



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

ANDRESSA KALINE FERREIRA ARAÚJO

Avaliação da Capacidade Funcional em Pessoas Cegas

CAMPINA GRANDE – PB
2011

ANDRESSA KALINE FERREIRA ARAÚJO

Avaliação da Capacidade Funcional em Pessoas Cegas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção da graduação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Inacia Sátiro Xavier de França

CAMPINA GRANDE – PB
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

A663a Araújo, Andressa Kaline Ferreira.
Avaliação da capacidade funcional em pessoas cegas
[manuscrito] / Andressa Kaline Ferreira Araújo. – 2011.
53 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 oftalmológica. 2. Capacidade
funcional. 3. Deficientes visuais. I. Título.

21. ed. CDD 610.736 77


ANDRESSA KALINE FERREIRA ARAÚJO

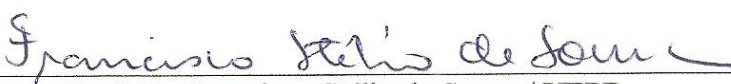
Avaliação da Capacidade Funcional em Pessoas Cegas

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção da graduação.

Aprovada em 20 / 06 / 2011.


Prof.^ª Dr.^ª Inacia Sátiro Xavier de França / UEPB
Orientadora


Prof. Ms. Alexandre Silva Coura / UFRN
Examinador


Prof. Dr. Francisco Stélio de Sousa / UEPB
Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo discernimento que me foi conferido e conforto espiritual que sempre me foi ofertado.

Aos meus pais, Cléa Maria e Geraldo Araújo, e irmão, Anderson Igor Ferreira Araújo, pelo amor, esforço, dedicação e compreensão.

À minha pequena grande amiga, Marília Cacho, responsável por uma coletânea de ótimos momentos vivenciados e dos que ainda estão por vir.

À minha querida amiga Amanda Suellem, que há tantos anos vem de forma tão meiga e carinhosa ofertar a mim sua amizade.

À Priscila Cruz Melo e Jordanny Barbosa, amores de amiga, semeadas na universidade, mas com consistência para toda a vida.

À Wilza Karla e Gilmara Henriques, amigas conquistadas em Ciências Biológicas que perduraram pela Enfermagem e agora, para minha vida.

Ao meu querido amigo, Sidney Melo, que há anos vem demonstrando tanto carinho, cuidado e amizade.

A Allysson Allan, pela amizade e apoio devotados em todo o período da graduação.

Às minhas amigas Ana Lígia, Ana Paula, Cibely e Jossana, pela amizade e cumplicidade devotadas nesses cinco anos de convivência.

Aos amigos de curso Tasso Roberto e Diogo Rodrigues, pela sincera amizade.

À minha orientadora, Professora Inacia Satiro Xavier de França, a qual sempre com muita sabedoria e palavras de motivação, tornou-se muito importante na trajetória acadêmica ao empreender esforços a fim de viabilizar sucesso acadêmico e profissional de seus gepasquianos.

Ao querido amigo e co-orientador, Alexsandro Silva Coura, muito importante não só na graduação, mas pelos bons momentos vivenciados inerentes a uma verdadeira amizade.

Ao Professor Francisco Stélio, examinador deste Trabalho de Conclusão de Curso, pelo valioso préstimo de se disponibilizar a agregar valiosas contribuições ao estudo realizado.

Ao Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste por empreender seus valiosos préstimos no sentido de viabilizar a coleta de dados deste estudo, tornando possível a realização deste trabalho.

A todas as pessoas cegas participantes deste estudo, pela disponibilidade e aceitação em colaborar com esta pesquisa.

À Universidade Estadual da Paraíba, que durante cinco anos de graduação corroborou com minha formação academia e profissional, experiências válidas para toda uma vida.

Obrigada a todos vocês!!!

RESUMO

As ações e os serviços de saúde que permeiam o Sistema Único de Saúde visam à erradicação da desigualdade na assistência à saúde. Neste contexto, a deficiência visual deve ser relacionada aos fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, educacionais, dentre outros. A qualidade de vida e saúde da pessoa cega à medida que possibilita promover o desenvolvimento de potencialidades individuais, mantém uma estreita relação com a prevenção ou redução de incapacidades a partir de sua independência nas atividades do cotidiano. Espera-se que os resultados possam contribuir para a criação de um protocolo de pesquisa, para o planejamento de políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência (PcD), para a formação de recursos humanos em saúde e para a ampliação de pesquisas e publicações. Nessa perspectiva, traçou-se como objetivo verificar capacidade funcional em pessoas cegas que frequentam as atividades do Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste (IEACN) em Campina Grande – PB. O estudo é do tipo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado entre os meses de maio e junho de 2011, no IEACN. A população foi composta por 24 pessoas cegas adultas que participam das atividades do IEACN, com função cognitiva normal. Foram utilizados dois questionários: Instrumento Sociodemográfico da PcD visual e Escala de Katz – possibilita verificar a capacidade funcional das pessoas para Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's). Foi realizada estatística descritiva dos dados, os quais foram compilados no Programa Excel 2007. Foram seguidas as recomendações éticas para pesquisas com seres humanos. Verificou-se os seguintes resultados quanto aos dados sociodemográficos: 71% são do sexo masculino; 79% apresentam idade entre 31 e 50 anos; 41% são católicos; 96% nasceram no estado da PB; 50% mora nesta cidade há mais de 30 anos; 29% apresenta primeiro grau completo; 46% são solteiros(as); 37% não têm filhos; 38% moram com 1 e/ou 2 pessoas; e, 32% convivem com esposo(a)/ companheiro(a). No tocante à capacidade funcional, têm-se os seguintes dados: a maioria é independente em todas as variáveis referentes a ABVD's; 67% são independentes nas seis funções (IK = 0); e as ABVD'S mais afetadas são continência (46%) e vestir-se (36%). Condições sociodemográficas desfavoráveis podem corroborar negativamente com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, sobretudo as PcD visual. Esse alto índice de independência funcional pode ser refletido pelo fato de ao chegar à idade adulta, a pessoa com deficiência visual congênita em geral já passou por um processo de reabilitação, de escolarização, de orientação e mobilidade, de aquisição de hábitos de higiene e cuidados pessoais. Foi possível concluir que, quanto aos aspectos sociodemográficos, é evidente a precariedade deste seguimento social no que concerne ao grau de instrução. Em relação à capacidade funcional, as pessoas cegas participantes do estudo são independentes em todas as variáveis referentes às ABVDs. É mister a realização de novos estudos sobre aspectos que se relacionam à qualidade de vida e saúde da Pessoa com Deficiência Visual, uma vez que os estudos encontrados ainda são escassos; e, percebe-se a necessidade em desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades básicas dessa população.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com Deficiência Visual; Capacidade Funcional; Atividades Básicas da Vida Diária.

