em Revista** [Internet]. 2004 [acesso em 2015 Nov 15]; 23:15-28. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=155017766002>

¹¹¹ Organização Mundial de Saúde. **Checklist da CIF Versão 2.1a, Formulário clínico para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. [Internet] 2003 [acesso em 2015 Set 02]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/LISTA-DE-CONFERE%CC%82NCIA-DA-CIF-2004.pdf>

APÊNDICE I

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL PARA ADOLESCENTES E ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

INSTRUÇÕES GERAIS

Para a correta descrição das características do avaliado, seguir as instruções:

1. Preencher quais as formas de coleta de dados da avaliação. Se com outros informantes, indicar quem e qual o grau de parentesco com o avaliado.

2. No item 2.1 “Diagnóstico Oftalmológico” as informações podem ser coletadas por meio de prontuário institucional e pela declaração do avaliado.

3. Acuidade Visual (item 2.5):

- Sugere-se que a sala seja organizada anteriormente ao início da avaliação com as marcações no piso das distâncias possíveis para a realização do teste de acuidade visual (6 metros, 3 metros, 1.5 metro ou 1 metro).

- Sugere-se para a Acuidade Visual para longe:

- *Snellen* com as opções de distância: 1 metro, 3 metros ou 6 metros. O padrão utilizado por *Snellen* é de 6 metros de distância do observador à tabela. Caso a distância da aplicação for inferior a padrão, calcular na fórmula: AV_L (Acuidade Visual longe) = m (Distância em metros) x (Optotipo máximo em notação decimal) ÷ 6. O resultado deverá ser correlacionado à tabela abaixo para sua classificação de acordo com a CIF.

- Sugere-se para a Acuidade Visual para perto:

- *Lighthouse Near Visual Acuity Test (Second Edition) Modified ETDRS with Sloan Letters* ou *Símbolos de Lea®*. Opções de distância para perto: 40 ou 20 centímetros. Calcular na fórmula: AV_p (Acuidade Visual perto) = m (distância em metros) ÷ M (Optotipo máximo em M de Sloan).

- Indicar nos campos apropriados, caso a verificação da acuidade visual tenha sido realizada com auxílio óptico ou sem auxílio óptico.

- Caso a escolha seja utilizar outras tabelas de acuidade visual correlacionar o valor da desta função visual com a tabela abaixo.

Tabela- Classificação da deficiência visual, de acordo com valores de acuidade visual apresentada e a CIF

Qualificador CIF \ Acuidade visual apresentada	Menor que	Igual ou maior que
Nenhuma deficiência .0		0,8
Deficiência leve .1	0,8	0,3
Deficiência moderada .2	0,3	0,1
Deficiência grave .3	0,1	0,05
Deficiência completa .4	0,05	À ausência de percepção de luz
Não especificado .8	Informações insuficientes para qualificação	

Não aplicável
.9

Não se aplica

4. Para a classificação do Campo visual (item 2.6):

Deve-se assegurar que a pessoa esteja focando em um ponto fixo à sua frente, na altura dos olhos, podendo utilizar uma marcação como auxílio.

- Considerar o campo visual horizontal total de 120° . Sugere-se medir de forma binocular e nas direções campo visual temporal direito para campo visual temporal esquerdo e, após, campo visual temporal esquerdo para campo visual temporal direito.

- Considerar o campo visual vertical total de 120° . Sugere-se medir de forma binocular e nas direções de superior para inferior e, após, inferior para superior.

Sugestão para medição:

- Solicitar ao avaliado que informe o momento que identificar o objeto apresentado e o momento que deixar de vê-lo em seu campo visual.

- Assinalar, nos campos apropriados, o intervalo de ângulo em que o avaliado iniciou a visualização do objeto. Em seguida, assinalar o intervalo de ângulo em que o avaliado deixou de visualizar o objeto.

- Utilizar, se preferir, as ilustrações dos ângulos do campo visual para assinalar o início e o término da visualização.

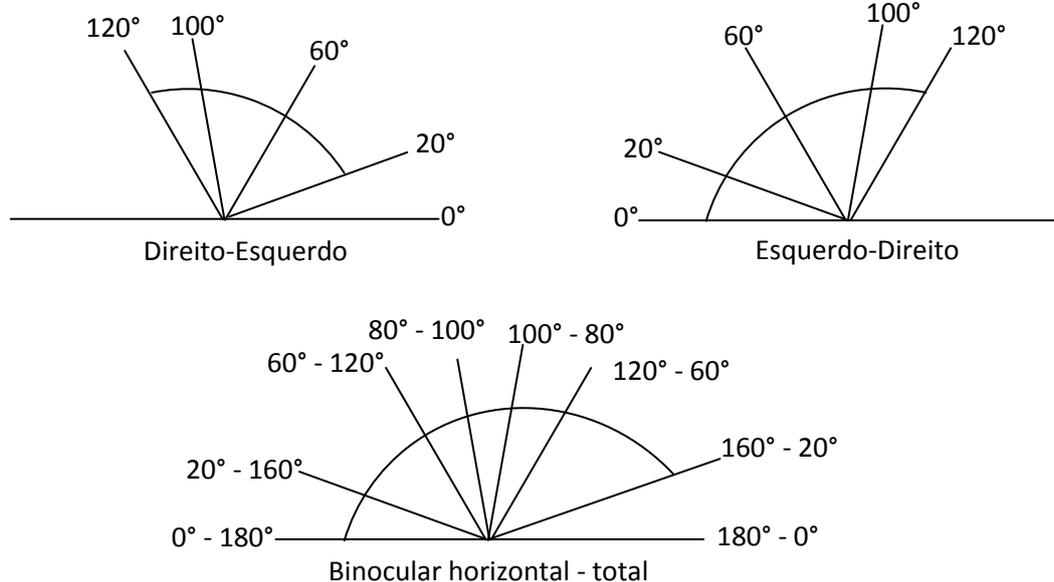
- O campo visual horizontal total (binocular) corresponde à sobreposição dos campos visuais temporal direito-temporal esquerdo e temporal esquerdo-temporal direito.

