



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

ANA PAULA ANDRADE RAMOS

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS
CEGAS**

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

ANA PAULA ANDRADE RAMOS

**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS
CEGAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em cumprimento à exigência para obtenção do grau de licenciatura e bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.

Orientadora: Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

CAMPINA GRANDE – PB
2011

R175a Ramos, Ana Paula Andrade.
Avaliação da capacidade de autocuidado em pessoas cegas
[manuscrito] / Ana Paula Andrade Ramos. – 2011.

52 f.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) –
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Dra. Inacia Sátiro Xavier de França,
Departamento de Enfermagem.”

1. Enfermagem Especializada. 2. Portadores de Deficiência
Visual. 3. Assistência de Enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 610.736

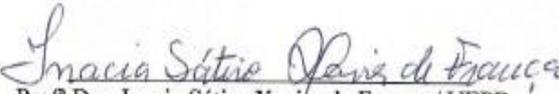
ANA PAULA ANDRADE RAMOS

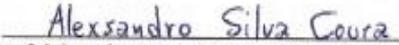
**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS
CEGAS**

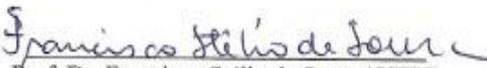
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em cumprimento à exigência para obtenção do grau de licenciatura e bacharelado em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba, UEPB.

Orientadora: Dra. Inacia Sátiro Xavier de França

Campina Grande 20 /06 /2011.


Profª Dra. Inacia Sátiro Xavier de França / UEPB
Orientadora


Prof. Ms. Alessandro Silva Coura / UFRN
Examinador


Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa/ UEPB
Examinador

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Antonio e Ivonete, meu irmão, José Carlos e Maria Ayslanne, sobrinha, ao meu avô Manoel Galdino (*in memoriam*), ao amigo ausente Filipe Matos cujo sonho da formatura foi interrompido. E aos amigos que construíram comigo essa história com muito mais alegria e intensidade, por todos os momentos, renúncias, amor e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo amor Onipresente em minha vida, pela motivação constante e por permitir que me fosse possível chegar até a conclusão dessa tarefa. Por ter colocado em minha história de vida o amor e a vocação pela Enfermagem. Obrigada Senhor!

Ao grande homem da minha vida, meu pai Antônio Ramos, o senhor que tantas vezes acreditou que tudo seria possível, quando nem mesmo eu achei que conseguiria estar vivenciando essa alegria. Obrigada Painho, por viver a minha vida comigo e realizar esse nosso sonho, por ser esse grande ser tão único para nós e por todo o amor que nos devotas. Eu lhe amo e sou eternamente grata a ti por ser o melhor pai que uma pessoa pode ter.

À minha mãe, Ivonete Carlos, essa mulher que nunca mediu esforços por mim, por nossa família, agradecer-te apenas em palavras não é possível, vou precisar de muito além de uma vida para te dizer o quanto te amo e sou grata por tudo Mainha, pela vida que gerou minha existência, por me mostrar cotidianamente que eu tenho a maior de todas as motivações para superar qualquer dificuldade, tenho a senhora, a nossa família e a certeza na Fé que Deus não abandona um filho seu nunca. O maior de todos os meus aprendizados foram aprendidos contigo, razão da minha vida.

Ao meu grande irmão, José Carlos, cresci com muitas pessoas dizendo o quão era pouco ter apenas um único irmão, mas hoje posso garantir que jamais senti falta de outros irmãos ou irmãs, tenho em você a completude de tudo o que preciso, és meu melhor amigo, meu parceiro, minha companhia certa, defensor e anjo, alguém que se faz presente em minha vida, não importa a distância, por todo seu amor, por sua amizade e por toda ajuda, muito obrigada, te amo muito.

Minha pequena estrela, minha sobrinha Maria Ayslanne, buscar a realização desse sonho teve um preço, fiquei longe de ti minha vida, e nada me foi mais custoso que a saudade de não lhe ter perto esses anos todos. Nossa família é muito mais feliz com você e somos muito melhores depois de sua chegada, que você possa me desculpar pelas ausências princesa, você é a grande motivação para essa batalha que tenho enfrentado, soma-se a essa alegria a chegada de um novo membro, pela graça de Deus, nossa família já celebra a chegada do seu irmãozinho, será muito bem vindo e amado por todos.

Obrigada as meus tios e tias, por terem sempre me ajudado, principalmente nas orações junto de Deus para que eu conseguisse a realização das minhas buscas, desde o vestibular, que suas orações não parem jamais.

Às minhas primas, Minervina, Lidia e Maria Lúcia, obrigada por terem cuidado de mim, por terem sido minha família, meu porto e meu abrigo nessa cidade.

Aos amigos, Emanuela, Fabinha, Vina, Jacksciene, Sérgia, e Everton que sempre foram minhas melhores referências de como Deus é generoso em colocar anjos nas nossas vidas para facilitar a caminhada.

Àos novos amigos, aqueles que conheci em Campina Grande. Aos amigos Cientistas Sociais, nos divertimos muito durante nosso momento de UFCG. Aos que construíram comigo essa família chamada UEPB, saibam que fui muito mais feliz com vocês perto de mim, que se fosse possível viver tudo isso novamente eu apenas aceitaria se cada um de vocês estivesse comigo. De modo especial, obrigada a quem foi além da amizade e se fez parte essencial na minha vida e vivenciaram importantes etapas na construção desse sonho, Andressa Kaline e toda família Ferreira Araújo, Jossana Sales,

Ana Lúgia Maia, Cibely Freire, Tasso Roberto e Diogo Rodrigues (A história de uma Grande Família).

Ao grande amigo Alessandro, obrigada pela confiança, por ser esse apoio e incentivo constantes de que tudo daria certo. Por sua colaboração e por todo carinho, muito obrigada amigo.

A professora, Claudia Martiniano, pelo ensino didático, profissional e por ser essa grande referência de enfermeira, professora, mulher, mãe e cidadã.

A professora Inacia, pela parceria na construção desse projeto e por toda ajuda e incentivo. Pela orientação não apenas acadêmica, mas por doar-se a pesquisa de forma tal que irradia esse gosto pelo estudo.

Ao professor Stélio, mesmo não tendo participado como professor durante a nossa graduação, aceitou participar e compor a banca examinadora desse trabalho. Obrigada professor por todas as contribuições e pelo esforço em se fazer presente.

Agradecer a Dolores e todas as meninas da biblioteca central da UEPB, por todo carinho e atenção em todas as visitas feitas aquele espaço. A todos os funcionários do departamento de Enfermagem da UEPB, Seu Dedé, Guia, D. Elza e Carla. A coordenação e diretoria do departamento de enfermagem por toda solicitude em sempre nos atender.

Aos grupos de pesquisa GEAPS ao qual estive vinculada por um ano e ao GEPASC, grupo a que pertence e que me permitiu o conhecimento e contato com outras pesquisas das quais fez surgir o presente estudo. A oportunidade de vivenciar na graduação encontros com a prática da investigação científica ao lado de pessoas tão exemplares foi uma das mais ricas experiências que tive.

Ao Instituto dos Cegos de Campina Grande e todos os participantes do estudo, obrigada pela paciência e contribuição com nossa pesquisa.

Obrigada!

RAMOS, A. P. A. **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO** PESSOAS CEGAS. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

RESUMO

O principal objetivo do estudo foi a verificação da capacidade de autocuidado em pessoas cegas, com análise sociodemográfica e identificação das Atividades da Vida Diária (AVD's) mais afetadas. Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre maio e junho de 2011. Participaram do estudo, 24 sujeitos cegos bilateralmente que frequentam as atividades educativas do IEACN, estando incluídos nos critérios estabelecidos. A coleta de dados foi realizada em encontros agendados, com os quais aplicou-se um questionário para a avaliação do autocuidado, a Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA). O Instrumento é composto por 24 itens, em um escala com variação de 4 pontos onde o número 1 corresponde ao menor valor (nunca), na capacidade do autocuidado e o 4 equivale a máxima habilidade do sujeito. Os dados foram compilados no Programa Excel 2007. Com análise quantitativa do percentual das respostas obtidas com o questionário. Sendo apresentados predominantemente em tabelas e um gráfico. Os participantes foram identificados e, em relação ao gênero, 17 (71%) são do sexo masculino e 7 (29%), são do sexo feminino, com maior predominância da faixa etária entre 31 e 40 anos (33%). 41% dos sujeitos são da religião católica, outros 25% evangélicos e o restante Kardecista ou sem credo religioso, 17% para cada opção. A grande maioria (96%) são de naturalidade paraibana, sendo apenas 4% de outros estados. Dos participantes do Instituto, 25% apresentaram formação superior completa, 4% com pós- graduação. Em relação as AVD's, 14 pessoas (58,33%) disseram que sempre fazem ajustes a fim manterem boas condições de saúde de acordo com as mudanças, o item mais afetado em relação ao autocuidado avaliado pela escala é em relação ao déficit de autocuidado devido a falta de forças, com 37,5%, e em relação ao pouco tempo dedicado a cuidar de si em detrimento de falta de tempo, com 16,66%. Os maiores valores referem-se a possibilidade de sempre buscarem ajuda, quando não houver a possibilidade de autocuidar-se (79,16%) e a manutenção do ambiente onde mora em relação a limpeza (75%), evidenciando que de maneira geral as PcD que frequentam o IEACN, apresentam um bom grau de autocuidado.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência visual, Autocuidado, Enfermagem.

RAMOS, A. P. A. **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO** _____
PESSOAS CEGAS. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em
Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

A B S T R A C T

The main objective of this study was to evaluate the ability of self-care in blind persons with sociodemographic analysis and identification of Activities of Daily Living (ADL's) most affected. Descriptive study with quantitative approach, carried out between May and June 2011. Participated in the study, 24 subjects bilaterally blind who attend the educational activities of IEACN, being included in the criteria. Data collection was performed at scheduled meetings, with which we applied a questionnaire to assess self-care, the Scale for Assessment of Competence for Self Care (ASA). The instrument comprises 24 items, on a scale ranging from 4 points where the number corresponds to a lower value (never), the ability of self-care and 4 equals the maximum ability of the subject. The data were compiled in an Excel 2007. With quantitative analysis of the percentage of replies to the questionnaire. Being predominantly presented in tables and a graph. Participants were identified and, in relation to gender, 17 (71%) were male and 7 (29%) are female, with a predominance of the age group between 31 and 40 years (33%). 41% of them are catholic, evangelical and the other 25% remaining Kardecist or without religious belief, 17% for each option. The vast majority (96%) are naturally Paraíba, while only 4% of other states. Of Institute participants, 25% had higher education, complete with 4% graduate. In relation to ADLs, 14 people (58.33%) said they always make adjustments in order to maintain good health in accordance with the changes, the item most affected in relation to self-care assessed by the scale is relative to self-care deficit due the lack of strength, with 37.5%, and for the little time devoted to caring for oneself rather than lack of time, with 16.66%. The highest values relate to the ability to always seek help when there is the possibility to take care of themselves (79.16%) and maintaining the environment you live in relation to cleaning (75%), suggesting that in general the PCD IEACN who attend, have a good degree of self-care.

KEYWORDS: People with visual impairments, Self Care, Nursing

LISTA DE TABELAS
LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– Apresentação Sociodemográfica dos Sujeitos	30
TABELA 2	– Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA). IEACN, 2011	31
TABELA 3	– Variáveis que apresentam déficit no autocuidado de acordo com a Escala ASA	33

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	– Atitudes cotidianas e melhores condições de saúde	32
------------------	---	----

LISTA DE SIGLAS

ASA	Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado
AVBC	Acuidade visual mais bem corrigida
AVD's	Atividades da Vida Diária
CORDE	Coordenadoria Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência
IEACN	Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste
NPL	Não percepção luminosa
ONU	Organizações das Nações Unidas
PcD	Pessoas com deficiência

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
2.3	Hipótese	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	A Pessoa com Deficiência (PcD)	16
3.2	O Direito a Saúde	17
3.3	A Pessoa com Deficiência (PcD) e o processo de Reabilitação Social através do autocuidado	19
3.4	A Teoria do Autocuidado e o processo de Enfermagem	21
3.5	A Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA)	23
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de estudo e período de realização	25
4.2	Cenário	25
4.3	População	26
4.4	Critérios de inclusão	26
4.5	Procedimentos para coleta dos dados	26
4.6	Processamento e análise dos dados	27
4.7	Aspectos éticos	27
5	RESULTADOS	29
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	34
7	CONCLUSÃO	39

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

ANEXOS

ANEXO A: Formulário de Parecer do CEP

ANEXO B: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AGÊNCIA DE AUTOUIDADO (ASA)

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de viabilização de um modelo de saúde pautado no direito do acesso universal e igualitário urge em uma reflexão sobre a situação de brasileiros com algum tipo de deficiência e de suas necessidades junto à sociedade, na tentativa de assegurar seus direitos, expressos, prioritariamente, pela garantia de saúde universal e autonomia no cotidiano de suas ações.

O Departamento de Ações Programadas Estratégicas aponta em cartilha lançada no ano de 2010, que de acordo com o censo de 2000, foram identificados cerca de 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, correspondendo a 14,5% da população brasileira. Desse total, 48% apresentam deficiência visual, 23% deficiência motora, dentre outras. O documento enfoca ainda que incluir socialmente as pessoas com deficiência (PcD) significa respeitar as necessidades próprias de sua condição e possibilitar a tal indivíduo acesso aos serviços públicos e bens culturais da sociedade contemporânea (BRASIL, 2010).

O dever do Estado por assumir a responsabilidade e o compromisso ético na elaboração de políticas públicas de proteção social, as quais respondam às carências das PcD tem estado cada vez mais presente no meio sociopolítico nacional, uma vez que muito se tem conquistado junto ao público em relação às demandas que esse grupo requer afim de exercer, da melhor maneira possível, sua independência e cidadania (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

Ainda segundo as autoras supracitadas, o Decreto nº 3.298, sancionado em 1999, congrega valor na conquista de direitos à população brasileira no que se refere às PcD, todavia, é possível questionar a efetividade dessas ações nos espaços públicos e privados, de trabalho, educação ou lazer, configurando que o cenário das PcD avança na política (FRANÇA; PAGLIUCA; BAPTISTA, 2008).

No Brasil, foi a partir da década de 1960 que a relação entre as limitações que as PcD sofrem em detrimento da conjuntura estrutural do meio em que vivem começaram a ganhar destaque nacional - limitações físicas ou comportamentais por parte dos outros sujeitos (familiares ou profissionais da saúde). Logo, torna-se indispensável refletir sobre essa realidade afim de que a sociedade oferte uma forma justa de cidadania na política de inclusão das PcD (FRANCA; PAGLIUCA, 2009).

As sociedades devem se modificar, de modo que atendam às necessidades de todos os seus membros. Nesse sentido, propõe-se que sejam abordados os princípios de reabilitação

promovidos pelo envolvimento e mobilização de PcD, familiares e profissionais de saúde, na implementação de ações que norteiem o autocuidado e previnam a redução funcional, que tem como fundamento a máxima independência possível da PcD.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência apresenta como escopo a reabilitação da PcD, com vistas à inclusão social e prevenção de agravos que corroborem com o aparecimento de deficiências (BRASIL, 2002). Nessa perspectiva, entende-se capacidade funcional como sendo o potencial do indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente (BRASIL, 2008).

A reabilitação envolve técnicas e ações interdisciplinares e familiares, em um processo longo, que muitas vezes apresentam-se como verdadeiros desafios a serem superados. A capacidade de execução de Atividades da Vida Diária incide sobre a qualidade de vida da PcD, de maneira determinante nesse processo de reabilitação a autonomia do sujeito (FARO, 2006).

Segundo Orem (1993) o autocuidado refere-se aos cuidados pessoais que cada indivíduo necessita diariamente para o seu próprio desenvolvimento. No tocante à Teoria do Déficit de Autocuidado, proposta pela enfermeira Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007), quando a possibilidade de autocuidado exige uma determinada demanda de dependência verifica-se o déficit de autocuidado.

A enfermagem ocupa um lugar de destaque entre as profissões no processo de autocuidado devido ao seu principal foco na continuidade da busca pela qualidade de cuidado em um dado momento na vida do indivíduo. A rotina de serviços da enfermagem envolve um processo contínuo, caracterizado pela sistematização no ensino do autocuidado o qual ajudará o sujeito no aprender a viver (SANTOS; SARAT, 2008).

O autocuidado de uma pessoa pode ser afetado por vários motivos. Em relação a uma pessoa com a visão prejudicada, sua independência e capacidade de prover pra si alguns cuidados em relação a trabalho, estilo de vida, segurança e qualidade de vida podem estar comprometidos (SMELTER; MELTZER, 2009).

O enfrentamento da cegueira envolve três tipos de adaptação: emocional, físico e social. O ajuste emocional à cegueira ou ao comprometimento visual grave determina o sucesso dos ajustes físicos e sociais do paciente. O ajuste emocional bem-sucedido significa a aceitação da cegueira ou do comprometimento visual grave (SMELTER et al., 2009).

A deficiência visual não deve ser relacionada apenas a um fenômeno natural e meramente fisiológico, pois há nessa condição uma complexidade de cuja construção derivam fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, educacionais, dentre outros. Estudos apontam

que a capacidade cognitiva de uma pessoa que não dispõe da visão, mas que recebeu cuidados, educação e oportunidades de participar da vida social e cultural são bastante diferentes e superiores com relação àquela que não dispôs de tais possibilidades (KASTRUP et al., 2009).

Brasil (2008) afirma ainda que a promoção da qualidade de vida constitui uma das diretrizes dessa política. Sua implementação implica na mobilização da sociedade com a finalidade de assegurar a igualdade de oportunidades às PcD a fim de corroborar com o provimento de condições capazes de conferir melhor qualidade de vida a essas pessoas. Destacam-se: a criação de ambientes favoráveis, o acesso à informação e aos bens e serviços sociais, bem como a promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades de tais pessoas (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a qualidade de vida e saúde da pessoa cega à medida que possibilita promover o desenvolvimento de potencialidades individuais, mantém uma estreita relação com o autocuidado e prevenção ou redução de incapacidades a partir de sua independência nas atividades do cotidiano.

Nessa perspectiva o objeto de pesquisa consiste na avaliação do autocuidado, a partir de variáveis de AVD's, com fins de possibilitar melhor autonomia na vida dos sujeitos cegos, considerando os princípios éticos, legislativos e culturais de um trabalho científico com seres humanos.

A atualidade desse debate se faz recorrente tendo em vista as barreiras sócio-culturais, econômicas e estruturais que as PcD ainda enfrentam. Discutir a qualidade de vida para PcD não garante sua eficácia nem tampouco cumprimento dessa proposta, pois muitas vezes as próprias PcD recolhem-se em sua condição, devido a excessiva carga de preconceitos que encontram na rotina. No entanto, podem-se gerar subsídios para melhorar os programas de reabilitação e as políticas públicas.

Por se tratar de um assunto de grande recorrência na saúde coletiva e se apresentar entre as prioridades na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, o estudo das condições de vida e saúde de pessoas com deficiência visual tem sido cada vez mais citados em relação à garantia de uma melhor qualidade de vida e autonomia desses sujeitos (KASTRUP et al., 2009; BAPTISTA; PAGLIUCA, 2009; GUIMARÃES, 2009).

O cumprimento da Constituição Federal e seus desdobramentos requerem não apenas disposição política, mas, um empenho pessoal do indivíduo com deficiência, seus familiares, profissionais da saúde e sociedade a fim de que a PcD possa ter melhores condições de manter-se independente em seu cotidiano.

A garantia de qualidade de vida e saúde cabe a qualquer brasileiro e, no tocante à deficiência, é fundamental que seja considerada e discutida nas relações sociais a dicotomia entre perfeição/ imperfeição, normal/ anormal, conceitos que tendem a influenciar sentimentos e atitudes de rejeição e incapacidade (BRUNO, 2006).

Assim, a pesquisa é relevante pelo enfoque nas necessidades que afetam as pessoas com deficiência visual, os seus resultados poderão contribuir para a criação de um protocolo de pesquisa visando melhorar o atendimento da pessoa cega pelos profissionais de saúde, para o planejamento de políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência, para a formação de recursos humanos em saúde e para a ampliação de pesquisas e publicações que enfoquem as evidências clínicas e as práticas profissionais destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas cegas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Verificar a capacidade de autocuidado em pessoas cegas que frequentam as atividades do Instituto dos Cegos em Campina Grande-PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Investigar o perfil sociodemográfico;
- Identificar as AVD's mais afetadas relacionadas ao autocuidado;
- Identificar os itens mais afetados relacionados ao autocuidado na Escala ASA.

2.3 Hipótese

- As pessoas cegas apresentam elevado déficit de autocuidado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Pessoa com Deficiência (PcD)

A deficiência gera dificuldades ou impossibilidades de execução de atividades comuns às outras pessoas [...] Deficiência visual é a perda ou redução da capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo e que não possa ser melhorada ou corrigida com o uso de tratamento cirúrgico, clínico e/ou lentes. O decreto 3298 considera deficiente visual a pessoa que tem dificuldade ou impossibilidade de enxergar a uma distância de 6 metros o que uma pessoa sem deficiência enxergaria a 60 metros. (BRASIL, 1999)

Estudos críticos preocupados com os entraves da garantia de saúde e qualidade de vida de PcD, entre estes pessoas cegas, situam a importância da autonomia nas atividades cotidianas desses sujeitos para a consolidação de uma melhor qualidade na vida (KASTRUP et al., 2009; BAPTISTA; PAGLIUCA, 2009; GUIMARÃES, 2009).

Com o principal objetivo de construir uma sociedade pautada em princípios de justiça e igualdade, a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência busca a erradicação de paradigmas excludentes norteados por padrões de limitação atribuídos as PcD (LIRA; SCHLINDWEIN, 2008).

Pesquisas sobre as condições de saúde, que envolvem o de sujeitos cegos, são recorrentes, tendo em vista sua inserção no conjunto de estudos determinados na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no tópico referente a saúde dos portadores de necessidades especiais. Portanto, trata-se de uma temática recorrente no cenário nacional, tendo em vista o grande número de sujeitos cegos no Brasil e sua necessidade por uma garantia de serviços públicos de saúde com melhor qualidade e efetividade, bem como por mecanismos que lhes permitam autonomia na rotina de suas atividades diárias.

Do total de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil, 48,1% são pessoas com deficiência visual, representando grave problema de saúde pública. Este alto índice é refletido pelo aumento da expectativa de vida da população na década de 1990 e por uma abordagem conceitual mais ampla de deficiência. (2001 apud BRASIL, 2008, p. 15).

O Decreto nº 3.298/99, define que a PcD, ou seja o indivíduo que apresente limitação física, auditiva, visual, mental ou múltiplas deficiências deve ser assegurado em relação a saúde, educação, habilitação e reabilitação, trabalho, cultura e acessibilidade (BRASIL, 1999).

O cumprimento da Constituição Federal e seus desdobramentos requerem não apenas disposição política, mas, um empenho pessoal do indivíduo com deficiência, seus familiares, profissionais da saúde e sociedade a fim de que a PcD possa ter melhores condições de manter-se independente em seu cotidiano.

A garantia de qualidade de vida e saúde cabe a qualquer brasileiro e, no tocante à deficiência, é fundamental que seja considerada e discutida nas relações sociais a dicotomia entre perfeição/ imperfeição, normal/ anormal, conceitos que tendem a influenciar sentimentos e atitudes de rejeição e incapacidade (BRUNO, 2006).

Entre as políticas que buscam atender às necessidades da PcD, destacam-se como importantes conquistas desse indivíduos e de todos os que estão envolvidos em torno dessa discussão o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, resultante de uma assembleia geral da Organização das Nações Unidas (ONU) e, o Ano Internacional da Pessoa Deficiente - 1981 (BRASIL, 2006).

O Direito a Saúde

Em todo o mundo, e especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a população com deficiência enfrenta grandes dificuldades para conseguir manter-se em condições dignas e efetivas de qualidade de vida e saúde.

Estudos situam que no Brasil as primeiras manifestações em torno dos direitos das PcD surgiram a partir de movimentos de pais e amigos, na década de 1960, os quais requeriam o cumprimento do direito destes junto ao convívio social. Em 1970, o movimento em prol das pessoas com deficiência ganhou destaque também entre os meios de comunicação (PAGLIUCA; FRANCA, 2009).

Pode-se destacar ainda, segundo tais autoras, conquistas das PcD, como a de 1986, com o Decreto N° 93.481 que institui a Coordenadoria Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e, em 1991 a criação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. A partir dessa nova institucionalização na década de 1990, estaria reservado o atendimento comunitário ao sujeito com deficiência em parceria entre sociedade, famílias e serviços de saúde, por meio do qual, nesse aspecto, a Atenção Primária se encarregaria de oferecer resolutividade.

Desde a definição da saúde como direito de todos e dever do Estado, instituída pela Constituição Federal de 1988, o Brasil avança em relação às questões sociais. No tocante às PcD, as conquistas não tiveram significativa progressão, ficando a caráter de regulamentações

posteriores, tais como Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, regulamentadas pelo Decreto nº 3.298/1999 e Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, regulamentada pela Portaria MS/GM 1.060/2002 (BERNARDES *et al*, 2009).

Faz-se necessário, nesse momento, que em paralelo ao cumprimento de toda legislação vigente acerca da realidade das PcD, o assistencialismo e as práticas estigmatizadoras deixem de nortear o serviço e o cotidiano social dessas pessoas; os direitos básicos de todo e qualquer indivíduo passe pela oportunidade de poder estar assegurado quando em necessidade do atendimento em nível primário, ambulatorial ou hospitalar; da educação; do lazer; do trabalho, dentre outros aspectos.

Muitos entraves caracterizam a história da busca por melhorias na qualidade de vida de PcD. Culturalmente, o termo deficiência esteve por muito tempo associado à ideia de incapacidade, ligado à concepção de que essas pessoas não seriam capazes de, por exemplo, participarem de forma ativa do mercado de trabalho. Esse cenário vem se configurando com significativas mudanças, sinalizadas pelo percurso político e social, determinados pelas propostas de integração social e efetividade das políticas públicas (BAPTISTA; PAGLIUCA, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002) apresenta como principais objetivos proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Nessa perspectiva, entende-se que o sujeito deve ter condições de prover para condições de cuidados básicos com sua saúde e o ambiente em que vive a fim de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (BRASIL, 2008).

O Censo de 2000 apontou, no tocante à população com deficiências, 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência - equivalente a 14,5% da população brasileira. Destes, 16,8% encontram-se na Região Nordeste, estando as maiores proporções concentradas nos estados da Paraíba (18,0%), do Piauí (17,6%) e do Rio Grande do Norte (17,6%) (BRASIL, 2008).

Do total de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil, 48,1% são portadores de deficiência visual, a qual pode ser entendida como situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais (BRASIL, 2008).

Brasil (2008) afirma ainda que o conhecimento da gravidade e das causas da deficiência visual é primordial para o planejamento, a provisão e a avaliação de programas de prevenção, de serviços de saúde e educacionais.

A Pessoa com Deficiência (PcD) e o processo de Reabilitação Social através do autocuidado

Cegueira pode ser definida como uma acuidade visual mais bem corrigida (AVBC) que pode variar de 20/400 à não percepção luminosa (NPL). A definição clínica de cegueira absoluta é a ausência de percepção de luz. A cegueira legal é uma condição de visão comprometida em que uma pessoa apresenta AVBC que não exceda a 20/200 no melhor olho ou cujo maior diâmetro de campo visual é de 20° ou menos. Essa definição nem se iguala a capacidade funcional, nem classifica os graus de comprometimento visual (SMELTZER; et al., 2009).

Brasil (2008) refere cegueira como acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão - acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; casos em que o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores.

As principais causas de cegueira na população adulta mundial são: a catarata, o glaucoma e a degeneração macular relacionada à idade (World Health Organization; Resnikoff et al. (2004, apud BRASIL, 2008).

A prevalência da cegueira na infância é maior nos países em desenvolvimento em decorrência de fatores nutricionais, infecciosos e falta de tecnologia apropriada (BRASIL, 2008).

Pesquisas realizadas em 55 países, subdivididos em 15 sub-regiões, possibilitaram a obtenção de dados globais de deficiência visual no ano de 2002. O Brasil compõe o grupo América B, no qual os dados de prevalência da deficiência visual são: cegueira na população menor de 15 anos de idade – 0,062%; cegueira na população entre 15 e 49 anos – 0,15%; população com mais de 50 anos de idade – 1,3%; prevalência de cegueira na população geral de 0,3% e prevalência de baixa visão na população geral de 1,7% (World Health Organization; Resnikoff et al. (2004, apud BRASIL, 2008).

A busca pela efetividade dos princípios de reabilitação da PcD não representa tarefa simples nem se apresenta concluída. Por reabilitação entendemos que seja fundamental o

engajamento dos sujeitos que participam da vida da PcD, incluindo a sociedade. O envolvimento da pessoa e de sua família deve ser foco dessa discussão, tendo em vista que a implementação de cuidados tem como principal objetivo um maior nível de independência no tocante à capacidade funcional e, o gerenciamento do autocuidado da PcD, em particular, pessoas cegas (FARO, 2006).

As ações de reabilitação visam ao desenvolvimento das capacidades e das habilidades, dos recursos pessoais e dos comunitários, para promover o máximo de independência e a participação social das pessoas cegas (BRASIL, 2010).

O processo de reabilitação das PcD envolve um grande número de pessoas, a começar pelo próprio indivíduo, sua família, os profissionais de saúde e, como já discutimos a sociedade. A participação do enfermeiro na reintegração da PcD acontece de forma incisiva a partir do trabalho deste profissional nas atividades de autocuidado das PcD. Ser capaz de gerir sua própria higiene, vestuário, alimentação, eliminação dentre outras coisas, representa um grau de autonomia fundamental para o indivíduo no processo de reabilitação (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

Segundo Bezzera e Pagliuca (2010), no contexto da adolescência, o crescimento pessoal, profissional e a busca por uma identidade são processos que implicam em uma grande complexidade para um indivíduo; para uma PcD há ainda mais obstáculos. Nesse estudo foi considerado as dificuldade enfrentadas no âmbito da adolescência, todavia podemos considerar que para qualquer pessoa com deficiência, ter um reconhecimento e um espaço de vida ativa junto ao seu grupo social não tem sido tarefa fácil e, o próprio contexto político demonstra esse fato, ao elaborar novas maneiras de incluir esse grupo junto a sociedade.

A participação do enfermeiro no processo de reabilitação das PcD tem por finalidade o auxílio destas em assumirem as atividades de autocuidado. Como cita PAGLIUCA e FRANCA (2009) são exemplos dessas atividades o cuidado corporal, vestuário, aparência pessoal e alimentação, por exemplo. Segundo as autoras alguns estudos afirmam que ao enfermeiro incube o papel de atuar de forma não diretiva a fim de que seja possível a compreensão do universo subjetivo da reabilitação.

A dinâmica do processo de reabilitação envolve também um importante segmento para que a PcD alcance melhores condições de autocuidado - a saúde e os profissionais envolvidos com esse grupo. É o esforço de todos esses indivíduos, familiares e sociedade, dentro e fora das instituições que certamente contribuirá para que as pessoas com deficiência possam estar envolvidas em um plano de cuidados eficaz e resolutivo para as suas diversas necessidades.

Faro (2006) afirma ainda que o processo de reabilitação é extenso e envolve componentes atitudinais, psicossociais, espirituais, econômicos e políticos, constituindo-se como grande desafio para a PcD e para o enfermeiro. Ressaltamos a heterogeneidade desse grupo, que por reunir indivíduos com deficiência implica em considerar habilidades variadas para cada necessidade, compondo um plano de ações individualizado para cada grupo e, dentro deste, reconhecendo cada ser em sua condição.

A Teoria do Autocuidado e o processo de Enfermagem

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem refere-se à prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. (TORRES, DAVIM, NÓBREGA, 1999).

Segundo Orem (1993), verifica-se um déficit no autocuidado quando há limitações de ações que impeçam o autocuidado regulador devido a saúde ou relacionado a ela, nesse caso, quando a capacidade do autocuidado exigir alguma demanda externa – representando escopo da enfermagem.

Para Orem, há no processo de autocuidado pelo menos o envolvimento de dois grupos que executam o processo de ajuda, são os que recebem os cuidados e aqueles que ofertam o referido cuidado.

Quando uma alteração no estado de saúde acarreta uma dependência total ou quase total de outros, para as necessidades de manutenção da vida e do bem-estar, a pessoa passa da posição de agente (executor) de autocuidado para a de receptor de cuidados (OREM, 1993. p. 71.)

Orem (1993, 2001) identifica alguns requisitos fundamentais no processo de autocuidado, são eles:

- 1- Requisitos de autocuidado universais: aqueles que são comuns a todos os seres humanos ao longo de sua existência, pode ser subdivido em: manutenção de aporte adequando de água e alimentos, cuidados associados aos processos de eliminação, equilíbrio entre atividade e repouso, prevenção de perigo para a vida e funcionamento de bem-estar humanos.
- 2- Requisitos de autocuidado de desenvolvimento: refere-se aos cuidados que apóiam os processos vitais e de desenvolvimento, durante determinados estágios de vida.
- 3- Requisitos de autocuidado de desvios da saúde: constituem a necessidade do cuidado terapêutico.

A Teoria do Déficit do Autocuidado sugere que as limitações de um indivíduo podem ser superadas por meio de um agrupamento de cinco métodos em situações de ajuda externa, combinados de acordo com a necessidade de cada sujeito, compreendem esses métodos, segundo Orem (1993):

- Atuar por outra pessoas ou fazer algo por ela;
- Guiar, dirigir o outro;
- Apoiar o outro, sendo que apoio significa, sustentar durante um esforço;
- Proporcionar ambiente que promova o desenvolvimento, tal como proporcionar condições que favoreçam a motivação da pessoa a estabelecer objetivos apropriados;
- Ensinar, fornecer instruções para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades individuais.

A necessidade da enfermagem, segundo Orem (1993) acontece quando a capacidade de cuidar de si dos seres humanos é acometida em situações de desvios de saúde ou quando há comprometimento nas etapas do desenvolvimento. Quando a referida capacidade para o autocuidado se torna menor que aquilo exigido para manutenção da saúde e bem-estar, a enfermagem participa em processo contínuo de cuidado.

A enfermagem, para Orem (1993) está, portanto intrinsecamente relacionada no processo seqüencial de atenção as pessoas com incapacidade de autocuidado na manutenção de sua saúde pessoal.

Segundo Britto (2007), essa teoria mantém foco principalmente no indivíduo, enquanto a enfermagem volta-se para a identificação dos déficits nas atividades da vida diária bem como na intervenção eficaz. Segundo a autora citada a Teoria do Déficit do Autocuidado relaciona a prática de enfermagem com as necessidades do sujeito fisicamente debilitado, ou ate mesmo incapacitado em sua rotina diária na manutenção de seu bem-estar na garantia de uma qualidade de vida no cotidiano de suas ações.

O déficit de autocuidado corresponde á incapacidade, parcial ou total, de um indivíduo realizar as suas atividades básicas da vida diária, devendo haver a capacidade de ver quais as necessidades básicas de autocuidado, tendo o enfermeiro um papel fundamental em qualquer situação que haja alguma incapacidade física, mas promovendo sempre o ensino e incentivando a autonomia do doente. (BRITO, 2007. P 25).

Uma atitude muito frequente em relação às PcD, em destaque pessoas cegas, é o sentimento de pena por parte de cuidadores, de familiares, da sociedade e muitas vezes da própria PcD (BRUNO, 2006). O hábito de superproteção conduz as pessoas próximas a executarem atividades que poderiam ser desempenhadas pelo indivíduo, podendo resultar em

consequências negativas na independência do sujeito com deficiência para realização das AVD's.

Para analisar a problemática do autocuidado em relação à PcD é preciso compreender o universo no qual esse sujeito está inserido, de forma a perceber no cotidiano dessa pessoa até que ponto sua independência está comprometida, seja por parte do sujeito com deficiência ou em relação a quem o acompanha em suas AVD's que, motivados por sentimentos pessoais, tendem a limitar as ações das PcD fazendo por estas atividades que lhes seja possível executar, culminando com o autocuidado prejudicado e capacidade funcional reduzida.

No processo por desenvolver o autocuidado, uma maior autonomia do sujeito, a promoção e o desempenho de realizar tais atividades, pode ser definida como objetivo a ser alcançado - parte fundamental na vida da PcD (MALTA, et al., 2006).

A Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA)

A Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA) trata-se de uma escala elaborada por Isenberg e Evers (1993), a partir de estudos com base em teorias da enfermagem de Orem. O instrumento é composto por 24 itens, em um escala com variação de 4 pontos onde o número 1 corresponde ao menor valor (nunca), na capacidade do autocuidado e o 4 equivale a máxima habilidade do sujeito (ARIAS; ALVAREZ; NELLY, 2009).

Entendendo como capacidade de autocuidado o pressuposto de Orem, que consiste na capacidade do indivíduo de agir de maneira autônoma no processo de tomada de decisão para as atividades da vida diária (VELANDIA; RIVERA, 2009).

Nesta perspectiva, para análise do autocuidado nos referenciamos pelo Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária. Esse modelo é composto por cinco itens essenciais: atividades de vida, duração de vida, grau de dependência/independência, fatores que influenciam as atividades de vida e individualidade no viver. As atividades de vida, 12 aspectos, constituem o conceito principal desse Modelo e são assim nomeadas: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controle da temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte (BEZERRA; PAGLIUCA; GALVÃO, 2009).

A partir das variáveis do Modelo de Enfermagem e da observação de outras atividades desenvolvidas pela PcD, esse estudo teve por finalidade avaliar o nível de independência para realização das atividades identificadas no instrumento utilizado para a manutenção do autocuidado de pessoas cegas.

O Ministério da Saúde no Brasil entende que para a realização de um processo eficaz de inclusão social das pessoas cegas em nosso país é necessário um real acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, políticos, econômico, científico e tecnológico (BRASIL, 2010).

Desta forma, acredita-se na pertinência desta pesquisa por elencar uma temática que envolve um grande número de cidadãos, compreendendo as pessoas cegas, seus familiares, enfermeiros e sociedade.

Ressalta-se que além do processo de cuidar, desenvolvidos por meio do Modelo de Enfermagem Baseado nas Atividades da Vida Diária, ao profissional de saúde, intrinsecamente ao enfermeiro, é fundamental a compreensão dos determinantes estruturais que implicam em maiores obstáculos para as PcD, em particular, pessoas cegas.

Acreditamos na relevância do estudo, tendo em vista a necessidade do entendimento da temática, cujo domínio implica em melhor qualidade de vida para os sujeitos cegos, por corroborar com a implementação do processo de educação em saúde no tocante à realização de cuidados básicos nas atividades da vida diária, e provável elaboração de políticas públicas que viabilizem suprir as carências da PcD, sobretudo as cegas, sob a dimensão biopsicossocial e espiritual.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e período de realização

Estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre maio e junho de 2011.

4.2 Cenário

A pesquisa foi realizada no Instituto dos Cegos do município de Campina Grande-PB, Brasil, localizado na Rua João Quirino, nº 33 - Catolé, CEP: 58410-370.

Criado em 1952 pelo Professor José da Mata Bonfim (*in memoriam*). O Instituto dos Cegos é uma associação de direito privado, de uso público, constituído por tempo indeterminado, sem fins econômicos, de caráter organizacional, filantrópico, assistencial, promocional, recreativo e educacional, sem cunho político ou partidário, com a finalidade de atender as pessoas com deficiência visual que a ela se dirigirem, independente de classe social, nacionalidade, sexo, raça, cor ou crença religiosa.

O Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste (IEACN) foi criado em 14/05/1969 e reconhecido de utilidade pública, em nível Federal, pelo processo nº 235/70; e, em nível Estadual, pela lei nº 3747 de 30 de abril de 1974.

Entre os objetivos destacam-se a contribuição com o processo de educação, reabilitação, assistência e inclusão social, das pessoas com deficiência visual; o trabalho junto às famílias de pessoas cegas e/ou de baixa visão, objetivando sua participação no processo inclusivo dos deficientes visuais; a promoção do intercâmbio entre o instituto dos cegos de Campina Grande e outras instituições afins.

Entre as principais atividades do IEACN, destacam-se:

- Promover, todos os meios ao seu alcance no intuito de emancipar as pessoas com deficiência visual, procurando favorecer seu processo de inclusão escolar e social; por meio do ensino do método Braille, além do domínio das novas tecnologias da informação e da comunicação e também incentivar a prática de atividades desportivas paraolímpicas;
- Capacitar as pessoas com deficiência visual, tendo em vista sua inserção no mercado laboral como também o desenvolvimento de suas habilidades artísticas intelectuais e culturais;

- Fomentar a criação de escolas e oficinas ocupacionais, bem como serviços de impressão Braille e acessibilidade digital, possibilitando o aproveitamento a todos os beneficiários do Instituto;
- Ampliar a Biblioteca Braille, dotando-a de obras didáticas, literárias, científicas e filosóficas, a fim de que sejam facilitados os meios de conhecimento intelectuais às pessoas com deficiência visual;
- Criar serviço especializado de apoio às pessoas da 3ª idade com deficiência visual;
- Instituir na entidade o serviço social mantido com recursos próprios e/ou através de parcerias, visando prover a assistência à saúde além de realizar orientações/encaminhamentos aos benefícios garantidos por lei as pessoas com deficiência visual, desde que estejam enquadradas na legislação vigente;

4.3 População

A população desse estudo foi composta por 24 sujeitos cegos bilateralmente que frequentam as atividades educativas do IEACN e aceitaram participar do estudo.

4.4 Critérios de inclusão

Serão considerados critérios de inclusão:

- Possuir 18 anos ou mais;
- Função cognitiva preservada;
- Ser cego bilateral a mais de um ano;
- Não possuir problema motor;
- Não possuir deficiências múltiplas;
- Manifesta aceite em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Procedimentos para coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada em encontros previamente agendados com os participantes da pesquisa, com os quais aplicou-se um questionário para a avaliação do autocuidado, a Escala ASA em anexo.

Os dados foram coletados pela pesquisadora através da utilização do seguinte instrumento:

- Escala ASA - instrumento de avaliação do autocuidado.

A Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA) foi elaborada por Isenber e Evers em 1986, a partir de estudos com base em teorias da enfermagem de Orem, da qual se entende como capacidade de autocuidado a habilidade do ser humano para realizar as práticas de autocuidado, na relação entre indivíduo e o ambiente (ALVAREZ; ARIAS, 2009) (Anexo B).

A ASA é composta por 24 itens, em um escala com variação de 4 pontos onde o número 1 corresponde ao menor valor (nunca), na capacidade do autocuidado e o 4 equivale a máxima habilidade do sujeito. A validade da ASA foi estudada por Evers e Isenberg, sendo positivamente relacionada ao estado de saúde em várias culturas diferentes (ARIAS; ALVAREZ; NELLY, 2009).

Sobre a validação da escala ASA, os autores supracitados defendem que:

“A validade externa foi demonstrada com grupos de amostras de diferentes países com características semelhantes em termos de capacidades de auto-cuidados semelhantes aos obtidos a resposta média escala. A confiabilidade do instrumento foi maior do que 0,70 em quase todos os estudos. Esther Gallegos confirmou os componentes de alimentação, tais como habilidades específicas que estão se movendo para implementar operações de atendimento e as relações teóricas entre os fatores condicionantes básicos e a capacidade de agência de autocuidado, com uma confiabilidade de 0,77 sobre a valorização de "escala da agência auto-cuidado.

O instrumento foi aplicado pela pesquisadora de forma oral, sendo lidos todos os itens da escala para cada participante, com repetição nos casos que foram solicitados. Depois da leitura, foi o item correspondente a resposta do sujeito.

4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados foram compilados no Programa Excel 2007, na qual ocorreu em dupla digitação por pessoas distintas, a fim de minimizar erros de digitação. Com análise quantitativa do percentual das respostas obtidas com o questionário.

4.7 Aspectos éticos

Foi preenchido um Termo de Compromisso pela pesquisadora para realização da pesquisa (Apêndice C). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Estadual da Paraíba - CEP/UEPB e somente após obtenção do parecer de a pesquisa foi iniciada.

Foi preenchido pela pesquisadora um Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que foi lido pelo pesquisador ao sujeito da pesquisa. Seguindo pela indicação de um local para assinatura aos participantes ou a possibilidade de impressão datiloscópica.

De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e baseando-se nos princípios da Bioética (autonomia, beneficência e não-maleficência e justiça) foi assegurado total sigilo sobre as informações coletadas, como também a privacidade de cada participante e o direito de desistir em qualquer momento da pesquisa.

5 RESULTADOS

Para responder aos objetivos do estudo, discute-se inicialmente a caracterização sócio demográfica dos participantes da pesquisa.

Os participantes foram identificados e, em relação ao gênero, 17 (71%) são do sexo masculino e 7 (29%), são do sexo feminino, apresentando uma média de idade entre 31 e 60 anos, como podemos observar no Tabela 1, havendo uma maior predominância da faixa etária entre 31 e 40 anos (33%),

Entre os sujeitos da pesquisa, em relação ao item religião, refere-se como católicos (41%), outros 25% como evangélicos e o restante como Kardecista ou sem credo religioso, 17% para cada opção, 96% são de naturalidade paraibana, sendo apenas 4% de outros estados. Metade da amostra refere que há mais de 30 anos reside na cidade na qual a pesquisa aconteceu, Campina Grande- PB, e (25%) residem em outras cidades, localizadas próximas.

Um item que chama a atenção é a escolaridade. Dos participantes do Instituto, 25% apresentaram formação superior completa, 4% com pós- graduação. Vale ressaltar que o instituto desenvolve atividades sócio educativas e que dentre os sujeitos que referem curso superior estão os professores, também são cegos e que são funcionários do Instituto.

O modelo de educação oferecido pelo instituto as crianças e alguns adultos que não dominam a prática da leitura no sistema Braille, modelo criado em 1825 por Louis Braille no qual cada “cela” é formada por um conjunto de seis pontos permitindo 63 diferentes combinações para obter todos os sinais necessários a escrita (GIL, 2000), consiste na valorização da autonomia de cada sujeito. No ato da realização aplicação do questionário, algumas pessoas encontravam-se na companhia do do “ledor”, que realizava essa tarefa junto aos alunos do instituto de forma a permitir a busca pela educação institucioalizada dessas pessoas.

Dentre os participantes do estudo, 46% apresentou estado civil solteiro, 33% são casados, 17% divorciados e apenas 4% viúvos. Apresentaram uma média de dois filhos em 21% dos casos, mas a maioria (37%) não tem filhos, como podemos observar na Tabela assegurar.

Tabela 1 Apresentação Sociodemográfica dos Sujeitos

Variáveis	n	%
SEXO		
Masculino	17	71
Feminino	7	29
IDADE/Anos		
21-30	3	13
31-40	8	33
41-50	6	25
51-60	5	21
Acima de 60	1	4
Não sabe informar	1	4
RELIGIÃO		
Católico	10	41
Evangélico	6	25
Kardecista	4	17
Sem credo religioso	4	17
ESTADO EM QUE NASCEU		
PB	23	96
Outro	1	4
GRAU DE ESCOLARIDADE		
1º Grau	7	29
2º Grau	6	25
Curso Superior	6	25
Pós- Graduação	1	4
Nenhuma	4	17
ESTADO CIVIL		
Solteiro (a)	11	46
Casado (a)	8	33
Divorciado (a)	4	17
Viúvo (a)	1	4
NÚMERO DE FILHOS		
Nenhum	9	37
1	4	17
2	5	21
3	1	4
Mais de 3	5	21

Fonte: Direta, 2011.

Considerando que um dos objetivos específicos do estudo é a apresentação sociodemográfica, isto é conhecer sob que condições vivem os sujeitos, evidenciou-se que entre os participantes, a 32% vivem com esposo (a) ou companheiro (a), 29% com filhos, 20% irmãos, 12% com os pais, 5% outros parentes e 2% moram sozinhos.

Avaliação da Competência para o Autocuidado

A Tabela 2 apresenta a totalidade das respostas em relação ao instrumento ASA utilizado para avaliação da competência do autocuidado.

Tabela 2: Escala de Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA). IEACN, 2011.

Item	Nunca		Quase Nunca		Quase Sempre		Sempre	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
À medida que as circunstâncias mudam, faço ajustes para manter a minha saúde	0	0	2	8,3	8	33,3	14	58,4
Certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas	1	4,1	1	4,1	8	33,3	14	58,4
Se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda	1	4,1	0	0	9	37,6	14	58,4
Eu posso fazer o que é necessário manter o ambiente limpo onde eu moro.	1	4,1	3	12,5	2	8,3	18	75
Faço em primeiro lugar o que for preciso para me manter saudável	0	0	2	8,3	9	37,6	13	54,2
Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria.	9	37,6	10	41,7	1	4,1	4	16,7
Eu posso buscar melhores formas de cuidar da minha saúde do que as que tenho agora.	0	0	2	8,3	10	41,7	12	50
Altero a frequência com que tomo banho a fim de estar sempre limpo.	2	8,3	1	4,1	6	25	15	62,6
Para manter meu peso, mudo meus hábitos alimentares.	2	8,3	6	25	4	16,7	12	50
Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser.	6	25	8	33,3	7	29,2	3	12,5
Penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo.	6	25	6	25	7	29,2	5	20,8
Quando preciso de ajuda, posso recorrer a meus amigos.	3	12,5	2	8,3	6	25	13	54,2
Posso dormir o suficiente para me sentir descansado.	0	0	3	12,5	8	33,3	13	54,2
Quando recebo informações sobre minha saúde, peço informações sobre o que não compreendo.	1	4,1	4	16,7	6	25	13	54,2
Inspeciono meu corpo a fim de perceber se há alguma alteração.	5	20,8	4	16,7	2	8,3	13	54,2
Posso mudar hábitos a fim de melhorar minha saúde.	0	0	2	8,3	7	29,2	15	62,5
Quando preciso tomar uma nova medicação, peço informações sobre os seus efeitos secundários.	2	8,3	1	4,1	9	37,6	12	50
Sou capaz de tomar atitudes a fim de proteger a mim e a minha família.	0	0	0	0	5	20,8	19	79,2
Sou capaz de avaliar o que é bom para minha saúde.	0	0	1	4,1	7	29,2	16	66,7
Devido a minhas ocupações diárias, é difícil ter tempo para cuidar de mim.	4	16,7	8	33,3	6	25	6	25
Se minha saúde está afetada, posso obter informações necessárias sobre o que fazer.	0	0	2	8,3	6	25	16	66,7
Se eu não posso cuidar de mim, eu posso buscar ajuda.	0	0	0	0	5	20,8	19	79,2
Tenho tempo para mim.	0	0	2	8,3	7	29,2	15	62,5
Apesar das minhas limitações para me locomover, posso cuidar de mim como eu gosto.	0	0	3	12,5	5	20,8	16	66,7

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

Em relação ao instrumento para avaliação do autocuidado, a escala ASA, o primeiro item, referente às adaptações do sujeito para ajustar a saúde, à medida que as circunstâncias mudam, quando era solicitado na leitura do instrumento cada sujeito recebia a informação que essas circunstâncias se referiam ao cotidiano da vida diária, 14 pessoas (58,33%) disseram que sempre fazem ajustes a fim manterem boas condições de saúde de acordo com as mudanças.

O segundo item do questionário ASA, certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas, a maioria dos sujeitos (14), mais de 58%, apontam que fazem a relação entre as atitudes cotidianas e melhores condições de saúde, na auto avaliação que faziam sobre esse fator, como podemos observar no Gráfico 2 a seguir.

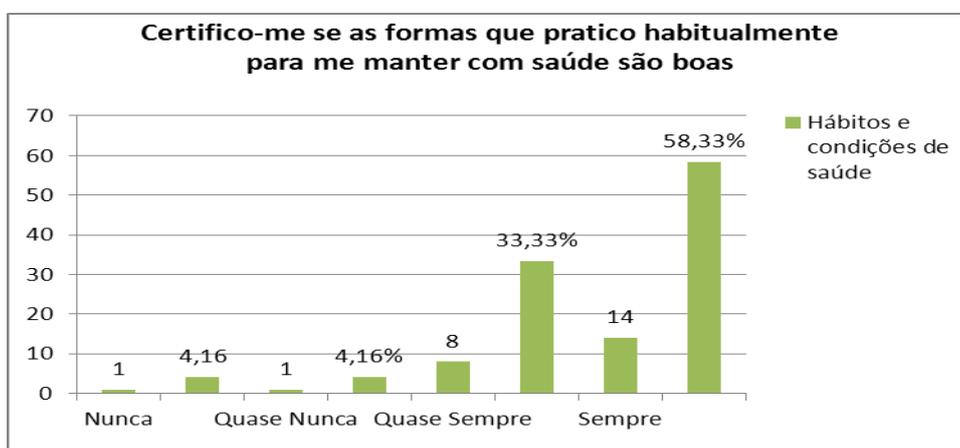


Gráfico 1 Atitudes cotidianas e melhores condições de saúde

Fonte: direta, 2011.

O gráfico acima apresenta o número absoluto e a frequência das pessoas que responderam ao correspondente item no instrumento, no qual podemos identificar os poucos resultados de sujeitos cegos que não avaliam suas condições de saúde em relação às práticas habituais do cotidiano.

Na escala ASA, as opções nunca ou quase nunca foram relacionadas a déficit no autocuidado com a saúde por parte dos sujeitos que foram investigados. Nesse sentido, dos 24 itens do instrumento, 13 obtiveram respostas nas opções nunca ou quase nunca, caracterizando um os itens mais afetados em relação ao autocuidado, conforme apresentado na Tabela 3

Tabela 3 Variáveis que apresentam déficit no autocuidado de acordo com a Escala ASA

Itens	%
Certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas	4,16
Se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda	4,16
Eu posso fazer o que é necessário manter o ambiente limpo onde eu moro	4,16
Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria	37,5
Altero a frequência com que tomo banho a fim de estar sempre limpo	8,33
Para manter meu peso, mudo meus hábitos alimentares	8,33
Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser	25
Penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo realizar tais atividades	25
Quando preciso de ajuda, posso recorrer a meus amigos	12,5
Quando recebo informações sobre minha saúde, solicito esclarecimentos sobre o que eu não consigo compreender	4,16
Inspeciono meu corpo a fim de perceber se há alguma alteração	5
Quando preciso tomar uma nova medicação, solicito informações sobre os efeitos secundários desse medicamento	8,33
Devido a minhas ocupações diárias, é difícil ter tempo para cuidar de mim	16,66

Fonte: Direta, 2011.

Pelo exposto, temos que o item mais afetado em relação ao autocuidado avaliado pela escala é em relação ao déficit de autocuidado devido a falta de forças, com 37,5%, e em relação ao tempo dedicado a cuidar de si em detrimento de falta de tempo, com 16,66%. Em relação aos itens: Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser e, penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo realizar tais atividades, seis pessoas (25%) em cada item disseram que quase nunca fazem essas atividades.

Em relação a observar o corpo a fim de buscar alguma alteração no cuidado com a saúde e a falta de tempo para cuidado pessoal, em cada item 4 pessoas cegas (16,66%), disseram que quase nunca fazem isso, como podemos observar na Tabela 5.

A maioria das pessoas referem que Sempre observam atividades de cuidado em relação a saúde e bem estar, apontados pela escala ASA, como podemos observar na apresentação da Tabela 4 consolidada, os maiores valores referem-se a possibilidade de sempre buscarem ajuda, quando não houver a possibilidade de autocuidar-se (79,16%) e a manutenção do ambiente onde mora em relação a limpeza (75%).

ANALISE E DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, em relação ao autocuidado de pessoas cegas, não podemos considerar que há alguma associação entre a diferença de homens e mulheres para essa variável. Com base na literatura, tem-se que a deficiência visual impõe restrições ao desenvolvimento seguro e confiante da PcD no ambiente, a medida que interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas no ambiente (MALTA, et al. 2006). Assim, entre os 24 sujeitos que participaram do estudo a capacidade do autocuidado foi avaliada em relação ao quantitativo de respostas, independente do gênero e da idade dos sujeitos.

Nesse estudo a avaliação do autocuidado, objetivo principal, está associada a possibilidade de autonomia em relação as atividades diárias do sujeito (KASTRUP et al., 2009; BAPTISTA; PAGLIUCA, 2009; GUIMARÃES, 2009), considerando aqui as atividades relacionadas a manutenção da própria saúde e ao ambiente identificados na escala ASA para avaliação do autocuidado.

O papel da interação social para qualquer cidadão é o estabelecimento de vínculos e a formação de laços afetivos, a educação nesse sentido, segundo Bruno (2006) possibilita a satisfação das necessidades básicas por meio da convivência e da troca de experiência adquiridas dentre outras, pelo processo de educação, dos sujeitos que participaram da pesquisa, a educação institucionalizada, refere-se a capacidade da pessoa por construir esse processo de participação direta da vida em seu meio social.

Nesse sentido, a existência de PcD que apresentam a falta de educação institucionalizada, ou seja sem nenhum grau de escolaridade se configura como uma preocupação para a qualidade de vida e autonomia do sujeito.

Ainda sobre o assunto da educação, parte a amostra apontou como nível de escolaridade a formação superior, na literatura não foi encontrada referência sobre esse índice entre as pessoas com deficiência visual mas, tem-se que em decorrência do estudo ter sido realizado em uma instituição educacional e naquele ambiente circularem professores e funcionários públicos, essa condição de escolaridade foi propiciada por essa circunstância.

No concernente ao cenário social aonde vivem as PcD, Baptista e Pagliuca (2009) sinalizam mudanças que incidem sobre a qualidade de vida dessas pessoas uma vez que o nível de independência tem sido cada vez mais evidente, se afastando da concepção de que o deficiente seja também incapaz. De forma ainda tímida entre os sujeitos do estudo percebemos essa realidade quando são encontrados PcD que moram sozinhos, por exemplo.

Embora seja encontrados sujeitos que vivam com companheiros ou com filhos, ainda é comum encontrar a associação entre a PcD e um sentimento de pena do meio externo (BRUNO, 2006), viver sozinho implica na capacidade do sujeito cego de manter-se em condições de autonomia capaz de desmistificar esse sentimento e a prática estigmatizadora de que o deficiente é também dependente.

Estudos críticos apontam que a busca pelo processo de reabilitação da PcD envolve uma grande mobilização social, entre a PcD, família e sociedade que se mostrem comprometidos em habilitar o sujeito cego a executar tarefas que lhe sejam possíveis em relação ao autocuidado, com a implementação de atividade nas quais o principal objetivo seja o estímulo da independência da pessoa (FARO, 2006).

O enfermeiro nesse processo de reabilitação social da PcD visual deve atuar de maneira a melhor propor condições de que a PcD cega exerça tarefas que garantam a gerência do cuidado com sua saúde e com o ambiente em que vive, uma vez que esse grau de autonomia fundamental para a garantia de um efetivo processo de reabilitação (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

Os principais estudos que validam o uso da Escala para Avaliação da Competência para o Autocuidado (ASA), apontam que menor índice, nunca, refere-se a menor gerência do indivíduo para a realização de atividades referentes ao seu autocuidado, entendendo por essa capacidade o conceito da teoria de Dorothea Orem, no qual autocuidado está associado a autonomia do sujeito no exercício de cuidar de si, por tomada de decisão para manter sua saúde e bem-estar. Associado que a resposta, sempre, aumenta a autonomia do sujeito na realização do autocuidado (MANRIQUE-ABRIL; FERNÁNDEZ; VELANDIA, 2009).

No estudo em questão, alguns sujeitos referem que nunca se mostram capaz de mudar de hábitos alimentares em detrimento do peso, afirmando que nunca ou quase nunca conseguem fazer algo para manter limpo o ambiente onde moram. Para França e Pagliuca (2009), são exemplos de atividades básicas no processo de reabilitação: o cuidado corporal, o vestuário, a aparência pessoal e alimentação, por exemplo.

Ainda segundo essa autoras, alguns estudos afirmam que ao enfermeiro incube o papel de atuar de forma não diretiva a fim de que seja possível a compreensão do universo subjetivo da reabilitação. Nesse sentido, quando os sujeitos que participaram do estudo dizem que não conseguem fazer exercícios nem descansar durante o dia, é importante ressaltar que são hábitos de vida como esses que permite ao sujeito melhor qualidade de vida e auto estima.

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem refere-se à prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-

estar (TORRES, DAVIM, NÓBREGA, 1999). Assim, considerando que a maioria dos sujeitos do estudo disseram que sempre buscam ajustes para manter boas as suas condições de saúde e que são capazes de tomar atitudes para defenderem a si e sua família, apontando ainda boas condições para cuidados com o ambiente onde residem, conclui-se que a manutenção da vida e de condições de saúde, os sujeitos cegos possuem um bom autocuidado.

Nessa perspectiva, a análise do autocuidado baseada no Modelo de Enfermagem Baseado nas AVD's no qual o grau de dependência/independência exerce influencia nas atividades de vida do sujeito, temos que, pelo estudo, as pessoas cegas apresentam um elevado grau de capacidade de autocuidado. Os tres itens relacionados a manutenção da saúde do sujeito, à medida que as circunstancias mudam, faço ajustes para manter minha saúde; certifico-me que as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas e se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda, obtiveram resposta positiva, ou seja os sujeitos do estudo apontam que sempre exercem essa condição de independência na avaliação do autocuidado.

Entre as atividades de vida que constituem avaliação de capacidade de autocuidado, segundo Bezerra, Pagliuca e Galvão (2009), está a higiene pessoal e o sono, nesse sentido quando solicitado aos sujeitos do estudo a capacidade de alterar a frequência com que tomava banho a fim de ficar sempre limpo, muitos responderam que sempre ou quase sempre tinham condições de realizarem essa atividade, assim como em relação a dormir o suficiente, os sujeitos cegos disseram que sempre ou quase sempre dormem o suficiente para se sentirem descansados, apontando para um bom autocuidado em relação a higiene pessoal e a preservação do sono.

Sobre a alimentação, metade da amostra afirma ser capaz de mudar de hábitos alimentares caso fosse necessário a fim de manter o peso. Entendendo como capacidade de autocuidado o pressuposto de Orem, que consiste na capacidade da PcD visual ou cego de agir de maneira autônoma no processo de tomada de decisão para as atividades da vida diária (VELANDIA; RIVERA, 2009). Gerir hábitos como qualidade da alimentação, do sono e prática de exercício físico permite inferir que esses sujeitos mantem boas condições de autocuidado.

Para Orem (1993), verifica-se um déficit no autocuidado quando as atividades de vida diária são afetadas e há limitações que condicionem o sujeito a necessidade de ajuda externa. Pelo estudo em questão, em relação ao item: posso cuidar de mim como eu gosto, a maior parte dos sujeitos afirmam que podem cuidar de si como gostam, e, a maioria também dizem

que podem buscar ajuda caso não tenham condições de prover pra si os cuidados necessários em suas atividades diárias.

A tomada de decisão para a realização de atividades do autocuidado envolve uma maior autonomia para o sujeito, atitude fundamental a PcD (MALTA, 2006), nesse sentido, pode-se interpretar que, entre participantes, há um autocuidado positivo no que se refere a avaliação do próprio corpo a fim de perceber se há possíveis alteração no corpo, assim como na possibilidade que os sujeitos cegos apontam de sempre buscar informações sobre o que fazer em relação a sua saúde, permitindo aos sujeitos cegos autonomia sobre a tomada de decisão no processo de autocuidado do próprio corpo e da saúde.

O fato de receber de alguém ajuda para executar algum cuidado, para Orem (1993) não implica na ausência do autocuidado, tendo em vista que segundo a mesma, há no processo de autocuidado pelo menos o envolvimento de dois grupos que executam o processo de ajuda, são os que recebem os cuidados e aqueles que ofertam o referido cuidado, assim, quando os sujeitos da pesquisa apontam em que podem recorrer aos amigos caso não tenham condições de cuidar de si, entende-se que há aqui um autocuidado positivo, uma vez que a manutenção da vida e do bem-estar é possível para esses sujeitos.

A necessidade da enfermagem, segundo Orem (1993) acontece quando a capacidade de cuidar de si nos seres humanos é acometida em situações de desvios de saúde ou quando há comprometimento nas etapas do desenvolvimento, de maneira a exigir um processo sequencial na manutenção da saúde. Quando a referida capacidade para o autocuidado se torna menor que aquilo exigido para manutenção da saúde e bem-estar, a enfermagem participa em processo contínuo de cuidado.

O enfermeiro participa do processo de reabilitação e reintegração das PcD ajudando-as a assumir as atividades de autocuidado, como as que foram citadas acima, no cuidado corporal, alimentação, cuidados do lar. Segundo Pagliuca e França (2009), recomenda-se que os enfermeiros atuem de forma não diretiva, abrindo espaço para percepção de sentimentos e ideias que estejam subentendidos na voz, nos gestos, nos atos dos sujeitos.

O estudo realizou-se em período diurno, no qual havia disponibilidade de aplicação do instrumento tanto no período da tarde quanto da manhã, todavia houve uma grande dificuldade em relação ao número de participantes cegos que frequentam as atividades do IEACN, segundo informação, há um quantitativo de 102 sujeitos inscritos no Instituto, entre estes pessoas com baixa visão e crianças que não participaram da amostra. Alguns desses inscritos não frequentam as atividades de forma contínua e outros devido a idade e o longo

tempo que estão no IEACN vão ao local apenas em datas comemorativas, segundo a coordenação local.

Tendo em vista os resultados obtidos nas respostas dos sujeitos, a hipótese do estudo não foi comprovada, uma vez que os sujeitos cegos que frequentam as atividades do IEACN refere-se com boas condições de avaliação do autocuidado de si em relação a saúde, ambiente e pessoas com quem convivem.

CONCLUSÃO

A história das PcD apresenta uma série de lacunas nas quais se percebe a necessidade de melhores condições de infra estrutura, de capacitação, de espaços públicos que possam comportar toda a diversidade que há no país em relação ao número de pessoas com algum tipo de deficiência. Em relação as pessoas cegas, a falta de visão muitas vezes se apresenta como um dos problemas desses sujeitos, não se configurando como determinante em várias situações.

Dos mais de 20 milhões de brasileiros com alguma deficiência, muitos certamente não desfrutam de um modelo de saúde e qualidade de vida que assegure o direito constitucional de que todo cidadão brasileiro tem, que é o acesso a saúde, educação e bem estar. Todavia tem-se que em relação ao nível de autonomia desses sujeitos as conquistas alcançadas com o desenvolvimento de tecnologias e métodos educacionais, como o sistema Braille para cegos, por exemplo, configuram avanços significativos na história.

Concluimos com os resultados desse trabalho, que de maneira geral as PcD que frequentam o IEACN, apresentam um bom grau de autocuidado. Independente do sexo, homens e mulheres, com idades variáveis tem condições de serem independentes e autônomos em muitas atividades relacionadas a vida diária. E que nos casos onde não é possível a esses sujeitos a manutenção de seu autocuidado é possível buscar ajuda.

A partir da análise dos dados sociodemográficos, verificou-se que as PcD visual são em maioria homens, com idade entre 31 e 40 anos e são católicos. Em relação a escolaridade, os sujeitos cegos apontam que há uma predominância no item dos que concluíram o primeiro grau, são solteiros e não tem filhos.

Respondendo a um de nossos objetivos, entre as AVD não há um comprometimento do autocuidado das PcD que participaram do estudo, as quais apontam que tem condições de auto avaliação do próprio corpo, de cuidar do ambiente em que vive e de buscar ajuda caso seja necessário.

Entre os itens da escala ASA mais afetados que se referem a um possível déficit no autocuidado de PcD visual, destacam-se: Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria, quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser, penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo e, devido as minhas ocupações diárias, é difícil ter tempo para cuidar de mim.

Analisando o autocuidado pela teoria proposta pela enfermeira Dorothea Orem, pela qual o déficit do autocuidado é identificado quando exige uma dependência por parte do

sujeito, dos 24 indivíduos que frequentam as atividades do IEACN, não há uma evidência que nos permita dizer que são pessoas com comprometimento nas atividades da vida diária, uma vez que pela escala ASA, a maioria dos sujeitos apontam que Sempre ou Quase Sempre tem condições de manterem cuidados relacionados a sua vida, saúde e bem estar.

Pela variedade das respostas, por mais que em alguns itens tenham apresentado respostas referente a possibilidade Nunca ou Quase Nunca, onde seria possível identificar déficit no autocuidado, essas respostas foram em número pouco expressivo e, diante de uma análise geral as pessoas cegas que frequentam o IEACN demonstram que cuidam bem de sua saúde, do meio em que vivem e das pessoas com que se relacionam.

A importância da atuação do enfermeiro na promoção da capacidade do autocuidado deve estar centrada na condição individual de cada sujeito, de maneira a estimular suas potencialidades a fim de que o indivíduo apresente uma maior autonomia na execução de atividades básicas como as que são evidenciadas pela Teoria de Orem, de higiene, comunicação, habitação, etc. A enfermagem tem a possibilidade de participar de maneira direta na capacitação do sujeito cego para que ele exerça da melhor maneira possível as atividades básicas de autocuidado na vida diária.

Para tanto infere-se que a formação profissional deva dar maior ênfase aos cuidados dispensados pelos enfermeiros as PcD, na tentativa de desfazer a antiga criação de que deficiência esteja condicionada a incapacidade.

A formação profissional deve estar pautada em princípios interdisciplinares a fim de que as dificuldades apresentadas pela PcD possam ser resolvidas de forma eficaz e segura pela equipe de saúde, de modo a tornar possível a cada sujeito cego a possibilidade de manutenção do autocuidado em relação as atividades de vida diária, uma vez que essa autonomia se apresentou como fundamental na qualidade de vida e saúde de cada sujeito.

REFERÊNCIAS

ARIAS, V; ALVAREZ, R; NELLY, L. Confiabilidade da escala ‘Apreciação da Agência de Autocuidado’ (ASA), segundo a versão em espanhol, adaptada ao povo colombiano. *Rev. Enfermagem*. V 1. P. 38-47, 2009. Disponível em: <http://www.docentes.unal.edu.com/>. Acesso em: 15 de abril de 2011.

BAPTISTA R. P. L. Disabled person an evolutionary perspective: conceptual analysis *Online Brazilian Journal of Nursing*. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2511>. Acesso em: 05 de março de 2011.

BERNARDES, L. C. G *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.1, pp. 31-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 23 de março de 2011.

BEZERRA, C. P; PAGLIUCA, L. M. F; GALVAO, M. T. G. Modelo de enfermagem baseado nas atividades de vida diária: adolescente diabética e deficiente visual. **Escola Anna Nery** [online]. 2009, vol.13, n.4, pp. 842-848.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 72 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 09 de abril de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2. ed. rev. atual.– Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006 346 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência. Ministério da Saúde: Brasília, 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>>. Acesso em: 07 de abril de 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 22 de abril de 2011.

_____. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora**

de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 21 dez. 1999. Seção 1, p. 10.

BRITO, M. A. G. Diagnósticos de enfermagem da NANDA identificados em pessoas com lesão medular mediante abordagem baseada na teoria do déficit do autocuidado. Goiânia, 2007. 229 f. Dissertação de mestrado UFG, Faculdade de enfermagem, 2007. Disponível em: http://bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=86

BRUNO, M. M. G. Educação infantil : saberes e práticas da inclusão : dificuldades de comunicação sinalização: deficiência visual. [4. ed.]. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006. P 81. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deficienciavisual.pdf>

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista Escola de Enfermagem.USP** [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 128-133.

FRANCA, I. S. X; PAGLIUCA, L. M. F; BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Acta Paulista Enfermagem.** 2008, vol. 21, n 1, pp.112-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em: 21/03/2011

FRANCA, I. S. X; PAGLIUCA, L. M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Revista Escola de enfermagem USP** [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 178-185.

GUIMARÃES, Z. M. A. O desempenho do/a leitor/a em situações de prova em tinta junto a pessoas cegas. Dissertação (Mestrado em Linguagem e Ensino) Universidade Federal de Campina Grande, 2009. Disponível em: <http://ufcg.com.br/dissertacoes/>. Acesso em 15 de abril de 2011.

KASTURO, V. *et all.* O APRENDIZADO DA UTILIZAÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO SENSORIAL VISUO-TÁTIL POR PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL: PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS. **Psicologia & Sociedade**; vol 21 n° 2. pp 256-265. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em 28 de março de 2011.

LIRA, M. C. F; SCHLINDWEIN, L. M. A PESSOA CEGA E A INCLUSÃO: UM OLHAR A PARTIR DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL Cad. Cedes, Campinas, vol. 28, n. 75, p. 171-190, maio/ago. 2008.

LISBOA, C. R. **Risco para úlcera por pressão em idosos institucionalizados.** Belo Horizonte: UFMG, 2010, 121 p. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <http://www.enfermagem.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/CristianeRLisboa.pdf>. Acesso em: 09 de abril de 2011.

MALTA, J ET *et all.* Desempenho funcional de crianças com deficiência visual, atendidas no Departamento de Estimulação Visual da Fundação Altino Ventura. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, v. 69, n. 4, p. 571-574, jul./ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_17.pdf

MANRIQUE-ABRIL, F; FERNÁNDEZ, A.; VELANDIA, A. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan, Vol. 9, Núm. 3, diciembre-sin mes, 2009, pp. 222-235. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74112147003>. Acesso em: 19 de abril de 2011.

OREM, D. E. Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica. 4. ed. Barcelona: Masson/Salvat, 1993.

OREM, D. E. Modelo de Orem. Nursing. Concepts of Practice. 6. ed. St. Louis, Missouri: Mosby, 2001.

RESNIKOFF, S. et al. Global data on visual impairment in the year 2002, 2004. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 72 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 09 de abril de 2011.

RIVERA ALVAREZ, Luz N.. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev. salud pública* [online]. 2006, vol.8, n.3, pp. 235-247. ISSN 0124-0064. doi: 10.1590/S0124-00642006000300009.

SANTOS; I. SARAT; C. N. F. MODALIDADES DE APLICAÇÃO DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM EM COMUNICAÇÕES CIENTÍFICAS DE ENFERMAGEM BRASILEIRA. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):313-8.

SMELTER. S. C; MELTZER. B. BG. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

SMELTZER, S. C.; et al. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 11. ed. V. 4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TORRES, G.V; DAVIM. M. B; NÓBREG. M. L. **Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de orem: estudo de caso com uma adolescente grávida.** Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 2 - p. 47-53 - abril 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13461.pdf>. Acesso em: 10 de março de 2011.

VELANDIA; A, A; RIVERA, A. L. N. Scale reliability "Self-care Agency Appreciation" (SAA), second version in Spanish, adapted for the Colombian population. *In: Avances en enfermería. Vol XXVII.* Jan./June 2009, N. 1, p.38-47. Disponível em: <http://www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/Confiableidad%20de%20la%20escala%20AS>

[A%20segunda%20version%20en%20espa%3Fol%20adaptada%20para%20poblacion%20colombiana.pdf](#). Acesso em: 13 de abril de 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Management of low vision in children*, 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008 72 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 09 de abril de 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DE
AUTOCUIDADO EM PESSOAS CEGAS**

Eu, **Inacia Sátiro Xavier de França**, da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 174.074 e CPF: 098.639.234.00 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

Campina Grande, Abril de 2011.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE
(OBSERVAÇÃO : para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS CEGAS**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS CEGAS** terá como objetivo geral Verificar a capacidade funcional e de autocuidado em pessoas cegas no município de Campina Grande-PB.

A coleta de dados será feita através da Escala de Katz e Escala ASA. Os riscos serão mínimos para os sujeitos da pesquisa.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3341 2766 com INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

ANEXOS

ANEXO A- Formulário de Parecer do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ - REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

PROJETO: CAAE N: 0143.0.133.000-11

PARECER

- APROVADO
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TITULO: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS CEGAS

PESQUISADOR (A): INÁCIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA

ORIENTANDO: ANA PAULA ANDRADE RAMOS

PARECER: Considerando a relevância do estudo que tem por objetivo geral "Verificar a capacidade funcional e de autocuidado em pessoas cegas que frequentam as atividades do Instituto dos Cegos em Campina Grande-PB". O presente estudo atende aos critérios exigidos pelo CEP/UEPB baseado na Res. Nº 196/96.

Sendo **APROVADO**.

Campina Grande, 12 de maio de 2011

Parecerista :09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Domilcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**ANEXO B - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE AGÊNCIA DE AUTOCUIDADO
(ASA)**

Item	Nunca	Quase Nunca	Quase Sempre	Sempre
À medida que as circunstâncias mudam, faço ajustes para manter a minha saúde	1	2	3	4
Certifico-me se as formas que pratico habitualmente para me manter com saúde são boas.	1	2	3	4
Se eu tiver dificuldade para me mover posso obter ajuda	1	2	3	4
Eu posso fazer o que é necessário manter o ambiente limpo onde eu moro.	1	2	3	4
Faço em primeiro lugar o que for preciso para me manter saudável	1	2	3	4
Não tenho força necessária para cuidar de mim como eu deveria.	1	2	3	4
Eu posso buscar melhores formas de cuidar da minha saúde do que as que tenho agora.	1	2	3	4
Altero a frequência com que tomo banho a fim de estar sempre limpo.	1	2	3	4
Para manter meu peso, mudo meus hábitos alimentares.	1	2	3	4
Quando há situações que me afetam, posiciono-me de forma a não mudar meu jeito de ser.	1	2	3	4
Penso em fazer exercícios e descansar um pouco durante o dia, mas não consigo realizar tais atividades.	1	2	3	4
Quando preciso de ajuda, posso recorrer a meus amigos.	1	2	3	4
Posso dormir o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4
Quando recebo informações sobre minha saúde,				

solicito esclarecimentos sobre o que eu não consigo compreender.	1	2	3	4
Inspecciono meu corpo a fim de perceber se há alguma alteração.	1	2	3	4
Posso mudar hábitos a fim de melhorar minha saúde.	1	2	3	4
Quando preciso tomar uma nova medicação, solicito informações sobre os efeitos secundários desse medicamento.	1	2	3	4
Sou capaz de tomar atitudes a fim de proteger a mim e a minha família.	1	2	3	4
Sou capaz de avaliar o que é bom para minha saúde.	1	2	3	4
Devido a minhas ocupações diárias, é difícil ter tempo para cuidar de mim.	1	2	3	4
Se minha saúde está afetada, posso obter informações necessárias sobre o que fazer.	1	2	3	4
Se eu não posso cuidar de mim, eu posso buscar ajuda.	1	2	3	4
Tenho tempo para mim.	1	2	3	4
Apesar das minhas limitações para me locomover, posso cuidar de mim como eu gosto.	1	2	3	4