ABSTRACT

The actions and health services that permeate the *Sistema Único de Saúde* (SUS – Unified Health System) aimed at the eradication of inequality in health care. In this context, visual impairment should be related to social, economic, cultural, political, educational, among others. The quality of life and health of the blind as possible to promote the development of individual potential, maintaining a close relationship with the prevention or reduction of disability from their independence in daily activities. It is hoped that the results may contribute to the creation of a research protocol for the management of public policies for people with disabilities (PWD), to train human resources for health and for expanding research and publications. From this perspective, be traced to verify the functional capacity of blind people who attend the activities of the Institute for Education and Assistance for the Blind (Northeast IEACN) in Campina Grande - PB. The study is a descriptive and quantitative approach, carried out between the months of May and June 2011 in IEACN. The population was composed of 24 blind people who participate in adult activities IEACN and with normal cognitive function. Two questionnaires were used: Instrument Sociodemographic PWD visual and Katz Scale - possible to verify the functional ability of people to Basic Activities of Daily Living (ADL's). Descriptive statistics of the data, which were compiled in an Excel 2007. The study followed the ethical recommendations for research with human beings. It was found the following results regarding the demographic data: 71% are male, 79% were aged between 31 and 50 years, 41% Catholic, 96% were born in the state of CP, 50% live in this city for over 30 years, 29% have primary school, 46% are single, 37% have no children, 38% live with one and / or 2 people and 32% living with husband/ wife/ partner. With regard to functional ability, have the following data: the majority are independent in all variables related to BADL's, 67% are independent in six functions (IK = 0), and the BADL'S most affected are continence (46%) and dress up (36%). Unfavorable demographic conditions can corroborate negatively with the health and quality of life of people, especially the visual PWD. This high rate of functional independence can be reflected by the fact that when they reach adulthood, the person with congenital blindness in general has gone through a process of rehabilitation, education, orientation and mobility, acquisition of hygiene and care personal. It was concluded that, with regard to sociodemographic characteristics, it is clear the precariousness of social action in regard to schooling. In relation to functional capacity, blind people in the study are independent in all variables related to the BADL. It is necessary to make further studies on aspects that relate to quality of life and health of People with Visual Impairment, since the studies found are still scarce, and realizes the need to develop policies that meet the basic needs this population.

KEYWORDS: People with Visual Impairment, Functional Capacity, Basic Activities of Daily Living.

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1 - Variáveis investigadas nos instrumentos de coleta dos dados 31

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Dados sociodemográficos, IEACN, 2011	34
TABELA 2 - Caracterização do nível de independência para realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's), IEACN, 2011	36
TABELA 3 - Avaliação da independência funcional pelo Índice de Katz, IEACN, 2011	37

LISTA DE GRÁFICO

GRÁFICO 1 - Atividades Básicas da Vida Diária mais afetadas relacionadas à independência funcional	37
---	-----------

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividade Básica da Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVD	Atividade da Vida Diária
CEP/UEPB	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência
EIAVD	Escala de Independência em Atividade da Vida Diária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEACN	Instituto de Educação e Assistência aos Cegos do Nordeste
IK	Índice de Katz
OMS	Organização Mundial de Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
	2.1 Objetivo Geral	19
	2.2 Objetivos Específicos	19
	2.3 Hipótese	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
	3.1 A Pessoa com Deficiência e o Cenário Político e Social	20
	3.2 A Pessoa com Deficiência Visual	22
	3.3 Teoria do Autocuidado	24
	3.4 Capacidade Funcional	25
	3.5 A Escala de Índice de Katz	27
4	METODOLOGIA	29
	4.1 Tipo de Estudo e Período de Realização	29
	4.2 Cenário	29
	4.3 População e Amostra	30
	4.4 Critérios de Inclusão	30
	4.5 Procedimentos para Coleta dos Dados	30
	4.6 Processamento e Análise de Dados	31
	4.7 Aspectos Éticos	32
5	RESULTADOS	34
	5.1 Caracterização sociodemográfica das PcD Visual	34
	5.2 Caracterização do nível de independência para realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's)	34
	5.3 Avaliação da independência funcional pelo Índice de Katz (IK)	36
	5.4 Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) mais afetadas relacionadas à independência funcional	37
6	DISCUSSÕES	39
7	CONCLUSÕES	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES	48
	ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

As ações e serviços de saúde que permeiam o Sistema Único de Saúde (SUS) são pautados em princípios de universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência e preservação da autonomia dos sujeitos na defesa de sua integridade física e moral, com vistas à erradicação da desigualdade na assistência à saúde de qualquer cidadão. Nesse sentido, faz-se necessária uma reflexão acerca da situação de brasileiros com alguma deficiência e suas necessidades, a fim de assegurar tais direitos expressos pelo SUS.

A cartilha *Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS*, lançada em 2010 pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção à Saúde, aponta 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. 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 a fim 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 a fim de que a sociedade ofereça uma forma justa de cidadania na política de inclusão das PcD (FRANÇA; 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 reabilitação envolve técnicas e ações interdisciplinares e familiares, em um processo longo, que muitas vezes apresentam-se como verdadeiros desafios a serem superados.

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). Esse processo de reabilitação é pautado na capacidade funcional e no desempenho humano da PcD, seguindo o processo de promoção da saúde, quando da articulação do governo e da sociedade. 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).

Brasil (2008) afirma ainda que a promoção da qualidade de vida constitui uma das diretrizes dessa política. Sua implementação implica na mobilização da sociedade a fim de assegurar a igualdade de oportunidades às PcD, o que corrobora com o provimento de condições capazes de conferir qualidade de vida a essas pessoas. Representa escopo dessa diretriz a prevenção de riscos geradores de doenças e morte e, a implementação de ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida, com qualidade, das PcD. 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.

Segundo Orem (1993) o autocuidado refere-se aos cuidados pessoais que cada indivíduo necessita diariamente para o seu próprio desenvolvimento. 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. Os enfermeiros atuam em um processo contínuo, caracterizado pela sistematização no ensino do autocuidado o qual ajudará o sujeito no aprender a viver (SANTOS; SARAT, 2008).

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 (KASTURO et al., 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).

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 a prevenção ou redução de incapacidades a partir de sua independência nas atividades do cotidiano.

As Pessoas com Deficiência Visual (PcDV) apresentam necessidades especiais, decorrentes da impossibilidade de utilização plena da visão como estratégia de comunicação e locomoção. Também, vivenciam problemas bio-psico-socio-espirituais que demandam assistência especializada para que possam adquirir habilidades e competência no desenvolvimento das Atividades da Vida Diária (AVD) (ARAÚJO; et al, 2009).