- O campo visual vertical total (binocular) corresponde à sobreposição dos campos visuais superior-inferior e inferior-superior.

Por exemplo, para campo visual horizontal:

Direito-Esquerdo: () 0° - 20° (✓) 20° - 60° () 60° - 100° (✓) 100° - 120° () $>120^{\circ}$

Esquerdo-Direito: (✓) 0° - 20° () 20° - 60° () 60° - 100° (✓) 100° - 120° () $>120^{\circ}$



Campo visual horizontal total (binocular): 160° /CIF: b2101.0

Importante: Para toda a avaliação de campo visual, mesmo que o objeto seja identificado, não interromper a avaliação, certificando-se de que a pessoa não tenha alterações no campo visual central.

Utilizar, de preferência, objeto de cor contrastante ao ambiente para realizar a avaliação, a uma distância de 30 a 40 cm do avaliado.

Os resultados devem ser qualificados na CIF de acordo com o intervalo do ângulo em que o objeto foi identificado pelo avaliado.

Considerar a tabela abaixo e os intervalos de ângulos para qualificação na CIF:

Intervalos de ângulos do campo visual	CIF	
$\geq 120^{\circ}$	Nenhuma dificuldade	.0
$<120^{\circ}$ e $\geq 100^{\circ}$	Dificuldade leve	.1
$<100^{\circ}$ e $\geq 60^{\circ}$	Dificuldade moderada	.2
$<60^{\circ}$ e $\geq 20^{\circ}$	Dificuldade severa	.3
$<20^{\circ}$	Dificuldade completa	.4

5. Para Visão de cores (item 2.7) sugere-se:

- Providenciar dois jogos de cartões, no mesmo formato e tamanho, nas cores: amarelo, azul, vermelho e preto.
- Apresentar um jogo de cartões e solicitar a nomeação de sua cor. Após todos os cartões serem nomeados, apresentar o segundo jogo de cartões e solicitar o pareamento quanto à cor.
- Para a qualificação na CIF, considerar:

Quantidade de erros	CIF	
Nenhum erro	Nenhuma dificuldade	.0
1 erro	Dificuldade leve	.1
2 erros	Dificuldade moderada	.2
3 erros	Dificuldade severa	.3
4 erros ou mais	Dificuldade completa	.4

6. Sensibilidade ao contraste (item 2.8):

Sugere-se a utilização do Teste *Hiding Heidi Low Contrast Test* desenvolvido por Lea Hyvärinen. Para o teste de sensibilidade ao contraste serão utilizadas cinco graduações (100%, 25%, 10%, 5%, 1.25%).

Aplicação: Apresentar primeiramente a figura de 100%, diminuindo o contraste gradualmente de acordo com a tabela abaixo. Para a classificação na CIF, vide a tabela:

Graduação do contraste	CIF
1.25%	Nenhuma dificuldade .0
5%	Dificuldade leve .1
10%	Dificuldade moderada .2
25%	Dificuldade severa .3
100%	Dificuldade completa .4

Por exemplo: Se o avaliado conseguir identificar o menor contraste (1.25%), isso significará que ele não apresenta dificuldades (.0 na CIF). Conseguir identificar apenas o contraste 100% sugere que tenha dificuldade completa (.4 na CIF).

7. Nos itens 3.3, 4.1.6, 4.1.7, 4.2.6, 4.2.7, 6.1 e 6.2 ler as opções de respostas independentemente se o avaliado respondeu "Sim" ou "Não".

8. As informações julgadas pertinentes e que não sejam contempladas nesta avaliação, acrescentar no espaço "Observações" (item 8).

Informar o(s) método(s) de coleta das informações:

- () Prontuário
 () Observação direta
 () Entrevista com respondente primário
 () Entrevista com outros informantes. Nome e grau de parentesco: _____

Data da avaliação: ___/___/_____

Avaliador: _____

1. Dados pessoais

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade atual: _____ Sexo: () F () M

Naturalidade: _____ Cidade atual: _____

Telefone: () _____

Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União estável, sem casamento civil

Você mora sozinho? () Sim () Não. Com quem? _____

Escolaridade: () Nunca estudou () Já estudou () Está estudando

() 1º Grau (1ª série até 9ª série/Ensino fundamental) () Completo () Incompleto

() 2º Grau (1º colegial até 3º colegial/Ensino médio) () Completo () Incompleto

() 3º Grau (Ensino superior) () Completo () Incompleto

() Curso profissionalizante: _____

Profissão: _____

Atividade profissional:

() Emprego assalariado () Autônomo () Voluntário () Dona de casa () Aposentado () Afastado

() Desempregado (motivo de saúde) () Desempregado (outro motivo) () Outro _____

Condição de saúde geral atual:

Apresenta lesões, doenças ou deficiência (exceto diagnóstico oftalmológico)? _____

2. Aspectos visuais**2.1 Diagnóstico oftalmológico**

Você sabe o que tem na visão? () Não () Sim

Sabe o nome da(s) doença(s)?