Além da perda da visão, a cegueira adquirida acarreta também outras perdas: emocionais; das habilidades básicas (mobilidade, execução das atividades cotidianas); da atividade profissional; da comunicação; e da personalidade como um todo (GIL, 2010).

Incapacidade serve como um termo genérico para deficiências, limitações de atividades e restrições à participação, com os qualificadores de capacidade ou desempenho. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) também alista fatores ambientais que interagem com todos estes construtos (NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Rabelo e Neri (2005) referem incapacidade como problemas no funcionamento social e no desempenho de atividades normais da vida diária e de papéis socialmente definidos dentro de um ambiente particular sociocultural e físico. Compreender a

incapacidade é incluir o exame das características da situação em que a pessoa funciona, considerando não apenas as capacidades, mas também a relação da pessoa com aspectos relevantes da situação.

A incapacidade funcional refletida como dificuldade para adquirir ou desenvolver de forma satisfatória as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) apresenta-se como fator limitante à realização de tais atividades para as pessoas cegas. Atrelado à deficiência na execução de habilidades básicas, estão as perdas emocionais, da atividade profissional e da comunicação (GIL, 2000).

A independência na capacidade funcional confere à pessoa cega um bom desenvolvimento das ABVD's, o que colabora para assegurar as necessidades pessoais básicas, autoconfiança, valorização de suas próprias capacidades e desenvoltura no meio social.

A partir das variáveis presentes no Modelo de Enfermagem – Teoria do Autocuidado de Orem, esse estudo tem por finalidade avaliar o nível de independência para realização das AVD's e manutenção da capacidade funcional em pessoas cegas, com fins de possibilitar melhor autonomia na vida dos sujeitos cegos.

A atualidade desse debate se faz recorrente tendo em vista as barreiras sócio-culturais, econômicas e estruturais que as PcD ainda enfrentam, sobretudo as necessidades afetadas das pessoas com deficiência visual.

É uma abordagem tida como prioridade por Brasil (2008), ao considerar a saúde e a reabilitação da pessoa com deficiência como tema de pesquisa na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. 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 no desempenho de suas atividades da vida diárias.

A Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania aprovou em junho de 2011 o Projeto de Lei 6706/2006, que obriga as escolas públicas e privadas a oferecerem a seus alunos com necessidades especiais as linguagens específicas que lhes permitam uma perfeita comunicação, como a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e o sistema Braille. Tal proposta estabelece que os sistemas de ensino deverão assegurar aos alunos com necessidades especiais métodos pedagógicos de comunicação, entre eles: Língua Brasileira de Sinais (Libras), tradução e interpretação de Libras, ensino de Língua Portuguesa para surdos, sistema Braille; recursos áudios e digitais, orientação e

mobilidade; tecnologias assistivas e ajudas técnicas; interpretação da Libras digital, tadoma e outras alternativas de comunicação (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2011).

Ainda segundo o autor supracitado, o texto aprovado, o qual altera o capítulo sobre educação especial da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/96), também amplia o conceito de educação especial. Conforme a definição atual, trata-se da modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais. Essa proposta reforça a importância de uma discussão sobre a realidade de Pessoas com Deficiência.

O estudo poderá 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 funcional 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 à capacidade funcional;
- Mensurar o grau de incapacidade funcional.

2.3 Hipótese

- As pessoas cegas apresentam elevada incapacidade funcional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Pessoa com Deficiência e o Cenário Político e Social

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 assembléia geral da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, e que agrega à concepção de deficiência, as limitações experienciadas por esses sujeitos, conceito e estrutura do meio ambiente e atitude da população em relação a essa questão; e, o Ano Internacional da Pessoa Deficiente – 1981 - traz como foco a situação das PcD, sobretudo, nos países em desenvolvimento, os quais apresentam como agravantes à manutenção de condições dignas e efetivas de qualidade de vida e saúde, a pobreza e a injustiça social (BRASIL, 2006).

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 PcD ganhou destaque também entre os meios de comunicação (FRANCA; PAGLIUCA 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 a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, regulamentada pelo Decreto n° 3.298/1999 e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, regulamentada pela Portaria MS/GM 1.060/2002 (BERNARDES *et al.*, 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 às PcD (LIRA; SCHLINDWEIN, 2008). Essa política foi aprovada através do decreto Lei nº 3.298/1999, a qual regulamenta a Lei nº 7.853/1989 e assegura que cabe aos Órgãos e às Entidades do Poder Público garantir à PcD o pleno exercício de seus direitos básicos e outros que proporcionem seu bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 1999).

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 PcD; reabilitar a PcD 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.

A Assembléia Mundial da Saúde aprovou em 2001 a CIF, da Organização Mundial da Saúde (OMS). A CIF considera como aspectos relacionados à saúde da PcD a funcionalidade, a estrutura morfológica, a participação na sociedade, as AVD's e o ambiente social de cada indivíduo.

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.

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 a partir do gerenciamento de atividades que promovam o autocuidado à 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).

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 PcD 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 participação do enfermeiro no processo de reabilitação das PcD tem por finalidade o auxílio destas em assumirem as atividades de autocuidado. Como cita França e Pagliuca (2009) são exemplos dessas atividades o cuidado corporal, vestuário e alimentação. 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.

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.

O Ministério da Saúde no Brasil entende que para efetiva inclusão social das pessoas cegas em nosso país é necessário efetivo acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico (BRASIL, 2010).

3.2 A Pessoa com Deficiência Visual

Do total de pessoas com algum tipo de deficiência no Brasil, 48,1% apresentam 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. Tal porcentagem representa 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. Justifica-se ainda pelo fato de os países em desenvolvimento comportar 90% dos casos de deficiência visual, os quais poderiam ser evitados por prevenção ou tratamentos existentes (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.

Os graus de visão abrangem um amplo espectro de possibilidades: desde a cegueira total, até a visão perfeita, também total. A expressão 'deficiência visual' se refere ao espectro que vai da cegueira até a visão subnormal (GIL, 2000).

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).

Gil (2000) conceitua baixa visão (ou visão subnormal) como uma alteração da capacidade funcional decorrente de fatores como rebaixamento significativo da acuidade visual, redução importante do campo visual e da sensibilidade aos contrastes e limitação de outras capacidades.

A visão é o canal mais importante de relacionamento do indivíduo com o mundo exterior. Tal como a audição, ela capta registros próximos ou distantes e permite organizar, no nível cerebral, as informações trazidas pelos outros órgãos dos sentidos. A deficiência visual, em qualquer grau, compromete a capacidade da pessoa se orientar e de se movimentar no espaço com segurança e independência (GIL, 2000).

A autora supracitada expõe ainda que à família, base do desenvolvimento do ser humano, cabe a tarefa de oferecer à PcD visual condições para seu crescimento como indivíduo, tornando-o capaz de ser feliz e produtivo, dentro de sua realidade, de suas potencialidades e de seus limites. Além da família, a escola e a sociedade também podem (e devem) contribuir no sentido de ajudar a enfrentar os obstáculos colocados pela deficiência.

3.3 Teoria do Autocuidado

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem envolve três conceitos fundamentais – autocuidado, ações de autocuidado e fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

O autocuidado delimita as habilidades que o ser humano tem em agir em seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, expressas através da capacidade, conhecimento e motivação para o desenvolvimento de tais atividades. A capacidade de autocuidado é aprendida e executada continuamente, em consonância com as necessidades reguladoras do indivíduo (SILVESTRE et al., 2009).

A ação de autocuidado refere-se à capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado, estando norteadas pelos seguintes fatores: idade, o sexo, o estado de desenvolvimento, o estado de saúde, a orientação sócio-cultural e os fatores dos sistemas de atendimento de saúde e familiar, fatores ambientais, adequação e a disponibilidade de recursos. A demanda terapêutica refere-se às ações de autocuidado a serem desempenhadas com alguma duração para preencher exigências, usando métodos válidos e conjuntos de operações e ações relacionadas (GEORGE, 2000).

Ainda segundo Silvestre et al. (2009), Orem defende que o autocuidado tem duas orientações: externa e interna. A primeira corresponde à interação que o sujeito tem com o outro e o meio em que ele vive, podendo ser observado pelo enfermeiro. A orientação interna é expressa por pensamentos e sentimentos.

A prática do autocuidado é norteada por requisitos universais, de desenvolvimento e por desvios de saúde. Os requisitos universais fazem parte do cotidiano dos seres humanos, como a manutenção de ingestão suficiente de ar, de água, de alimento; a provisão de cuidados associados a processos de eliminação e excreção; a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso, solidão e interação social; a prevenção de riscos para a vida humana, funcionamento e bem-estar humano; a promoção do funcionamento e do desenvolvimento humano em grupos sociais (Orem 1995, apud SOUZA, 2008, p. 39).

Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surjam na vida do indivíduo. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Segundo o paradigma da integração em que Dorothea Orem está inserida, é escopo dos cuidados de Enfermagem a manutenção da saúde do indivíduo, sendo o enfermeiro responsável pela avaliação das necessidades de ajuda do mesmo (SILVESTRE et al., 2009).

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, as pessoas cegas.

3.4 Capacidade funcional

Muitos entraves caracterizam a história da busca por melhorias na qualidade de vida das 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).

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).

A capacidade funcional pode ser entendida como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma a partir da realização de atividades da vida cotidiana (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007).

Em termos de avaliação em saúde, as atividades da vida cotidiana referem-se às atividades da vida diária (AVD's), as quais são subdivididas em: Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

As AIVD's refletem a independência do sujeito dentro da comunidade em que vive, incluindo as seguintes atividades: preparo de refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, usar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (DUARTE; ANDRADE, LEBRÃO, 2007).

No tocante às ABVD's, estas se referem às atividades de autocuidado, essenciais à sobrevivência no dia-a-dia e envolvem questões de ordem emocional, física e social (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007).

Duarte, Andrade e Lebrão (2007) afirmam que a avaliação da capacidade funcional pode ser definida como a habilidade que uma pessoa tem em desempenhar de forma independente, as atividades necessárias para cuidar de si e, caso não seja possível, verificar se a dependência é parcial ou total.

Para analisar a problemática da capacidade funcional em relação à PcD é preciso compreender o universo no qual esse sujeito está inserido. Faz-se necessário uma percepção do cotidiano dessa pessoa, no tocante ao comprometimento de sua independência - 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. Tais ações culminam com o autocuidado prejudicado e capacidade funcional reduzida.

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

3.5 A Escala de Índice de Katz

A avaliação do grau de capacidade funcional pode ser realizada mediante o uso de instrumentos multidimensionais. Esse estudo utilizará a Escala de Índice de Katz, instrumento desenvolvido por Sidney Katz e sua equipe, publicado pela primeira vez em 1963, para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010). A escala de Katz se propõe medir a autonomia dos indivíduos, considerando os aspectos físicos para a realização de AVD (FAUTINO 2008 apud LISBOA, 2010).

No Brasil, a tradução livre da Escala de Katz vinha sendo amplamente utilizada antes de ter sido realizada a adaptação transcultural (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010). Utilizava-se o instrumento de diferentes formas, em especial no que se refere à classificação da dependência/independência das atividades envolvidas (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Essa escala é um instrumento de medida das AVD's hierarquicamente relacionadas e organizado para mensurar independência no desempenho de seis funções consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007). Cada função possui três alternativas categorizadas como independente ou dependente (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010).

A função tomar banho avalia a capacidade de banhar-se sem ajuda, seja no chuveiro, na banheira ou no leito. Aqueles indivíduos que recebem auxílio para banhar uma parte do corpo como, por exemplo, as extremidades ou região dorsal, são considerados independentes. Aqueles que recebem ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo ou necessita de ajuda para entrar ou sair do chuveiro ou banheira ou que não são capazes de se banharem sozinhos, são considerados dependentes (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010).

Vestir-se avalia a necessidade de auxílio para pegar as roupas e vesti-las. Compreende roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Não se avalia a capacidade de calçar sapatos. Aqueles que necessitam de algum auxílio são classificados como dependentes (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010).

Uso do vaso sanitário refere-se à ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; realizar higiene íntima e arrumação das roupas. São considerados dependentes aqueles que recebem qualquer auxílio direto, aqueles que não conseguem

desempenhar a função e aqueles que usam “marrecos” ou “comadres” (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010).

Transferência avalia a necessidade de auxílio para deitar-se e levantar-se da cama e da cadeira. A função continência refere-se ao controle da micção e evacuação.

Alimentação avalia a capacidade para alimentar-se, ou seja, de levar a comida do prato à boca. São considerados dependentes aqueles que necessitam de alguma ajuda para alimentar-se ou utilizam cateteres enterais ou parenterais (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010).

Conforme a Escala de Katz a classificação é feita de acordo com os diferentes graus de independência funcional para cada função, sendo os índices de 0 a 6: 0 - independente em todas as seis funções; 1 - independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 - independente em quatro funções e dependente em duas; 3 - independente em três funções e dependente em três; 4 - independente em duas funções e dependente em quatro; 5 - independente em uma função e dependente em cinco funções; 6 - dependente em todas as seis funções (LINO et al. 2008 apud LISBOA, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo e período de realização

Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, que foi realizado entre os meses de 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 ele 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 e amostra

A população desse estudo foi composta por 24 pessoas cegas que participam das atividades do IEACN - técnica do censo, por meio da qual não há o recurso da amostragem. Todas as pessoas cegas que frequentem o IEACN foram sujeitos da pesquisa. Dois sujeitos se negaram a participar da pesquisa.