_____ CID: _____

_____ CID: _____

_____ CID: _____

CID da Deficiência Visual: H54. _____

() Visão Subnormal em () Olho direito () Olho esquerdo () Ambos os olhos

() Cegueira em () Olho direito () Olho esquerdo () Ambos os olhos

() Congênito

() Adquirido

Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? _____

2.2 Preferência de iluminação

() Locais escurecidos () Locais iluminados () Não tem preferência

Observação: _____

2.3 Uso de auxílios

Uso de auxílio óptico

() Não

() Sim: () Para perto – () Óculos () Lentes especiais () Lupa manual () Lupa de apoio

() Para longe – () Óculos () Sistema Telescópico

() Outros (como, Lentes filtrantes para controle da iluminação): _____

CIF: e1251 _____

Uso de auxílio não óptico

() Não

() Sim:

() Letras ampliadas () Controle da iluminação (com tiposcópio, acetato amarelo, chapéu, boné) () Posicionamento (plano inclinado) () Auxílio para escrita (guia para escrita, pauta ampliada, caneta de ponta porosa) () Contraste () Outro: _____

CIF: e1251_____

Uso de auxílio eletrônico

() Não

() Sim (como videoampliação)

CIF: e1251_____

2.4 Faz uso de bengala branca

() Não () Sim () Às vezes, quando: _____

CIF: e1201_____

2.5 Acuidade Visual

Para longe:

OD: _____ em _____ metros CIF – Olho direito: b21001.____

OE: _____ em _____ metros CIF – Olho esquerdo: b21001.____

AO: _____ em _____ metros CIF – Ambos os olhos: b21000.____

() com recurso () sem recurso

Para perto:

AO: _____ em _____ centímetros CIF – Ambos os olhos: b21002.____

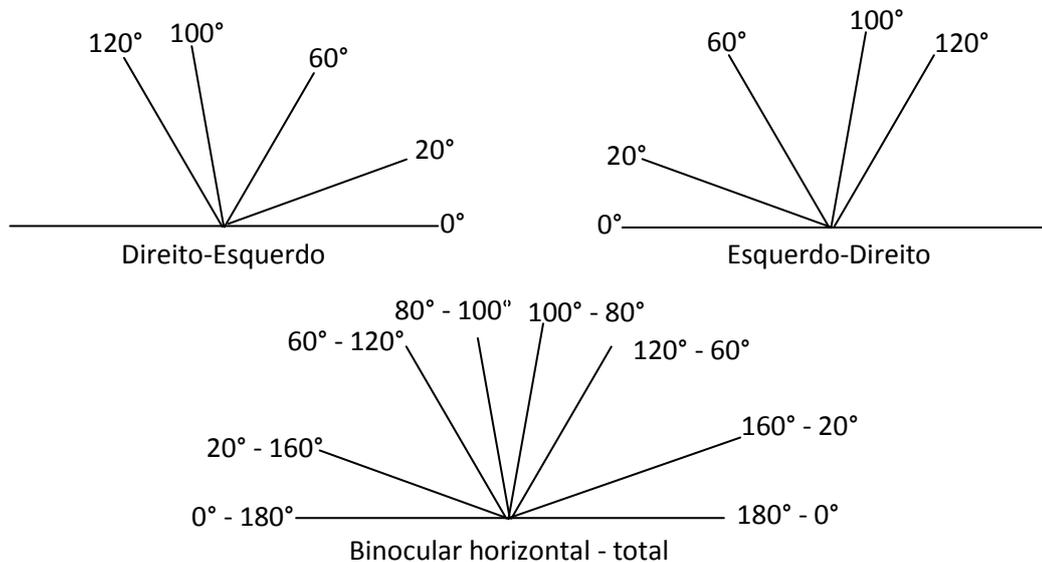
() com recurso () sem recurso

2.6 Campo visual

Para o teste, marcar o intervalo de ângulo em que o objeto foi identificado e deixou de ser identificado no campo visual pelo avaliado nas direções:

Direito-Esquerdo: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°

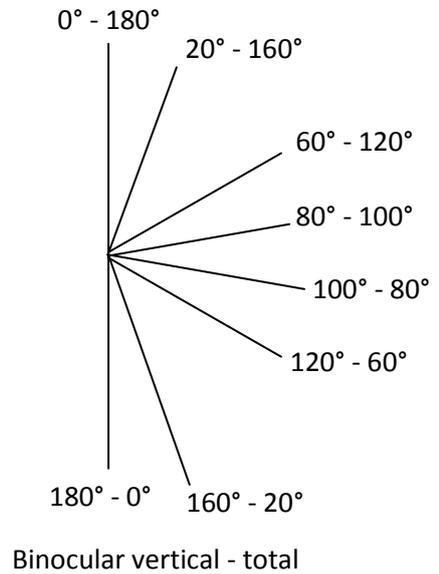
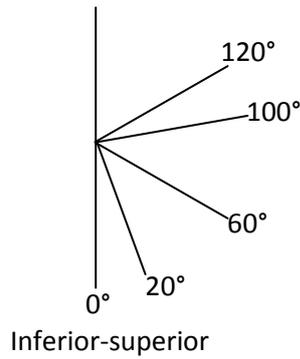
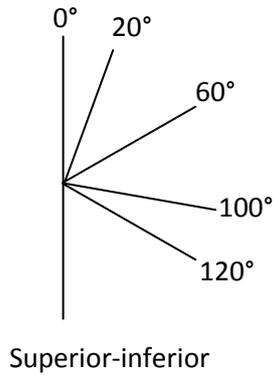
Esquerdo-Direito: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°