4.4 Critérios de inclusão

Foram considerados critérios de inclusão:

- Possuir 18 anos ou mais;
- Função cognitiva preservada;
- Ser cego bilateral há mais de um ano;
- Não possuir problema motor;
- Não possuir deficiências múltiplas;
- Manifestar 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 foram aplicados os questionários para

investigação sociodemográfica e para avaliação da capacidade funcional - a escala de Katz.

- Escala de Katz - instrumento de avaliação da capacidade funcional;

Escala de Independência em Atividade da Vida Diária (EIAVD), ou Escala de Katz, desenvolvida por Sidney Katz e sua equipe (1963), adaptada e validada no Brasil por (LINO *et al.* 2008 apud LISBOA, 2010) (Anexo A);

A Escala de Índice de Katz é composta por seis aspectos que avaliam a capacidade de realizar as AVD's, consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas, tais como: banho, vestuário, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação (DUARTE, et al., 2007).

Conforme a Escala de Katz, segundo (LINO *et al.* 2008 apud LISBOA, 2010) a classificação é feita de acordo com os diferentes graus de independência funcional para cada função, sendo os índices de 0 a 6.

O instrumento foi aplicado pela pesquisadora de forma oral, sendo lidos todos os itens de cada escala para cada participante, repetindo a exposição oral dos itens solicitados pelos participantes da pesquisa. Depois da leitura, foi assinalado o item correspondente à resposta do sujeito.

4.6 Processamento e análise dos dados

Os dados levantados apresentavam-se em 16 variáveis previamente definidas. Estas referiam-se aos dados sociodemográficos (10 variáveis) e de avaliação da capacidade funcional (6 variáveis). As variáveis constavam em dois instrumentos distintos (Anexos I e Apêndice D). Segue abaixo um quadro resumo acerca das variáveis investigadas nos instrumentos aplicados aos participantes do estudo (QUADRO 1).

QUADRO 1: Variáveis investigadas nos instrumentos de coleta dos dados

Instrumento	Variáveis
Investigação sociodemográfica das Pessoas com Deficiência Visual	Sexo
	Idade
	Religião
	Estado em que nasceu
	Há quantos anos mora nesta cidade?

	Escolaridade
	Estado civil
	Quantos filhos tem?
	Quantas pessoas vivem com o senhor(a)?
	Quem são as pessoas que convivem com o senhor?
Escala de Katz	Tomar banho
	Vestir-se
	Uso do vaso sanitário
	Transferência
	Continência
	Alimentação

Os dados foram compilados no Programa Excel 2007, em que foi procedida a dupla digitação, a fim de minimizar erros de digitação.

Foi realizada a descrição estatística dos itens sociodemográficos e os referentes à avaliação da capacidade funcional.

Os resultados foram apresentados na forma de tabelas e gráficos distribuídos em caracterização sociodemográfica das PcD Visual, ABVDs mais afetadas relacionadas a capacidade funcional e nível de independência para realização da ABVDs.

4.7 Aspectos éticos

Foi preenchido um Termo de Compromisso pela pesquisadora para realização da pesquisa (Apêndice II). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba - CEP/UEPB e foi iniciada a pesquisa após parecer positivo (Anexo II).

Para participar do estudo, cada sujeito foi convidado e recebeu orientações sobre o mesmo. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos da pesquisa - TCLE (Apêndice III), conforme preconiza a Resolução N°196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi indicado local de assinatura aos participantes ou a possibilidade de impressão datiloscópica.

Foi preenchido pelas pesquisadoras um Termo de Consentimento Pós-Esclarecido, lido pela pesquisadora ao participante da pesquisa.

De acordo com a Resolução 196/96 do CNS e baseando-se nos princípios da Bioética (autonomia, beneficência e não-maleficência e justiça) fica 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

O estudo foi desenvolvido com 24 pessoas cegas, as quais frequentam o IEACN, participando de suas atividades.

5.1 Caracterização Sociodemográfica das PcD Visual

Os resultados apresentados (TABELA 1) mostram que a maioria das pessoas cegas acima de 18 anos, as quais frequentam o IEACN são do sexo masculino (71%). A idade desses sujeitos varia entre 23 e 68 anos, 33% encontra-se na faixa etária entre 31 e 40 anos. O estudo mostra que 41% são católicos.

Em relação à naturalidade, a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa nasceu no estado da Paraíba (96%), sendo apenas um participante proveniente de outro estado (4%). Metade dessas pessoas cegas mora em Campina Grande há mais de 30 anos (50%).

No tocante à escolaridade, a pesquisa mostra que a maior parte concluiu o 1º grau (29%), e há coincidência no quantitativo de sujeitos que apresentam apenas 2º grau (25%), e os que já concluíram a graduação (25%).

Quanto ao estado civil, 46% é solteiro (a) (46%). Maior parte desses sujeitos não tem filhos (37%) e moram com 1 e/ou 2 pessoas (38%). Dentre as pessoas que convivem com esses sujeitos, 32% é esposo(a)/ companheiro (a) e apenas um sujeito referiu morar sozinho (2%).

TABELA 1: Dados sociodemográficos, IEACN, 2011

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	17	71
Feminino	7	29
Idade (Anos)		
23 - 30	3	13
31 - 40	19	79
> 60	1	4
Não sabe informar	1	4
Religião		
Católico	10	41
Evangélico	6	25
Kardecista	4	17
Sem credo religioso	4	17

Estado que nasceu		
PB	23	96
Outro estado	1	4
Há quantos anos mora nesta cidade?		
0 - 10	2	8
11 - 30	4	17
> 30	12	50
Outra cidade	6	25
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
Quantos filhos o senhor tem?		
0	9	37
1	4	17
2	5	21
3	1	4
> 3	5	21
Quantas pessoas vivem com o senhor (a)?		
0	1	4
1 - 2	10	38
3 - 4	8	33
> 4	5	25
As pessoas que convivem com o senhor são:		
Esposo (a)/ Companheiro (a)	13	32
Pais	5	12
Filhos (as)	12	29
Irmãos	8	20
Outros parentes	2	5
Mora sozinho	1	2

Fonte: Pesquisa direta, 2011

5.2 Caracterização do nível de independência para realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's)

Na Tabela 2 são apresentados dados referentes à caracterização do nível de independência para realização das ABVD's.

Observa-se que a maioria das pessoas cegas maiores de 18 anos, que frequentam as atividades do IEACN são independentes em todas as variáveis referentes às Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs): tomar banho (96%); vestir-se (83%); uso do vaso sanitário (100%); transferência (100%); continência (79%); e, alimentação (96%).

Os maiores índices de dependência no tocante à realização das ABVDs correspondem à continência (21%) e a vestir-se (17%).

TABELA 2: Caracterização do nível de independência para realização das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs), IEACN, 2011

Variáveis	n	%
Tomar banho		
Independente	23	96
Dependente	1	4
Vestir-se		
Independente	20	83
Dependente	4	17
Uso do vaso sanitário		
Independente	24	100
Dependente	0	0
Transferência		
Independente	24	100
Dependente	0	0
Continência		
Independente	19	79
Dependente	5	21
Alimentação		
Independente	23	96
Dependente	1	4

Fonte: Pesquisa direta, 2011

5.3 Avaliação da independência funcional pelo Índice de Katz (IK)

Na Tabela 3 são apresentados dados referentes à avaliação da independência funcional pelo IK.

Entre os 24 indivíduos que compõe a população do estudo, 67% são independentes nas seis funções (IK = 0); 29% apresentam uma dependência em relação às seis funções (IK = 1); e, um sujeito (4%) apresenta dependência em 4 funções (IK = 4).

TABELA 3: Avaliação da independência funcional pelo Índice de Katz, IEACN, 2011

Índice de Katz (IK)	n	%
0	16	67
1	7	29
2	0	0
3	0	0
4	1	4
5	0	0
6	0	0

Fonte: Pesquisa direta, 2011

5.4 Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) mais afetadas relacionadas à independência funcional

Foram identificadas as ABVD's mais afetadas relacionadas à independência funcional (Gráfico1).

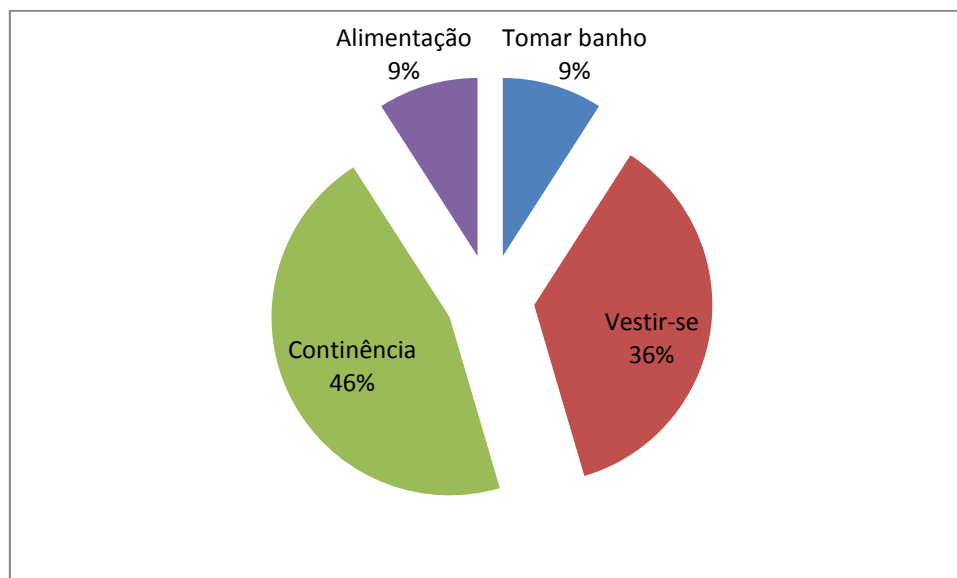


GRÁFICO 1: Atividades Básicas da Vida Diária mais afetadas relacionadas à independência funcional

A ABVD mais afetada corresponde à continência (46%), seguida por vestir-se (36%). Alimentação e tomar banho tiveram comprometimentos equivalentes (9%). As funções transferência e uso de vaso sanitário não estão afetadas nas pessoas cegas participantes do estudo.

6 DISCUSSÕES

O termo cegueira não é absoluto, pois reúne indivíduos com vários graus de visão residual. A maioria das pessoas com cegueira legal tem alguma percepção de luz e somente 20% são totalmente cegas. A cegueira não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, mas, sim, um prejuízo dessa aptidão a níveis incapacitantes para o exercício de tarefas rotineiras. Pode estar relacionada a patologias oculares que podem levar ao mau funcionamento visual ou ausência da visão (MAIA; PRETTE; FREITAS, 2008).

A cegueira pode ser causada por várias condições, o que pode dificultar o processo de prevenção. Na população adulta mundial, as causas relacionam-se a catarata, glaucoma e degeneração macular relacionada à idade.

Este estudo apresenta certa fragilidade no tocante à quantidade de participantes do estudo. Foi referido pelo IEACN que há 70 pessoas cegas acima de 18 anos matriculadas, porém foi obtida uma população de apenas 24 sujeitos cegos adultos que freqüentam o Instituto, o que não nos permitiu realizar análise estatística dos dados coletados; e sim, apenas a descrição estatística.

O Censo de 2000 apontou, no tocante à população com deficiências, 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). Entre 16,6 milhões de pessoas com algum grau de deficiência visual, quase 150 mil se declararam cegos (IBGE, 2000).

Condições sociodemográficas desfavoráveis podem corroborar negativamente com a saúde e a qualidade de vida das pessoas, sobretudo as PcD visual. Em estudo realizado com indivíduos, os quais foram selecionados a partir bases em dados oriundos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 2003, Alves (2008) afirma que à incapacidade funcional estão associados fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde.

A pesquisa realizada demonstra predomínio de pessoas cegas do sexo masculino, solteiras, católicas e alfabetizadas. O censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado no ano 2000, no total de PcD com 15 anos ou mais, a taxa de alfabetização é de 72%, e 27% nunca foram à escola. A situação civil encontra-se na seguinte ordem: solteiros (35%) e casados (21,8%). Quanto à crença religiosa, são descritos na seguinte ordem: católicos (73%); evangélicos (17%); espiritualistas (1,3%);

praticam uma religião oriental (0,86%); praticam uma crença afro-brasileira (0,3%) e 6% não praticam uma religião (IBGE, 2000).

No tocante à escolarização, a variável de maior expressão diz respeito à conclusão do primeiro grau por esses sujeitos. É um dado preocupante, pois quanto menor o nível educacional, maiores são as probabilidades do sujeito reportar uma pior capacidade funcional, uma vez que a educação determina diversas vantagens para saúde porque influencia os fatores psicossociais e de comportamento.

Tal dado corrobora com estudo realizado por Alves (2008), a qual afirma uma maior educação favorece o acesso às informações e a modificação do estilo de vida, a adoção de hábitos saudáveis, a procura dos serviços de saúde, o ingresso em atividades que priorizam a promoção da saúde e, especialmente, o seguimento correto das orientações relacionadas à obtenção de melhor qualidade de vida.

Segundo dados disponíveis no site do Ministério da Educação, no ano de 1999, nas redes de ensino em âmbito nacional estavam matriculados 18.629 alunos com deficiência visual, correspondendo a 5% do total de alunos matriculados, pessoas com necessidades especiais (BRUMER; PAVEI; MOCELIN; 2004).