Campo visual horizontal total (binocular): _____ ° CIF: b2101.____

Superior-inferior: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°

Inferior-superior: () 0°-20° () 20°-60° () 60°-100° () 100°-120° () >120°



Campo visual vertical total (binocular): _____ ° CIF: b2101.____

2.7 Visão de cores

Apresentação dos cartões: amarelo, azul, vermelho e preto

Erros: () Nenhum erro () 1 erro () 2 erros () 3 erros () 4 erros

CIF: b21021.____

2.8 Sensibilidade ao contraste

() 100% () 25% () 10% () 5% () 1.25%

CIF: b21022.____

3. Atividades cotidianas

3.1 Como é sua rotina de segunda-feira à sexta-feira? _____

3.2 O que costuma fazer de final de semana? _____

3.3 Você tem alguma dificuldade no seu dia-a-dia? () Sim () Não

- 3.4** Qual dessas atividades é a mais difícil? _____
- 3.5** Qual dessas atividades é a segunda mais difícil? _____
- 3.6** Qual dessas atividades é a terceira mais difícil? _____
- 3.7** Qual dessas atividades é a quarta mais difícil? _____
- 3.8** Conseguiria dizer qual dessas atividades com dificuldade você gostaria que fosse reabilitada primeiro?
 Não sei responder

4. Atividades escolares e profissionais

4.1 Atividades escolares

4.1.1 Estuda?

- Não
 Sim - Está em que ano? _____

4.1.2 Faz curso técnico? Não Sim: em que? _____

4.1.3 Faz algum outro curso extra? Não Sim: em que? _____

4.1.4 Relacionamento interpessoal

Como é seu relacionamento com colegas?

- Muito bom Bom Nem ruim nem bom Ruim Muito ruim

Como é seu relacionamento com professores?

- Muito bom Bom Nem ruim nem bom Ruim Muito ruim

4.1.5 O ambiente da escola é adaptado às suas necessidades?

- Sim
 Cite adaptações (como iluminação, materiais): _____
 Não
 Porque não era adaptado? _____

4.1.6 Você usa algum tipo de adaptação para as atividades em sala de aula?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sim: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cópia ampliada <input type="checkbox"/> Senta perto da lousa <input type="checkbox"/> Material em braile <input type="checkbox"/> Caderno com linhas espaçadas <input type="checkbox"/> Caderno com linhas reforçadas <input type="checkbox"/> Senta perto da janela <input type="checkbox"/> Senta longe da janela <input type="checkbox"/> Utiliza lápis com grafite mais escuro <input type="checkbox"/> Utiliza caneta com ponta porosa <input type="checkbox"/> Coloca iluminação dirigida para o material <input type="checkbox"/> Outra: _____ | <input type="checkbox"/> Não, mas <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Colega dita a matéria <input type="checkbox"/> Professor dita a matéria <input type="checkbox"/> Só ouve as aulas, não anota nada <input type="checkbox"/> Grava as aulas <input type="checkbox"/> Outra: _____ |
|--|--|

4.1.7 Tem dificuldades na escola, sem o uso de recursos ópticos e não ópticos? Não Sim

- Enxergar a lousa Ler os livros e apostilas Anotar a matéria Enxergar no caderno
 Escrever no caderno Fazer prova Compreender a matéria Participar das aulas
 Fazer trabalhos em grupo

Tem dificuldades na escola, com o uso de recursos ópticos e não ópticos? Não Sim

- Enxergar a lousa Ler os livros e apostilas Anotar a matéria Enxergar no caderno
 Escrever no caderno Fazer prova Compreender a matéria Participar das aulas
 Fazer trabalhos em grupo

4.1.8 Sua escola tem alguma sala de recursos, outro ambiente que não a sala de aula, com professor especializado para ajudar você em suas dificuldades? () Sim () Não

4.1.9 Se não estuda, pretende estudar?

() Não () Sim. Gostaria de fazer o que: _____

4.2 Atividades profissionais

4.2.1 Trabalha?

() Sim Há quanto tempo na mesma função: _____

() Não Há quanto tempo: _____

() Aposentado () Afastado () Apenas estuda

() Desempregado (motivo de saúde) () Desempregado (outro motivo) () Outro _____

Qual o motivo: _____

4.2.2 Qual cargo ocupa/ocupava? _____

4.2.3 O que faz/fazia? _____

4.2.4 Relacionamento interpessoal

Como é/era sua relação no trabalho com colegas?

() Muito bom () Bom () Nem ruim nem bom () Ruim () Muito ruim

Como é/era sua relação no trabalho com chefes?

() Muito bom () Bom () Nem ruim nem bom () Ruim () Muito ruim

Como é/era sua relação no trabalho com subordinados?