Maia, Prette e Freitas (2008) afirmam que a escolaridade da pessoa com deficiência visual está intimamente relacionada ao bom desempenho em habilidades sociais – componentes comportamentais, verbais de forma e cognitivo-afetivo.

Estudo realizado entre os anos de 2008 a 2009 em Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Campina Grande com Pessoas com Deficiência Visual com idade maior ou igual a 18 anos, residentes na zona urbana e adscritas na Estratégia Saúde da Família, foram obtidos os seguintes resultados no que concerne a questões sociodemográficas da amostra: 44,5% de homens e 55,5% de mulheres; quanto ao estado civil: casado (29,6%), solteiro (29,6%), divorciado (28,7%), viúvo (6,5%) e união estável (5,6%). No tocante a escolaridade: nenhuma escolaridade (33,3%), alfabetização (33,3%), fundamental (9,3%), médio (15,7%), graduação (7,4%) e pós-graduação (1%) (SALES et al., 2009).

Alves (2008) refere que morar acompanhado é um fator determinante relevante para a incapacidade funcional, uma vez que morar só representa fator de proteção para o declínio da capacidade funcional. Neste estudo, foi encontrado apenas um sujeito o qual mora sozinho. O mesmo apresentou índice máximo para independência na realização de ABVD's.

O impacto da deficiência visual sobre o desenvolvimento individual e psicológico varia muito entre os indivíduos. Pode estar relacionado à idade em que ocorre, ao grau da deficiência, à dinâmica geral da família, das intervenções que forem tentadas, à personalidade da pessoa (GIL, 2000). A manutenção da qualidade de vida está intimamente relacionada à independência e autonomia, os quais representam bons indicadores de saúde (HUEBRA et al., 2010).

A incapacidade funcional se refere à inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (ALVES, 2008).

Segundo a CIF, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e dos fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (MACHADO; FIGUEIREDO, 2009).

A perda da capacidade funcional está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, a risco aumentado de quedas e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo e gerando cuidados de longa permanência e de alto custo. A avaliação da capacidade funcional e cognitiva pode detectar deficiências importantes no desempenho (CANONICI et al., 2008).

Os dados apontados neste estudo refletem predomínio de independência na realização de ABVD's. Segundo Gil (2010), a independência na realização das AVD's perpassa às necessidades básicas da higiene, alimentação, continência, transferência; conferindo desenvolvimento da autoconfiança e valorização das próprias capacidades, aquisição de naturalidade, eficiência e desenvoltura no universo social e uma atitude que favorece a conscientização da sociedade em relação às potencialidades da PcD.

O alto índice de independência neste estudo, expresso pelo Índice de Katz, mostra que a maioria dessas pessoas que participaram do estudo consegue ter satisfatório desempenho na realização de atividades cotidianas, denominadas Atividades Básicas da Vida Diária.

Esse alto índice de independência funcional pode ser refletido pelo fato de ao chegar à idade adulta, a pessoa com deficiência visual congênita em geral já passou por um processo de reabilitação, de escolarização, de orientação e mobilidade, de aquisição de hábitos de higiene e cuidados pessoais. Esse aprendizado pode ter ocorrido em escolas e instituições especializadas, ou em escolas integradas (GIL, 2000).

Continência e vestir-se estão entre as ABVD's mais afetadas nas pessoas participantes desta pesquisa. Estudo realizado em 2009 nas USF existentes em Campina Grande com PcD Visual com idade maior ou igual a 18 anos, residentes na zona urbana e adscritas na Estratégia Saúde da Família, apresentou resultados que corroboram com essa pesquisa. Foram obtidos os seguintes resultados no que concerne à incapacidade funcional da amostra estudada: Comer (1,8%); Transferir-se (1,8%); Usar o sanitário (1,8%); Arrumar-se (3,7%); Deambular (1,8%); Evacuar (1,8%); Lavar-se (10,1%); Vestir-se (2,8%); Micção (2,8%); Subir e descer escadas (16,7%) (ARAÚJO; et al, 2009).

Os resultados apresentados nesse estudo referentes à capacidade funcional indicam que os sujeitos participantes da pesquisa apresentam um bom desenvolvimento das ações de autocuidado, o qual é responsável por delimitar as habilidades que o ser humano tem em agir em seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e bem-estar – Teoria do Autocuidado de Orem (SILVESTRE et al., 2009).

Ainda segundo os autores supracitados, é responsabilidade da Enfermagem atuar na promoção do autocuidado a fim de conferir maior autonomia aos sujeitos com algum tipo de deficiência, a qual venha a ser limitante para sua qualidade de vida, bem-estar físico e psicológico dessas pessoas (SILVESTRE et al., 2009).

Os requisitos universais, comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos (Orem,1995, apud SOUZA, 2008, p. 39).

Os resultados do presente estudo apontam para o fato de que para as pessoas com deficiência visual, sobretudo pessoas cegas, alcançarem uma melhor capacidade funcional, é necessário que a prevenção da incapacidade funcional seja vista como uma prioridade em saúde pública. Tal aspecto conduz à efetiva participação do Estado no setor saúde, além do social e do econômico.

7 CONCLUSÕES

O estudo permitiu uma compreensão sobre as condições sociodemográficas e acerca da capacidade funcional de Pessoas com Deficiência Visual - condição de cegueira – que frequentam as atividades do IEACN.

No tocante aos aspectos sociodemográficos, é evidente a precariedade deste seguimento social no que concerne ao grau de instrução.

Em relação à capacidade funcional, as pessoas cegas participantes do estudo são independentes em todas as variáveis referentes às ABVDs – tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação. Essa independência é refletida ainda pelo Índice de Katz (IK), em que a maioria dos sujeitos é independente nas seis funções (IK = 0).

Entretanto, percebe-se que duas das ABVD's – continência e vestir-se – apresentaram comprometimento significativo. Tal fato conduz para o entendimento de que a cegueira representa fator limitante para realização de algumas atividades.

Discutir a qualidade de vida para PcDV 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.

Ações de Enfermagem são indispensáveis no processo de promoção da saúde, sobretudo melhoria da capacidade funcional das PcD visual, ao promover o ensino sistematizado e continuado do autocuidado aos seus usuários, conferindo-lhes maior independência e autonomia no exercício de atividades básicas e essenciais à vida cotidiana.

A educação praticada apresenta-se como uma das modalidades de promoção do autocuidado que pode ser desempenhada pela Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde, a partir da realização de encontros para que sejam desenvolvidas oficinas e discutidas abordagens referentes à PcD e suas necessidades, a serem propostas pela equipe de saúde ou pelos usuários envolvidos.