() Muito bom () Bom () Nem ruim nem bom () Ruim () Muito ruim

4.2.5 O ambiente de trabalho é/era adaptado às suas necessidades?

() Sim

Cite adaptações (como iluminação, materiais): _____

() Não

Porque não era adaptado? _____

4.2.6 Você usa algum tipo de recurso para realizar as atividades no trabalho?

() Sim:

() Cópias ampliadas

() Materiais em braile

() Cadernos com linhas espaçadas

() Cadernos com linhas reforçadas

() Senta perto da janela

() Senta longe da janela

() Utiliza lápis com grafite mais escuro

() Utiliza caneta com ponta porosa

() Coloca iluminação dirigida para o material

() Outra: _____

() Não

4.2.7 Tem dificuldades no trabalho, sem o uso de recursos ópticos e não ópticos? () Não () Sim

() Ler documentos () Ler no computador () Mexer no computador () Escrever () Compreender as tarefas () Participar de reuniões () Fazer trabalhos em grupo () Outra: _____

Tem dificuldades no trabalho, com o uso de recursos ópticos e não ópticos? () Não () Sim

() Ler documentos () Ler no computador () Mexer no computador () Escrever () Compreender as tarefas () Participar de reuniões () Fazer trabalhos em grupo () Outra: _____

4.2.8 Se não trabalha, pretende trabalhar (ou voltar a trabalhar)?

() Não () Sim. Gostaria de fazer o que: _____

5. Relacionamento interpessoal:

Para os itens a) e b) considerar:

0 – Indiferente; 1 - Pouco; 2 – Considerável; 3 – Muito; 4 – Completamente

5.1 Como é seu relacionamento com familiares?

() Muito bom () Bom () Nem bom nem ruim () Ruim () Muito ruim

a) Seus familiares oferecem apoio? () Sim () Não

Qual o nível de 0-4: CIF: e310+ _____ ou CIF: e310. _____

b) As atitudes dos familiares ajudam ou atrapalham? () Ajudam () Atrapalham

Qual o nível de 0-4: CIF: e410+ _____ ou CIF: e410. _____

5.2 Como é seu relacionamento com parentes?

() Muito bom () Bom () Nem bom nem ruim () Ruim () Muito ruim

a) Seus parentes oferecem apoio? () Sim () Não

Qual o nível de 0-4: CIF: e315+ _____ ou CIF: e315. _____

b) As atitudes dos parentes ajudam ou atrapalham? () Ajudam () Atrapalham

Qual o nível de 0-4: e415+ _____ ou CIF: e415. _____

5.3 Como é seu relacionamento com amigos?

() Muito bom () Bom () Nem bom nem ruim () Ruim () Muito ruim

a) Seus amigos oferecem apoio? () Sim () Não

Qual o nível de 0-4: CIF: e320+ _____ ou CIF: e320. _____

b) As atitudes dos amigos ajudam ou atrapalham? () Ajudam () Atrapalham

Qual o nível de 0-4: CIF: e420+ _____ ou CIF: e420. _____

5.4 Como é seu relacionamento com vizinhos, conhecidos?

() Muito bom () Bom () Nem bom nem ruim () Ruim () Muito ruim

a) Seus vizinhos oferecem apoio? () Sim () Não

Qual o nível de 0-4: CIF: e325+ _____ ou CIF: e325. _____

b) As atitudes dos vizinhos ajudam ou atrapalham? () Ajudam () Atrapalham

Qual o nível de 0-4: CIF: e425+ _____ ou CIF: e425. _____

5.5 Como é seu relacionamento com estranhos?

() Muito bom () Bom () Nem bom nem ruim () Ruim () Muito ruim

a) As atitudes dos estranhos ajudam ou atrapalham? () Ajudam () Atrapalham

Qual o nível de 0-4: CIF: e445+ _____ ou CIF: e445. _____

6. Aspecto sócio-emocional**6.1 Para deficiência visual adquirida:**

Você deixou de fazer alguma atividade depois da sua condição visual? () Não () Sim

() Andar sozinho () Comer sozinho () Cozinhar sozinho () Cuidar da casa () Estudar () Trabalhar

() Ler () Escrever () Passear () Conversar com a família () Conversar com amigos () Dirigir

() Praticar esportes () Assistir televisão

() Outros que não falei. Quais: _____

6.2 Você consegue dizer o que tem certeza que não consegue realizar, de jeito nenhum, mesmo com auxílio (bengala, óculos, lupa, ampliação, ajuda de outros)?

() Andar sozinho () Comer sozinho () Cozinhar sozinho () Cuidar da casa () Estudar () Trabalhar

() Ler () Escrever () Passear () Conversar com a família () Conversar com amigos () Dirigir

() Praticar esportes () Assistir televisão

() Outros que não falei. Quais: _____
() Não sabe dizer

6.3 Como você se sente ao falar das suas dificuldades? _____

6.4 Há quanto tempo recebeu o diagnóstico? _____
Como foi receber o diagnóstico? _____

6.5 Como você se sente hoje ao falar da deficiência? _____

6.6 Já participou de algum programa de reabilitação visual? () Sim () Não
Ainda participa?

() Sim

Há quanto tempo participa? _____

() Não

Há quanto tempo parou de participar? _____

Por que parou de participar? _____

6.7 Quais suas expectativas futuras? _____

INSTRUÇÕES PARA A ATIVIDADE:

- Apresentar o ambiente e a localização dos utensílios antes do início da atividade.
- Explicar como será toda a atividade no momento inicial e retomar sempre que for necessário.
- Sugere-se disponibilizar a receita em Braille ou em letras ampliadas para aqueles que necessitem desta adaptação.
- Dispor em local de fácil acesso todos os ingredientes que serão utilizados na atividade.
- Para o item “Transação econômica”, disponibilizar variedade de dinheiro em moeda e papel. O valor total dos ingredientes da receita deve ser compatível à realidade local.
- Admite-se para o passo “Preparo da receita” todas as tarefas e subtarefas que possam ser contempladas, como higiene pessoal, limpeza dos materiais, organização.
- Interferir o menos possível durante a realização da atividade.
- Deixar o avaliado à vontade para realizar as etapas da forma que desejar, estiver acostumado ou se sentir melhor.
- Após a realização de toda a atividade, fazer as questões referentes à realização da atividade (item 7.1).
- Após a realização da atividade, classificar e qualificar o avaliado na CIF, de acordo com a tabela disponível ao final da avaliação.

7. ATIVIDADE

1. Transação econômica – Distribuição do dinheiro e simulação de compra dos ingredientes
2. Leitura da receita
3. Preparo da receita
4. Lavar a louça
5. Servir-se

7.1 Como foi realizar essa atividade? _____

Sentiu alguma dificuldade? () Não

() Sim:

0 – Indiferente; 1 - Pouca; 2 – Considerável;

3 – Muita; 4 – Completa

Por que você acha que foi difícil? _____

Você acha que poderia ser menos difícil?

() Sim () Talvez () Não () Não sei responder

O que acha que poderia mudar para tornar a atividade mais fácil? _____

8. Observações: _____

INSTRUÇÕES PARA CLASSIFICAÇÃO DA ATIVIDADE:

Nesta avaliação classifica-se apenas o qualificador para Capacidade.

O qualificador de capacidade descreve a habilidade do indivíduo em executar uma atividade em seu nível máximo provável de funcionalidade em um dado momento. Diz respeito à extensão da limitação na Atividade. Relaciona-se ao observado em espaço padronizado de teste.

Caso a tarefa tenha sido feita sem recurso óptico, não óptico ou auxílio de outros, deve-se preencher o espaço do segundo qualificador. Exemplo:

_____.3 - Descrever o domínio usado com limitação grave na atividade, sem auxílio de recursos ou ajuda de outros.

Caso a tarefa tenha sido feita com recurso óptico, não óptico ou auxílio de outros, deve-se preencher o espaço do terceiro qualificador. Exemplo:

_____.2 - Descrever o domínio usado com limitação moderada na atividade, com auxílio de recursos ou ajuda de terceiros.

Na coluna "Observações" orienta-se evidenciar aspectos que influenciaram, positiva ou negativamente, na observação daquele determinado componente durante a avaliação e/ou a forma com que foi realizada pelo avaliado e/ou dificuldades observadas.

Para os qualificadores, considerar:

Capacidade observada na atividade	Magnitude da dificuldade (CIF)	
Ausência de dificuldade para realizar a tarefa. Não enfrenta problemas durante a realização da tarefa.	Sem dificuldade	.0
Realiza a tarefa e a conclui. A dificuldade é leve, interfere com intensidade tolerável na realização da tarefa e está presente em menos de 25% do tempo. A solução para a dificuldade é prontamente encontrada.	Dificuldade leve	.1
Realiza a tarefa e a conclui. A dificuldade é moderada, interfere com intensidade considerável na realização da tarefa e está presente em menos de 50% do tempo. A solução para a dificuldade leva tempo a ser encontrada.	Dificuldade moderada	.2
Realiza a tarefa, podendo não concluí-la. A dificuldade é severa, com intensidade que prejudica parcialmente a realização da tarefa e está presente em mais de 50% do tempo. Indivíduo fica confuso e desorganiza-se durante a tarefa devido a dificuldade.	Dificuldade severa	.3
Não realiza a tarefa. A dificuldade é completa, com intensidade que prejudica totalmente a realização da tarefa e está presente em mais de 95% do tempo. Não encontra solução para sua dificuldade.	Dificuldade completa	.4
Informação insuficiente para qualificar a gravidade da dificuldade	Não especificado	.8
É inapropriado aplicar um código	Não aplicável	.9

LISTA MÍNIMA SUGERIDA PARA CLASSIFICAR A CAPACIDADE DO SUJEITO NA REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE PROPOSTA PELO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO, BASEADA NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE:

1. Transação econômica

Inclui: Distribuição do dinheiro e simulação da compra

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.		
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.		
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.		
d166	Ler	Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (...) com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.		
d172	Calcular	Realizar cálculos aplicando princípios matemáticos para resolver problemas descritos em palavras e produzir ou mostrar os resultados, como no cálculo da soma de três números, ou encontrar o resultado da divisão de um número por outro.		
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).		
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).		
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.		

d860	Transações econômicas básicas	Participar de qualquer forma de transação econômica simples, como utilizar dinheiro para comprar comida ou fazer permutas, trocar mercadorias ou serviços; ou economizar dinheiro.		
------	-------------------------------	--	--	--

2. Leitura da receita

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.		
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.		
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.		
d166	Ler	Realizar atividades envolvidas na compreensão e interpretação da linguagem escrita (...) com o objetivo de obter conhecimentos gerais ou informações específicas.		
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.		
d325	Comunicação – recepção de mensagens escritas	Compreender os significados literal e implícito das mensagens transmitidas por meio da linguagem, escrita (incluindo braile), como acompanhar os eventos políticos no jornal diário ou compreender a mensagem de um texto religioso.		

3. Preparo da receita

Inclui: Higiene pessoal inicial e final à atividade. Identificar e preparar os ingredientes, como abrir e cortar. Localizar e utilizar utensílios domésticos, como liquidificador.

CIF	Observações
-----	-------------

			Qualificador	
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.		
d1200	Explorar objetos com a boca	Explorar objetos usando a língua ou a boca.		
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.		
d1202	Cheirar	Explorar objetos através do cheiro, aproximando-os do nariz ou aproximando o nariz dos objetos.		
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.		
d172	Calcular	Realizar cálculos aplicando princípios matemáticos para resolver problemas descritos em palavras e produzir ou mostrar os resultados, como no cálculo da soma de três números, ou encontrar o resultado da divisão de um número por outro.		
d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).		
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).		
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d220	Realizar tarefas múltiplas	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas como componentes de tarefas múltiplas, integradas e complexas em sequência ou simultaneamente.		
d230	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia a dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.		

d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.		
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.		
d4503	Andar desviando-se de obstáculos	Andar da maneira necessária para evitar objetos móveis e fixo, pessoas (...), como andar em um supermercado ou loja (...).		
d4601	Deslocar-se dentro de outros edifícios que não a própria casa	Andar e deslocar-se em outros prédios que não a própria residência, como deslocar-se (...) prédios comunitários e públicos e áreas anexas.		
d5100	Lavar partes do corpo	Aplicar água, sabonete e outras substâncias às partes do corpo, como mãos, face, cabelo ou unhas, para limpá-las.		
d5102	Secar-se	Usar uma toalha ou outros meios para secar alguma parte ou partes do próprio corpo, (...), após se lavar.		
d6300	Preparar refeições simples	Organizar, cozinhar e servir pratos com um pequeno número de ingredientes que requerem métodos fáceis para ser preparados e servidos, como fazer um aperitivo ou um lanche e transformar ingredientes, cortando-os e mexendo-os, (...).		
d6403	Utilizar aparelhos domésticos	Utilizar todos os tipos de aparelhos domésticos, como máquina de lavar, secadora, ferro de passar, (...).		

4. Lavar a louça

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.		
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.		
d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.		

d175	Resolver problemas	Encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida (...).		
d177	Tomar decisões	Fazer uma escolha entre opções, implementar a escolha e avaliar os efeitos da escolha, como selecionar e adquirir um item específico (...).		
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d230	Realizar a rotina diária	Realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia a dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia.		
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.		
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.		
d6401	Limpar a cozinha e utensílios	Limpar após cozinhar, como lavar pratos, panelas, caçarolas e utensílios, e limpar mesas e pisos em volta da área da cozinha e do local das refeições.		

5. Servir-se

Inclui: Identificar e selecionar os utensílios necessários. Servir-se e comer.

CIF			Qualificador	Observações
d110	Observar	Utilizar intencionalmente o sentido da visão para experimentar estímulos visuais, como seguir um objeto visualmente, observar pessoas, assistir a um evento esportivo, observar pessoas ou crianças brincando.		
d1201	Tocar	Explorar objetos usando as mãos, dedos, membros ou outras partes do corpo.		
d1203	Provar	Explorar o sabor da comida ou das bebidas, mordendo, mastigando ou sugando.		

d160	Concentrar a atenção	Centrar-se intencionalmente em um estímulo específico, por exemplo, desligando-se de ruídos que distraem a atenção.		
d210	Realizar uma única tarefa	Realizar ações simples ou complexas e coordenadas relacionadas aos componentes mentais e físicos de uma única tarefa, como iniciar uma tarefa, organizar o tempo, o espaço e os materiais para uma tarefa, regular o desempenho da tarefa e executar, concluir e manter a tarefa.		
d3102	Compreender mensagens faladas complexas	Responder adequadamente através de ações ou de palavras a mensagens faladas complexas (frases completas), tais como questões ou instruções.		
d430	Levantar e carregar objetos	Levantar um objeto ou mover algo de um lugar para outro, como levantar uma xícara (...), ou carregar uma caixa ou uma criança de um local para outro.		
d445	Uso da mão e do braço	Realizar as ações coordenadas necessárias para mover objetos ou manipulá-los utilizando as mãos e os braços, como (...) apanhar um objeto.		
d550	Comer	Indicar a necessidade e executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir o alimento em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar utensílios, (...).		

ANEXO I

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O menor o qual o/a Sr (a) é responsável está sendo convidado (a) a participar como voluntário do Projeto de Pesquisa intitulado por: Deficiência visual e reabilitação em um serviço universitário: caracterização de usuários, avaliação terapêutica ocupacional e classificação na CIF.

Eu _____
_____, RG nº _____, concordo de livre e espontânea vontade que o menor

_____,
nascido (a) em ___/___/___ participe do estudo supracitado, e esclareço que obtive todas as informações necessárias.

Sendo de responsabilidade das pesquisadoras Prof. Dra. Rita de Cassia Ietto Montilha e da terapeuta ocupacional, Marissa Romano da Silva, mestranda do Programa de Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, pela FCM/UNICAMP.

Esse estudo será importante, pois tem o objetivo de avaliar, no contexto terapêutico ocupacional, crianças e adolescentes com deficiência visual (visão subnormal ou cegueira), e classificar de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e Saúde (CIF), favorecendo assim, uma linguagem padronizada para a descrição da saúde dessas pessoas.

As informações serão coletadas por meio de uma avaliação que será gravada em câmera de vídeo para que as informações não se percam. O instrumento utilizado para a entrevista é uma avaliação própria da Terapia Ocupacional, a qual visa conhecer de que forma que a criança/adolescente utiliza sua visão, quais atividades realizam em seu dia-a-dia, as dificuldades, o que consegue fazer e o que gostaria de fazer. Após esta avaliação, tudo o que o menor relatar durante a avaliação ou for observado pelas terapeutas ocupacionais, será classificado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, que permite descrever sua saúde com base na funcionalidade e restrições, auxiliando no planejamento dos objetivos do tratamento terapêutico. Esta avaliação será realizada no Centro de Estudos e Pesquisas Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto (CEPRE) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP em horário e data estabelecidos de acordo com a disponibilidade do menor e de seu responsável.

Estou ciente de que este estudo não trará riscos ou desconfortos para mim ou para o menor no qual sou responsável, e que não receberei nenhum benefício financeiro para que esses procedimentos sejam realizados. As informações obtidas durante o estudo serão mantidas em total segurança e não poderão ser consultadas por outras pessoas que não as pesquisadoras do estudo. Todos os dados pessoais serão mantidos em sigilo, garantindo que minha identidade e da criança/adolescente não sejam expostas mesmo em caso de apresentações e publicações.

Também estou ciente de que, em qualquer momento, o menor poderá deixar de fazer parte desse estudo, mesmo que já tenha iniciado o mesmo. Esta minha decisão, entretanto, não trará nenhum prejuízo nos atendimentos da criança/adolescente no CEPRE/FCM/UNICAMP.

Autorizo a entrevista e a classificação e depois poderei ser comunicado sobre os resultados como retribuição por esta prestação de serviço. Além disso, estou ciente que receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por mim assinado.

Declaro que li este documento e sempre que tiver alguma dúvida sobre esse estudo serei prontamente esclarecido sobre o mesmo pelas pesquisadoras.

Nome do responsável do menor: _____

Nome do menor: _____

HC: _____

Telefone: (____) _____

Campinas, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do responsável legal

Assinatura da pesquisadora responsável
Marissa Romano da Silva
(19) 9 9166-8664

Assinatura da Pesquisadora Rita de Cassia Ietto Montilha
Tel: (19) 9 9713-1865

Dúvidas:

Centro de Estudos e Pesquisas Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto – FCM/UNICAMP – Telefone:
(19) 3521-8818
Comitê de Ética – FCM/UNICAMP – Telefone: (19) 3521-8936/ 3521-7187

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento formal dos pacientes que participarão do Projeto de Pesquisa intitulado: Deficiência visual e reabilitação em um serviço universitário: caracterização de usuários, avaliação terapêutica ocupacional e classificação na CIF.

Pesquisadoras responsáveis: Prof^a Dr^a Rita de Cássia Ietto Montilha e terapeuta ocupacional Marissa Romano da Silva.

Eu, _____ RG n° _____, aceito participar do projeto de pesquisa intitulado como “Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Deficiência Visual: estudo preliminar”. Esse estudo será importante, pois tem o objetivo de fazer a classificação da minha saúde de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, bem como conhecer e descrever minhas capacidades, dificuldades, minhas atividades de lazer e de trabalho e meu contexto.

As informações serão coletadas por meio de uma entrevista e avaliação que será gravada em câmera de vídeo para que as informações não se percam. O instrumento utilizado para a coleta de dados é um roteiro de avaliação próprio da Terapia Ocupacional, a qual visa conhecer de que forma utilizo minha visão, quais atividades eu realizo no meu dia-a-dia, minhas dificuldades, o que consigo fazer e o que gostaria de fazer. Após esta avaliação, tudo o que eu disse na avaliação, e o que foi observado pela terapeuta ocupacional, será classificado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, que permite descrever minha saúde com base em minha funcionalidade e minhas restrições, auxiliando no planejamento dos objetivos do meu tratamento terapêutico. Esta avaliação será realizada no Centro de Estudos e Pesquisas “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp em horário e data estabelecidos de acordo com minha disponibilidade.

Estou ciente de que este estudo não trará riscos ou desconfortos para mim e que não receberei nenhum benefício financeiro para que esses procedimentos sejam realizados. As informações obtidas durante o estudo serão mantidas em total segurança. Todos os dados pessoais serão mantidos em sigilo, garantindo que minha identidade não seja exposta mesmo em caso de apresentações e publicações.

Também estou ciente de que, em qualquer momento, poderei deixar de fazer parte desse estudo, mesmo que já tenha iniciado o mesmo. Esta minha decisão, entretanto, não trará nenhum prejuízo aos meus atendimentos no CEPRE/FCM/Unicamp.

Autorizo a avaliação e a classificação de acordo com a CIF e, depois de finalizados estes procedimentos, poderei ser comunicado sobre os resultados, como retribuição por

esta prestação de serviço. Além disso, estou ciente que receberei uma cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por mim assinado.

Declaro que li este documento e sempre que tiver alguma dúvida sobre esse estudo serei prontamente esclarecido sobre o mesmo pela pesquisadora.

Nome do paciente: _____

HC: _____

Telefone: (____) _____

Campinas, ____ de _____ de 201__

(Assinatura do Paciente)

Assinatura da Responsável pela Pesquisa

Prof^a Dr^a Rita de Cássia Ietto Montilha

Telefone: 19 – 9 9713-1865

Assinatura da terapeuta ocupacional

Marissa Romano da Silva

Contatos:

Centro de Estudos e Pesquisas “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” – FCM/Unicamp –
Telefone: (19) 3521-8818

Comitê de Ética – FCM/Unicamp – Telefone: (19) 3521-8936/ 3521-7187