É mister a realização de novos estudos sobre aspectos que se relacionam à qualidade de vida e saúde da Pessoa com Deficiência Visual, uma vez que os estudos encontrados ainda são escassos; e, percebe-se a necessidade em desenvolver políticas públicas que atendam às necessidades básicas dessa população.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Câmara aprova obrigatoriedade do ensino de Libras e Braille. Junho, 2011. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/agencia/noticias/EDUCACAO-E-CULTURA/198815-CAMARA-APROVA-OBIGATORIEDADE-DO-ENSINO-DE-LIBRAS-E-BRAILE.html>. Acesso em: 21 de junho de 2011.

ALVES, L. C. Condições de saúde e a incapacidade funcional dos idosos no Brasil em 2003. Rio de Janeiro: ENSP, 2008, 127 p. Tese (doutorado) – Programa de doutorado da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

ARAÚJO, A. K. F. et al. Verificação da prevalência de incapacidade funcional em pessoas com deficiência visual: um estudo com o Índice de Barthel. D. Ciências da Saúde - 3. Saúde Coletiva - 4. Saúde Pública. SBPC: 2009.

BERNARDES, L. C. *Get 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.

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 Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. 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.

_____. 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.

BRUMER, A.; PAVEI, K.; MOCILIN, D. G. Saindo da “escuridão”: perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 6, nº 11, jan/jun 2004, p. 300-327. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n11/n11a13.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2011.

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>. Acesso em: 31 de maio de 2011.

DIÓGENES MAR, PAGLIUCA LMF. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3):286-93. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4458/2399>. Acesso em: 28 de maio de 2011.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. *RevEscEnferm USP* 2007; 41(2):317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/20.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2011.

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.

FAUSTINO, A.M. Úlcera por pressão e fatores de risco em pacientes hospitalizados com fratura de quadril e de fêmur, 2008. In: 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.

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 mar. 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.

GEORGE, J. B. Teorias de enfermagem: os fundamentos à pratica profissional [tradução de Ana Maria Vasconcellos Thorell]. 4ª ed. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2000.375 p. p. 83-101.

GIL, M. Deficiência Visual. Brasília: MEC. Secretaria de Educação a Distância, 2000.

HUEBRA, R. S.; et al. Comparação entre estado mental, a independência funcional e incontinência urinária em idosos no interior de Minas Gerais. *Revista Inspirar*. Volume

2 • Número 6 • novembro/dezembro de 2010. Disponível em: http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/12/revista_cientifica_09_nov_dez_2010.pdf. Acesso em: 01 de junho de 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Censo Demográfico 2000: Características da População e dos Domicílios: Resultados do universo. Brasil: IBGE; 2000.

KASTURO, V. *et al.* 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.

LINO, V. T. S.; et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), 2008. In: 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.

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.

MACHADO, W. C. A.; FIGUEIREDO, N. M. A. Base fixa teto-mãos: autonomia funcional. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2009. Jan-mar; 13 (1): 66-73. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2008.pdf. Acesso em: 14 de junho de 2011.

MAIA, J. M. D.; PRETTE, A. D.; FREITAS, L. C. Habilidades sociais de pessoas com deficiência visual. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*. Vol4. N. 1. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/rbtc/v4n1/v4n1a05.pdf>. Acesso em: 01 de junho de 2011.

MALTA, J ET *et al.* 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.

NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Rev. bras. epidemiol. vol.11 no.2 São Paulo: Junho, 2008. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&tlng=pt. Acesso em: 14 de junho de 2011.

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

_____. Nursing Concepts of Practice, 1995. In: SOUZA, M. A. Autocuidado na prevenção de lesões nos pés: conhecimentos e práticas de pacientes diabéticos. João Pessoa: UFPB, 2008. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008. Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2008/dissertacaomariaamelia.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2011.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. Cienc Cuid Saude 2007 Out/Dez;6(4):407-413. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/3391/2677>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Psicol. estud. vol.10 no.3 Maringá Set./Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300008&tlng=pt. Acesso em: 14 de junho de 2011.

SALES, J. P. et al. Perfil sócio-demográfico de pessoas com deficiência visual severa e fatores etiológicos. D. Ciências da Saúde - 3. Saúde Coletiva - 4. Saúde Pública. SBPC: 2009.

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.

SILVESTRE, M. I. J. et al. Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Faro: Universidade do Algarve, 2009. Disponível em: <http://portfoliodopedro.com/z-portfolio09-10/m.cuidar/a.paginas/a.colocacoes/08-09/ta01/ta01-02.pdf>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

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

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 I

Instrumento Sociodemográfico da Pessoa com Deficiência Visual

Pseudônimo do participante: _____ Data: ___ / ___ / ___

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade _____

3. Religião

() Sem credo religioso () Católico () Evangélico () Kardecista () Umbandista

() Outra _____

4. Em que estado do Brasil nasceu? _____

5. Há quantos anos mora nesta cidade? _____

6. Escolaridade

() Nenhuma () Primário () 1º grau () 2º grau () Curso superior () Pós-graduação

7. Estado Civil

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Divorciado(a)

8. O(a) Sr.(a) tem quantos filhos:

() Sim _____ () Não

9. Quantas pessoas vivem com o Sr.(a) nesta casa? _____

10. As pessoas que convivem com o(a) senhor(a) são:

() Esposo(a)/Companheiro(a) () Pais () Filhos(as) () Irmãos () Netos () Outros parentes () Amigos () Empregado(a)

APÊNDICE II**APÊNDICE B - 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 III

**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.

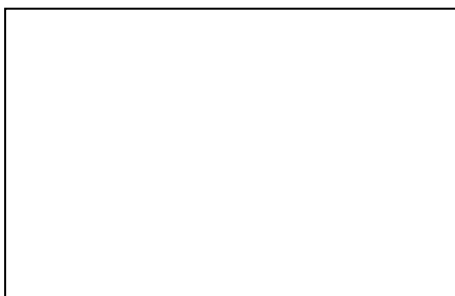
Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3341 2766 com INACIA SÁTIRO XAVIER DE FRANÇA.

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 I

Escala de Katz

Área de funcionamento	Independente (I) / Dependente(D)
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) () não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) () recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) () recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	I I D
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) () pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda () pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos () recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	 I I D
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) () vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) () recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite () não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	 I D D
Transferência () deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) () deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda () não sai da cama	 I D D
Continência () controla inteiramente a micção e a evacuação () tem “acidentes” ocasionais () necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	 I D D
Alimentação () alimenta-se sem ajuda () alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão () recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos	 I I D

Adaptada por Lino et al (2008, apud LISBOA, 2010, p. 49)

- 0: independente em todas as seis funções;
- 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
- 2: independente em quatro funções e dependente em duas;
- 3: independente em três funções e dependente em três;
- 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
- 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
- 6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO II



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 atividade 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

Profa. Dornélica Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa