SÔNIA MARIA CHADI DE PAULA ARRUDA

PERCEPÇÕES DA AUTO-EFICÁCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES COM BAIXA VISÃO OU CEGUEIRA, CAMPINAS, 2005

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Biomédicas.

Orientador: *Prof. Dr. Newton Kara-José*

Co-Orientadora: *Profa. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari*

CAMPINAS

2006

SÔNIA MARIA CHADI DE PAULA ARRUDA

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área de Concentração em Oftalmologia do(a) aluno(a) **Sônia Maria Chadi de Paula Arruda**.
Campinas, 15 de fevereiro de 2006.

Prof. Dr. Newton Kara José
Orientador

PERCEPÇÕES DA AUTO-EFICÁCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA E QUALIDADE DE VIDA DE ESTUDANTES COM BAIXA VISÃO OU CEGUEIRA, CAMPINAS, 2005

CAMPINAS

2006

BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP

UNIDADE BC
Nº CHAMADA
T/UNICAMP
Ar69p
V EX
TOMBO BC/ 69724
PROC 16.123.00
C D X
PREÇO 11,00
DATA 23-8-00

BIB ID: 385241

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS-UNICAMP
Sandra Lúcia Pereira CRB 8./6044

Ar69p

Arruda, Sônia Maria Chadi de Paula
Percepções da auto-eficácia nas atividades de vida diária e qualidade de vida de estudantes com baixa visão ou cegueira. Campinas 2005. / Sônia Maria Chadi de Paula Arruda. Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientadores : Newton Kara-José, Edméa Rita Temporini Nastari
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Auto-eficácia. 2. Atividades cotidianas. 3. Cegueira. 4. Baixa visão. 5. Qualidade de vida. I. Kara-José, Newton . II. Nastari, Edméa Rita Temporini. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

(slp/fcm)

Título em ingles : Perception of self-efficacy in activities of daily living and quality of life in students with low vision or blindness, Campinas 2005

Keywords: • Self-efficacy
• Daily activities
• Blindness
• Vision low
• Quality of life

Área de concentração : Ciências Médicas

Titulação: Doutorado em Ciências Biomédicas

Banca examinadora: Prof Dr Newton Kara-José
Prof Dr José Américo Bonatti
Prof Dr Marcos Wilson Sampaio
Profa. Dra. Rita de Cássia Ietto Montilha
Prof Dr Carlos Eduardo Leite Arieta

Data da defesa: 15-02-2006

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Newton Kara-José
Co-orientadora: Profa. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari

Membros:

1.Prof. Dr. Newton Kara-José

2. Prof. Dr. José Américo Bonatti

3. Prof. Dr. Marcos Wilson Sampaio

4. Profa. Dra. Rita de Cássia Ietto Montilha

5. Prof. Dr.Carlos Eduardo Leite Arieta

2006.18681

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração de Ciências Biomédicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 15/02/2006

DEDICATÓRIA

A Deus, toda honra! Ele me *deu forças para realizar este trabalho.*

Ao meu marido, por tudo o que ele é, com carinho imensurável.

Aos meus filhos, nora e genro, Vinícius e Fernanda, Heloísa e John,
pelo incentivo, amor, companheirismo e dedicação.

Aos meus pais, pela vida e pelos ensinamentos.

Aos meus irmãos e amigos, pela ajuda e confiança.

A todas as pessoas com deficiência visual, por me ensinarem
a ver a vida além das aparências e a amar!

Ao Prof. Dr. Newton Kara-José, que como mestre dedicado e exímio, ajudou-me a construir conhecimentos..

À Profa. Dra. Edméa Rita Temporini, pelos ensinamentos e incentivos inestimáveis.

Ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Leite Arieta, pelo incentivo à pesquisa.

À coordenação do CEPRE, pelo apoio à viabilização de pesquisa.

Aos colegas do CEPRE, pela amizade e incentivo durante os anos compartilhados.

À Priscila Novaes, por estar sempre presente, pela amizade e contribuições preciosas.

À Alice, pelo incentivo, cooperação e amizade.

À Gelse Monteiro, pela atenção e apoio na pesquisa realizada.

À minha família e aos meus amigos, pelo carinho e pelo incentivo.

Aos estudantes com deficiência visual que cooperaram para a realização dessa pesquisa.

À Comissão de Pesquisa – Estatística da FCM, em especial ao Helymar, pelo trabalho e o interesse dedicado.

Aos estagiários Daniela, Gislaine, Rodrigo e Felipe, pela colaboração e atenção especial.

Aos funcionários do Ambulatório de Oftalmologia, pela compreensão e auxílio.

Às Secretarias de Educação Estadual e Municipal, ao Instituto Louis Braille e à Pró-Visão, pela oportunidade de realizar esta pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, processo no.04/03074-6.

Aos colegas da Associação Brasileira de Educadores de Deficientes Visuais - ABEDEV, em especial à diretoria, por me ajudarem a conhecer, amar e respeitar as pessoas com deficiência visual.

A todos os que, direta ou indiretamente, colaboraram para que esse estudo fosse possível, minha gratidão.

PÁG.

RESUMO ..... *xxxi*

ABSTRACT ..... *xxxv*

1- INTRODUÇÃO 39

1.1- Deficiência visual 43

1.2- Perda visual 45

1.3- Atividades de vida diária 46

1.4- Necessidades humanas 49

1.5- Auto-eficácia 51

1.6- A teoria da auto-eficácia e sua aplicação na saúde e na escolaridade 54

1.7- Qualidade de vida 56

1.8- Percepções de auto-eficácia e qualidade de vida 58

2- OBJETIVOS 61

3- MÉTODO 65

3.1- Tipo de estudo 67

3.2- Amostra 67

3.3- Variáveis 68

3.3.1- Variáveis dependentes 68

3.3.2- Variáveis independentes 69

3.4- Instrumento de medida 70

3.4.1- Estudo exploratório 71

3.4.2- Pré-teste 73

3.5- Coleta dos dados 73

3.6- Análise dos dados 74

3.6.1- Domínios e escores 74

3.6.2- Análise estatística 74

3.6.3- Cálculo dos escores 75

4- RESULTADOS 77

4.1- Estudo descritivo 78

4.2- Estudo analítico 114

4.2.1- Idade 114

4.2.2- Capacidade visual declarada 116

4.2.3- Grau de satisfação referente à capacidade para realizar as AVD 118

4.2.4- Auto-avaliação de independência 120

4.2.5- Escolaridade e percepção de capacidade visual 122

4.2.6- Reabilitação e escolaridade 123

4.2.7- Capacidade visual e realização de reabilitação 124

4.2.8- Auto-eficácia e necessidade de ajuda segundo a idade 124

4.2.9- Percepção de auto-eficácia e a realização de reabilitação 126

5- DISCUSSÃO 127

6- CONCLUSÕES 153

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS 157

8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 161

9- APÊNDICES 181

AE	Auto-eficácia
AVD	Atividades de vida diária
BV	Baixa visão
C	Cegueira
CID-10	Classificação Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DV	Deficiência Visual
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
WHOQOL	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida.
WHO	World Health Organization
QV	Qualidade de vida
VSN	Visão subnormal
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

PÁG.

Tabela 1-	Características sóciodemográficas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	78
Tabela 2-	Município de residência. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	80
Tabela 3-	Município onde se situa a escola ou a instituição de reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	80
Tabela 4-	Características referentes à escolaridade e à ocupação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	81
Tabela 5-	Característica referente à reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	82
Tabela 6-	Percepção do tipo e causa da deficiência. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	83
Tabela 7-	Percepção do aparecimento da própria deficiência visual. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	84
Tabela 8-	Preocupação atual com a visão. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	85
Tabela 9-	Busca de assistência oftalmológica. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	86
Tabela 10-	Percepção de auto-eficácia para realizar atividades de higiene e cuidado pessoal. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005.....	87

Tabela 11- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades de higiene e cuidado pessoal. Percepção de dificuldade/ facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 88

Tabela 12- Causas percebidas da dificuldade de realização de atividades de higiene e cuidado pessoal. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005 89

Tabela 13- Realização de atividades de higiene e cuidado pessoal. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 90

Tabela 14- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades relacionadas ao vestuário. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 91

Tabela 15- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades de vestuário. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 92

Tabela 16- Causas percebidas de dificuldade para realizar as atividades relacionadas ao vestuário. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005 93

Tabela 17- Realização de atividades relativas ao vestuário. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 94

Tabela 18- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades relacionadas à alimentação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 95

Tabela 19- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades de alimentação. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 96

Tabela 20- Causas percebidas de dificuldade para realizar as atividades relacionadas à alimentação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005 97

Tabela 21- Realização de atividades relacionadas à alimentação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 98

Tabela 22- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades domésticas e sociais. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 99

Tabela 23- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades domésticas e sociais. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 100

Tabela 24- Causas percebidas de dificuldade para realizar atividades domésticas e sociais. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005 101

Tabela 25- Realização de atividades domésticas e sociais. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 102

Tabela 26- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades escolares. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 103

Tabela 27- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades escolares. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 104

Tabela 28- Causas percebidas de dificuldade para realizar atividades escolares. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005 105

Tabela 29- Realização de atividades escolares. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 106

Tabela 30- Outras atividades não realizadas por causa da visão. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 107

Tabela 31- Aprendizagem de AVD por si próprio ou com ajuda de outras pessoas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 108

Tabela 32- Percepção de auto-eficácia no relacionamento interpessoal e na solução de problemas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 109

Tabela 33- Percepção da auto-eficácia para realizar as atividades de vida diárias e da melhoria da vida com essa independência. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 110

Tabela 34- Opinião sobre crença religiosa e ajuda no enfrentamento de problemas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 111

Tabela 35- Satisfação referente à própria capacidade para realizar as AVD. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 112

Tabela 36- Percepção de auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, dificuldade e conduta nas AVD, por domínios e fatores de análise. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 113

Tabela 37- Percepção de auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, dificuldade e conduta nas AVD em relação à idade; análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 115

Tabela 38- Percepção de auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, dificuldade e conduta nas AVD em relação ao grau de capacidade visual declarada; análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 117

Tabela 39- Percepção de auto-eficácia e desempenho segundo o grau de satisfação referente à capacidade para realizar as AVD; análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 119

Tabela 40- Percepção de auto-eficácia e desempenho, segundo a auto-avaliação de independência para realizar as AVD. Análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 121

Tabela 41- Escolaridade segundo a percepção da capacidade visual. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 122

Tabela 42- Realiza ou não realizou reabilitação segundo nível de escolaridade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 123

Tabela 43- Percepção da capacidade visual e a realização de reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 124

Tabela 44- Percepções de auto-eficácia e de independência segundo a idade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 125

Tabela 45- Percepção de auto-eficácia, segundo a realização de reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005 126

RESUMO

Com o objetivo de estudar percepções de auto-eficácia e condutas de estudantes com deficiência visual, em relação às atividades de vida diária (AVD), realizou-se um "survey" analítico, tipo transversal. Criaram-se escores para analisar percepções de auto-eficácia e condutas nos domínios: higiene e cuidado pessoal, vestuário, alimentação, atividades domésticas e sociais, e escolares. Foi construído questionário estruturado, aplicado por entrevista, em amostra composta por 109 estudantes de Campinas e outros municípios do Estado de São Paulo. Os estudantes apresentaram as seguintes características: 52,3% do sexo masculino e 47,7% do sexo feminino; média de idade 23,37 anos; 84,4% solteiros. Declararam não enxergar 56,9% e enxergar pouco 43,1%, a maioria (57,8%) referiu deficiência visual congênita; 89,9% mencionaram mais de uma causa como responsável pela deficiência visual. Manifestaram preocupação de piorar e perder a visão 38,2%. Os estudantes declararam ter percepção de auto-eficácia e conduta na maioria dos domínios estudados. Maior grau de percepção de auto-eficácia foi declarado para atividades de higiene e cuidado pessoal ($\bar{x}$ = 88,95 e s= 15,21) e menor grau nas atividades escolares ($\bar{x}$ = 53,78 e s= 17,73). A deficiência visual foi considerada principal dificuldade para a realização das AVD. Observaram-se diferenças significativas no domínio higiene e cuidado pessoal, entre os grupos com menos de 20 anos e com 20 anos e mais, em relação à percepção de auto-eficácia ($p<0,001$) e conduta ($p<0,001$). Entre os grupos que declararam não enxergar e os que declararam enxergar pouco houve diferença significativa no domínio alimentação em relação à gradação de capacidade ($p=0,004$), e no domínio atividades domésticas e sociais em relação à auto-eficácia ($p=0,018$), gradação de capacidade ($p<0,001$) e conduta ($p=0,020$). Entre os grupos que se declararam pouco ou nada satisfeitos e os satisfeitos ou muito satisfeitos houve diferença significativa no domínio vestuário em relação à auto-eficácia ($p=0,007$), na gradação de capacidade ($p=0,005$) e conduta ($p=0,003$); no domínio alimentação em relação à auto-eficácia ($p=0,014$), gradação de capacidade ($p=0,003$) e conduta ($p=0,010$). Entre os dependentes e os independentes evidenciaram-se diferenças significativas em todos os domínios. Dos 77 estudantes que tinham feito ou estavam em processo de reabilitação, 61,0% declararam julgar-se capazes de agir sozinho. A maioria relatou aprendizagem das AVD por si próprio, apesar de ter-se submetido a processo de reabilitação. Na percepção dos entrevistados, foram observadas dificuldades mais freqüentes nas atividades domésticas e sociais. A percepção de auto-

eficácia foi preponderante nos domínios pesquisados, e houve relação entre essa percepção e a conduta declarada. A reabilitação favoreceu a percepção de auto-eficácia e de satisfação com a própria capacidade, o que sugere percepção de melhor qualidade de vida.

ABSTRACT

With the purpose of assessing perceptions of self-efficacy and performance in daily life-activities of visually impaired students a cross-sectional analytical survey was carried out. Scores were created to analyze self-efficacy, degree of perceived capability, performance and cause of difficulty in performing ADL in the following domains: hygiene and personal care, dressing, feeding, household, social and school activities. A semi-structured questionnaire was constructed after an exploratory study, and personal interviews were conducted with 109 students from Campinas and other São Paulo State municipalities. Student characteristics were: 52.3% male and 47.7% female; mean age 23.37 years; 84.4% single. Of the respondents 56.9% declared themselves as blind and 43.1% declared low vision, most declared that the cause for their visual impairment was congenital (57.8%), and 89.9% mentioned more than one cause as responsible for their visual impairment. Concern about further deterioration or loss of vision was expressed by 38.2%. The students declared perceived self-efficacy and performance in most of the researched domains. The greatest perceived self-efficacy level was assessed for the hygiene and personal care domain ($\bar{x}$ = 88,95 e s= 15,21) and the least for school activities ($\bar{x}$ = 53,78 e s= 17,73). Visual impairment was considered the main cause of difficulty in the performance of ADL. Significant differences were detected between the students under 20 years old and those aged 20 or more in the hygiene and personal care domain in perceived self-efficacy ($p<0,001$) and performance ($p<0,001$). Among those that declared themselves as blind and the ones that declared low vision, significant differences were detected in the feeding domain for perceived capability ($p=0,004$); in the household and social activities domain for self-efficacy ($p=0,018$), perceived capability ($p<0,0001$) and performance ($p=0,020$). Among those satisfied or very satisfied and those that were not satisfied or little satisfied with their perceived capability the significant differences were – in the clothing domain, for self-efficacy ($p=0,007$), perceived capability ($p=0,005$) and performance ($p=0,003$); and in the feeding domain, for self-efficacy ($p=0,014$), perceived capability ($p=0,003$) and performance ($p=0,010$). There were significant differences in all domains among those that declared themselves independent and those that declared themselves dependent. A significant statistical association was detected between perceived self-efficacy and self-reported performance with age, visual ability, independence, and satisfaction. Of the 77 students that had been or were going through a rehabilitation process, 61% found

themselves capable of acting on their own. Most of them reported that they learned to perform these activities by themselves, even though they had been through the rehabilitation process. Self-efficacy was preponderant in the investigated domains, and there was a significant statistical association between perceived self-efficacy and self-reported performance. The respondents perceived more frequent difficulties in the performance of domestic and social activities. Rehabilitation reinforced self-efficacy perceptions and satisfaction with one's own capability, which suggests perceptions of improved quality of life.

1- INTRODUÇÃO

A participação social de pessoas com deficiência visual nos diferentes ambientes é facilitada por meio do uso dos sentidos remanescentes, de técnicas ou recursos específicos, adequados às necessidades de cada pessoa. Nos casos de baixa visão, os auxílios ópticos como óculos com lentes especiais, lupas, telescópios, e os auxílios não ópticos, como contraste, iluminação, prancha para leitura e escrita, caneta de ponta porosa contribuem para melhorar o funcionamento visual e o desempenho global (CARVALHO et al., 1994; HADDAD et al., 2001 (a,b,c,d); INTERNATIONAL COUNCIL OF OPHTHALMOLOGY, 2002). Nos casos de cegueira, explicações sobre localização de objetos e pessoas, detalhamento de situações e maneira de realizar atividades, sistemas específicos de leitura e escrita, de informática, adaptações em objetos e no espaço físico, técnicas específicas para a realização de atividades diárias e orientação e mobilidade, entre outros recursos, promovem o entrosamento e a inclusão de pessoas com deficiência visual nos ambientes.

A inclusão social é um paradigma que implica na participação de todos os indivíduos, considerados como "cidadãos legítimos" (MADER, 1997). A inclusão, legalmente estabelecida pela Lei nº. 9394/96, delega à família, à escola e à sociedade o compromisso para a efetivação de uma proposta de escola para todos (BRASIL, 1996). A legitimação desta lei e o percurso até ela revelam histórias de indivíduos com deficiência, desde a exclusão total até a exclusão sutil, que ainda hoje acontece na sociedade, limitando a participação dos diferentes nos meios sociais, por não saberem se adequar (MADER, 1997).

Indivíduos com deficiência visual encontram barreiras ambientais e pessoais que restringem suas ações, limitando o convívio e o desempenho nas atividades do cotidiano. Reflexos dessas interações parciais aparecem principalmente na família, na escola e interferem na saúde e na qualidade de vida (ARRUDA, 2002 b).

A crença na própria capacidade para realizar as diferentes atividades do dia-a-dia promove o bem-estar e a inclusão social de indivíduos com cegueira ou visão subnormal, possibilitando o acesso aos ambientes e serviços básicos da comunidade, contribuindo para melhor qualidade de vida. Qualidade de vida é um conceito subjetivo, relacionado a variados domínios ou facetas, sobressaindo-se, entre eles, a satisfação de

necessidades básicas, a percepção de auto-eficácia e de bem-estar pessoal. A qualidade de vida da população tem influenciado políticas e ações que valorizam melhores condições de bem-estar.

A prevenção da deficiência visual é recomendada pela Organização Mundial de Saúde, que considera a deficiência visual como problema de saúde pública mundial, em destaque nos países em desenvolvimento (WHO, 2003). Observa-se aumento gradativo de projetos governamentais e não-governamentais de ações de prevenção primária, secundária e terciária para enfrentar essa problemática, mas ainda insuficientes para atender a toda população com necessidade de tratamento, reabilitação e escolaridade (BRASIL, 1995; BRASIL, 1999; FRICK e FOSTER, 2003).

Nesse sentido, considerou-se necessário conhecer e dimensionar o problema da perda da capacidade visual, à luz da pesquisa científica, não apenas sob o aspecto clínico, como também numa perspectiva social de atuação na comunidade. Admite-se que conhecimentos errôneos e ausência de conhecimentos em saúde ocular constituem obstáculos importantes às ações preventivas de agravos e de preservação do sistema visual (TEMPORINI e Kara-JOSÉ, 1995).

Esta pesquisa versa sobre características de indivíduos com deficiência visual, inseridos no ensino público, e suas percepções de auto-eficácia no desempenho de atividades de vida diária (AVD). Foram estudadas percepções quanto aos domínios higiene, vestuário, alimentação, limpeza e organização da casa, como também atividades de vida diária realizadas na escola e fora dela. A análise deste estudo relacionou percepções de auto-eficácia com desempenho nas AVD.

Este estudo foi conseqüência de um trabalho relacionado às AVD, desenvolvido no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel de Oliveira da Silva Porto" (CEPRE), em conjunto com o Departamento de Otorrino-oftalmologia, da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas (FCM-Unicamp).

1.1- Deficiência visual

A visão desempenha papel predominante na vida do indivíduo, colocando-o de maneira direta e imediata em contato com o mundo. Pela visão, o sujeito vê, observa, percebe formas, dimensões, objetos no espaço, correlaciona o corpo do outro como modelo para o seu, adquirindo e constatando o resultado de suas experiências. Paralelamente, desde o início, pela imitação ele repete e reproduz os movimentos, atitudes e comportamentos das pessoas que o cercam, "vê-se" nos olhos dos pais ou figuras de autoridade como de agentes de afeto, de proteção ou reprovação, etc.

Cerca de 85% da interação do homem com o meio faz-se pela visão, de forma que problemas visuais podem representar prejuízos para indivíduos com baixa visão ou cegueira (ALVES e KARA-JOSÉ, 1996). Embora possa haver compensação, em parte, pelo uso dos outros sentidos, pelos auxílios ópticos e não ópticos, e também pela acessibilidade do ambiente, a deficiência visual total ou parcial representa restrição de participação em situações do cotidiano, ou incapacidade para agir, e pode interferir no desenvolvimento do indivíduo e limitar sua ação com independência e autonomia.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde — CIF (2003), organizada pela Organização Mundial de Saúde em conjunto com a Organização Panamericana de Saúde, define deficiências como problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou perda; a incapacidade abrange deficiências, limitação de atividade ou restrição de participação, enquanto a funcionalidade engloba todas as funções do corpo, a atividade e a participação. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde- Décima Revisão (CID-10), criada pela Organização Mundial de Saúde, categoriza as condições de saúde (doenças, distúrbios, lesões), definindo e categorizando os graus de acometimento visual, a cegueira e a baixa visão ou visão subnormal (OMS, CID-10, 2000). A CIF e a CID-10 complementam-se e fornecem um conjunto de informações sobre o diagnóstico e a funcionalidade, possibilitando uma imagem mais ampla e significativa da saúde das pessoas (WHO, 2001).

A deficiência visual inclui a cegueira e a baixa visão (visão subnormal), dois grupos com características visuais e pessoais distintas. Conforme a Organização Mundial de Saúde — OMS (WHO – 1995) a baixa visão ou visão subnormal é definida como a acuidade visual menor que 0,3 (6/18) e maior ou igual 0,05 (3/60), ou correspondente perda de campo visual menor que 20 graus, com a melhor correção visual possível, no olho de melhor visão, correspondendo às categorias 1 e 2 da CID 10. A cegueira corresponde à acuidade visual menor do que 0,05 (3/60), ou campo visual menor que 10 graus no olho de melhor visão e com a melhor correção possível, correspondendo às categorias 3, 4 e 5, do CID-10 (OMS, CID-10, 2000).

A baixa visão ou visão subnormal é descrita como uma visão intermediária entre a visão normal e a cegueira, abrangendo uma significativa redução da função visual, com comprometimento de seu funcionamento, mesmo após tratamento ou correção de erros refracionais. O indivíduo com baixa visão, mesmo usando óculos comuns, continua apresentando dificuldade de visão, porém o resíduo visual pode auxiliar nas atividades de vida diária (AVD) e na orientação e mobilidade (SÃO PAULO/SE/CENP, 1993; CARVALHO et al., 1994; BRASIL, 1995; ALVES e KARA-JOSÉ, 1996; BRUNO, 1997; KARA-JOSÉ e TEMPORINI, 1999; HADDAD et al., 2001a; VEIZTMAN, 2000).

A classificação da OMS é recomendada, tendo em vista maior uniformidade de dados estatísticos, facilitando estudos epidemiológicos em diferentes locais e características sociais (VEIZTMAN, 2000). Baseando-se na definição do CID-10, em população mundial, a OMS estimou uma população mundial de 180 milhões de pessoas com deficiência visual, dos quais 135 milhões de pessoas têm baixa visão, 45 são cegas e destas, aproximadamente, 20% 9 (milhões) não têm percepção de luz (PARARAJASEGARAM, 2004). Outros estudos mostram estimativas de deficiência visual na população mundial indicando que a magnitude do problema é grande, sua distribuição varia conforme a faixa etária, aumentando em adultos com mais de 50 anos de idade, e apontam desequilíbrio em relação ao gênero, com maior incidência no sexo feminino (RESNIKOFF et al., 2001; 2004). Da população brasileira, estima-se que 1% a 1.5% apresentam deficiência visual, e a incidência de baixa visão é maior do que a cegueira. Dos deficientes visuais que estudam na rede

pública estadual de São Paulo, 80% têm baixa visão e 20% são cegos. (SÃO PAULO/SE/CENP, 1993).

1.2- Perda visual

A perda da capacidade visual pode ocasionar prejuízos na qualidade de vida em função de restrições ocupacionais (escola e trabalho), econômicas, sociais e psicológicas. Para a sociedade, representa encargo oneroso, pois representa perda de força de trabalho (TEMPORINI, 1991; TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 1995; KARA-JOSÉ e TEMPORINI, 1999, MONTILHA, et al. 2001b). Muitos indivíduos com deficiência visual limitam a prática efetiva de ações em seu cotidiano, deixando de usufruir uma vida com melhor qualidade, uma vez que a capacidade visual relaciona-se estreitamente á qualidade de vida do ser humano (TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 2004).

A deficiência visual implica em perdas que podem interferir em aspectos pessoais, prejudicando a concepção do indivíduo sobre si mesmo e repercutindo no desempenho de suas atividades. A perda da visão afeta o indivíduo em vários níveis simultaneamente, agindo nos aspectos: perceptivo, cognitivo, emocional e, com isso, refletindo-se no desempenho social. Caminhar, alimentar-se, vestir-se, que, em grande parte dependem da visão, são atividades inicialmente aprendidas e imitadas, depois realizadas automaticamente, e não são praticadas da mesma maneira por indivíduos com deficiência visual (DODDS, 1989; 1991).

Um dos ressentimentos mais freqüentes da perda visual é a sensação de incompetência no desempenho diário, que impede o indivíduo de realizar tarefas, mesmo as mais simples. O conhecimento dessa dificuldade pode se estender e se ampliar para outros campos, limitando e obstruindo a ação, ao mesmo tempo alterando sua percepção de eficiência. Desse modo, o indivíduo passa a ter um autoconceito negativo, por não acreditar possuir competência no desempenho das atividades, nem reunir as habilidades, nem condições pessoais para aprender, o que dificulta sua participação social (DODDS, 1989; MASSOF, 1995).

Indivíduos com deficiência visual têm necessidades específicas, conforme sua

faixa etária e características individuais, o que deve ser levado em conta ao se planejar o atendimento e a reabilitação desses indivíduos. A reabilitação é meio para o indivíduo inserir- se na comunidade e suas estratégias podem ser classificadas como orientação funcional, de objetivos e atitudes e permitem ao indivíduo restaurar ou melhorar funções por meio de recursos e técnicas (MASSOF, 1998; GUNILLA et al., 2004; BOENER e CIMAROLLI, 2005). A famíla também recebe orientação no processo reabilitacional que visa a aprendizagem e o bem-estar dos familiares e da pessoa com deficiência.

A família e a escola, atuando como elementos primários, constituem espaço básico e fundamental para o desenvolvimento, aprendizagem, socialização e integração da pessoa que apresenta deficiência visual (NOBRE et al., 2001). Nem sempre essas duas entidades cumprem o seu papel na formação do sujeito, quer por preconceito, quer por ignorância. As atitudes e comportamentos, tomados primeiramente pelas famílias, são os mais diversos. Algumas delas isolam ou escondem a criança com deficiência, outras valorizam somente a escolaridade pelo padrão social, outras, ainda, pelo aspecto sócioeconômico e cultural e, finalmente, há aquelas que proporcionam experiências nas diversas áreas, preparando o sujeito para a vida. A família, não sabendo atuar, pode limitar a ação da criança (NOBRE et al, 2001), do adolescente, do adulto e mesmo do idoso. A escola, por sua vez, desconhecendo os procedimentos de atenção ao aluno com deficiência visual, pode ter atuações inadequadas (BATISTA, 1998). Pesquisa realizada por GASPARETTO et al., 2001), evidenciou 92% de 50 professores de escola regular que declararam desconhecimento a respeito de como atuar com alunos com essa deficiência. MANTOAN (2001) afirma que a escola é velha na maneira de ensinar, planejar, executar e avaliar seu processo educativo. O tradicionalismo, o ritualismo de suas práticas limitam e restringem a grande maioria de seus professores e pais, diante das transformações, dos caminhos diferentes e não-obrigatórios do aprender.

1.3- Atividades de vida diária

Atividades de vida diária são todas as ações realizadas no dia-a-dia, como cozinhar, escolher roupas, manejar dinheiro, tomar medicamentos, assistir televisão, entre outras. De acordo com a CIF (2003) atividade é a realização de uma tarefa ou ação;

participação é o envolvimento em situações de vida diária. Incluem nas AVD atividades de rotina de cuidado pessoal, de outras pessoas e do ambiente, exercidas nos ambientes domésticos. Neste estudo, considera-se incluídas nas AVD as Atividades de Vida Prática (AVP) que são aquelas realizadas em ambientes externos, como na escola, na comunidade e no trabalho (FINGER, 1986).

As AVD podem ser divididas em aspectos ou domínios, agrupando em campos específicos as atividades realizadas no cotidiano. De acordo com a A domínio "*é um conjunto prático e significativo de funções relacionadas à fisiologia, estruturas anatômicas, ações, tarefas, ou áreas da vida*" (p. 13). Esses domínios completam as atividades básicas do homem e, conforme realizadas, delineiam o perfil de cada um.

Nesse sentido, as AVD abrangem aspectos práticos e funcionais da rotina diária, como higiene e cuidado pessoal, vestuário, preparo de alimentos, e alimentação, cuidados com o lar, organização de objetos, manejo de dinheiro, compras, jardinagem, entre outras atividades rotineiras realizadas no ambiente doméstico, na família, na escola, no trabalho e demais ambientes sociais (FINGER, 1986; MACDONALD et al., 1990; CRISTIANSEN et al., 1992; LORA, 1997; 2000). Estas atividades têm sido consideradas como parâmetro funcional da reabilitação médica (VALVERDE CARRILLO et al., 1994).

As AVD estão incluídas entre as expectativas de indivíduos com deficiência visual em relação ao processo de reabilitação (MONTILHA et al., 2000; LORA, 2000), em função de necessidades básicas do homem de bem-estar, adaptação social, independência e autonomia (CRISTIANSEN et al., 1992; HELLSTRÖM, 2003). Programas de reabilitação básica são constituídos por AVD e orientação e mobilidade, direcionados a minimizar ou suprir dificuldades nestas áreas, em função da deficiência visual (FLAVEL et al., 2002; VICENTE MOSQUETE e MARTÍN ANDRADE, 2002).

A reabilitação, de acordo com o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes (Universidade de São Paulo, 2003), é um processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa deficiente alcance um nível físico, mental e ou social funcional adequado, proporcionando-lhe os meios que lhe possibilitem enfrentar as adversidades surgidas e, com isso, modificar a própria vida. Inclui medidas

para compensar a perda de função ou limitação funcional, destinadas a facilitar a inserção ou reinserção social.

Na reabilitação são oferecidos serviços que, de maneira geral, favorecem a adaptação e o desenvolvimento de habilidades, muitas vezes com o uso de equipamentos, auxílios ópticos e não ópticos, suporte social e psicológico, visando uma vida independente (MONTILHA et al., 2000). Como um processo global, a reabilitação, para pessoas com deficiência visual, é realizada por profissionais, principalmente das áreas: orientação e mobilidade, atividades de vida diária, psicologia, comunicação, serviço social, comunicação oral e escrita (sistema braille, para os casos de cegueira e uso de auxílios ópticos e não ópticos para os casos de baixa visão), informática, terapia ocupacional e oftalmologia. Quanto ao aspecto clínico, o oftalmologista diagnostica e avalia, quantitativamente, o resíduo visual, dando suporte para as intervenções de diferentes profissionais de reabilitação.

A aprendizagem das AVD, juntamente com a orientação e mobilidade e a comunicação são recomendadas pela literatura como sendo atividades básicas de reabilitação e são oferecidas em instituições à população com deficiência visual. (MCBROOM, et al.1994; HELLEN KELLER INTERNATIONAL, 1988; VICENTE MOSQUETE e MARTÍN ANDRADE, 2002; MCBROOM et al., 1998; MONTILHA et al., 2001b). JOHNSTON (2002) sugeriu que há mais dificuldades na aquisição de habilidades nas AVD para crianças e adolescentes com problema visual mais grave.

A eficiência na prática das AVD pode requerer, de maneira geral, do uso de técnicas e recursos específicos, explicações detalhadas sobre a maneira de realizar as atividades. Dependendo do grau da perda visual, essas dificuldades acentuam-se, diminuindo a ação e a participação na família, na escola e em outros ambientes sociais, afetando, parcial ou profundamente, a qualidade de vida (ARRUDA, 1999, 2001).

As AVD são realizadas no cotidiano e adequadas às características pessoais e ambientais e à realidade de cada indivíduo. Os fatores ambientais são definidos pela CIF (2003), como elementos que compõem ambiente físico, social e de atitudes no qual cada indivíduo vive e conduz sua vida, e interferem na prática e no modo de vida de cada um.

Observa-se que a prática nas atividades diárias amplia a concepção e a compreensão do meio em que vivem indivíduos com cegueira ou visão subnormal, motivando-os para a ação e a interação. Dificuldades em desempenhar tarefas de cuidado pessoal e a dependência de outras pessoas para completá-las podem ter efeito devastador para o bem-estar psicológico, social e financeiro de um indivíduo. A depressão, diminuição da autoconfiança e falta de motivação podem ser resultantes da incapacidade do indivíduo para realizar tarefas, enquanto que o desempenho bem sucedido pode contribuir para o aumento de seu autoconceito, afetando diretamente sua auto-estima (MONTILHA, 1997; MONTILHA et al., 2001b).

Estudos realizados apontam que, quanto mais acentuada a perda visual, maior a dificuldade do indivíduo para fazer as AVD com independência, implicando no detrimento da qualidade de vida, em decorrência de restrições ocupacionais, econômicas, sociais e psicológicas (KARA-JOSÉ e TEMPORINI, 1999; LOWER, 2003).

Dificuldades causadas pela baixa visão ou cegueira limitam o desempenho na rotina das atividades de vida diária como ler, escrever, desenhar, assistir televisão, cozinhar, fazer compras, dirigir carros e outras. Constata-se pela experiência que, mesmo tarefas mais simples, como tomar banho e lavar a cabeça podem ser difíceis de serem realizadas quando há perda da visão em decorrência da falta de aprendizagem e de oportunidade de prática no dia-a-dia. Esses prejuízos podem aumentar sensivelmente quando a pessoa, além da dificuldade visual propriamente dita, apresenta também problemas na área neurológica — interferindo na função binocular, nas habilidades óculomotoras, na presença de convergência e divergência dos olhos, na acomodação e campo visual. Em conseqüência, podem surgir problemas na área de orientação e adaptação espacial e equilíbrio (PARK et al., 2004; HINDS et al., 2003).

1.4- Necessidades humanas

O comportamento do ser humano é movido pelas necessidades que, atuando como força propulsora, levam o indivíduo à ação (MASLOW, 1970). As necessidades humanas estão organizadas e dispostas em níveis diferentes, numa hierarquia de

importância, em uma pirâmide, em cuja base estão as necessidades primárias – que são as necessidades fisiológicas, indispensáveis à sobrevivência do indivíduo e preservação da espécie (alimentação, sono, repouso), seguidas das necessidades de segurança, necessidades sociais (afeto), necessidades de *status* e estima e, por último, no topo, as necessidades de auto-realização (MASLOW, 1970).

Para MASLOW (1970), as necessidades são, portanto, pontos de partida à ação. As básicas ou primárias precisam estar satisfeitas, para que haja motivação para a consecução das demais. Uma vez atingido o seu fim, surge uma outra necessidade em seu lugar que, impulsionada pela motivação, leva o sujeito à ação.

Vários fatores, contudo, podem interferir na ação do sujeito, ora impedindo, ora limitando sua atuação – como estado de saúde geral, nível sócioeconômico, fatores ambientais e familiares, aspecto emocional. Além desses fatores, a perda parcial ou total de um dos órgãos do sentido pode acarretar prejuízo acentuado no desenvolvimento do ser humano. Por meio dos sentidos, principalmente pela visão, o indivíduo entra em contato com o mundo, interage, aprendendo as coisas ao seu redor, adquirindo conhecimentos e experiências pessoais.

Por um processo gradativo e evolutivo, o sujeito passa, segundo JEAN PIAGET (1978), primeiramente por uma fase figurativa, relacionada às configurações ligadas ao concreto e, depois, pela fase operativa, referente às operações mentais mais elaboradas, ligadas às abstrações. Assim, essa evolução põe em evidência a integração paulatina e progressiva do sujeito, evoluindo desde uma imitação simples até a formação de simbolismo, de conceitos, com compreensão de significados e significantes, possibilitando conclusões lógicas. Durante este processo, também de maneira gradativa, o indivíduo, desde muito cedo, vai desenvolvendo seu esquema corporal e se reconhecendo como pessoa ímpar, com emoções, vontades e necessidades próprias, favorecendo a formação de sua própria imagem corporal (PIAGET, 1970, 1996).

1.5- Auto-eficácia

Para BANDURA (1986, 1997) as pessoas não são somente agentes de ação, mas também auto-examinadoras de seus próprios funcionamentos. Por meio da autoconsciência reflexiva, elas avaliam suas motivações, seus valores, o significado de suas conquistas na vida, a assertividade de seus pensamentos em relação aos resultados de suas ações, os efeitos que as ações dos outros produzem, o que os outros acreditam e as deduções do conhecimento estabelecido. Dessa maneira, paulatinamente, adquirem a crença em sua capacidade de exercer controle sobre seu próprio funcionamento e sobre os eventos ambientais. Com isso, assimilam e integram a noção de auto-eficácia ("self-efficacy"), mola propulsora e alicerce de toda ação humana. Acreditando ser capaz de produzir os resultados esperados e desejados por meio de suas ações, as pessoas são incentivadas para agir e atuar, perseverando nas atividades, mesmo em face às dificuldades.

A eficácia percebida exerce um papel central na auto-regulação da motivação, por meio de objetivos desafiadores e expectativas de resultados. Assim, as pessoas escolhem quais os desafios que enfrentarão, o quanto de esforço empreenderão nessa tarefa, o quanto de tempo irão perseverar em face a obstáculos e fracassos. A percepção de auto-eficácia permite aos indivíduos enfrentar situações novas e desconhecidas, reduzindo a sua vulnerabilidade, o estresse, a depressão dos indivíduos e criando posturas positivas e otimistas em relação à vida.

Algumas pessoas possuem alto grau de auto-eficácia, pois têm a capacidade de liderar, superar e aprender ou mesmo se transformar face aos obstáculos. Têm habilidade de enfrentar problemas, capacidade de adaptação e recuperação, participando assim, de uma vida ativa e significativa (GRÜNSPUN, 2005).

A auto-eficácia representa um aspecto central da teoria social cognitiva (SCHWARZER e RENNER, 2003). O termo, introduzido pela primeira vez por BANDURA (1977), identifica esse aspecto do desempenho humano: as pessoas desenvolvem julgamentos quanto à sua capacidade de organizar e executar cursos de ação exigidos para atingir determinados objetivos. Toda ação humana resulta da interação recíproca entre três classes principais de determinantes: o comportamento, os fatores

pessoais e cognitivos, afetivos e biológicos e, de outro lado, o ambiente externo. Esses determinantes interagem entre si, influenciando uns aos outros ou sendo influenciados reciprocamente, o que pode determinar ou modificar a ação do sujeito (BANDURA, 1986, 1989; 1997).

As experiências vivenciadas passam a determinar o que indivíduo se torna e o que ele pode fazer. Por meio da auto-avaliação de seu comportamento e de seu desempenho, o indivíduo vai construindo seu autoconceito e sua auto-estima, de acordo com os sistemas de valores vigentes no ambiente. Esse autoconceito. pode ser positivo ou negativo, conforme as experiências bem sucedidas, ou não, experimentadas por ele, formando a percepção de auto-eficácia.

Auto-eficácia é definida por BANDURA (1986; 1989) como crença, percepção, expectativa do indivíduo e julgamento das próprias capacidades de organizar e executar cursos de ação exigidos para se atingir certo grau de performance. A auto-eficácia refere- se, portanto, somente à capacidade percebida. Como tal, deve ser diferenciada de outros conceitos como auto-estima, controle da situação e expectativa de resultados e autoconceito. Enquanto a auto-eficácia percebida implica em um juízo de capacidade, a auto-estima se refere a um juízo de autovalorização. A expectativa de resultado é um juízo relacionado às conseqüências prováveis que tais resultados produzirão. O autoconceito é a percepção do indivíduo sobre si mesmo. Portanto, a auto-eficácia não está relacionada com habilidades individuais, mas com o julgamento que cada um pode fazer de suas próprias habilidades.

O processo de reconhecimento da auto-eficácia é simples e intuitivo: o sujeito empenha- se em uma determinada tarefa, interpreta os resultados obtidos e, na dependência de êxito, transfere os procedimentos para futuras tarefas semelhantes. A repetição do sucesso obtido vai criando e confirmando, paulatinamente, a crença de auto-eficácia. Essa percepção desempenha um papel fundamental no funcionamento do homem, pois afeta seu comportamento e a escolha de metas, intervindo nas aspirações, nas expectativas de resultados, tendências afetivas, percepção de impedimentos e oportunidades que se apresentam no meio social (BANDURA, 1982; 1986; 1995; 1997).

Nesse contexto, BANDURA (1986) considera que os julgamentos de auto-eficácia atuam como medidores entre as reais capacidades e aptidões e seu desempenho. A auto-eficácia atua também sobre a aprendizagem auto-regulada, por meio da qual o indivíduo gerencia, de maneira eficaz e flexível, seu processo de aprendizagem e motivação. A auto-observação permite ao indivíduo obter não só informações para o estabelecimento de padrões realistas de seu desempenho, como também lhe fornece dados para a avaliação efetiva de sua atuação e realização nas atividades, desenvolvendo padrões internos para julgar e avaliar suas próprias ações.

O mecanismo mais importante nesse processo de o indivíduo ser protagonista ou agente da ação é a crença a respeito da própria capacidade de exercer controle de sua vida. A auto-eficácia funciona como motivação da ação, atuando na área do pensamento, levando o sujeito a prever e antecipar suas ações, a estabelecer metas, a ter expectativas de resultados, a prever fracassos ou sucessos. Com isso, ele tem possibilidade de antecipar, mediar e apreciar as consequências de seu comportamento, podendo modificar ou alterar suas atitudes e ações (BANDURA, 1986).

Pela antecipação, o indivíduo é capaz de projetar no futuro os passos de uma ação a ser realizada, o quanto de esforço e persistência nas atividades que serão exercidas. Pouco a pouco, ele vai tendo a noção exata de suas potencialidades e capacidades, vivenciando, então, a percepção de auto-eficácia. Quando o indivíduo tem sucesso em suas experiências, ele passa a acreditar em si mesmo, no seu poder de controlar as situações novas e desconhecidas, mesmo aquelas que lhe pareciam ameaçadoras. Reconhecendo-se capaz e com condições pessoais, ele passa a se sentir "dono" e "agente da ação", com motivação para realizar as tarefas.

A percepção de auto-eficácia pode ser afetada por alguns fatores como: discrepância entre a ação e os padrões pretendidos, pela falta de objetivos claros, pela avaliação pouco objetiva de seu desempenho, entre outros. Para BANDURA (1986), a percepção de auto-eficácia pode se basear em quatro fontes de informação: experiências pessoais de desempenho; experiências por meio de modelos sociais; persuasão verbal combinada com a influência social de outra pessoa que possui certas capacidades; estados emocionais e fisiológicos a partir dos quais a pessoa julga sua força e vulnerabilidade.

As informações podem atuar de forma independente ou simultânea. A influência das quatro fontes não é automática, mas passa por um processo cognitivo do sujeito, que se reflete, não só nas suas próprias aptidões percebidas e experiências passadas, mas também nos diversos componentes da situação, como o grau de dificuldade de uma tarefa. Da análise de fatores pessoais e ambientais percebidos resultará um julgamento, positivo ou negativo, da própria capacidade para controlar a situação.

As mudanças de comportamento só são possíveis quando o indivíduo tiver um senso de eficácia positiva e forte. A despeito das dificuldades, obstáculos ou condições adversas, o sujeito persiste em seus propósitos, na medida em que tiver convicção de sua capacidade para resolver aquela tarefa específica e atingir o objetivo desejado. Dessa maneira, a crença de auto-eficácia nada mais é do que a convicção, a plena confiança da própria capacidade para planejar, organizar e executar as ações requeridas para lidar com situações futuras específicas ((BANDURA, 1982; 1986).

Em concordância com essa linha de pensamento, BZUNECK (2001) esclarece: a crença de auto-eficácia promove ações somente depois de o sujeito ter conhecimentos, habilidades e capacidades para realizar uma atividade, além de possuir expectativas positivas de resultados e que estes resultados sejam por ele valorizados. Em função da crença de auto-eficácia é que se processará a escolha, a direção e a persistência nos comportamentos. Portanto, o comportamento do ser humano, de modo geral, está na dependência estreita entre desempenho, pensamento e ambiente, interagindo e modificando-se constantemente.

1.6- A teoria da auto-eficácia e sua aplicação na saúde e na escolaridade

As crenças de auto-eficácia representam um mecanismo cognitivo mediado entre o conhecimento e a ação que por sua vez determina, entre outras variáveis, o êxito nas atividades. Tratam de percepções que contribuem para a motivação do ser humano em agir, atuar e reagir frente aos estímulos do meio em que vive.

A auto-eficácia discrimina-se de outros tipos de expectativas focalizadas em pesquisas de motivação, especificamente o autoconceito e as autopercepções de competência e capacidade, embora tenham características comuns (BANDURA, 1986; PAJARES, 1996; SCHUNK, 1989; 1991; BZUNECK, 2001; MARTÍN, 2004). O autoconceito é a percepção que o indivíduo tem de si próprio, como um ser físico, social e espiritual ou moral (SHAVELSON et al., 1976; GECAS, 1982). Portanto, o autoconceito, mesmo quando relativo a uma área ou domínio específico, tem características mais genéricas que a percepção de auto-eficácia. As técnicas de mensuração de auto-eficácia devem, preferencialmente, focalizar situações bem especificadas, dado que é em relação a elas que a pessoa se julga, ou não, capaz (BZUNECK, 2001).

Na área de promoção e proteção à saúde, a auto-eficácia constitui-se numa das variáveis mais promissoras na prevenção como no tratamento de doenças (BUZNECK, 2001). Os indivíduos com percepção de auto-eficácia positiva adotam comportamentos de promoção de saúde e, consequentemente, modificam comportamentos prejudiciais nessa área (O'LEARY, 1992).

Estudos desenvolvidos ressaltam a relação entre auto-eficácia e saúde em diferentes aspectos do conhecimento, com a finalidade de compreender comportamentos dos homens em relação à saúde. Pesquisas de auto-eficácia têm sido relacionadas a dietas e controle de peso; prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e adesão a tratamentos; prevenção e tratamento de uso de drogas (SHAW e MACELROY, 1992; SCHWARZER e FUCHS, 1995;LÓPEZ-ROSALES e MORAL-DE-LA-RUBIA, 2001; SCHOLZ et al., 2002; SCHUNK, 1991;; 2003). Outras pesquisas têm sido desenvolvidas quanto à auto-eficácia de professores e de alunos na área da motivação e aprendizagem específica (SCHUNK, 1991; 2003; BZUNECK, 2001).

Tais pesquisas mostraram que a auto-eficácia é um fator que propicia o sucesso no desempenho de comportamentos, confirmando a hipótese de que esta regula as ações intencionais humanas ao agir e atuar sobre processos cognitivos, afetivos, motivacionais e seletivos (LEITE et al., 2002).

1.7- Qualidade de vida

Qualidade de vida (QV) tem sido uma preocupação ao longo da história da humanidade, e, principalmente a partir da década de 50, concepções e conceitos têm sido utilizados em diferentes áreas e em diferentes aplicações, em constante reformulação. O conceito qualidade de vida adquire importância e traz à tona a concepção biopsicossocial do processo saúde-doença, que valoriza o alcance do bem-estar dos indivíduos (GOMES TOLON, 1994; DELISA et al., 1992).

Qualidade de vida aparece como sinônimo de bem-estar, englobando, não apenas as condições de saúde e funcionamento, mas também valorizando aspectos mais amplos do que aqueles relacionados a controle de sintomas, diminuição de mortalidade, ou aumento da expectativa de vida. A saúde, definida desde 1946 como completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente com ausência de doença (WHOQOL, 1998) é identificada como bem-estar e qualidade de vida (BUSS, 2000). Nesse sentido, pelo estado global do indivíduo é possível estudar sua qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde – Divisão de Saúde Mental – Grupo WHOQOL (1998) definiu a QV como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP- OMS, 1998, p. 3). Qualidade de vida tem múltiplas dimensões ou domínios – físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambientais e aspectos espirituais - religião e crenças pessoais (OMS, 1998). Estes domínios estão contidos em instrumentos, organizados em diferentes segmentos de estudo, destinados avaliar o bem-estar, interesse, prazer ou satisfação de indivíduos.

Qualidade de vida também é definida como um evento que tem múltiplas dimensões, é multideterminado, diz respeito à adaptação de indivíduos e grupos humanos, em diferentes épocas e sociedades. Avaliar qualidade de vida tem como referência diversos critérios; consiste em comparar as condições disponíveis com as desejáveis. Os resultados são expressos justamente por índices de desenvolvimento, bem-estar, desejabilidade, prazer ou satisfação (NÉRI, 2001).

Certas dimensões da QV são passíveis de comparações, com critérios mais verificáveis do que outras, mas a avaliação de todas elas é afetada por valores e expectativas individuais e coletivas, dando origem a investigações em torno de indicadores subjetivos, tais como saúde percebida, satisfação com a vida e perspectiva de futuro (NÉRI, 2001).

A procura por qualidade tem-se intensificado nos diferentes setores, quer seja na saúde, educação, economia, meio-ambiente, entre outros que prezam pela eficiência, eficácia, resolubilidade e prontidão de produtos e serviços, com o objetivo de oferecer satisfação e bem-estar ao público alvo (NOVAES, 2004). A preocupação com a qualidade de vida de pessoas com deficiência visual ganhou relevância nas últimas décadas com o advento de novas tecnologias, direta ou indiretamente direcionadas a favorecer o uso do resíduo visual, de habilidades e possibilidades individuais (WOLFFSOHN e COCHRANE, 2000; LAWRENCE et al., 1999).

Pesquisas estão sendo desenvolvidas para medir o impacto da deficiência visual, para identificar e quantificar os prejuízos causados por essa perda e, ao mesmo tempo, analisar os aspectos que interferem na qualidade de vida. Do resultado dessas ações dependerão decisões a serem tomadas futuramente (HASSEL et al., 2000; HAYMES et al., 2001; STELMACK, 2001; LOWER, 2003; MARGOLIS, 2002; WHO, 2003).

Dentre as áreas que fazem parte dos domínios citados pela OMS (1998) enquadram-se as AVD, que têm sido utilizadas em diferentes estudos e instrumentos para medir qualidade de vida, em relação ao impacto da perda visual e restrições nas atividades de vida diária (MANGIONE, et al., 1992; MANGIONE et al., 1998; BELFORT, 2001; STELMACK, 2001; STELMACK et al., 2002).

A habilidade de realizar as atividades de vida diária é aspecto fundamental na independência funcional de pessoas com deficiência visual e na qualidade de vida. Compreender os fatores que influenciam as restrições na realização destas atividades é um desafio importante para favorecê-las com maior participação no cotidiano e promover melhor qualidade de vida (LAMOUREUX et al., 2004).

1.8- Percepções de auto-eficácia e qualidade de vida

A percepção consiste na apreensão, por meio dos sentidos, de uma situação objetiva, acompanhada de representações e de juízos. Envolve, além de experiências sensoriais, fatores subjetivos, próprios de cada indivíduo, como a memória, o raciocínio, o afeto que, atuando em conjunto, permitem a formação de julgamentos de fatos e de objetos relacionados à vivência particular de cada um, favorecendo e propiciando a construção de conhecimentos, valores, emoções e motivação (GOULD e KOLB, 1964; TEMPORINI, 1995).

Um poema de Seashora relata as dificuldades de "seis cegos" para reconhecerem pelo tato o que é um elefante. Cada um, tocando uma parte diferente do animal, expressou sua opinião: um, apoiando-se no lombo diz ser o elefante uma parede, outro, tocando as presas identifica-o como uma espada, outro ainda, segurando a tromba reconhece o elefante como uma serpente. O quarto cego, apalpando o joelho reconhece-o como a uma árvore; o quinto cego, tocando a orelha, considera o elefante como um abano e finalmente o sexto cego, segurando e balançando a cauda, julga o elefante como uma soga. Apesar de discutirem durante muito tempo, cada um insistiu na sua própria opinião. Em conclusão, embora todos tivessem razão, estavam todos errados, pois não tiveram a percepção global do elefante (BRANDÃO, 1984).

A percepção global de objetos é prejudicada em função da perda visual. Quanto maior a perda visual, maiores os comprometimentos no cotidiano (HINDS et al., 2003). Uma das principais queixas conseqüentes da perda visual acentuada é a percepção de incompetência no desempenho das AVD, que impede o indivíduo de realizar uma tarefa, por mais simples que seja, dificultando ou bloqueando sua atuação no meio ambiente. A inércia do indivíduo causa a desaprovação social, com conseqüências desastrosas para ele, como afastamento, atitudes de rejeição ou superproteção por parte das pessoas que o cercam. Do ponto de vista pessoal, a percepção de incompetência, em qualquer área, pode se estender e ampliar para outros campos, limitando a ação e gerando sentimentos de inferioridade e de incapacidade. A percepção de eficiência no desempenho diário das atividades fica alterada, mesmo já tendo tido experiências anteriores de sucesso em algumas delas (DOODS, 1989; HAZEL et al., 2000).

O comportamento do ser humano é controlado por um processo antecipatório que envolve algumas expectativas, entre as quais destaca-se o resultado de uma ação que independe daquilo que o sujeito faz. Essa expectativa quando concretizada com resultado positivo, cria no sujeito a percepção de eficácia (BANDURA, 1986).

Quando o indivíduo apresenta perda visual, principalmente nos casos de baixa visão grave ou cegueira, a capacidade de perceber resultados de suas ações fica prejudicada ou não acontece. A experiência mostra que tais indivíduos podem se sentir inseguros em relação à própria competência em controlar situações nas quais o uso da visão é considerado importante. Em conseqüência, deixam ou não conseguem executar suas ações de maneira adequada. A percepção de auto-eficácia, positiva ou negativa, afeta o pensamento do indivíduo, ajudando ou dificultando a realização de atividades específicas e influi na maneira como ele percebe sua qualidade de vida.

No que diz respeito à deficiência visual, o indivíduo só apresenta bom aproveitamento das orientações obtidas, das experiências vividas com materiais, das adaptações com auxílios ópticos e não ópticos, quando tem e manifesta conscientização de suas possibilidades, limitações e auto-estima (MONTILHA et al., 2000; MONTILHA, 2001a; CULHAM, 2002, HINDS et al., 2003). Caso contrário, pouco ou nada lhe adianta adquirir conhecimentos teóricos e habilidades se não os usar na prática, principalmente no desempenho das AVD.

A percepção da eficácia do desempenho visual, considerando pessoas com perda visual, não depende somente da visão; estados emocionais também contribuem no quanto estas pessoas acreditam que podem ver, e a ansiedade pode prejudicar a percepção de qualidade de vida, mesmo antes do agravamento do quadro (HAZEL, 2000).

De acordo com BANDURA (1997; 2001b), a capacidade de exercer controle sobre a natureza e a qualidade da própria vida é a essência da natureza. A percepção de auto-eficácia desempenha papel importante no funcionamento do indivíduo, afetando de modo geral todo seu comportamento, atitude, bem como promove melhoria na concepção de qualidade de vida (BANDURA,1977; BANDURA, 1982).

Estão contemplados nas AVD, os domínios mensurados em estudos de qualidade de vida (OMS, 1998) como condições físicas, psicológicas, sociais, ambientais e nível de independência (CRISTIANSEN et al., 1992; MANGIONE et al., 1992), e estão incluídos entre as variáveis analisadas, como elemento de avaliação do impacto de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos em sujeitos com doenças oftalmológicas, relacionando a prática de atividades diárias e qualidade de vida (MANGIONE et al., 1992; MANGIONE et al., 1998; BELFORT 2001; STELMACK et al., 2001; STELMACK et al., 2002). Estudos sobre a percepção de auto-eficácia, ou seja, da própria capacidade para realizar determinadas tarefas e suas repercussões no desempenho humano, têm suscitado o interesse da comunidade científica, evidenciado nas investigações em todos os âmbitos, prioritariamente na saúde (BANDURA, 1986; BANDURA, 2001b; O'LEARY, 1992; PAJARES, 1996).

Em estudos que avaliam qualidade de vida de indivíduos com cegueira ou baixa visão, as AVD estão incluídas entre as variáveis analisadas, como elemento de avaliação do impacto de procedimentos terapêuticos e cirúrgicos em sujeitos com doenças oftalmológicas, relacionando a prática de atividades diárias e qualidade de vida (MANGIONE et al., 1992; MANGIONE et al., 1998; BELFORT 2001; STELMACK et al., 2001; 2002).

A carência de dados teóricos sobre as AVD contribuiu para o estudo de ARRUDA (2001) que buscou revelar que o aprendizado e prática dessas tarefas podem ser instrumentos para a aquisição de conhecimento, independência e autonomia, daí outorgar às AVD um estatuto científico. Não foram encontrados estudos sobre percepções de auto-eficácia nas AVD e a conduta no cotidiano de indivíduos com deficiência visual. Nesse sentido, esse estudo contribuirá para favorecer ações efetivas que visam melhor qualidade de vida dos indivíduos em questão.

2- OBJETIVOS

Em relação a estudantes com baixa visão e cegueira, de 12 anos e mais, inseridos em instituições de educação, em municípios do Estado de São Paulo, esta pesquisa teve os seguintes objetivos:

a- identificar características sóciodemográficas;

b- verificar percepção de auto-eficácia e condutas referentes às atividades de vida diária;

c- verificar relações entre a percepção de auto-eficácia e a conduta com as características sóciodemográficas, capacidade visual percebida, o nível de independência, a satisfação na realização das atividades de vida diária e suas implicações na qualidade de vida.

3- MÉTODO

3.1- Tipo de estudo

Foi realizado um "survey" analítico, do tipo transversal (GIL, 1999; TEMPORINI e KARA-JOSÉ, 1995; PIOVESAN e TEMPORINI, 1995; BABBIE, 2005).

O projeto deste estudo, inscrito sob o número 080/2002, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (FCM/ Unicamp). Todos os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual constavam os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados, e assegurada ausência de qualquer tipo de prejuízo ao atendimento nessa Universidade, caso não participasse da pesquisa (Apêndice 1).

Esta pesquisa teve subvenção do Fundo de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (processo nº. 2004-03074-6).

3.2- Amostra

A amostra foi formada por 109 estudantes com deficiência visual — baixa visão ou cegueira — inseridos no ensino regular em escolas de ensino público do Estado de São Paulo, no ano de 2005. Foi obtida mediante indicação das Secretarias de Educação Estadual e Municipal e de instituições de reabilitação de Campinas (Apêndice 2). Fizeram parte desta pesquisa as seguintes cidades do Estado de São Paulo: Campinas, Santa Bárbara D'Oeste, Hortolândia, Vinhedo, Sumaré. Foram incluídos os estudantes que atendiam aos critérios apresentados a seguir, compondo amostra não probabilística, obtida por critério de conveniência.

Constituíam parte da população de deficientes visuais, tendo em vista critérios de viabilidade de coleta de dados e de aceitação de participar da pesquisa.

Critérios de inclusão:

- ser deficiente visual
- idade de 12 anos e mais
- estudar em escolas públicas
- facilidade de localização
- disponibilidade e aceitação para participar da entrevista.

Critérios de exclusão

- múltipla deficiência
- recusa por parte do indivíduo ou da família em participar da pesquisa.

3.3- Variáveis

3.3.1- Variáveis dependentes

As variáveis deste estudo referiram-se a estudantes, adolescentes e adultos, com baixa visão ou cegueira, do ensino público de Campinas e outros municípios do Estado de São Paulo.

A seguir, as variáveis são descritas e indicadas as respectivas questões aplicadas para mensurá-las.

- Percepções de auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, causa da dificuldade para realizar as AVD e conduta, em relação a:

- atividades de higiene e cuidados pessoais (questão 15, composta de 8 itens);

- atividades de vestuário (questão 16, composta de 9 itens);

- atividades de higiene e cuidado pessoal (questão 15, composta de 8 itens);

- atividades de alimentação (questão 17, composta de 9 itens);

- atividades domésticas e externas (questão 18, composta de 9 itens);

- atividades escolares (questão 19, composta de 9 itens);

- Percepções de auto-eficácia em relação resolução de problemas (questão 22);

- Percepções de independência nas AVD (questão 23);

- Percepções de qualidade de vida em relação à conduta de independência nas AVD (questão 24);

- Percepções de qualidade de vida em relação à religião ou crença (questão e 26);

- Percepções de satisfação em relação à conduta das AVD (questão 27).

3.3.2- Variáveis independentes

- Sexo (questão 1);

- Idade (questão 2);

- Cidade em que mora (questão 3);

- Estado civil (questão 4);

- Pessoa (s) com quem mora (questão 5);

- Escolaridade (questão 6,7);

- Ocupação (questão 8);

- Atendimento por serviço de reabilitação (questão 9);

- Conhecimento da própria deficiência (questão 10, 11 e 12);

- Preocupação com a visão (questão 13);

- Espaço de tempo da última consulta oftalmológica (questão14);

- Conhecimento de prescrição oftalmológica (questão15);

- Levantamento de outras atividades que se sentiam incapazes de fazer (questão 20);

- Identificação da pessoa que ensinou a fazer as AVD (questão 21);

- Religião ou crença (questão 25).

3.4 - Instrumento de medida

Para a elaboração do instrumento foram pesquisados questionários (WHOQOL, 1998; NELSON, 1999; HASSEL et al., 2000; MANGIONE et al., 2001; LEITE et al., 2002; SCHUNK e PAJARES, 2003; HINDS, 2003) específicos em outras realidades. A análise desses diferentes instrumentos mediante comparação e confronto com características peculiares da amostra, evidenciou a necessidade de ajustamento aos domínios das AVD, e da auto-eficácia, a fim de mensurar, de forma apropriada, as múltiplas facetas decorrentes da realidade local. Foram constituídas questões e escalas específicas para mensurar as percepções e condutas.

Esses procedimentos de mensuração serão apresentados no item 3.6. da análise dos dados. Elaborou-se questionário estruturado como técnica de investigação. Nesse sentido, a fim de construir um questionário adequado à realidade a que se destinava medir, utilizou-se um recurso metodológico denominado estudo exploratório (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995) descrito a seguir. Foram realizadas, inicialmente, entrevistas abertas, em profundidade, buscando obter o maior número de informações como

parte do estudo exploratório. Progressivamente, foram elaborados roteiros específicos de perguntas e questões semi-estruturadas e, após a análise das informações obtidas, foi construído um instrumento estruturado.

3.4.1- Estudo exploratório

Realizou-se estudo exploratório baseado em pressupostos teóricos de natureza qualitativa, tipo de pesquisa que estuda o fenômeno no contexto natural (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995; BABBIE, 2005). Trata-se de recurso metodológico que compreende as etapas de delimitação do tema e do problema, como um mecanismo de busca, definição de variáveis baseadas no marco teórico conceitual, a fim de elaborar o instrumento de coleta de dados (BABBIE, 2005).

O estudo exploratório permite aliar as vantagens de se obter aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente, complementando e ampliando a compreensão do fenômeno em estudo (MINAYO, 1999). Pesquisas de fatores humanos no processo saúde e doença implicam na delimitação prévia da abordagem teórica, para guiar a inclusão das características a serem estudadas e prover os conceitos sustentadores da investigação (TEMPORINI, 1995).

Esse recurso permitiu ao pesquisador elaborar instrumento de medida apropriado à realidade a ser estudada, identificando enfoques, terminologias e percepções da população a serem introduzidos no questionário estruturado (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995). Foi observado esse requisito para a elaboração do questionário e respeitadas as técnicas metodológicas, preservando a validade (MARCONI e LAKATOS, 1996).

Por meio do estudo exploratório reafirmou-se a necessidade de adaptação das escalas de auto-eficácia disponíveis na literatura, preconizadas por BANDURA (2001a) e seus seguidores (SCHUNK, 1991; 2003; SCHUNK e PAJARES, 2003; LEITE et al., 2002), com nível de complexidade pertinente à faixa etária e características sóciodemográficas dos sujeitos.

Os sujeitos incluídos no estudo exploratório foram selecionados mediante levantamento de prontuários de um serviço de reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (São Paulo), atendidos em 2002. Entrevistaram-se nove estudantes com idade de 12 anos e mais, sendo 4 com baixa visão e 5 com cegueira. Freqüentavam o ensino fundamental ou médio do sistema público de ensino do Estado de São Paulo e apresentavam características semelhantes às da população-alvo, sendo excluídos da amostra final.

Realizaram-se, inicialmente, entrevistas não-dirigidas, proporcionando liberdade de expressão, o que permitiu tratar de temas complexos, explorando-os em profundidade. No estudo exploratório o interesse foi compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que participavam de seu dia-a-dia.

Para a análise das entrevistas, utilizou-se também do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como estratégia metodológica que permitiu uma síntese na forma de pensar de todos os sujeitos, propiciando a compreensão da situação estudada. Descrita por LEFÈVRE et al (2000), essa estratégia teve como proposta organizar os dados discursivos provenientes dos relatos orais, por meio da organização de dados, resgatando nos relatos dos sujeitos, sua forma de pensar e agir sobre o problema levantado (TEIXEIRA e LEFÈVRE, 2001).

Os entrevistados relataram suas próprias percepções de ações realizadas no cotidiano, expressando necessidades, barreiras e expectativas em relação à própria deficiência visual, à auto-eficácia nas AVD e à própria qualidade de vida. Nos diálogos, foram destacadas as expressões-chaves de cada discurso, sintetizadas sob forma de idéias centrais. Foi possível, assim, levantar as percepções dos sujeitos em relação à própria deficiência visual e à auto-eficácia para realizar as AVD - (Apêndice 3).

O material obtido foi analisado segundo critérios referentes à qualidade das informações. Cada etapa serviu de base para a elaboração de perguntas e respostas introduzidas nas etapas subseqüentes.

Na primeira etapa foram aplicadas nove entrevistas; na segunda etapa, aplicadas oito.

3.4.2- Pré-teste

Após a análise das entrevistas, realizou-se a estruturação do questionário e a aplicação do pré-teste. O pré-teste foi realizado com a finalidade de verificar a interpretação das questões e a linguagem utilizada para aperfeiçoamento do questionário, garantindo desta forma a confiabilidade e validade dos dados (PIOVESAN e TEMPORINI, 1995). O pré-teste foi aplicado a 15 sujeitos, que não participaram da pesquisa final, não apresentando dificuldades na sua compreensão e, dessa forma, o questionário foi considerado definitivo (Apêndice 4).

Investigou-se a auto-eficácia por meio de duas classes de perguntas, uma, investigando se o indivíduo considerava- se capaz de fazer as atividades, com respostas "Sim ou Não"; outra, investigando a gradação da capacidade percebida, com respostas "Fácil", "Difícil" e "Nem fácil, Nem difícil". Investigou-se ainda a dificuldade de se perceber capaz para realizar as AVD, com respostas "Deficiência visual", "Outras dificuldades" ou "Deficiência visual e outras". A conduta foi investigada por meio de repostas "Sim" ou "Não".

3.5- Coleta dos dados

O questionário estruturado foi aplicado por entrevista individual. Foram mantidos contatos preliminares com dirigentes de instituições educacionais e de reabilitação com a finalidade de se obter informações sobre o número e localização dos estudantes, alvo da pesquisa, assim como a autorização prévia para realizar a coleta de dados.

Igualmente, foi submetido a cada sujeito ou seu responsável legal termo de consentimento na participação na pesquisa, ficando assegurado aos entrevistados o anonimato e sigilo dos dados pessoais obtidos. Foram treinados três entrevistadores para a coleta de dados, com deslocamento dos entrevistadores às instituições de ensino nos diferentes municípios incluídos neste estudo (BABBIE, 2005). Nas unidades selecionadas foram realizadas consultas aos estudantes de 18 anos ou mais, e aos pais e/ou responsáveis de menores de 18 anos, a fim de expor os objetivos do estudo e a concordância com o termo de consentimento livre e esclarecido.

3.6- Análise dos dados

3.6.1- Domínios e escores

Com a finalidade de resumir as informações contidas nos itens dos cinco domínios das atividades de vida diária (higiene, vestuário, alimentação, atividades domésticas e atividades escolares), constantes do questionário foram criados escores para cada um dos aspectos analisados (auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, causa da dificuldade e conduta), padronizando o instrumento da pesquisa. Os escores foram obtidos com a soma dos valores válidos e posterior transformação para uma escala de 0 a 100 pontos, a fim de deixá-los comparáveis.

3.6.2- Análise estatística

Os dados foram processados, analisados e organizados no programa EPI INFO, versão 6.4 (DEAN et al., 1994). Foram aplicados testes estatísticos para medir a associação entre variáveis.

Para descrever a amostra, segundo as diversas variáveis em estudo, foram feitas tabelas de freqüência das variáveis categóricas, com os valores de freqüência absoluta (n) e percentual (%).Realizaram-se estatísticas descritivas das variáveis contínuas, com valores de média, desvio-padrão, mediana, e valores mínimo e máximo.

No estudo analítico, para analisar a associação entre duas variáveis categóricas foram utilizados o teste Qui-Quadrado (FLEISS, 1981) ou, quando necessário (valores esperados menores do que 5), o teste Exato de Fisher (FLEISS, 1981). Para comparar os valores de uma variável numérica entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney (SIEGEL, 1975), e para a comparação entre três ou mais grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (CONOVER, 1971). Para analisar a relação entre duas variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (CONOVER, 1971). Todos os métodos de análise estatística foram feitos por meio do programa computacional "The Sas System for Windows" (Statistical Analysis System), versão 6.12 (SAS Institute Inc,

1989-1996). A variável "idade" foi categorizada em dois grupos: menor que 20 anos e igual ou maior que 20 anos para o estudo de associação. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p<0.05$).

3.6.3- Cálculo dos escores

O cálculo dos escores do questionário foi baseado em:

- **Auto-Eficácia** ("é capaz de fazer?"): cada resposta "Sim" vale 1.0 ponto e cada resposta "Não" vale 0.0 ponto. Em seguida, foi feita a soma dos itens do respectivo domínio e transformado o escore resultante numa escala de 0 a 100 pontos, de modo que quanto mais próximo de 100, mais auto-eficácia o sujeito julga ter.

- **Gradação da capacidade percebida** ("você julga fácil, difícil, ou nem fácil, nem difícil?"): cada resposta "Fácil" vale 1.0 ponto; cada resposta "Nem Fácil Nem Difícil", vale 0.5 ponto; e cada resposta "Difícil" vale 0.0 ponto. A seguir foi feita a soma dos itens do respectivo domínio e transformado o escore resultante numa escala de 0 a 100 pontos, de modo que quanto mais próximo de 100, maior é o grau de auto-eficácia que o sujeito julga ter.

- **Dificuldade** ("sua dificuldade é por causa da deficiência visual, por outras dificuldades ou por causa da deficiência visual e outras dificuldades?"): cada resposta "Por causa da deficiência visual" vale 1.0 ponto; cada resposta "Por causa da deficiência visual e outras dificuldades" vale 0.5 ponto; e cada resposta "Por outras dificuldades" vale 0.0 ponto. Em seguida, foi feita a soma dos itens do respectivo domínio e transformado o escore resultante numa escala de 0 a 100 pontos, de modo que quanto mais próximo de 100, maior é a importância atribuída pelo sujeito à perda visual. Dessa maneira, definiu-se pela interpretação do escore que, quanto maior o valor do escore, maior a dificuldade causada por problema visual.

- **Conduta** ("faz atividades no seu dia-a-dia?"): cada resposta "Sim" vale 1.0 ponto e cada resposta "Não" vale 0.0 ponto. Em seguida foi realizada a soma dos itens do respectivo domínio e transformado o escore resultante numa escala de 0 a 100 pontos, de modo que quanto mais próximo de 100, mais o sujeito desempenha as atividades sem ajuda. Os itens 7 e 8 do domínio de higiene são contados apenas nos escores femininos. Para esse domínio, a transformação dos escores brutos para os escores em escala de 0 a 100 pontos é feita, separadamente, para cada sexo.

O cálculo da transformação para escala de 0 a 100 pontos é dado pela fórmula: Escore Transformado = [(Escore total – Valor mínimo) / (Valor máximo – Valor mínimo)] x 100.

4- RESULTADOS

4.1- Estudo descritivo

Os dados descritivos são apresentados por meio de tabelas. A distribuição da amostra foi composta por 52,3% sujeitos do sexo masculino e 47,7% do sexo feminino, de idade acima de 12 anos, distribuindo-se entre 12 a 59 anos (com média de 23,37 anos, desvio-padrão de 10,44 e mediana de 20 anos). Para análise, os dados foram agrupados em faixas etárias, conforme Tabela 1. Dos sujeitos, declararam-se solteiros 84,4%, casados e amasiados 13,8%, divorciados 1,8%. Moravam sozinhos (7,3%), com os pais, irmãos e parentes (79,8%) e com a própria família (12,9%) (Tabela 1).

Tabela 1- Características sóciodemográficas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

		n = 109
Características pessoais	**f**	**%**
Sexo		
Masculino	57	52,3
Feminino	52	47,7
Idade (anos)		
< 20	49	44,9
> 20	60	55,1
20 – 29	34	31,2
30 – 39	16	14,7
≥ 40	10	9,3
$\bar{x}$ = 23,37 anos dp ± 10,44 me = 20 anos		
Situação conjugal		
Solteiro	92	84,4
Casado /amasiado	15	13,8
Divorciado/viúvo	2	1,8
Com quem mora		
Mãe/pai/irmão/parente	87	79,8
Cônjuge/companheiro/filho/parente	14	12,9
Sozinho	8	7,3

Residiam no município ou na região de Campinas, 87,2% e, em outros municípios do Estado de São Paulo, 12,8% (Tabela 2).

Tabela 2- Município de residência. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Município	f	%
Campinas	53	48,7
Região de Campinas	42	38,5
Outros municípios	14	12,8

As escolas, incluídas neste estudo, localizavam-se nos municípios de Campinas, Santa Bárbara D'Oeste, Hortolândia, Vinhedo, Sumaré e instituições, agregavam estudantes com deficiência visual de cidades próximas. Estudavam na cidade de Campinas 48,7%, na região de Campinas 38,5% e em outros municípios do Estado de São Paulo 12,8% (Tabela 3).

Tabela 3- Município onde se situa a escola ou a instituição de reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Município	F	%
Campinas	78	71,6
Região de Campinas	22	20,2
Outros municípios	9	8,2

Em relação à escolaridade, os participantes estudavam no ensino fundamental regular ou de aceleração (60,6%); no ensino médio (32,0%) e no pré-vestibular e ensino superior (7,4%); 89,0% dos entrevistados não trabalhavam e 11,0% exerciam as profissões de massagista, vendedor, auxiliar de escritório, músico, operador de "telemarketing", serviços domésticos e atleta (Tabela 4).

Tabela 4- Características referentes à escolaridade e à ocupação Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Características	f	%
	(n = 109)	
Escolaridade		
Ensino fundamental		
1ª – 4ª série	11	10,1
5ª – 8ª série	32	29,3
Supletivo fundamental (1ª – 8ª série)	23	21,2
Ensino médio		
1ª - 3ª série	19	17,4
Supletivo médio (1ª – 3ª série)	16	14,6
Pré-vestibular/ Ensino superior	8	7,4
Atividade laboral		
Sim	12	11,0
Não	97	89,0
Tipo de atividade	(n= 12)	
Massagista	3	25,0
Vendedor	3	25,0
Auxiliar de escritório	2	16,8
Músico	1	8,3
Operador "telemarketing"	1	8,3
Serviços domésticos	1	8,3
Atleta	1	8,3

Haviam realizado ou estavam em processo de reabilitação em instituições especializadas 70,6% dos estudantes, enquanto que 29,4% não tinham feito a reabilitação (Tabela 5).

Tabela 7- Percepção do aparecimento da própria deficiência visual. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 98

Percepção da doença ocular	f	%
Deficiência visual – de nascença		**(n= 109)**
Sim	63	57,8
Não	46	42,2
Idade do aparecimento (anos)		**(n=46)**
0 I- 3	6	13,1
3 I- 8	15	32,6
8 I– 16	16	34,8
16 I– 25	4	8,7
25 I– 35	2	4,3
35 I– 45	2	4,3
45 I– 50	1	2,2
$\bar{x}$ =12,45 anos dp=11,64 mediana=8,00		

Entre os escolares entrevistados, 62,4% declararam ter preocupação com a visão, dos quais 38,2% relataram preocupação em piorar e perder a visão. Outras dificuldades como irritação ou dor, fazer cirurgia ou tratamento, dificuldades na realização de tarefas no dia-a-dia, não poder estudar e não poder trabalhar foram mencionadas por 61.8% dos estudantes (Tabela 8).

Tabela 8- Preocupação atual com a visão. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Percepção	f	%
		(n=109)
Preocupação com visão		
Não	41	37,6
Sim	68	62,4
Razões:		**(n=68)**
– pode piorar e perder a visão	26	38,2
– ter irritação/dor	14	20,6
– ter que fazer cirurgia/tratamento	12	17,6
– ter dificuldade no dia-a-dia	11	16,2
– não poder estudar	4	5,9
– não poder trabalhar	1	1,5

Os entrevistados (37,6%) declararam ignorar o tempo transcorrido da última consulta oftalmológica. Buscaram assistência oftalmológica nos últimos 6 meses 62,4% dos entrevistados; entre 6 e 12 meses 20,2%; e entre 13 e 24 meses, 2,0%. Os demais estudantes mencionaram ter demorado mais de dois anos ou não sabiam o tempo transcorrido da última consulta oftalmológica. Entre os 62 estudantes da amostra que declararam enxergar pouco (baixa visão), 33,8%; referiram ter sido prescrito óculos para longe, 35,4% óculos para perto e 11,3% recursos não ópticos. Do total da amostra (109) participantes, mencionaram prescrição de medicamentos 16,5% (Tabela 9).

Tabela 9- Busca de assistência oftalmológica. Estudantes deficientes visuais de municípios Estado de São Paulo, 2005

Assistência oftalmológica	**f**	**%**
Tempo decorrido da última consulta oftalmológica (meses)	**n = 109**	
< 6	41	37,6
6 a 12	22	20,2
13 a 24	24	22,0
> 24	18	16,5
Não sabe	4	3,7
Prescrição oftalmológica declarada		
Recurso óptico para longe n = 62		
Sim	21	33,8
Não	41	66,2
Recurso óptico para perto n = 62		
Sim	22	35,4
Não	40	64,6
Recursos não ópticos n = 62		
Sim	7	11,3
Não	55	88,7
Medicamento n = 109		
Sim	18	16,5
Não	91	83,5

As variáveis dependentes, classificadas como domínios (higiene e cuidado pessoal, vestuário, alimentação, atividades domésticas e sociais e atividades escolares) deste estudo foram analisadas quanto à auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, dificuldade na realização de atividades e conduta, ou seja, fatores que interferem na percepção e no desempenho do cotidiano. No domínio de higiene e cuidado pessoal (Tabela 10), os estudantes relataram menor auto-eficácia nas atividades de cortar unhas (33,9%), fazer barba ou depilar perna / braço (21,1%); da mesma forma, dos estudantes do sexo feminino (n=52) que declararam não possuir auto-eficácia, 18,0% indicaram as atividades de passar batom e 4,3%, a higiene menstrual. As mulheres que não responderam a estas questões indicaram não realizar as atividades questionadas (Tabela 10).

Tabela 10- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades de higiene e cuidado pessoal. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Higiene (banho, lavar a cabeça)	107	98,2	2	1,8
Pentear cabelo	106	97,2	3	2,8
Reconhecer escova de dentes	106	97,2	3	2,8
Colocar pasta na escova	103	94,5	6	5,5
Depilar pernas/fazer barba	86	78,9	23	21,1
Cortar unhas	72	66,1	37	33,9
			(n = 52)	
Passar batom *	41	82,0	9	18,0
Higiene no período menstrual **	45	95,7	2	4,3

* 2 mulheres não informaram

** 5 mulheres s não informaram

Houve correspondência entre a percepção de auto-eficácia e a gradação da capacidade percebida pelos estudantes, dos quais 36,7% declararam apresentar dificuldade nas atividades de cortar unhas e 15,4% fazer barba ou depilar perna ou braço, ou seja, menor auto-eficácia. A atividade de passar batom, desempenhada por estudantes do sexo feminino foi declarada como fácil por 70,0% delas (Tabela 11).

Tabela 11- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades de higiene e cuidado pessoal. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n= 109

Atividade	**Fácil**		**Difícil**		**Nem fácil nem difícil**	
	f	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Reconhecer escova de dentes	105	96,3	–	–	4	3,7
Higiene (banho, lavar a cabeça)	103	94,5	4	3,7	2	1,8
Pentear cabelo	98	89,9	4	3,7	7	6,4
Colocar pasta na escova	91	83,5	5	4,6	13	11,9
Depilar pernas / fazer barba	74	71,2	16	15,4	14	13,5
Cortar unhas	47	43,1	40	36,7	22	20,2
					(n = 52)	
Higiene no período menstrual **	40	87,0	3	6,5	3	6,5
Passar batom *	35	70,0	5	10,0	10	20,0

* 2 sujeitos não informaram

** 6 sujeitos não informaram

Entre as causas percebidas de dificuldade para realizar as atividades de higiene e cuidado pessoal, os entrevistados declararam problemas causados pela "deficiência da visão" como causa mais freqüente de dificuldade para cortar unhas, fazer barba ou depilar pernas, colocar pasta na escova e passar batom (46,7% entre 15 respondentes do sexo feminino). "Outras" dificuldades e a "deficiência visual e outras" dificuldades também foram citadas como causa de dificuldade na prática de atividades de higiene e cuidado pessoal. Na atividade de cortar unhas, por exemplo, entre 62 sujeitos, 57,9% apontaram a deficiência da visão como dificuldade na percepção de capacidade para realizar a atividade, outras dificuldades foram declaradas por 30,6% e a deficiência na visual e outras dificuldades por 9,7% (Tabela 12).

Tabela 12- Causas percebidas de dificuldade de realização de atividades de higiene e cuidado pessoal. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005

Atividade	n	Deficiência da visão		Outras		Deficiência da visão e outras	
		f	%	f	%	f	%
Cortar unhas	62	37	59,7	19	30,6	6	9,7
Depilar pernas/ fazer barba	30	18	60,0	10	33,3	2	6,7
Colocar pasta na escova	18	16	88,9	2	11,1	–	–
Passar batom	15	7	46,7	8	53,3	–	–
Pentear cabelo	11	5	45,5	5	45,5	1	9,1
Higiene (banho, lavar a cabeça)	6	4	66,7	1	16,7	1	16,7
Higiene no período menstrual	6	3	50,0	2	33,3	1	16,7
Reconhecer escova de dentes	4	4	100,0	–	–	–	–

Declararam não realizar a atividade de cortar unhas 27,5%, de 79 respondentes, fazer barba 22,0%, de 85 sujeitos. De amostra composta por 52 mulheres, declararam não passar batom 22,9% e a maior parte referiu realizar a atividade de higiene no período menstrual (Tabela 13).

BIBLIOTECA CENTRAL
DESENVOLVIMENTO
COLEÇÃO
UNICAMP

Tabela 13- Realização de atividades de higiene e cuidado pessoal. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo. 2005

n = 109

Realização de atividades	Sim		Não	
	f	%	f	%
Higiene pessoal (banho, lava cabeça)	108	99,1	1	0,9
Pentear cabelo	106	97,2	3	2,8
Reconhecer escova de dentes	106	97,2	3	2,8
Colocar pasta na escova	104	95,4	5	4,6
Cortar unhas	79	72,5	30	27,5
Depilar perna / fazer barba	85	78,0	24	22,0
		(n = 52)		
Passar batom*	37	77,1	11	22,9
Higiene no período menstrual **	44	95,7	2	4,3

* 4 mulheres não informaram

** 6 mulheres não informaram

A maior parte dos entrevistados relatou auto-eficácia para realizar atividades relacionadas ao vestuário. Das citadas, as tarefas lavar e passar roupas foram aquelas que atingiram menor grau de realização em relação às demais atividades (64,2% e 54,1% respectivamente) (Tabela 14).

Tabela 14- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades relacionadas ao vestuário. Estudantes deficientes visuais de municípios de São Paulo. 2005.

n = 109

Atividades	**Sim**		**Não**	
	f	**%**	**f**	**%**
Pegar sapatos adequados	108	99,1	1	0,9
Colocar relógio, pulseira, brinco	103	94,5	6	5,5
Escolher e pegar roupas	100	91,7	9	8,3
Guardar roupas	96	88,1	13	11,9
Dobrar roupas	96	88,1	13	11,9
Dar laço em cordão	95	87,2	14	12,8
Discriminar roupa limpa e suja	79	72,5	30	27,5
Lavar roupa	70	64,2	39	35,8
Passar roupa	59	54,1	50	45,9

Em relação à gradação da capacidade percebida verificou-se que 42,2% dos entrevistados declararam como "difícil" a tarefa de passar roupa, seguida de lavar roupa (32,1%), discriminar roupa limpa e suja (32,1%), dar laço no cordão (14,7%), guardar roupas (9,2%) e as demais atividades com menor freqüência. Foram declaradas como "fácil" a maioria das atividades, destacando-se entre elas: pegar sapatos adequados (92,7%), colocar relógio, pulseira, brinco (87,2%), guardar roupas (83,5%). As atividades mencionadas com maior freqüência como "nem fácil, nem difícil" foram passar roupa e discriminar roupa suja e limpa (24,8%), lavar roupa (22,0%), dobrar roupas (19,3%) e escolher e pegar roupas (11,0%) (Tabela 15).

Tabela 15- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades de vestuário. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Atividades	Fácil		Difícil		Nem fácil nem difícil	
	f	%	f	%	f	%
Pegar sapatos adequados	101	92,7	–	–	8	7,3
Colocar relógio, pulseira, brinco	95	87,2	7	6,4	7	6,4
Guardar roupas	91	83,5	10	9,2	8	7,3
Escolher e pegar roupas	88	80,7	9	8,3	12	11,0
Dar laço em cordão	88	80,7	16	14,7	5	4,6
Dobrar roupas	77	70,6	11	10,1	21	19,3
Lavar roupa	50	45,9	35	32,1	24	22,0
Discriminar roupa limpa e suja	47	43,1	35	32,1	27	24,8
Passar roupa	36	33,0	46	42,2	27	24,8

A maior parte dos entrevistados declarou não encontrar dificuldades nas atividades relativas ao vestuário. Os respondentes que declaram algum grau de dificuldade para realizar as atividades (Tabela 15) responderam como causa da dificuldade a "deficiência visual", por "outras dificuldades" ou pela "deficiência visual e outras dificuldades". Na amostra, a deficiência visual foi a principal dificuldade apontada na realização das tarefas: passar roupa (39,7%) entre 73 estudantes; discriminar roupa limpa e suja (93,5%) entre 62 estudantes; lavar roupa (39,0%) entre 59 estudantes; "outras dificuldades" foram alegadas como causa para realizar a atividade de passar roupa (52,1%); e a "deficiência da visão e outras" foram alegadas por 8,2% dos entrevistados nas atividades de passar roupa e de lavar roupa (8,5%) (Tabela 16).

Tabela 16- Causas percebidas de dificuldade para realizar as atividades relacionadas ao vestuário. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005

Atividade	n	Causa da dificuldade					
		Deficiência da visão		Outras		Deficiência da visão e outras	
		f	%	f	%	f	%
Passar roupa	73	29	39,7	38	52,1	6	8,2
Discriminar roupa limpa e suja	62	58	93,5	4	6,5	–	–
Lavar roupa	59	23	39,0	31	52,5	5	8,5
Dobrar roupas	32	8	25,0	24	75,0	–	–
Escolher e pegar roupas	21	12	57,1	9	42,9	–	–
Dar laço em cordão	21	8	38,1	11	52,4	2	9,5
Guardar roupas	18	5	27,8	12	66,7	1	5,6
Colocar relógio, pulseira, brinco	14	9	64,3	2	14,3	3	21,4
Pegar sapatos certos	8	5	62,5	2	25,0	1	12,5

Os estudantes declararam realizar a maior parte das atividades, destacando-se escolher e pegar roupas (90,8%), guardar roupas (86,2%), dobrar roupas (82,6%). As atividades menos realizadas foram: lavar roupa (45,0%), passar roupa (51,4%), discriminar roupa suja e limpa (22,9%), dobrar roupas (17,4%) (Tabela 17).

Tabela 17- Realização de atividades relativas ao vestuário. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Escolher e pegar roupas	99	90,8	10	9,2
Guardar roupas	94	86,2	15	13,8
Dobrar roupas	90	82,6	19	17,4
Pegar sapatos certos	107	98,2	2	1,8
Dar laço em cordão	96	88,1	13	11,9
Colocar relógio, pulseira, corrente, brinco	104	95,4	5	4,6
Discriminar roupa limpa e suja	84	77,1	25	22,9
Lavar roupa	60	55,0	49	45,0
Passar roupa	53	48,6	56	51,4

A maior parte dos estudantes declarou ter percepção de auto-eficácia para realizar as atividades pesquisadas relacionadas à alimentação. As tarefas que apresentaram maior freqüência de respostas negativas foram: cozinhar no dia-a-dia (37,6%), fazer café (31,2%) e comer em restaurante (29,4%) (Tabela 18).

Tabela 18- Percepção de auto-eficácia nas atividades relacionadas à alimentação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Encher copo de líquido sem derramar	103	94,5	6	5,5
Achar a comida no prato	103	94,5	6	5,5
Preparar suco	95	87,2	14	12,8
Acender fogão a gás	93	85,3	16	14,7
Pôr comida no prato	87	79,8	22	20,2
Usar garfo e faca	84	77,1	25	22,9
Comer em restaurante	77	70,6	32	29,4
Fazer café	75	68,8	34	31,2
Cozinhar no dia-a-dia	68	62,4	41	37,6

Em relação à gradação da capacidade percebida relacionada à alimentação, os entrevistados declararam como "difícil" as atividades de cozinhar no dia-a-dia (37,6%); comer em restaurante com independência (32,1%) e fazer café (27,5%). As consideradas como "fácil" foram: achar a comida no prato (83,5%); preparar suco (81,7%); encher um copo de suco sem derramar (76,1%). Declararam "nem fácil, nem difícil" usar o garfo e faca nas refeições (23,9%), cozinhar no dia-a-dia e colocar comida no prato (22,9%), fazer café (21,1%), encher um copo de líquido sem derramar (17,4%) e acender o fogão a gás (13,8%), entre outras com menor freqüência de respostas (Tabela 19).

Tabela 19- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades de alimentação. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de município do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Atividade	Fácil		Difícil		Nem fácil, Nem difícil	
	f	%	f	%	f	%
Achar a comida no prato	91	83,5	11	10,1	7	6,4
Preparar suco	89	81,7	11	10,1	9	8,3
Encher copo de líquido sem derramar	83	76,1	7	6,4	19	17,4
Acender fogão a gás	77	70,6	17	15,6	15	13,8
Pôr comida no prato	64	58,7	20	18,3	25	22,9
Usar garfo e faca	64	58,7	19	17,4	26	23,9
Comer em restaurante	57	52,3	35	32,1	17	15,6
Fazer café	56	51,4	30	27,5	23	21,1
Cozinhar no dia-a-dia	43	39,4	41	37,6	25	22,9

Como causa declarada mais freqüente da dificuldade para realizar as atividades referentes à alimentação, a "deficiência da visão" destacou-se na tarefa de encher um copo de líquido sem derramar (88,5%) e localizar a comida no prato (72,2%)."Outras" dificuldades foram indicadas nas tarefas de usar garfo e faca (53,3%), cozinhar no dia-a-dia (51,1%), fazer café (50,9%), preparar suco (50,0%). A "deficiência da visão e outras" foram apontadas principalmente nas atividades de cozinhar no dia-a-dia (12,1%), fazer café (9,4%) (Tabela 20).

Tabela 20- Causas percebidas da dificuldade nas atividades referentes à alimentação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005

Atividade	n	Causa da Dificuldade					
		Deficiência da Visão		Outras		Deficiência da Visão e outras	
		f	%	f	%	f	%
Cozinhar no dia-a-dia	66	24	36,4	34	51,5	8	12,1
Fazer café	53	21	39,6	27	50,9	5	9,4
Comer em restaurante	52	22	42,3	22	42,3	8	15,4
Pôr comida no prato	45	23	51,1	20	44,4	2	4,4
Usar garfo e faca	45	19	42,2	24	53,3	2	4,4
Acender fogão a gás	32	16	50,0	14	43,7	2	6,3
Encher copo de líquido sem derramar	26	23	88,5	3	11,5	–	–
Preparar suco	20	9	45,0	10	50,0	1	5,0
Achar a comida no prato	18	13	72,2	4	22,2	1	5,6

A maioria dos estudantes declarou realizar atividades de alimentação, destacando-se: encher um copo de líquido sem derramar (94,4%), localizar a comida no prato (92,6%), preparar suco (83,3%) e acender o fogão a gás (82,4%). A tarefas menos realizadas foram cozinhar no dia-a-dia (43,5%), fazer café (39,8%) comer em restaurante (32,4%) (Tabela 21).

Tabela 21- Realização de atividades relacionadas à alimentação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n= 109*

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Encher copo de líquido sem derramar	102	94,4	6	5,6
Achar a comida no prato	100	92,6	8	7,4
Preparar suco	90	83,3	18	16,7
Acender fogão a gás	89	82,4	19	17,6
Pôr comida no prato	80	74,1	28	25,9
Usar garfo e faca	80	74,1	28	25,9
Comer em restaurante	73	67,6	35	32,4
Fazer café	65	60,2	43	39,8
Cozinhar no dia-a-dia	61	56,5	47	43,5

* 1 sujeito não informou

Em relação ao domínio das atividades domésticas e sociais, a maior parte declarou auto-eficácia. No entanto, a percepção de auto-eficácia nas atividades de utilizar caixa eletrônico (27,5%); preencher cheque (33,0%); colocar linha na agulha (37,6%) pregar botão (40,4%) foi menor do que nas demais atividades (Tabela 22).

Tabela 22- Percepção de auto-eficácia para realizar atividades domésticas e sociais. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Arrumar cama	105	96,3	4	3,7
Usar telefone	104	95,4	5	4,6
Usar aparelhos eletrônicos	104	95,4	5	4,6
Passar pano no chão	90	82,6	19	17,4
Varrer casa	85	78,0	24	22,0
Reconhecer e usar dinheiro (papel)	79	72,5	30	27,5
Tomar ônibus	76	69,7	33	30,3
Fazer compras	64	58,7	45	41,3
Reconhecer e usar dinheiro (moeda)	60	55,0	49	45,0
Pregar botão	44	40,4	65	59,6
Colocar linha na agulha	41	37,6	68	62,4
Preencher cheque	36	33,0	73	67,0
Usar caixa eletrônico	30	27,5	79	72,5

Quanto à percepção de dificuldade para realizar atividades domésticas e sociais, destacaram-se as atividades de: colocar linha na agulha (76,1%), usar caixa eletrônico (73,4%), preencher cheque (70,6%) e pregar botão (62,4%) (Tabela 23).

Tabela 23- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades domésticas e sociais. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n =109

Atividade	Fácil		Difícil		Nem fácil nem difícil	
	f	%	f	%	f	%
Arrumar cama	104	95,4	1	0,9	4	3,7
Usar telefone	95	87,2	6	5,5	8	7,3
Usar aparelhos eletrônicos	91	83,5	5	4,6	13	11,9
Passar pano no chão	76	69,7	14	12,8	19	17,4
Reconhecer e usar dinheiro (papel)	55	50,5	43	39,4	11	10,1
Varrer casa	54	49,5	31	28,4	24	22,0
Tomar ônibus	45	41,3	47	43,1	17	15,6
Fazer compras	44	40,4	43	39,4	22	20,2
Reconhecer e usar dinheiro (moeda)	39	35,8	58	53,2	12	11,0
Pregar botão	19	17,4	68	62,4	22	20,2
Preencher cheque	18	16,5	77	70,6	14	12,8
Usar caixa eletrônico	12	11,0	80	73,4	17	15,6
Colocar linha na agulha	11	10,1	83	76,1	15	13,8

Em relação às atividades domésticas e sociais, os estudantes declararam a "deficiência da visão" como maior dificuldade para se perceberem capazes de realizá-las, sobressaindo a atividade de colocar linha na agulha (70,4%) de 98 respondentes; usar caixa eletrônico (60,8%) de 97; preencher cheque (52,7%) de 91 estudantes. "Outras" dificuldades foram declaradas, principalmente nas tarefas de: pregar botão (37,8%) de amostra constituída de 90 estudantes; preencher cheque (36,9%) de 91; usar o caixa eletrônico (30,9%) de 97; passar pano no chão (48,5%) de 33 estudantes. A "deficiência da visão e outras" dificuldades foram mais citadas nas tarefas de preencher cheque (11,0%) de amostra de 91 estudantes e pregar botão (11,0%) de 90 estudantes (Tabela 24).

Tabela 24- Causas percebidas de dificuldade para realizar atividades domésticas e sociais. Estudantes deficientes visuais do municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005

Atividade	n	Causa da Dificuldade					
		Deficiência na visão		Outras		Deficiência visão e outras	
		f	%	F	%	f	%
Colocar linha na agulha	98	69	70,4	20	20,4	9	9,2
Usar caixa eletrônico	97	59	60,8	30	30,9	8	8,2
Preencher cheque	91	48	52,7	33	36,3	10	11,0
Pregar botão	90	46	51,1	34	37,8	10	11,1
Reconhecer e usar dinheiro (moeda)	70	60	85,7	8	11,4	2	2,9
Fazer compras	65	39	60,0	16	24,6	10	15,4
Tomar ônibus	64	43	67,2	17	26,6	4	6,3
Varrer casa	55	41	74,5	11	20,0	3	5,5
Reconhecer e usar dinheiro (papel)	54	45	83,3	6	11,1	3	5,6
Passar pano no chão	33	15	45,5	16	48,5	2	6,1
Usar aparelhos eletrônicos	18	9	50,0	7	38,9	2	11,1
Usar telefone	14	9	64,3	5	35,7	–	–
Arrumar cama	5	2	40,0	2	40,0	1	20,0

Dentre as atividades domésticas e sociais não realizadas destacaram: o uso de caixa eletrônico (69,4%), preencher cheque (69,4%), colocar linha na agulha (61,1%) e pregar botões (60,2%) (Tabela 25).

Tabela 25- Realização de atividades domésticas e sociais. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo. Campinas, 2005

n = 109*

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Usar aparelhos eletrônicos	105	97,2	3	2,8
Arrumar cama	103	95,4	5	4,6
Usar telefone	101	93,5	7	6,5
Reconhecer e usar dinheiro (papel)	80	74,1	28	25,9
Tomar ônibus	78	72,2	30	27,8
Reconhecer e usar dinheiro (moeda)	69	63,9	39	36,1
Fazer compras	65	60,2	43	39,8
Pregar botão	43	39,8	65	60,2
Colocar linha na agulha	42	38,9	66	61,1
Preencher cheque	33	30,6	75	69,4
Usar caixa eletrônico	33	30,6	75	69,4

* 1 sujeito não informou

No domínio das atividades escolares, a maior parte dos entrevistados relatou percepção de auto-eficácia nas atividades escolares pesquisadas. Dos entrevistados (37,6%) declararam não se perceberem capazes de usar o computador, e 18,3% de ir à escola com independência. Nas outras atividades: relacionamento com professores, organizar material escolar e relacionar-se com colegas atingiram auto-eficácia superior a 95% (Tabela 26).

Tabela 26- Percepção de auto-eficácia nas atividades escolares. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Relacionar-se com professores	109	100,0	–	–
Organizar material escolar	106	97,2	3	2,8
Relacionar-se com colegas	105	96,3	4	3,7
Fazer deveres escolares	101	92,7	8	7,3
Participar de jogos	100	91,7	9	8,3
Localizar e usar sala de aula, banheiro, biblioteca	97	89,0	12	11,0
Fazer trabalhos, passeios escolares em grupo	96	88,1	13	11,9
Fazer atividade física	95	87,2	14	12,8
Ir à escola com independência	89	81,7	20	18,3
Usar computador e internet	68	62,4	41	37,6

Relataram ser fácil o relacionamento com professores (89,0%, n= 97); organizar material escolar (86,2%, n=94) e relacionar-se com colegas (79,8%, n=87). Ir à escola foi declarado como difícil (20,2%, n=76) e "nem fácil, nem difícil" (10,1%, n=76) (Tabela 27).

Tabela 27- Gradação da capacidade percebida para realizar atividades escolares. Percepção de dificuldade / facilidade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n= 109

Atividade	Fácil		Difícil		Nem fácil nem difícil	
	f	%	f	%	f	%
Relacionar-se com professores	97	89,0	4	3,7	8	7,3
Organizar material escolar	94	86,2	6	5,5	9	8,3
Relacionar-se com colegas	87	79,8	9	8,3	13	11,9
Participar de jogos	81	74,3	12	11,0	16	14,7
Localizar e usar sala de aula, banheiro, biblioteca	78	71,6	15	13,8	16	14,7
Fazer atividade física	77	70,6	8	7,3	24	22,0
Ir à escola com independência	76	69,7	22	20,2	11	10,1
Fazer trabalhos, passeios escolares em grupo	75	68,8	17	15,6	17	15,6
Fazer deveres escolares	61	56,0	18	16,5	30	27,5
Usar computador e internet	35	32,1	43	39,4	31	28,4

Dificuldades causadas pela visão, em decorrência da deficiência visual foram consideradas por 69,7% dos 33 respondentes, na atividade de ir à escola com independência; na atividade de fazer deveres escolares por 66,7% dos 48 respondentes, na atividade física por 68,8%, dos 32 estudantes; e no uso do computador e internet por 32,4% dos 74 estudantes."Outras" dificuldades foram apontadas, principalmente, nas atividades de usar computador e internet (95,4%), por 74 estudantes; relacionar-se com colegas (81,8%), por 22 respondentes. A deficiência visual e outras dificuldades foram declaradas em menor freqüência nas atividades de usar computador e internet por 9 respondentes (12,2%); fazer deveres escolares foram declaradas por 3 respondentes (6,3%, n= 48) (Tabela 28).

Tabela 28- Causas percebidas de dificuldade nas atividades escolares, sociais e externas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo que declararam dificuldade, 2005

Atividade	n	Causa da Dificuldade					
		Deficiência na visão		Outras		Deficiência na visão e outras	
		f	%	f	%	f	%
Usar computador e internet	74	24	32,4	41	55,4	9	12,2
Fazer deveres escolares	48	32	66,7	13	27,1	3	6,3
Localizar e usar sala de aula, banheiro, biblioteca	31	19	61,3	11	35,5	1	3,2
Fazer trabalhos, passeios escolares em grupo	34	18	52,9	14	41,2	2	5,9
Ir à escola com independência	33	23	69,7	7	21,2	3	9,1
Fazer atividade física	32	22	68,8	8	25,0	2	6,3
Participar de jogos	28	15	53,6	11	39,3	2	7,1
Relacionar-se com colegas	22	2	9,1	18	81,8	2	9,1
Organizar material escolar	15	8	53,3	5	33,3	2	13,3
Relacionar-se com professores	12	1	8,3	11	91,7	–	–

As atividades escolares e sociais declaradas como menos realizadas pelos estudantes foram usar computador (39,8%); ir à escola (18,5%) e atividade física (16,7%). Relacionar-se com professores (99,1%), organizar material escolar (96,3%) e relacionar-se com colegas (94,4%), foram declaradas como atividades realizadas com maior freqüência no dia-a-dia dos estudantes (Tabela 29).

Tabela 29- Realização de atividades escolares e sociais. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109*

Atividade	Sim		Não	
	f	%	f	%
Relacionar-se com professores	107	99,1	1	0,9
Organizar material escolar	104	96,3	4	3,7
Relacionar-se com colegas	102	94,4	6	5,6
Fazer deveres escolares	98	90,7	10	9,3
Participar de jogos	98	90,7	10	9,3
Localizar e usar sala de aula, banheiro, biblioteca	96	88,9	12	11,1
Fazer trabalhos, passeios escolares em grupo	92	85,2	16	14,8
Fazer atividade física	90	83,3	18	16,7
Ir à escola com independência	88	81,5	20	18,5
Usar computador e internet	65	60,2	43	39,8

* 1 sujeito não informou

Outras atividades não indicadas no questionário foram declaradas como não realizadas por 48 dos respondentes, entre elas ler livros (6,3%), fazer lição de casa (6,3%), acesso a livros em braille (4,2%) entre outras (Tabela 30).

Tabela 30- Outras atividades não realizadas por causa da visão. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Atividades	**f**	**%**
	(n = 109)	
Não	47	43,1
Sim	62	56,9
	(n = 62)	
Outras atividades com as quais relatam dificuldades	**f**	**%**
Higiene	3	4,8
Vestuário	2	3,2
Alimentação	4	6,5
Atividades domésticas	10	16,1
Atividades escolares	16	26,8
Outras atividades		
Reconhecer pessoas	3	4,8
Trabalhar	3	4,8
Dirigir	8	12,9
Tocar instrumento musical	2	3,2
Andar de bicicleta	1	1,6
Ler embalagens	4	6,5
Cuidar da horta	1	1,6
Sair sozinho	3	4,8
Pegar táxi sozinho	1	1,6
Fazer tricô	1	1,6

A maioria relatou ter aprendido a fazer as AVD por si próprio (66,1%) ou com auxílio da mãe e pai (59,6%). Aprenderam a fazer as AVD com profissional de reabilitação 33,9% e 21,1% aprenderam na escola (Tabela 31).

Tabela 31- Aprendizagem de AVD por si próprio ou com ajuda de outras pessoas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Aprendizagem de atividades diárias*	**f**	**%**
Por si próprio	72	66,1
Com ajuda de:		
Mãe/pai	65	59,6
Profissional de reabilitação	37	33,9
Professor especializado	17	15,6
Professores de classe comum	6	5,5
Esposa/marido	–	–
Outras pessoas	17	15,6

* Respostas múltiplas

Dos entrevistados, 70,6% acreditaram ser capazes de resolver os problemas sozinhos, enquanto 86,2% declararam contar com a ajuda de professores, 84,4% contar com a ajuda de amigos, e namorar 84,4%. Declararam contar com a ajuda da família 76,1% (Tabela 32).

Tabela 32- Percepção de auto-eficácia no relacionamento interpessoal e na solução de problemas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Percepção	Sim		Não	
	f	%	f	%
Pode contar com professores	94	86,2	15	13,8
Pode contar com amigos	92	84,4	17	15,6
Pode namorar (relação com parceiros)	92	84,4	17	15,6
Arruma como conseguir o que quer	90	82,6	19	17,4
Pode contar com família	83	76,1	26	23,9
Resolver problemas por si mesmo	77	70,6	32	29,4

Julgam-se capazes de fazer sem ajuda as AVD 60,6% dos estudantes, enquanto que 20,2% sentem-se incapazes. Fazer as AVD com independência é apontado como um dos fatores que melhora muito a vida, declarado por 85,3% dos sujeitos (Tabela 33).

Tabela 33- Percepção de auto-eficácia para realizar as atividades de vida diárias e melhoria da qualidade de vida com essa independência. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Percepção	**f**	**%**
Acredita-se capaz:		
Sim	66	60,6
Não	22	20,2
Nem sempre	21	19,3
Fazer atividades sozinho melhora a vida:		
Muito	93	85,3
Pouco	13	11,9
Nada	3	2,8

Declararam ter crença religiosa 91,7,% dos entrevistados (distribuídos entre católicos, evangélicos e espíritas), e 78% referiram que a religião ajuda muito no enfrentamento e superação de problemas (Tabela 34).

Tabela 34- Opinião sobre crença religiosa e ajuda no enfrentamento de problemas. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Crença Religiosa	*f*	%
		n = 109
Sim	100	91,7
Não	9	8,3
Religião ajuda		**n = 109**
Muito	85	78,0
Pouco	12	11,0
Nada	12	11,0

* 2 sujeitos não informaram

Em relação à percepção de satisfação na prática das AVD, a resposta mais freqüente foi "mais ou menos satisfeito" (44,0%). Das questões justificadas, como "pouco" ou "nada satisfeito" (n=26) sobressai aquela que se refere a aprender mais (38,5%) e ser independente (23,1%) (Tabela 35).

Tabela 35- Satisfação referente à própria capacidade para realizar as AVD. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Grau de satisfação	**f**	**%**
		(n=109)
Muito satisfeito	35	32,1
Mais ou menos satisfeito	48	44,0
Pouco satisfeito	22	20,2
Nada satisfeito	4	3,7
Razões:		**(n = 26)**
quer aprender mais	10	38,5
quer ser independente	6	23,1
quer melhorar na escola	2	7,7
quer ver melhor	2	7,7
responsável não deixa	1	3,8
quer ver novamente	1	3,8
Impaciência	1	3,8
Outras	3	11,5

Dentre os domínios pesquisados, aquele que apresentou menor grau de auto-eficácia declarada refere-se à atividade doméstica (64,7) em todos os fatores estudados. Nos demais domínios, os resultados encontrados foram próximos a 90, o que denotou alto grau de auto-eficácia. Foram observados resultados semelhantes entre o grau de eficácia (1) e a conduta (4) (Tabela 36).

Tabela 36- Percepção de auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, dificuldade e conduta nas AVD, por domínios e fatores de análise. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

n = 109

Domínios	Fatores *	Média	Desvio-padrão
Higiene Pessoal	1	88,95	15,21
	2	84,21	14,5
	3	13,44	16,21
	4	88,72	15,62
Vestuário	1	82,16	20,17
	2	75,69	20,16
	3	16,92	18,1
	4	80,22	20,64
Alimentação	1	80,02	24,32
	2	72,07	24,58
	3	18,81	24,41
	4	75,74	26,5
Atividades domésticas	1	64,78	22,51
	2	53,78	17,73
	3	36,49	21,4
	4	65,28	23,93
Atividades escolares	1	88,62	14,62
	2	77,84	17,96
	3	16,33	18,14
	4	86,88	16,71

* 1: auto-eficácia; 2: gradação de capacidade percebida; 3:Dificuldade; 4: Conduta.

4.2- Estudo analítico

4.2.1- Idade

Verificaram-se diferenças significativas no domínio higiene e cuidado pessoal, entre os grupos com menos de 20 anos e os com 20 anos e mais de idade, em relação à percepção de auto-eficácia ($p<0,001$), gradação de auto-eficácia ($p=0,002$) e conduta ($p<0,001$). Não foram diferenças significativas no domínio alimentação, em relação à auto-eficácia. Escores de menor valor, no que se refere à associação entre idade e atividades domésticas e sociais foram observados, porém não houve diferença significativa neste e nos demais domínios (Tabela 37).

Tabela 37- Percepção de auto-eficácia, gradação da capacidade percebida, dificuldade e conduta nas AVD em relação à idade; análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Percepção e Conduta	Idade (anos)				Valor de p*
	<20 (n=49)		≥20 (n=60)		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Higiene e cuidado pessoal					
Auto-eficácia	84,01	17,77	92,99	11,39	<0,001
Gradação de capacidade percebida	79,55	15,56	88,02	12,45	0,002
Dificuldade	16,58	17,79	10,87	14,43	0,084
Conduta	82,82	17,51	93,54	12,04	<0,001
Vestuário					
Auto-eficácia	78,46	21,68	85,19	18,49	0,106
Gradação de capacidade percebida	73,92	21,37	77,13	19,17	0,517
Dificuldade	15,87	19,18	17,78	17,29	0,307
Conduta	77,32	21,51	82,59	19,77	0,187
Alimentação					
Auto-eficácia	74,60	25,86	84,44	22,24	0,015
Gradação de capacidade percebida	67,12	26,42	76,11	22,39	0,072
Dificuldade	20,75	26,97	17,22	22,22	0,631
Desempenho	69,16	27,89	81,11	24,23	0,013
Atividades domésticas e sociais					
Auto-eficácia	64,36	23,01	65,13	22,28	0,944
Gradação de capacidade percebida	55,73	20,00	52,18	15,62	0,256
Dificuldade	36,19	22,56	36,73	20,59	0,809
Conduta	63,89	23,93	66,41	24,08	0,750
Atividades escolares					
Auto-eficácia	88,37	14,48	88,83	14,85	0,564
Gradação de capacidade percebida	76,63	18,72	78,83	17,40	0,520
Dificuldade	20,41	20,51	13,00	15,33	0,071
Conduta	86,12	18,12	87,50	15,58	0,748

* Teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre as faixas etárias.

4.2.2- Capacidade visual declarada

Os resultados mostraram que para os domínios de higiene e cuidado pessoal e vestuário não houve diferença significativa entre o grupo que declarou não enxergar e o que enxerga pouco. No domínio alimentação, houve diferença significativa nos escores de gradação da capacidade percebida entre os dois grupos ($p=0.044$). Nas atividades domésticas e sociais também houve diferença significativa entre os dois grupos, na auto-eficácia ($p=0.018$); na gradação de capacidade ($p<0.001$), e na conduta ($p=0.020$), com menores valores para os que declararam não enxergar (Tabela 38).

Tabela 38- Percepção de auto-eficácia, gradação percebida de auto-eficácia, motivo da dificuldade e desempenho das AVD em relação ao grau de capacidade visual declarada; análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios de São Paulo, 2005

Percepção /conduta	Grau de capacidade visual declarada				Valor p*
	Não enxerga (n = 47)		Enxerga pouco (n =62)		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Higiene pessoal e cuidado pessoal					
Auto-eficácia	88,56	19,16	89,25	11,51	0,261
Gradação da capacidade percebida	84,31	16,48	84,14	12,93	0,502
Dificuldade	12,63	17,04	14,05	15,65	0,509
Conduta	87,77	18,68	89,45	12,95	0,848
Vestuário					
Auto-eficácia	78,49	23,33	84,95	17,08	0,216
Gradação da capacidade percebida	71,63	22,53	78,76	17,73	0,104
Dificuldade	20,69	20,05	14,07	16,05	0,069
Conduta	76,12	23,51	83,33	17,74	0,145
Alimentação					
Auto-eficácia	74,94	28,89	83,87	19,58	0,170
Gradação da capacidade percebida	65,72	28,00	76,88	20,60	0,044
Dificuldade	24,94	29,10	14,16	19,13	0,070
Conduta	71,63	29,92	78,85	23,35	0,292
Atividades domésticas e sociais					
Auto-eficácia	58,27	25,35	69,73	18,84	0,018
Gradação da capacidade percebida	46,32	18,34	59,43	15,08	<0,001
Dificuldade	38,54	23,31	34,93	19,89	0,404
Conduta	58,43	27,30	70,47	19,71	0,020
Atividades escolares					
Auto-eficácia	88,30	14,64	88,87	14,72	1,000
Gradação da capacidade percebida	75,85	18,40	79,35	17,61	0,340
Dificuldade	15,53	18,15	16,94	18,25	0,642
Conduta	86,17	16,23	87,42	17,17	0,631

* Teste de Mann-Whitney para comparação dos escores.

4.2.3- Grau de satisfação referente à capacidade para realizar as AVD

De acordo com o teste MANN-WHITNEY para comparação dos escores de auto-avaliação de satisfação, foi observada diferença significativa em relação à higiene entre os grupos que se declararam pouco ou nada satisfeitos e os satisfeitos e muito satisfeitos em relação à conduta (p=0.013). Em relação ao vestuário observou-se diferença significativa em relação à auto-eficácia (p=0.007), na gradação da capacidade percebida (p=0.005), e na conduta (p=0.003), com menores escores para os que se declararam pouco ou nada satisfeitos. Houve menores escores na alimentação para os que se declaram menos satisfeitos, verificando-se menor auto-eficácia (p=0.014), menor gradação da capacidade (p=0.003), e menor conduta (p=0.010). Para os demais escores não houve diferença significativa entre os menos satisfeitos e os mais satisfeitos em relação aos domínios das AVD (Tabela 39).

Tabela 39- Percepção de auto-eficácia e desempenho segundo o grau de satisfação referente à capacidade para realizar as AVD. Análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios de São Paulo, 2005

Percepção/ conduta	Grau de satisfação				Valor p*
	Pouco/nada satisfeito (n = 26)		Satisfeito/muito satisfeito (n = 83)		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Higiene e cuidado pessoal					
Auto-eficácia	84.94	19.90	90.21	13.31	0.273
Gradação de capacidade percebida	79.33	15.96	85.74	13.76	0.072
Dificuldade	14.18	17.48	13.20	15.89	0.964
Conduta	81.41	20.22	91.01	13.22	0.013
Vestuário					
Auto-eficácia	70.94	25.55	85.68	16.87	0.007
Gradação da capacidade percebida	64.53	23.15	79.18	17.88	0.005
Dificuldade	25.00	24.05	14.39	15.10	0.051
Conduta	68.80	24.14	83.80	18.14	0.003
Alimentação					
Auto-eficácia	67.95	31.79	83.80	20.26	0.014
Gradação da capacidade percebida	58.12	29.36	76.44	21.26	0.003
Dificuldade	26.71	33.04	16.33	20.65	0.317
Conduta	61.54	33.29	80.19	22.43	0.010
Atividades domésticas e sociais					
Auto-eficácia	58.28	23.65	66.82	21.89	0.109
Gradação da capacidade percebida	48.37	15.58	55.47	18.10	0.083
Dificuldade	39.64	20.02	35.50	21.83	0.315
Conduta	60.06	25.75	66.91	23.26	0.182
Atividades escolares					
Auto-eficácia	85.00	17.03	89.76	13.70	0.194
Gradação da capacidade percebida	73.27	20.10	79.28	17.11	0.180
Dificuldade	21.92	23.46	14.58	15.89	0.272
Conduta	82.69	20.51	88.19	15.23	0.245

* Teste de Mann-Whitney para comparação dos escores de auto-avaliação de independência

4.2.4- Auto-avaliação de independência

Observaram-se diferenças significativas entre o grupo que se declarou independente e o não independente no domínio higiene e cuidado pessoal, em relação à auto-eficácia ($p=0.18$), gradação de capacidade ($p<0.001$) e conduta ($p<0.001$), com menores escores para aqueles que se declararam não independentes. No domínio vestuário foram verificadas diferença significativa entre os dois grupos, na gradação de capacidade percebida ($p<0.001$) e conduta ($p=0.22$). No domínio alimentação, houve diferença significativa na gradação da capacidade percebida ($p<0.001$), na percepção de dificuldade ($p=0.032$), e na conduta ($p<0.001$), com menores escores para os que se declararam não independentes. No domínio atividades domésticas e sociais houve diferença significativa na auto-eficácia ($p<0.001$), na gradação de capacidade percebida ($p<0,001$); na dificuldade causada pela deficiência visual ($p=0.32$), e na conduta ($p<0.001$), com menores escores para os não independentes. Houve menores escores nas atividades escolares para os não independentes, com diferença significativa na gradação de capacidade percebida ($p<0.001$) e na dificuldade percebida ($p<0.001$) (Tabela 40).

Tabela 40- Percepção de auto-eficácia e desempenho, segundo a auto-avaliação de independência para realizar as AVD. Análise dos escores. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Percepção/ desempenho	Auto-avaliação				Valor p*
	Não independente (n = 43)		Independente (n = 66)		
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Higiene pessoal					
Auto-eficácia	83,62	19,55	92,42	10,31	0.018
Gradação da capacidade percebida	77,76	16,65	88,42	11,17	<0.001
Dificuldade	16,42	19,15	11,49	13,77	0.320
Conduta	82,17	18,75	92,99	11,47	<0.001
Vestuário					
Auto-eficácia	77,26	24,24	85,35	16,44	0.143
Gradação de auto-eficácia	66,8	21,8	81,48	16,78	<0.001
Dificuldade	22,09	21,4	13,55	14,82	0.062
Conduta	73,9	23,62	84,34	17,43	0.022
Alimentação					
Auto-eficácia	72,87	30,89	84,68	17,62	0.073
Gradação da capacidade percebida	59,82	27,83	80,05	18,44	<0.001
Dificuldade	26,36	30,43	13,89	18,16	0.032
Conduta	63,57	31,74	83,67	18,82	<0.001
Atividades domésticas e sociais					
Auto-eficácia	56,17	24,24	70,4	19,52	0.001
Gradação da capacidade percebida	44,45	15,18	59,85	16,68	<0.001
Dificuldade	44,72	22,88	31,12	18,67	<0.001
Conduta	54,92	25,16	72,03	20,62	<0.001
Atividades escolares					
Auto-eficácia	85,12	17,23	90,91	12,24	0.108
Gradação da capacidade percebida	69,77	18,55	83,11	15,56	<0.001
Dificuldade	24,19	20,38	11,21	14,52	<0.001
Conduta	81,86	20,15	90,15	13,18	0.053

* Teste de Mann-Whitney para comparação dos escores de auto-avaliação de independência

4.2.5- Escolaridade e percepção de capacidade visual

Foi analisada a relação entre a escolaridade e percepção da capacidade visual, observando-se que, em relação à escolaridade a maior parte (69,4%) dos sujeitos que declarou enxergar pouco relatou cursar o ensino fundamental, enquanto 30,6% cursa o ensino médio. Dos que referiram não enxergar, 49,0% cursam o ensino fundamental, 34,0% cursam o ensino médio e, 17,0%, o ensino superior. Considerando o resultado do teste Exato de Fisher, verificou-se relação significativa entre escolaridade e capacidade visual, ou seja, foi possível observar que os estudantes que afirmaram "não enxergar" têm maior escolaridade do que os que referem enxergar pouco (Tabela 41).

Tabela 41- Escolaridade segundo a percepção da capacidade visual. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Escolaridade	Capacidade visual			
	Enxerga pouco (n=62)		Não enxerga (n=47)	
	f	%	f	%
Ensino fundamental	43	69,4	23	49,0
Ensino médio	19	30,6	16	34,0
Ensino superior	-	-	8	17,0

Teste Exato de Fisher, valor p <0,001

4.2.6- Reabilitação e escolaridade

Pelos resultados do teste Exato de Fisher, verificou-se associação significativa entre escolaridade e reabilitação, apontando que a escolaridade está relacionada ao processo de reabilitação dos estudantes presentes na amostra, ou seja, os estudantes com maior escolaridade (ensino médio e superior) já fizeram ou estão fazendo reabilitação. Dos estudantes do ensino fundamental, 63,6% já fizeram ou estão fazendo reabilitação e 36,4% não fizeram a reabilitação (Tabela 42).

Tabela 42- Realiza/ não realizou reabilitação segundo nível de escolaridade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Escolaridade	Reabilitação					
	Já fez		está fazendo		Não fez	
	f	%	f	%	f	%
Ensino fundamental (n = 66)	21	31,8	21	31,8	24	36,4
Ensino médio (n = 35)	20	57,1	7	20,0	8	22,9
Ensino superior (n = 8)	4	50,0	4	50,0	-	-

Teste exato de Fisher, valor p = 0,046

4.2.7- Capacidade visual e realização de reabilitação

Observou-se associação significativa entre reabilitação e visão (p<0,001), registrando-se maior freqüência da realização de reabilitação entre os que declararam não enxergar (Tabela 43).

Tabela 43- Percepção da capacidade visual e a realização de reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Reabilitação	Percepção da capacidade visual			
	Enxerga pouco		Não enxerga	
	f	%	F	%
Já fez (n=45)	17	37,8	28	62,2
Está fazendo (n=32)	17	53,1	15	46,9
Não fez (n=32)	28	87,5	4	12,5

x^2=19.11; gl=2; p<0.001

4.2.8- Auto-eficácia e necessidade de ajuda segundo a idade

Houve associação significativa entre a idade e conseguir o que quer (p=0,006), com maior freqüência de respostas "sim" para os sujeitos com idade maior que 20 anos (p=0,003), como também entre idade e ajuda da família, com maior freqüência positiva para os com idade menor que 20 anos, e entre "idade" e a "percepção de poder namorar" (p=0,004), com maior freqüência de respostas "sim" para os com idade maior que 20 anos.

Não foi observada associação significativa da idade com a percepção de ser capaz de resolver problemas sozinho, contar com ajuda de professores e contar com ajuda de amigos na escola (Tabela 44).

Tabela 44- Percepções de auto-eficácia e de independência segundo a idade. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Percepção	Idade(anos)				Valor p*
	<20 (n=49)		≥20 (n=60)		
	f	%	f	%	
Pode resolver problemas sozinho					
Sim	35	71,4	42	70,0	0,871
Não	14	28,6	18	30,0	
Consegue o que quer					
Sim	35	71,4	55	91,7	0,006
Não	14	28,6	5	8,3	
Conta com a ajuda da família					
Sim	44	89,8	39	65,0	0,003
Não	5	10,2	21	35,0	
Conta com a ajuda de professores					
Sim	44	89,8	50	83,3	0,330
Não	5	10,2	10	16,7	
Conta com a ajuda de amigos na escola					
Sim	39	79,6	53	88,3	0,211
Não	10	20,4	7	11,7	
Pode namorar					
Sim	36	73,5	56	93,3	0,004
Não	13	26,5	4	6,7	

* Teste Qui-quadrado

4.2.9- Percepção de auto-eficácia e a realização de reabilitação

Na associação entre as variáveis "percepção" e "reabilitação" verificou-se que a percepção de julgar-se capaz de agir sozinho não depende de reabilitação (p=0,051). A percepção de estar satisfeito com a própria capacidade, mostrou associação significativa com o fato de o estudante ter feito ou estar em processo de reabilitação (p<0,001) (Tabela 45).

Tabela 45- Percepção de auto-eficácia, segundo a realização de reabilitação. Estudantes deficientes visuais de municípios do Estado de São Paulo, 2005

Percepção	Reabilitação				Valor p*
	Sim (n=77)		Não (n=32)		
	f	%	f	%	
Julga-se capaz de agir sozinho	47	61,0	13	40,6	0,051
Julga-se incapaz de agir sozinho	30	39,0	19	59,4	
Satisfeito com a própria capacidade	60	77,9	9	28,1	<0,001
Insatisfeito com a própria capacidade	17	22,1	23	71,9	

* Teste Qui-quadrado

5- DISCUSSÃO

Em função das perdas que ocasionam ao ser humano, nas diferentes fases da vida, a cegueira e a baixa visão constituem problemas de saúde pública, que refletem negativamente na família e na vida em sociedade. A deficiência visual pode ocasionar prejuízos à saúde, uma vez que o termo "saúde" refere-se ao completo estado de bem-estar físico, mental e social (Organização Mundial da Saúde, 2005). Portanto, esse tipo de deficiência interfere no desenvolvimento geral do indivíduo e na sua adequação à realidade objetiva.

Apesar de existir mobilização pela inclusão em vários segmentos da sociedade com o objetivo de proporcionar condições de iguais oportunidades, pessoas com deficiência visual ainda se encontram restritas e limitadas em suas ações e na aquisição de conhecimentos. Isso em parte acontece por ignorância e falta de informação, bem como pelo preconceito em conviver e lidar com o "diferente". (MADER, 1997).

Este estudo buscou apresentar um panorama de percepções e de realizações dos sujeitos nas AVD. Percepções de auto-eficácia nas AVD e suas implicações na qualidade de vida em adolescentes e adultos com deficiência visual constituem um tema não encontrado na literatura, deixando uma lacuna na compreensão do problema e das conseqüências e perdas possíveis em indivíduos com essa deficiência. Como um dos objetivos da reabilitação do deficiente visual é desenvolver suas potencialidades para favorecer a adequação à realidade e à inclusão social para atuar na comunidade com independência (HINDS et al., 2003), mister se faz favorecer a prática das AVD no contexto de cada pessoa.

A escola foi escolhida como campo de pesquisa não só por apresentar uma população disponível de estudantes com deficiência visual, como também por ter como proposta de projeto pedagógico a inclusão de todos os indivíduos. A inclusão escolar tem como pressuposto fornecer meios pelos quais todos os estudantes podem ter as mesmas oportunidades de desenvolvimento intelectual, físico, social, afetivo, moral, compatíveis com sua faixa etária (BRASIL, 2000).

Apresentam-se, primeiramente, os resultados descritivos das características mais significativas, seguidas de cruzamentos seletivos nos domínios higiene e cuidado pessoal, vestuário, alimentação, atividades domésticas e sociais, e escolares, analisados em

relação aos fatores: percepção de auto-eficácia e sua gradação (fácil, difícil ou nem fácil e nem difícil), o motivo da dificuldade (em decorrência da deficiência visual, por outros motivos, ou a deficiência visual e outros motivos), e a conduta no dia-a-dia na realização das AVD, considerados como fatores de análise. Foi construído um instrumento, adequado à amostra pesquisada, para medir as variáveis selecionadas neste estudo, e criados escores para mensurar os fatores selecionados.

A faixa-etária pesquisada mereceu destaque, pois a adolescência e a idade adulta são fases consideradas como mais produtivas da vida do homem, porque nelas se processa a estruturação do indivíduo como sujeito ativo. Por um processo de reflexão e auto-avaliação, o indivíduo se julga e se compara à luz daquilo que percebe ser o modo como os outros o julgam. Pouco a pouco, ele vai tomando consciência de um novo espaço no mundo, questionando os valores transmitidos pelos pais, pela escola, pela comunidade, aceitando-os ou modificando-os, acabando por assimilá-los e introjetá-los, conforme sua maneira de ser e encarar os fatos. Pela comparação com os outros, também tem a noção exata de seu valor, de suas capacidades e habilidades; conhece seus limites, suas aspirações e perspectivas de vida e, ao mesmo tempo, sente-se alvo das expectativas das pessoas que o cercam (PIAGET, 1978; BANDURA, 1986).

A amostra foi constituída por estudantes de escolas públicas, com idade a partir de 12 anos, por ser considerada a idade mínima necessária para os participantes fornecerem informações em entrevistas. Apresentou ligeiro predomínio do sexo masculino (52,3%) em relação ao feminino, dados semelhantes aos do estudo realizado por MONTILHA (2001a), em população com as mesmas características (Tabela 1). Da amostra pesquisada, a média de idade foi de 23,37 anos, bastante alta se comparada ao nível de escolaridade dos estudantes que não apresentam deficiência. A predominância de indivíduos jovens nesse estudo era esperada, pois a pesquisa foi realizada com população em idade escolar. Tais dados são corroborados por outros estudos (MONTILHA et al. 2000, MONTILHA et al., 2001a; PEAVEY e LEFF, 2002), e coerente com os dados sociodemográficos como estado civil — predominância de solteiros — 85,3% (Tabela 1).

Verificou-se que 79,8% dos estudantes moravam com mãe, e ou irmãos, o que pode sugerir maior facilidade de ajuda por parte dos membros da família na execução das AVD, criando possível dependência (Tabela 1). Morar com os pais é um fato aceito na cultura brasileira, pois, de modo geral, os filhos saem de casa apenas para casar. Em outras populações, principalmente constituídas por adultos e idosos, os resultados podem divergir. Estudo realizado por HINDS et al. (2003) indica uma amostra constituída por 71 pacientes com deficiência visual, com idade entre 35 a 85 anos, dos quais metade deles viviam sozinhos. Apesar da melhoria de muitos destes pacientes em áreas que influem em melhor percepção de qualidade de vida em aspectos relacionados à visão, após intervenção de serviço de reabilitação, os autores apontam que muitos ainda permaneceram com restrições no desempenho das AVD, e apresentaram sentimentos de solidão e isolamento.

A experiência profissional mostra que muitas pessoas com deficiência visual não sabem ou não têm possibilidade de cuidar de si próprias e de serem independentes. Saber fazer as atividades de vida diária, ter independência financeira, estudar e trabalhar são alvos pouco atingidos pela população adolescente e jovem, principalmente por aqueles com deficiência visual, uma vez que lhes é restrito o acesso a diferentes ambientes, à oportunidade de participação e à aprendizagem das atividades cotidianas.

A maioria dos entrevistados estudava em Campinas, embora uma pequena parcela deles more em outros distritos ou municípios da região. Isso indicou provável migração de uma parte dos estudantes do local de residência para estudar em instituições da cidade de Campinas, o que pode ser explicado por se tratar de pólo de serviços de saúde e educação. O fato de a Secretaria Estadual de Educação englobar vários municípios de abrangência em núcleos centrais facilita a concentração dos estudantes nestes núcleos (Tabelas 2 e 3).

Em relação à escolaridade (Tabela 4), a predominância foi de estudantes que freqüentam escolas públicas de Ensino Fundamental regular (60,6%). A proporção de escolares atualmente matriculados em Ensino Acelerado — EJA (Educação de Jovens e Adultos), antigo Ensino Supletivo, foi alta — 21,2% no Ensino Fundamental e 14,6% no ensino médio. Isso sugere o ingresso e conseqüente término mais tardio de escolaridade, o retorno à escolarização após aceitação da perda visual. Sugere também a dificuldade em

encontrar recursos de aprendizagem e escolas com facilidade de acesso, bem como a conscientização tardia da possibilidade de inclusão social. O aluno, ao freqüentar uma classe comum, pode encontrar dificuldades no processo escolar por não existirem recursos materiais e humanos apropriados (GASPARETTO et al., 2001).

Segundo GARCIA (2001), o aluno com deficiência visual inicia e termina tardiamente a escolaridade. Em média, conclui o Ensino Fundamental com idade superior a 18 anos de idade e o Ensino Médio em torno dos 21. Aponta que o mais adequado seria que os alunos, com mais idade do que a regular, participassem do ensino acelerado, o que reafirma os dados deste estudo.

Da amostra, 89,0% não trabalham (Tabela 4). As profissões declaradas pelos que trabalham correspondem àquelas que geralmente não requerem maior nível de escolaridade, como massagista, vendedor, ascensorista, operador de "telemarketing" e outras. As vagas de trabalho para pessoas com deficiência visual limitam-se a números reduzidos de ocupações, tais como as citadas, embora haja mais funções possíveis de serem exercidas com competência. Poucos são os que conseguem ingressar no curso superior, o que não garante acesso ao mercado de trabalho conforme a qualificação. Esse fato tem criado discriminação e discrepância em relação às habilitações e funções exercidas (BRUMER et al, 2004; MAZZOTA, 1996). Para minimizar essa situação, cursos profissionalizantes e estágios têm sido criados (BATISTA et al., 1997), alicerçados pela legislação nacional (BRASIL, 1998) que estabelece quotas de emprego para deficientes, para que esses possam ter acesso ao mercado de trabalho.

O movimento social para a inclusão de todos os indivíduos na escola e nos demais grupos na sociedade ainda é recente e gradativo, e se mostra bastante distante de ser uma realidade efetiva, frente à forte desigualdade social no Brasil. Logo, prevalece a máxima da inclusão social para quem tem melhores condições (físicas, sociais e econômicas) e exclusão para quem tem menos, ou nenhuma. Mantém-se, assim, a dificuldade de acesso dos deficientes visuais a profissões de maior complexidade e melhores postos de trabalho (BRUMER et al., 2004).

O reconhecimento da pluralidade de indivíduos com deficiência, o direito à participação e à inclusão, muitas vezes é facilitado no processo de reabilitação. Como a maior parte dos entrevistados está ou já esteve em processo de reabilitação (Tabela 5), espera-se desses alunos uma maior conscientização do próprio problema oftalmológico, das habilidades, possibilidades e dificuldades, tendo em vista o vista o desenvolvimento, bem-estar e melhor qualidade de vida.

A percepção de objetivos ou ideais de ações no cotidiano podem favorecer a auto-estima do indivíduo. BOENER e CIMAROLLI (2005) realizaram estudo com adultos deficientes visuais que estavam iniciando programa de reabilitação visual. Objetivos relacionados a atividades domésticas, trabalho, finanças, leitura, passatempo, cuidados pessoais, família, relacionamento com companheiro, amigos e religião ou filosofia de vida indicam, hierarquicamente, percepções dos indivíduos em relação às suas perspectivas de vida. É neste sentido que os programas de reabilitação devem estar direcionados (SIVARAMAN e WADE, 2003). À medida que o indivíduo consegue realizar atividades que correspondem aos seus interesses, a percepção de capacidade nas ações, ou auto-eficácia pode favorecer o alcance de objetivos

Como diz BANDURA (1986), falar sobre auto-eficácia é falar o que pode o ser humano quando acredita, de maneira efetiva, nas suas potencialidades. Agindo sobre si próprio, a pessoa controla suas ações, recruta roteiros cognitivos e incentivos para produzir as mudanças que deseja. É a segurança interna que ele experimenta de seu procedimento em resolver os problemas do dia-a-dia. Confiante em si, procura recursos para seu bem-estar e com isso obtém melhor qualidade de vida.

Em relação ao conhecimento do próprio problema oftalmológico, a maior parte da amostra declarou (56,9%) "enxergar pouco" (baixa visão), enquanto 43,1% "não enxergar" (cegueira). Para a maioria dos indivíduos entrevistados, o aparecimento do problema declarado surgiu entre 8 e 16 anos de idade (34,8%), e entre 3 e 8 anos (32,6%) (Tabela 6). Como esses dados são subjetivos, ou seja, relatos de experiências individuais, nem sempre podem corresponder à idade exata da perda visual, mas sim à idade em que a perda visual foi percebida. O fato de a maioria dos entrevistados conhecer a causa da deficiência (89,9%) sugeriu haver conscientização do problema visual e conhecimento da

doença. Observou-se que, apesar dos alunos saberem a causa da própria doença, as escolas nem sempre têm o diagnóstico dos alunos, e quando o têm, os professores nem sempre fazem uso dele.

Em estudo com escolares, com média de idade de 17,1 anos (n=26), 53,0% mencionaram a denominação e respectiva causa da deficiência visual. (MONTILHA et al., 2000). Tais dados são corroborados por outros estudos com estudantes com deficiência visual (CARVALHO et al., 2002). Conforme MONTILHA (2001a) pode-se supor a existência de relação entre a idade e conhecimento, ou seja, quanto maior a idade, melhor o conhecimento sobre o próprio problema oftalmológico.

A percepção de enxergar pouco, ou não enxergar, pode ter reflexos significativos e diferentes para cada indivíduo (KÜBLER-ROSS, 1996). A vivência com pessoas com deficiência visual mostra que muitos deles tornam-se dependentes de familiares ou acompanhantes, ao perceberem a perda total ou parcial da visão; outros superam o luto da perda, buscando recursos da comunidade para minimizar o problema, outros ainda, buscam recursos pessoais, ou seja, acreditam na própria capacidade, aprendem a conviver sem a visão e mudam seus objetivos de vida.

A percepção da acuidade visual e a correlação com a média visual diagnosticada são difíceis de serem confirmadas e merecem novas pesquisas sobre esse tema (TEJERIA et al., 2002). Pesquisas apontaram que a baixa visão pode trazer prejuízos para as pessoas no cotidiano (TAYLOR, 2003). As pessoas com cegueira que se adaptaram à própria condição se perceberam mais independentes nas AVD, do que aquelas que apresentaram dificuldade em conviver com a limitação. Entretanto, apontaram que a percepção de qualidade de vida em relação à competência e produtividade, e à participação e integração na comunidade podem estar associados a fatores adicionais como acesso à educação, à tecnologia e ao desenvolvimento de habilidades sociais (MARTINEZ e SEWELL, 1996) (Tabela 6)

As doenças mais citadas foram: glaucoma congênito e adquirido (19,4%); catarata congênita e adquirida (15,3%), seguidas de retinopatia da prematuridade (11,2%) (Tabela 7). De acordo com a WHO (2005), a catarata é a principal causa de cegueira em

todo o mundo, seguida do glaucoma e degeneração macular senil. Outras causas de cegueira como o tracoma, retinopatia da prematuridade, deficiência de vitamina A, retinopatia diabética, podem ser prevenidas e/ou tratadas, se percebidas a tempo (RESNIKOFF et al., 2004). As causas de cegueira são variáveis e dependem de circunstâncias locais (BARBOTTE et al., 2001). Entre as causas citadas pelos sujeitos (Tabela 7) as principais delas estão situadas na infância e, entre elas, a catarata congênita, infecção, erros refrativos não corrigidos e retinopatia da prematuridade. Grande parte das deficiências poderia ser evitada se houvesse programas efetivos de prevenção (KARA-JOSÉ e ARIETA, 2000).

A percepção de pacientes em relação à própria doença é um aspecto considerado de igual importância aos parâmetros clínicos em avaliação de resultados de intervenções cirúrgicas em oftalmologia. Enquanto medidas clínicas fornecem uma avaliação objetiva do estado de saúde do paciente, a percepção do mesmo fornece uma avaliação subjetiva desses resultados, baseada no impacto da intervenção na sua vida diária (DESAI et al., 1996). Na perspectiva do sujeito, esse estudo reforça a importância da avaliação da função visual e seu impacto na qualidade de vida.

A preocupação com a visão, declarada pela maioria dos sujeitos (62,4%) (Tabela 8), sugere cuidados com a própria saúde e com a qualidade de vida (STELMACK et al., 2001). Essa preocupação poderá tomar dois sentidos distintos — o positivo, que leva o indivíduo ao conhecimento realista da causa da deficiência visual, estimulando-o à procura de tratamento, de reabilitação ou de utilizar outros recursos da comunidade, enquanto que o negativo leva-o à possibilidade de submissão à doença, à depressão, ao sentimento de inferioridade e ineficiência, associados à percepção de baixa auto-eficácia (SCHWARZER e FUCHS, 1995).

Grande parte dos participantes declarou que buscou assistência oftalmológica há menos de 6 meses (37,6%) e entre 6 e 12 meses (20,2%) da data da entrevista, reforçando a evidência de preocupação e cuidados com a saúde. Entre os 62 estudantes da amostra que declararam enxergar pouco, declararam a prescrição de auxílios ópticos e não-ópticos; do total da amostra mencionaram prescrição de medicamentos 16,5%

(Tabela 9). Essa atenção pessoal visa ao bem-estar físico e está relacionada à auto-eficácia, à busca por aquisição de parâmetros que levam a uma vida com melhor qualidade.

O fato de parte dos entrevistados declarar ter recebido prescrição de óculos para longe, óculos para perto, recursos não-ópticos e medicamentos (Tabela 9), indica acesso aos cuidados oftalmológicos necessários. Há de se ressaltar que os deficientes visuais necessitam não só do processo educacional e de reabilitação, mas também de atenção médica adequada às suas necessidades específicas para poder aproveitar ao máximo seu potencial.

Os dados objetivos analisados entrelaçam-se com dados referentes aos domínios das AVD. Os domínios analisados (higiene e cuidado pessoal, vestuário, alimentação, atividades domésticas e sociais, assim como as escolares) foram estudados em relação aos fatores específicos: auto-eficácia, gradação da capacidade, dificuldade percebida e conduta, sob a perspectiva de percepções de estudantes deficientes visuais.

Os resultados (Tabelas 10 a 13) mostraram que a percepção da auto-eficácia e a conduta no domínio higiene e cuidados pessoais corresponderam ao esperado e revelaram alta freqüência de respostas de auto-eficácia, por se tratarem de tarefas simples que atendem às necessidades mais primárias do ser humano (MASLOW, 1970), e que constituem o início da auto-suficiência e independência pessoal. Assim, a tarefa de tomar banho, lavar a cabeça (98,2%), pentear o cabelo e reconhecer a escova de dente foram as atividades com maior gradação de auto-eficácia, percebidas como de fácil realização, pois são geralmente aprendidas na infância. Outras, no entanto, como cortar unhas (66,1%), depilar pernas e fazer a barba (78,9%) foram as atividades com menor auto-eficácia declarada, pois são tarefas mais complexas que exigem metria, preensão, coordenação motora e esquema corporal para seu desempenho, e oferecem riscos ao usuário, além de terem resultados visíveis para outras pessoas quando mal realizadas, podendo expor o indivíduo à crítica social.

Os estudantes declararam percepção de auto-eficácia no domínio higiene e cuidado pessoal, e realizar tais atividades no cotidiano (Tabelas 10 e 13). Quanto às atividades de higiene exclusivas do sexo feminino — passar batom e higiene no período

menstrual — a maior parte declarou possuir auto-eficácia, dados que sugerem atitudes de independência nesse aspecto. A deficiência visual foi a dificuldade declarada na maior parte das atividades, seguida de outras limitações, e, em menor freqüência, a associação da deficiência visual a outras dificuldades. Outras barreiras podem ser conseqüência da falta de aprendizagem, hábitos e atitudes não adquiridos, limitação da família em solicitar a ação, entre outras.

A experiência mostra que a atividade de colocar pasta na escova dental, de maneira geral, é considerada difícil de ser realizada por pessoas com cegueira ou com baixa visão. Para realizar convencionalmente esta atividade, é necessário perceber e posicionar as cerdas da escova de dente entre o dedo indicador e o polegar, colocar a pasta dental em posição horizontal nas cerdas da escova e apertar o tubo em quantidade suficiente para não esparramar para fora da escova de dentes. Recursos como contraste entre a pia, a escova e a pasta de dente, a quantidade e tipo de iluminação, tipos de escova de dente com detalhes táteis ou de cores específicos de fácil reconhecimento facilitam o desempenho dessa atividade. Entretanto, os dados obtidos neste estudo indicam auto-eficácia dos estudantes na atividade de colocar pasta na escova.

Em relação ao vestuário, os estudantes declararam auto-eficácia na maior parte das atividades pesquisadas (Tabelas 14 a 17). Tarefas como passar e lavar roupas e discriminar roupa suja e limpa foram as atividades com menor grau de auto-eficácia por serem atividades que requerem o uso da visão para serem realizadas. Pegar sapatos adequados para calçar foi a atividade com maior freqüência de respostas afirmativas (99,1%), coincidindo com a percepção da maior parte dos entrevistados, como uma tarefa fácil de ser realizada. Apesar de ser uma atividade que requer, a princípio, o uso da visão para seu desempenho eficiente, outros recursos podem ser utilizados na organização de sapatos, tais como detalhes de modelos, cores, entre outros, favorecendo a percepção de auto-eficácia e a sua prática.

Colocar relógio, brinco, pulseira e escolher e pegar roupas também foram reconhecidas como tarefas nas quais os indivíduos da amostra se perceberam com maior auto-eficácia, por serem fáceis de execução e constituírem um elemento de auto-afirmação pessoal (Tabelas 14 a 17). O interesse de adequar-se à moda é característica própria de

pessoas que participam de atividades sociais, indicando cuidado com a aparência e busca pela inclusão social. A maior parte da amostra declarou que a falta de visão era responsável pela dificuldade de se perceberem com auto-eficácia no domínio vestuário. O fato de viverem com a família sugere que os familiares ajudam ou fazem as atividades por eles, o que limita a oportunidade de praticarem e aprenderem. LOWER (2003) aponta que a visão foi praticamente eliminada como causa de dificuldade de realizar atividades cotidianas, após cirurgia de catarata, e um maior número de indivíduos referiram ter dificuldades em outras tarefas.

Portanto, é possível deduzir que as barreiras na aquisição de aprendizagem, a falta de experiências pessoais, de experiências vicárias, a falta de condições físicas ou ambientais, de persuasão verbal limitam a percepção de auto-eficácia (BANDURA, 1986). Assim, familiares de indivíduos com deficiência visual necessitam de orientações e esclarecimentos para favorecer a auto-eficácia de seus filhos, tendo em vista o desenvolvimento global dos mesmos.

Em relação à alimentação (Tabelas 18 a 21), observou-se percepção de auto-eficácia na maior parte dos sujeitos (mais que 50%), porém com menor freqüência do que as encontradas nas demais atividades. Percebe-se menor grau de auto-eficácia para cozinhar, fazer café e comer em restaurante (abaixo de 70,6%) e, de maneira geral, atividades de alimentação envolvem riscos de segurança, pois há possibilidade de as pessoas se machucarem (cortes, pequenos ferimentos, queimaduras) e ocasionar perigos reais para si, para os familiares e outros indivíduos. Essa possibilidade de risco, em particular, poderá trazer insegurança, medo de realizar as tarefas, sentimento de incompetência, e criar no deficiente visual a descrença em sua capacidade e, por parte dos familiares, protecionismo exacerbado, sentimento de impotência e sobrecarga de trabalho, o que leva, muitas vezes, a um sentimento de frustração.

A deficiência visual foi declarada como maior dificuldade para realizar as atividades de servir comida, acender o fogão a gás, encher um copo de líquido sem derramar e localizar a comida no prato. Observa-se também que há coerência entre as atividades citadas e as dificuldades acarretadas pela deficiência visual. Acender o fogão a gás é uma atividade que pode acarretar dificuldade por não enxergar ou enxergar pouco

(risco de segurança). Encher o copo de líquido é uma atividade que precisa ser aprendida e, em geral, traz dificuldades, principalmente se é realizada sem colocar o dedo dentro do copo, o que é adequado. Para isso, é preciso usar a percepções de temperatura, peso, som ou cinestésica. Como nos demais domínios citados, outras dificuldades são destacadas como razão de não se sentirem capazes de realizar as atividades (falta de aprendizagem, de recursos, de ambientes adequados).

A falta de oportunidade para fazer as AVD, em função da dinâmica familiar e de problemas pessoais, limita a ação e causa dependência. O aspecto emocional pode interferir na percepção da própria capacidade para realizar essas tarefas, pois a falta de conhecimento, de familiaridade e pouca convivência em lugares estranhos, com pessoas desconhecidas acarreta sentimento de insegurança, pelo fato de o deficiente visual não ter aprendido a agir e atuar nestas circunstâncias.

Tarefas relacionadas à aparência pessoal e alimentação estão incluídas em questionário, usado para determinar necessidades de reabilitação de indivíduos com deficiência visual, e são apontadas como tarefas que causam problemas na sua realização (HASSEL, 2000). Considerando a teoria das necessidades de MASLOW (1970), localizar a comida no prato e encher um copo de líquido para beber pertencem à classe das necessidades de alimentação, uma necessidade fisiológica indispensável para a sobrevivência do homem, e que precisa ser satisfeita para propiciar as demais necessidades.

A deficiência visual reduz a habilidade para realizar com facilidade as atividades diárias, causando limitações e dificuldades que aumentam conforme o grau de perda visual (STELMACK et al, 2002). Cozinhar requer habilidades específicas e envolve detalhes, o que a torna uma tarefa complexa. Assim também, comer em restaurante é uma tarefa que é dificultada em grande parte pelo serviço oferecido nos restaurantes e, possivelmente, por ser uma atividade social em que participam diferentes pessoas e onde são expostas as diferenças individuais.

Nas atividades domésticas e sociais (Tabelas 22,23,24,25), observou-se percepção de auto-eficácia em relação à maior parte das atividades. Arrumar cama, usar o telefone e aparelhos eletrônicos, passar pano no chão, varrer casa, reconhecer e usar o

dinheiro em papel foram as atividades que os respondentes mais declararam auto-eficácia; menor auto-eficácia foi declarado em atividades como usar caixa eletrônico, preencher cheque, colocar a linha na agulha, pregar botão, reconhecer dinheiro em moeda e fazer compras.

Apesar de os estudantes declararem que o grau de auto-eficácia percebida foi maior (fácil) para as tarefas no domínio atividades domésticas e sociais (Tabelas 23 e 24), como arrumar cama, usar o telefone e aparelhos elétricos, principalmente aparelhos de som, os escores atingidos foram menores do que os outros domínios estudados. Essa percepção decorre, possivelmente, de experiências pessoais, de perceberem a ação de outras pessoas, das tarefas possibilitarem o uso de outros sentidos, além da visão, na prática das atividades, meios que favorecem a percepção de auto-eficácia. Porém, são atividades que, de modo geral, requerem técnicas específicas na prática de pessoas com deficiência visual e envolvem riscos de segurança.

Colocar linha na agulha e pregar botão, por exemplo, são atividades que requerem para sua realização o uso de técnicas e recursos específicos, conforme o grau da perda visual. Para enfiar a linha na agulha, pode-se usar agulha com uma fissura em cima do lugar de enfiar a linha, ou usar aparelho manual. Para pregar botão é necessário precisão para localizar a linha em cima de um dos furos do botão. Enfim são atividades que precisam ser aprendidas. Entretanto, observa-se que enfiar linha na agulha, costurar, pregar botão não são tarefas realizadas normalmente por adolescentes e mesmo adultos que têm visão normal. Essas tarefas não precisam ser aprendidas ou praticadas por aqueles que não têm interesse e isso inclui as pessoas com deficiência visual.

As atividades de preencher cheque e usar caixa eletrônico foram percebidas como difíceis pela maior parte dos respondentes e declarado grau baixo de auto-eficácia, e não são realizadas rotineiramente. A experiência mostra que pessoas com baixa visão e cegueira têm dificuldades e algumas não conseguem realizar estas atividades. Muitas usam para preencher cheque um molde vazado do desenho do cheque, facilitando seu preenchimento. Grande parte dos respondentes considerou a visão como causa de dificuldade na realização dessas atividades. Observa-se ainda que outra dificuldade comumente encontrada é o não domínio da técnica de escrita cursiva, que impede o

preenchimento de cheques, assinaturas, avisos, etc. Há, pois, a necessidade de se favorecer ao deficiente visual acesso à escrita cursiva (Tabelas 22 a 25).

Apesar de a deficiência visual ser a maior causa de dificuldade percebida, outros obstáculos também foram declaradas em menor freqüência. Atividades domésticas e sociais fazem parte de uma gama de atividades cuja realização pode ser afetada pela perda visual, e que são incluídas em questionários que pesquisam qualidade de vida relacionada à visão; porém isto não significa que são necessariamente tarefas praticadas por todos adolescentes e adultos, mesmo aqueles que não apresentam deficiência visual. São tarefas que geralmente são praticadas somente quando surgem necessidades e requerem interesse para aprender (tabelas 22 a 25).

Os dados obtidos nesta pesquisa sugerem que há maior facilidade na realização de atividades simples, triviais, de autocuidado, por serem tarefas aprendidas, geralmente na própria casa, e implicam não só no uso da visão, como da percepção dos outros sentidos. Contudo, outras tarefas realizadas com menor freqüência eram atividades menos comuns no cotidiano da maioria dos entrevistados, tais como cozinhar, fazer café, passar roupa. Tais dados indicam que atividades que não constam do universo de interesse do indivíduo, talvez por terem quem as faça por eles, não são valorizadas quando comparadas com atividades ligadas diretamente à escola. A experiência de atuação com as AVD deixa explícita a importância de conscientização da população, preferencialmente familiares, professores e oftalmologistas, quanto às possibilidades de as pessoas com cegueira ou baixa visão obterem independência nas AVD.

WOLFFE e SACKS (1997), comparando estilos de vidas de jovens com ou sem deficiência visual, apontaram mais semelhanças do que diferenças entre eles, em relação ao uso de dinheiro, organização do tempo e habilidades de gerenciamento pessoal. Entretanto, encontraram diferenças nos serviços domésticos, compra de mantimentos, limpeza, cozinhar e responsabilidades gerais com a casa, na medida em que aumenta o grau de perda visual. Evidenciaram que os estudantes com baixa visão apresentaram menor responsabilidade que os com cegueira nas atividades de cozinhar, apesar de usarem microondas, preparar lanches, cuidar do jardim e fazer pequenos consertos em roupas.

Estudos realizados por KARA-JOSÉ Jr. et al. (1996) destacaram que as atividades de assistir televisão, reconhecer pessoas e trabalhos manuais deixaram de praticadas no cotidiano, em razão de prejuízos sócio-econômicos e de qualidade de vida causados pela diminuição da visão em pacientes com catarata.

Pode-se apontar ainda que algumas atividades não são realizadas por questões culturais. Os resultados encontrados corroboram mais uma vez que a deficiência visual reduz a habilidade para realizar com facilidade as atividades diárias, causando limitações e dificuldades que aumentam conforme o grau de perda visual e a idade (STELMACK et al, 2002; AVAKIAN et al., 2005).

Em relação às atividades escolares (Tabelas 26 a 29), a maioria dos estudantes declarou ter auto-eficácia em todas as atividades pesquisadas, ou seja, acreditavam-se capazes de freqüentar a escola e obter sucesso. Menor proporção foi declarada em usar o computador e internet. Questões sociais, culturais e econômicas podem ser a causa das dificuldades encontradas por 55,4% dos sujeitos para se perceberem capazes de usar o computador e internet (Tabela 28).

O relacionamento interpessoal com professores e colegas, a capacidade de organizar material escolar, fazer deveres escolares (na escola ou na própria casa), participar de atividades, localizar e usar diferentes ambientes da escola são aspectos que pressupõem a interação de cada estudante com outras pessoas, importantes para a percepção de boa qualidade de vida (Tabelas 26 a 29). As dificuldades encontradas nesse domínio estão relacionadas a localizar sala de aula, banheiro, biblioteca (11,0%) e ir à escola sozinho (18,3%), que não são propriamente atividades escolares, mas sim atividades ligadas à independência em orientação e mobilidade, pois implicam na habilidade de ir e vir desacompanhados. Tal situação poderá limitar a percepção de auto-eficácia, o que pode restringir a realização de atividades de rotina, e resultar em percepção de dependência que pode refletir, negativamente, na percepção de qualidade de vida.

Alunos que têm sucesso na escola têm maior auto-eficácia e estão mais preparados para enfrentar desafios. Entretanto, alunos que não aprendem tão rápido e têm fracassos crônicos apresentam maior dificuldade em enfrentar os desafios futuros de uma

inclusão efetiva na sociedade. Esses estudantes precisam aprender a enfrentar as dificuldades encontradas, mas a escola não está sabendo lidar com esse tipo de aluno (BANDURA, 1986). BZUNECK (2001) por sua vez, mostra que a escola não os ajuda a recuperar ou manter a crença em suas capacidades. A escola deveria exercer dupla função, ou seja, desenvolver as competências (fornecer conhecimentos), como também desenvolver nos estudantes a percepção de capacidade em tais competências, conferindo-lhes motivação para aprender e ter êxito.

A deficiência visual pode acentuar as dificuldades para o sucesso na escola, tanto nos aspectos cognitivos quanto nos sociais. Muitas vezes, a escola não reúne condições satisfatórias para trabalhar com alunos deficientes visuais, proporcionando-lhes experiências negativas e, com isso, reforçam sentimentos de ineficácia e não os ajudam a recuperar ou manter a crença em suas aptidões em meio às dificuldades.

Diversos estudos fornecem subsídios e propostas para a melhora da percepção de auto-eficácia específicos às atividades escolares (BANDURA, 1986; SCHUNK, 1991; PAJARES, 1996; ZIMMERMAN, 2000), entre elas, a motivação de alunos para que tenham melhor desempenho (ZIMMERMAN et al., 1992; BZUNECK, 2004). Nesta perspectiva, os autores reforçam a necessidade de se trabalhar com diferenças individuais, motivando o aluno na busca de sua própria auto-eficácia, que lhe confere força motivacional para a aprendizagem.

Quando solicitados a responder se havia alguma atividade não citada no questionário em que sentiam dificuldade, ou que não realizavam por causa da visão, alguns citaram atividades gerais, não necessariamente pertinentes às AVD (Tabela 30). Muitas delas eram atividades escolares, como leitura e escrita, localizar o professor na sala de aula, enxergar a lousa, o que evidenciou preocupação com a escola. Outras estavam relacionadas ao meio social, tais como trabalhar, dirigir, tocar instrumentos, andar de bicicleta, pegar táxi, fazer tricô, ler embalagens, cuidar de hortas, entre outras. Essas respostas sugerem interesse dos participantes pelos fatos que acontecem no entorno, pela crença na própria capacidade de fazer atividades diferentes das que já realizam, mesmo que ainda não as façam ou não possam mais realizá-las. Os interesses manifestados também podem ser provenientes de um processo de luto pela perda ou limitação visual e traz, como

conseqüência, sentimentos de ambivalência, revolta, ansiedade, angústia, negação da doença e esperança de cura (MONTILHA et al., 2000).

A convicção de auto-eficácia apóia-se na persistência da ação, mesmo diante do fracasso no desempenho, transferindo essa motivação para outras tarefas do mesmo contexto (BANDURA, 1993; GOUVÊA, 2003). Concordando com BANDURA (1993), GOUVÊA (2003) afirma que o conceito de auto-eficácia envolve mais que convicções de esforço na determinação do desempenho, engloba também julgamento de conhecimento, habilidade, estratégia e administração da tensão, fatores que interferem na auto-eficácia.

A aprendizagem das AVD, juntamente com a orientação e mobilidade e a comunicação são recomendadas pela literatura como sendo atividades básicas de reabilitação e são oferecidas em instituições à população com deficiência visual. (HELLEN KELLER INTERNATIONAL, 1988; MCBROOM, et al.1998; MONTILHA et al., 2001; VICENTE MOSQUETT e MARTÍN ANDRADE, 2002). Há mais dificuldades na aquisição de habilidades nas AVD para crianças e adolescentes com dificuldade visual mais grave (JOHNSTON, 2002).

As fontes mais citadas como influentes na capacitação dos estudantes foram, por ordem de citação, o próprio indivíduo, os pais e em uma freqüência menor, profissionais de instituições de reabilitação, seguidos por professores especializados ou por professores da classe regular. Apenas 70,6% dos estudantes mencionaram ter freqüentado ou estar freqüentando serviço de reabilitação (Tabela 5), porém, uma freqüência acentuadamente menor considerou as orientações recebidas ou "treinamento" como fonte mais importante de seu preparo nas AVD (Tabela 31). Apesar de 66,1% declararem ter aprendido as AVD por si próprios, o fato de terem feito processos de reabilitação sugere que não aprenderam a fazer as AVD durante o processo, ou a aprendizagem não aconteceu, ou, ainda, que foram propiciados instrumentos que se estenderam a outras atividades, levando-os a concluir que aprenderam a fazer por eles mesmos, o que pode ser considerado positivo em relação à percepção de auto-eficácia e à conduta diária.

Nesse sentido, os resultados evidenciam e confirmam que conceitos e habilidades adquiridos no processo de reabilitação reforçam a percepção do indivíduo de sua capacidade de executar diversas atividades, não só aquelas trabalhadas em programas

de reabilitação. Evidenciam ainda que a auto-eficácia é uma percepção essencial na ação dos indivíduos, favorecendo a independência e autonomia. Nesse sentido, a reabilitação necessita favorecer a aquisição da auto-eficácia aos indivíduos com deficiência visual, visando abrir caminhos para que conquistem novos fronteiras, em uma sociedade inclusiva. Os familiares também podem aprender a favorecer a auto-eficácia e a aquisição de conhecimentos relacionados às AVD, na prática do cotidiano.

Os resultados, mais uma vez, sugerem que as AVD são pouco ou nada trabalhadas nas escolas, o que pode ocasionar lacunas na aprendizagem e na vida pessoal, uma vez que os familiares podem apresentar dificuldades de ensinar estas atividades. Sugerem também ligação entre auto-eficácia, qualidade de vida e AVD, pois o fato de o indivíduo acreditar que pode fazer a atividade sozinho pode levá-lo a ser auto-suficiente, e isto é um dos elementos responsáveis por melhoria de condições de vida (Tabelas 32, 33).

HASSELL et al. (2000) argumenta que como a deficiência visual tem impacto no funcionamento e na independência do indivíduo, para avaliar suas habilidades de participar na sociedade não é suficiente medir suas incapacidades; é necessário compreender o impacto da deficiência visual na vida do indivíduo para avaliar o interesse social, emocional, doméstico e a mobilidade no próprio ambiente.

A maioria dos estudantes declarou auto-eficácia no relacionamento interpessoal e na solução de problemas (Tabela 32). Contar com a ajuda de professores, colegas, arrumar jeito para conseguir o que quer, resolver problemas são fatores que cooperam no processo da escolaridade e na vida pessoal e social. Esses aspectos estão diretamente relacionados à qualidade de vida do indivíduo, pois se inserem dentro de domínio psicológico, relações sociais e nível de independência (OMS, 1998).

A forma como o indivíduo percebe a sua capacidade de interagir com o mundo, seja no aspecto físico, mental ou social, vai determinar sua qualidade de vida. Os resultados indicaram que a maioria dos entrevistados acredita que é capaz de realizar as AVD (Tabela 33). Admite-se que o nível de crença determina o nível de motivação, o esforço aplicado em determinada tarefa, e quanto tempo o indivíduo persistirá naquele objetivo, mesmo diante dos obstáculos (TAYLOR et al., 2004; BANDURA, 1989).

A grande parte dos estudantes (91,7%) declarou ter crença religiosa (Tabela 34), um dos domínios de qualidade de vida, e afirmam que a religião ajuda muito a enfrentar os problemas, pois contribui para uma maior sensação de bem-estar e confiança na vida. A crença religiosa ajuda as pessoas a lidar e conviver com problemas e a aceitá-los. A fé na intercessão e na ajuda divina reforça as percepções positivas de auto-eficácia e ajudam a atingir os objetivos da vida (BOENER e CIMAROLLI, 2005). Entretanto, os dados sugerem ambivalência de alguns dos entrevistados que afirmam ter crença, mas declararam que a crença pouco ou nada ajuda a melhorar as condições de vida. Percebe-se que, na inércia, desejam o "milagre" na resolução dos problemas.

Dificuldades em realizar as AVD, participar de atividades sociais, incluindo as religiosas são apontadas como atividades que restringem as ações de pessoas com deficiência visual, mesmo nos casos de perda visual leve (TAYLOR, 2003)

A literatura indica que a percepção de baixa acuidade visual está relacionada com a percepção de baixa qualidade de vida (ARMBRECHT et al., 2004), o que sugere baixa auto-eficácia. A imagem do próprio corpo, orientação e mobilidade, linguagem, identidade sexual, brincadeiras, jogos, interação com os pares, aceitação da deficiência, entre outras coisas, são aspectos que nem sempre são apreendidos naturalmente, e a aquisição desse tipo de conhecimento é básico para o desempenho das AVD, e evidencia a necessidade de que isso ocorra desde a infância (FORTALEZA e MARTI, 2002; FLAVEL et al., 2002).

A satisfação referente à própria capacidade para realizar as AVD, declarada pelos entrevistados, evidenciou que a maioria se considerava "muito satisfeito" ou "mais ou menos satisfeito". Aqueles que se declararam pouco ou nada satisfeitos (n=26) citaram com maior freqüência: querer aprender mais (38,5%) e querer ser mais independente (23,1%). Tais dados podem refletir uma postura positiva de pessoas com deficiência de não-acomodação, apesar de suas limitações. Pelo contrário, na medida do possível, buscam tornar-se auto-suficientes para o enfrentamento das adversidades, assumindo sua posição na comunidade — quer como indivíduo, quer como ser social (Tabela 35).

Os dados coletados na pesquisa comprovam a associação entre auto-eficácia, gradação de eficácia e desempenho realizado (Tabela 36), aspectos que têm ligação estreita com motivação, que é importante, principalmente para os deficientes visuais, pois estes precisam de muita determinação para poder superar os obstáculos que a limitação visual impõe (FELTZ e LANDERS, 1983; BANDURA, 1986; BANDURA, 1989) (Tabela 36). Um dos grandes problemas para os profissionais que atuam com reabilitação é trabalhar com pessoas que têm pouca ou nenhuma motivação (DOODS, 1989; 1991).

Verificaram-se diferenças significativas entre os grupos com menos de 20 anos e grupos de 20 anos ou mais, no domínio da higiene e cuidado pessoal, em relação à percepção de auto-eficácia, gradação de auto-eficácia e conduta (Tabela 37). Os resultados sugerem que a idade determina ações na vida do indivíduo e também a percepção de capacidade. Indivíduos mais novos não fazem barba e alguns, geralmente os deficientes visuais, não cortam as unhas com independência. Medo e insegurança podem ocasionar dependência de familiares. Por sua vez, essa dependência também pode gerar tais sentimentos. No domínio da alimentação, observou-se diferença significativa entre os dois grupos em relação à auto-eficácia. Tais atividades constam em questionários que avaliam pessoas com deficiência visual em restrições nas AVD (HINDS et al., 2003; STELMACK et al., 2002).

A experiência em reabilitação mostra que a depilação, fazer barba, cortar unhas, de modo geral, são difíceis de serem realizadas. Resultados obtidos sugerem necessidade de reabilitação assim que diagnosticada a deficiência visual. Quanto mais cedo o atendimento, melhores as condições de pessoas com deficiência visual se incluírem no meio social.

Na análise de correlação entre os fatores pesquisados, tanto no grupo que se considerava não enxergar e no que declarara enxergar pouco (Tabela 38), os domínios alimentação e atividades domésticas e sociais foram os que apresentaram diferença significativa. Observa-se que, nas atividades domésticas, a visão de perto é mais utilizada, o que sugere menor percepção de auto-eficácia e de condutas no cotidiano. Resultados semelhantes em relação à dificuldade do uso da visão de perto foram encontrados (LAMOUREUX et al., 2004; PSEUDOVS et al., 2003; NELSON et al., 1999).

Entre o grupo que se declarou pouco ou nada satisfeito e o que declarou satisfeito ou muito satisfeito houve diferença significativa no domínio vestuário e alimentação, em relação à auto-eficácia, gradação de capacidade e conduta. Nos demais escores não houve diferença significativa entre os menos satisfeitos e os mais satisfeitos (Tabela 39). Os resultados obtidos sugerem bem-estar e boa qualidade de vida, pois os estudantes mais satisfeitos declaram maior auto-eficácia e melhor desempenho em dois grupos importantes de AVD, que afetam diretamente o seu cotidiano.

Verificam-se diferenças significativas entre o grupo que se declarou independente e o dependente, evidenciando diferenças significativas em todos os domínios (Tabela 40). Os resultados sugerem que atividades que implicam aquisição de conhecimentos, habilidades, além de risco de segurança e a concordância da família na realização das AVD limitam, de modo geral, a percepção de auto-eficácia e a prática diária, conseqüentemente, grande parte da amostra declarou-se dependente. Por outro lado, é provável que parte da amostra havia realizado reabilitação na infância (ou habilitação), em função da média de idade dos estudantes, o que pode justificar percepção de dependência, uma vez que o processo de habilitação ou reabilitação na infância é limitado a esse período de vida, não atendendo algumas das necessidades de outras faixas etárias. A independência nestas atividades está relacionada à autonomia, que permite a escolha de fazer ou não uma ação.

Os resultados permitem questionar sobre os serviços de reabilitação oferecidos à população em relação à qualidade, atendimento e divulgação dos atendimentos prestados. Um outro aspecto a ser considerado é a interferência da família na manutenção do aprendido na reabilitação. A experiência mostra que para muitas crianças, adolescentes e adultos que passaram por atendimento reabilitatório, suas aprendizagens não foram contempladas no espaço familiar, cerceando a prática das AVD e não agregando esses valores às suas vidas. Isso pode ser decorrente da falta de orientação e preparo dos pais, como já apontado.

Dos 42 estudantes que freqüentavam o ensino fundamental, 63,7% já tinham feito ou estavam fazendo reabilitação; 35 respondentes que cursavam o ensino médio e apenas 22,9 não tinham feito reabilitação, e a maioria não enxergava (Tabelas 41 e 42).

Observou-se correlação significativa entre reabilitação e escolaridade, ou seja, os estudantes com maior escolaridade (ensino médio e superior) já fizeram ou estão fazendo reabilitação (Tabela 42). Os resultados sugerem que a reabilitação influencia o nível de escolaridade, uma vez que o processo reabilitacional facilita a percepção de capacidade e promove ampliação de objetivos e estratégias no cotidiano de cada indivíduo, tendo em vista melhor qualidade de vida. Tais dados indicam que quem tem maior escolaridade é mais velho e teve mais oportunidades de educação.

Cabe ressaltar que, na escola, o professor especializado é de fundamental importância no auxílio de atividades escolares e na inclusão, uma vez que, ainda, muitos professores da rede regular não apresentam conhecimentos suficientes quanto à saúde ocular (CARVALHO et al., 2002; GASPARETTO et al., 2004).

A experiência mostra que o processo de escolaridade de pessoas com cegueira acontece com maior facilidade do que para pessoas com baixa visão, possivelmente porque o indivíduo com cegueira seja identificado e receba atenção individualizada de uma maneira mais constante e muitas vezes imediata, diferente do indivíduo com baixa visão, cuja deficiência pode ser ignorada por ele mesmo, pela família e pelos professores, por um período mais longo, atrasando o diagnóstico da deficiência e os procedimentos necessários para a sua reabilitação. O indivíduo cego congênito também é geralmente encaminhado mais precocemente para a reabilitação ou, de maneira geral, no caso de cegueira adquirida, imediatamente após a instalação do quadro. Aprende braille e tem acesso a materiais já disponíveis preparados especialmente para essa população, apesar de sua escassez.

Para indivíduos com baixa visão, os auxílios ópticos são de alto custo e o material educacional próprio precisa ser adaptado, em geral é específico a cada estudante, além de ser necessário o treinamento de professores que possam identificá-los e ensiná-los. Estratégias específicas para baixa visão na realização de AVD diminuem dificuldades na sua realização e refletem benefícios para os indivíduos. Mudanças significativas nas habilidades de pessoas com deficiência visual podem ser observadas após a reabilitação, favorecidas pela correção de erros refrativos, treinamento da visão excêntrica, prescrição de lentes especificas. As orientações podem melhorar a habilidade visual e a qualidade de vida (MANGIONE et al., 2001).

No estudo realizado por STELMACK et al. (2002), as tarefas declaradas com menor dificuldade após o processo de reabilitação foram: ler palavras de tamanho usual em jornal, sair para assistir filme, jogar ou fazer esportes, ler letras pequenas em lista telefônica, em bulas de remédios e contas a pagar.

Neste estudo, as atividades incluídas em cada domínio analisado são muitas, e refletem aspectos específicos de percepções e condutas diárias declaradas pelos sujeitos. A percepção de ser ou não independente nas AVD pode, entre tantos outros aspectos, levar a novas iniciativas e participação dos indivíduos na sociedade. O processo de reabilitação pode ser responsável por parte dessa percepção. Por meio dos dados obtidos pode-se supor que os que se declararam cegos têm mais motivação e necessidade para procurar por reabilitação do que os com baixa visão, pela própria percepção de incapacidade visual. A baixa visão, quando não acentuada, não dificulta o desempenho das AVD e a reabilitação muitas vezes não é necessária, bastando prescrição de recursos ópticos e não-ópticos (Tabela 43).

MANGIONE et al. (2001) apontam que muitas pessoas, com perda visual, reversível ou não, declaram problemas psicológicos em conseqüência de problemas visuais, tais como: preocupação, ansiedade ou depressão. A realização das AVD é fundamental na independência funcional e na qualidade de vida do indivíduo (LAMOUREUX et al., 2004), em função das repercussões do "fazer" na auto-estima, na auto-eficácia, na confiança e na credibilidade de familiares e outras pessoas do relacionamento social.

Verificou-se que a idade (menor que 20 anos, igual ou maior que 20 anos) influencia percepções de independência e de auto-eficácia, pois quanto mais jovem o indivíduo, maior a sua dificuldade para acreditar conseguir o que quer, maior necessidade de contar com a ajuda da família e maior dificuldade de acreditar poder namorar. Observa-se que quanto mais jovem, maior é o grau de proteção pela família, colegas e até professores. Em conseqüência, aumenta a dependência do deficiente visual (Tabela 44). Os estudantes que já haviam feito reabilitação ou estavam em processo julgaram-se capazes de agir sozinhos, em oposição aos que não haviam feito a reabilitação (Tabela 45). O julgamento pessoal está diretamente relacionado à percepção de auto-eficácia e de qualidade de vida.

Na reabilitação, a motivação para o sucesso precisa estar sempre em vista, além de favorecer a percepção de auto-eficácia, pois alguns indivíduos não são capazes, por si só, de acreditar na própria capacidade. A reabilitação promove a adaptação do indivíduo ao seu ambiente, e reforça percepções de capacidade para executar diversas atividades com independência e autonomia, pois fornece a ele ferramentas para tal. Com isso, há melhora da percepção de auto-eficácia e da auto-estima, promovendo a inclusão do deficiente visual na família, na escola e no trabalho.

Sabendo que o funcionamento do homem pode ser explicado em termos da interação contínua entre comportamento, fatores pessoais e ambientais, por meio da auto-avaliação do próprio comportamento, o indivíduo constrói sua auto-imagem e auto-estima. Quando as experiências que realiza têm sucesso, ele passa a acreditar em si mesmo, no seu poder de controlar situações novas, mesmo aquelas que lhe pareciam ameaçadoras.

A realização das AVD é um aspecto diretamente ligado à qualidade de vida, pois sua prática está relacionada ao domínio físico, relações pessoais, aspectos sociais, nível de independência, entre outros (OMS, 1998). Como a prática das AVD resulta em retorno imediato das impressões de seu desempenho, quando o indivíduo deixa de realizá-las, em função da perda total ou parcial da visão, há conseqüente perda na percepção de qualidade de vida. Há estreita relação entre acreditar na própria capacidade, competência de realizar tarefas, satisfação em executá-las e percepção de melhor qualidade de vida.

Considera-se, portanto, que a percepção de auto-eficácia nas AVD, assim como sua prática, são importantes para que o indivíduo interaja com sucesso no meio que o cerca. Nem sempre um bom grau de visão pode ser o elemento definidor de realização das AVD. Com independência e autonomia, a auto-eficácia, a motivação para a aprendizagem, o ambiente, a reabilitação e a inclusão social podem ter maior influência na participação do indivíduo no cotidiano.

O estudo realizado fornece informações que permitem subsidiar políticas de saúde que visam promover melhor qualidade de vida e auto-eficácia de pessoas deficientes visuais. Entretanto, novos estudos relacionados às doenças oftalmológicas, detalhamento de maneiras de realizar as atividades e maior gradação na escala de auto-eficácia poderão desvendar conhecimentos frente à problemática da deficiência visual.

6- CONCLUSÕES

- A distribuição amostral apresentou equilíbrio entre os sexos, predomínio do grupo de idade igual ou maior de 20 anos, de solteiros e residindo com os pais na cidade de Campinas. A maior proporção concentrou-se no ensino fundamental de escolas de Campinas e haviam se submetido a processo de reabilitação total ou parcial.

- Os estudantes declararam deter conhecimentos sobre a própria deficiência visual — causa, grau de deficiência e idade do aparecimento.

- Declararam-se preocupados com a deficiência visual no sentido de piorar ou perder a visão. A maioria buscou assistência oftalmológica nos últimos seis meses, tendo recebido prescrição de auxílios ópticos e não ópticos.

- Em relação à aprendizagem das AVD, mesmo os que relataram ter participado de processos de reabilitação declararam ter aprendido as AVD, principalmente, por si mesmos.

- A percepção de auto-eficácia em relação às AVD mostrou-se preponderante nos domínios de higiene e cuidado pessoal, vestuário, alimentação, atividades domésticas e sociais e as escolares. Na percepção dos entrevistados, a deficiência visual não foi a principal dificuldade percebida para a realização de algumas das AVD estudadas.

- Evidenciaram-se diferenças significativas em todos os domínios estudados entre os que se consideraram independentes ou dependentes.

- Percepções de auto-eficácia e conduta foram relacionadas a: idade, grau de capacidade visual declarada, independência e satisfação com a própria capacidade.

- A percepção positiva de auto-eficácia e a prática nas AVD sugerem possibilidades de bom nível de qualidade de vida.

- A reabilitação favoreceu a percepção de auto-eficácia e a prática das AVD.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Dar subsídios às Secretarias de Educação e Saúde, visando mais oportunidades para que o deficiente visual seja incentivado na independência nas AVD.

- Implementar projetos e ações que visem a capacitação de professores e demais profissionais da área da deficiência visual, a fim de facilitar sua atuação e auto-eficácia na promoção de melhor qualidade de vida e inclusão social de pessoas com esta deficiência.

- Realizar novos estudos sobre auto-eficácia com população de outras faixas etárias (desde a infância até idosos), com estudo de outras AVD que contemplem o universo de pessoas com deficiência.

- Promover maior conscientização da população na compreensão da problemática das pessoas com deficiência visual, em relação à acessibilidade aos ambientes, ao desenvolvimento de suas potencialidades e prática das AVD.

8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M.R.A.; KARA-JOSÉ, N. **O olho e a visão**: o que fazer pela saúde ocular. São Paulo: Vozes, 1996. 151p.

ARMBRECHT, A.M; ASPINALL, P.A.; DHILLON, B. A prospective study of visual function and quality of life following PDT in patients with wet age related macular degeneration. **British Journal of Ophthalmology**, 88:1270-3, 2004

ARRUDA, S.M.C.P. Atividades da vida diária: intervenção no processo de formação na pessoa com deficiência visual. In: QUEVEDO, A.A.F; OLIVEIRA, J. R; MANTOAN, M. T. E. **Mobilidade e comunicação:** desafios à tecnologia e inclusão social. Campinas: Edição do Autor, 1999. p. 133-140.

ARRUDA, S.M.C.P. **Desvelando a ação:** um estudo sobre as atividades da vida diária e a criança com cegueira. Campinas. [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2001.

ARRUDA, S.M.C.P. Disclosing the action: activities of daily living and the blind child. **Icevi World Conference**. 50th Anniversary. New Visions: Moving Toward an Inclusive Community. Leeuwenhorst Congress Centre. Noordwijkerhout. The Netherlands. Disponível em: http://www.icevi.org/publications/ICEVI-WC2002/papers/10-topic/10-arruda2.htm. 2002a. Acesso em 03 ag 2005.

ARRUDA, S.M.C.P. Home and school: facilitating the inclusion of visually impaired children. **Icevi World Conference**.50th Anniversary. New Visions: Moving Toward an Inclusive Community. Leeuwenhorst Congress Centre. Noordwijkerhout. The Netherlands. Disponível em: http://www.icevi.org/publications/ICEVI-WC2002/papers/10-topic/10-arruda1.htm. 2002b. Acesso em 09 mar 2004.

AVAKIAN, A.; TEMPORINI, E.R; KARA-JOSÉ, N. Second eye cataract surgery: perceptions of a population assisted at a university hospital. **Clinics,** 60(5): 401-6, 2005

BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de "survey"**. 3.ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005. 519 p.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84:194–215, 1977.

BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human agency. **American Psychologist,** 44: *37*, 122-47,1982.

BANDURA, A. Self-efficacy. In: BANDURA, A. **Social Foundations of thought and action**. A social cognitive theory. New Jersey: Preventice-Hall, 1986. p. 391-553.

BANDURA, A. Human agency in social cognitive theory. **American Psychologist,** 44 (9): 1175-84, 1989.

BANDURA, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. **Educational Psychologist**, 28: 117-48, 1993.

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company; 1997, p.604.

BANDURA, A. Guia para la construcción de escalas de autoeficacia. Universidade de Stanford. [serial on line]. 2001a. Disponível em: http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/effguide.Spanish. PDF. Acesso em 21 jan 2003.

BANDURA, A. Social cognitive theory**:** an agentic perspective. **Annual Reviews**, 52: 1-26, 2001b.

BARBOTTE, E.; GUILLEMIN, F.; CHAU, N. LORHANDICAP GROUP. Prevalence of impairments, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. **Bulletion of the World Health Organization,** 79(11): 1047-55, 2001.

BATISTA, C.; BORGES, M.R.; BRANDÃO, T.; MADER, G.; ALCÂNTARA, M.D.; SAMPAIO, D. et al. **Educação profissional e colocação no trabalho:** Uma nova proposta junto à pessoa portadora de deficiência. Um manual para profissionais e dirigentes. 2.ed. Brasília: Federação Nacional das APAEs. 1997. p.1-101.

BATISTA, C.G. Crianças com deficiência visual: como favorecer sua escolarização? **Temas em Psicologia**, 6 (3), 217-229, 1998.

BELFORT, R. **Avaliação da qualidade da visão e de vida de pacientes portadores de ametropias.** São Paulo, 2001. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo).

BOENER, K; CIMAROLLI, V.R. Optimizing rehabilitation for adults with visual impairment: attention to life goals and their links to well-being. **Clin Rehabil**, 19: 790-8, 2005.

BRANDÃO, S. Importância dos movimentos dos membros superiores. In: BRANDÃO, S. **Desenvolvimento psicomotor da mão**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1984. p.5-34.

BRASIL. Ministério de Educação do Desporto.Secretaria de Educação Especial. **Subsídios para organização e funcionamento de serviços para educação especial:** área de deficientes visuais. Brasília: MEC / SEESP. 1995. p. 58- 68, (Série diretrizes 8).

BRASIL. Lei 9.394, de 20 de dezembro de mil novecentos e 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, v. 134, n. 248, p. 27833-841, 23 dez. 1996.

BRASIL. Portaria Ministerial MPAS nº. 4.677 de 29 de junho de 1998. A empresa com cem ou mais empregados está obrigada a preencher de dois a cinco por cento dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoa portadora de deficiência, habilitadas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 jun. 1998.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 dez. 1999.

BRASIL. Portaria Ministerial MTE nº 604 de 1/6/2000. Institui, no âmbito das Delegacias Regionais do Trabalho, os Núcleos de Promoção da Igualdade de Oportunidades e de Combate à Discriminação, encarregados de coordenar ações de combate à discriminação em matéria de emprego e profissão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jun. 2000.

BRASIL. Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos de promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Constituição Federal. Código Civil, Código de Processo Civil**. Org. Yussef Said Cahali. Revista dos Tribunais, São Paulo, 7 ed. rer. atual. e ampl, 2005.

BRUMER, A.; KATIUCI, P.; MOCELIN, D.G. Saindo da escuridão: perspectives da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual de Porto Alegre. **Sociologias,** 11: 300-27, 2004.

BRUNO, M.M. A deficiência visual: conceitos e definições. In: BRUNO, M.M. **Deficiência visual**: reflexão sobre a prática pedagógica. São Paulo: Laramara, 1997. p.7-13.

BUSS, P.M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciências & Saúde.** 5(1):63-177, 2000.

BZUNECK, J.A. As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J.A. (Org.) **A motivação do aluno**: contribuições da psicologia contemporânea. Petrópolis: Vozes, 2001. p.116-47.

BZUNECK, J.A. As crenças de auto-eficácia dos professores. In: SISTO. F. OLIVEIRA G.C.; FINI L.D.T. **Leituras de Psicologia para Formação de Professores.** Petrópolis: Vozes, 2004. p.117-34.

CARVALHO, K.M.M.; GASPARETTO, M.E.R.F; VENTURINI, N.H.B.; KARA-JOSÉ, N. **Visão Subnormal**: orientações ao professor do ensino regular. 2. ed., Campinas: Editora UNICAMP, 1994. p. 48.

CARVALHO, K.M.M; FREITAS, C.C.; KIMOLTO, E.M.; GASPARETTO, M.E.R.F. Avaliação e conduta em escolares portadores de visão subnormal atendidos em sala de recursos. **Arq Bras Oftalmol,** 65 (4): 445-9, 2002, July/Aug.

CONOVER, W.J. **Practical Nonparametric Statistics.** New York: John Wiley & Sons. 1971. 462p.

CRISTIANSEN, C.H.; SCHWARTZ, R.K.; BARNES, K.J. Cuidados pessoais: avaliação e controle. In: DELISA, J. et al. In: **Medicina de reabilitação**: princípios e práticas. São Paulo: Manole, 1992. p. 109-31. vol.1, cap 5.

CULHAM, L.E; RYAN, B.; JACKSON, A.J.; HILL, A.R.; JONES, C.M.; YOUNG, J.A. et al. Low vision services for vision rehabilitation in the United Kingdom. **British Journal of Ophthalmology**, 86: 743-747, 2002.

DEAN, A.G.; DEAN, J.A.; COULOMBIER, P.; BRENDEL, K.A.; SMITCH, D.C.; BURTON, A.H. et al. **Epi Info, version 6:** a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, Georgia, USA., 1994.

DELISA, J.; MARTIN, G.M.; CURRIE, D.M. Medicina de reabilitação: passado, presente e futuro. In: DELISA, J. In: **Medicina de reabilitação:** princípios e práticas. São Paulo: Manole, 1992. p. 3-27; 109-131. v.1, cap1.

DESAI, P.; REIDY, A.; MINASSIAN, D.C.; VAFIDIS, G.; BOLGER, J. gains from cataract surgery: visual function and quality of life. **British Journal of Ophthalmology**, 80: 868-73, 1996.

DOODS, A.G. Motivation reconsidered: the importance of self-efficacy in rehabilitation. **The British Journal of Visual Impairment.** 7(1), 13-19, 1989. Disponível em: http://www.visugate.biz/bjvi/1989/spring1989.html. Acesso em 14 mar 2003.

DOODS, A.G. The psychology of rehabilitation. **The British Journal of Visual Impairment** Vol.9 No.2 July 1991. Disponível em: http://www.visugate.biz/bjvi/1991/jul1991.html. Acesso 23 jan. 2004.

FELTZ, D.L.; LANDERS, D.M. Effects of mental practice on motor skill learning and performance: a meta analysis. **Journal of Sport Psychology**, 5, 25-7, 1983.321p.

FINGER, J.A.O. Atividades de vida diária e atividades de vida prática. In: FINGER, J.A.O. Terapia Ocupacional. São Paulo: **Savier**; 1986. p.91-135.

FLAVEL, R., LUNN, H.; JOHNSTON, C. (2002). The Vision and Living Skills Research Project: Determining the effects of personal and family characteristics on the development of independence in 3 to 18 year olds. **Icevi World Conference**.50th Anniversary. New Visions: Moving Toward an Inclusive Community. Leeuwenhorst Congress Centre. Noordwijkerhout. The Netherlands. 2002. Disponível em: http://www.icevi.org/publications/ICEVI-WC2002. Acesso em: 12 ag. 2004.

FLEISS, J.L. **Statistical Methods for Rates and Proportions.** New York: John Wiley & Sons, 2nd ed.1981. 321p.

FORTALEZA, D.F.; MARTI, A.R. Self-concept and visual impairment **Icevi World Conference** 50th Anniversary. New Visions: Moving Toward an Inclusive Community. Leeuwenhorst Congress Centre. Noordwijkerhout. The Netherlands. 2002. Disponível em: http://www.icevi.org/publications/ICEVI-WC2002/papers/01-topic/01-forteza.htm Acesso em: 2 jun 2004.

FRICK, K.D; FOSTER, A. The magnitude and cost of global blindness: a increasing problem that can be alleviated. **American Journal of Ophthalmology**, 135(4): 471-6, 2003;

GARCIA, N. Programas de orientação e mobilidade no processo de educação da criança portadora de cegueira. São Paulo, 2001. (Tese - doutorado - Universidade de São Paulo).

GASPARETTO, M.E.R.F.; TEMPORINI, E.R.; CARVALHO, K.M. M.; KARA-JOSÉ, N. O aluno portador de visão subnormal na escola: desafio para o professor? **Arq Bras de Oftalm**, 64:45-51, 2001.

GASPARETTO, M.E.R.F.; TEMPORINI, E.R.; CARVALHO, K.M. M.; KARA-JOSÉ, N. Dificuldade visual em escolares: conhecimentos e ações de professores do ensino fundamental que atuam com alunos que apresentam visão subnormal. **Arq Bras de Oftalm,** 67: 65-71, 2004.

GECAS, V. The self-concept. **Annual Review of Sociology**, 8: 1-33, 1982.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999, p.64-138.

GOMES TOLON, J.; TRIS ARA, M.J.; JIMENEZ BERNARDO, M.T.; PEREZ DE HEREDIA Y VALLE, J.L. Protocolos de valoración funcional en el discapacitado: revisión bibliográfica. **Rehabilitación,** 28(4): 264-8, 1994.

GOULD, J.; KOULB, W.L. **A dictionary of the social sciences**. Toronto: Collier-Macmillan, 1964.

GOUVÊA, F.F.C. A análise da auto-eficácia em atletas de modalidades individuais e coletivas. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte,** 2(2): 45-60, 2003.

GRÜNSPUN, H. **Criando filhos vitoriosos:** quando e como promover a resiliência. São Paulo: Ateneu, 2005. 212p.

GUNILLA, B.; SÖRENSEN, S.; ALSTERSTAD, K. Quality of life – the effect of lighting adaptation among people with low vision. **Ophthal Physiol Opt** 24:274-80, 2004.

HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W.; KARA-JOSÉ, N. A adaptação de auxílios para o paciente com baixa visão. In: HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W.; KARA-JOSÉ. **Auxílios para baixa visão.** São Paulo: Laramara, 2001a, p.9-13. (Coleção Baixa Visão).

HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W. Auxílios ópticos para perto. In: HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W.; KARA-JOSÉ. **Auxílios para baixa visão.** São Paulo: Laramara, 2001b, p.23-32. (Coleção Baixa Visão).

HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W. Sistemas telescópios. In: HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W.; KARA-JOSÉ. **Auxílios para a baixa visão.** São Paulo: Laramara, 2001c, p. 33-43. (Coleção Baixa Visão).

HADDAD, M.A.O.; SAMPAIO, M.W.; KARA-José, N. **Baixa visão na infância:** manual para oftalmologistas. São Paulo: Laramara, 2001d. 42p.

HASSEL, J.B.; WEIH, L.M; KEEFFE, JE. A measure for handicap for low vision: rehabilitation: the impact f vision impairment profile. **Clinical and Experimental Ophthalmology**, 28: 156-61, 2000.

HAYMES, S.A; JOHNSTON, A.W; HEYES, A.D. The Development of the Melbourne low-vision ADL Index. A measure of vision disability. **Investigative Ophthalmology and Visual Science**. 2001; 42:1215-25.

HAZEL, C.A.; PETRE, K.L.; ARMSTRONG, R.A.; BENSON, M.T.; FROST, N.A. Visual Function and Subjective Quality of Life Compared in Subjects with Acquired Macular Disease. **Investigative Ophthalmology and Visual Science**, 41:1309-15, 2000.

HELLEN KELLER INTERNATIONAL. **Community.** Based rehabilitation of blind. A training guide for field workers. 2.ed., Hellen Keller International Inc: New York, 1988, p.131.

HELLSTRÖM, K.; LINDMARK, B.; WAHLBERG, B.; FUGI-MEYER, A.R. Self-efficacy in relation to impairments and activities of daily living disability in elderly patients with stroke: a prospective investigation. **J Rehabil Med**, 35:205-7, 2003.

HINDS, A; SINCLAIR, A; PARK, J.; SUTTIE, A.; PATERSON, H.; MACDONALD, M. Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life of low vision patients. **British Journal of Ophthalmology,** 87:1391-96, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF OPHTHALMOLOGY. **Visual Standards.** Aspects and ranges of vision loss with emphasis on population surveys. 29th. International Congress of Ophthalmology. Sidney, Australia, April, 2002. Disponível em: http://www.icoph.org/standards/visionres.html#adopt Acesso em: 13 jun 2004.

JOHNSTON, C. The living skills research project: Levels of daily living skills and self-concept in children and adolescents with severe vision impairment. **Icevi World Conference**. 11th World Conference of the International Council for Education of People with Visual Impairment. Noordwijkerhout, The Netherlands. July-August. 2002. Disponível em: http://www.icevi.org/publications/ICEVI-WC2002/papers/10-topic/10-lunn1.htm. Acesso em: 06 jan. 2004.

KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C.E.L.; TEMPORINI E.R.; KANG, K.M.; AMBRÓSIO, L.E. Tratamento cirúrgico de catarata senil: óbices para o paciente. **Arq Bras Oftalmol**, 59: 573-7, 1996.

KARA-JOSÉ, N.; ARIETA, C.E.L. South American Programme. Brazil. **Comm Eye Health**, 13: 55-6, 2000.

KARA-JOSÉ, N; TEMPORINI, E.R. Cirurgia de catarata: o porquê dos excluídos. **Rev. Panam. Salud Publica / Pan Am /Public Helth**, 6(4): 242-48, 1999.

KARA-JOSÉ Jr., N.; SCHELLINI, S. A.; SILVA, M.R.B.M.; BRUNI, L.F.; ALMEIDA, A.G.C. Projeto catarata: qual sua importância para a comunidade? **Arq Bras Oftalmol**, 59:490-96, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1996. p.299.

LAMOUREUX, E.L.; HASSEL,J.B.; KEEFFE, J.E. The determinants of participation in activities of daily living in people with impaired vision. **American Journal Of Ophthalmology**, 137(2): 265-270, 2004.

LAWRENCE, D.J.; BROGAN, C.; BENJAMIN, D.; PICKARD, D.; STEWART-BROWN, S. Measuring the effectiveness of cataract surgery: the reliability and validity of a visual function outcomes instrument. **Br J Ophthalmol**, 83(1): 66-70,1999.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C.; TEIXEIRA, J.J.V. **Discurso do Sujeito Coletivo.** Caxias do Sul: Educa, 2000.

LEITE, J.C.C.; DRACHLER, M.L.; CENTENO, M.O.; PINHEIRO, C.P.I.; SILVEIRA, V.L. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia: reflexão e crítica,**15(1):121-33, 2002.

LÓPEZ-ROSALES, F; MORAL-DE-LA-RUBIA, J. Validación de una escala de auto-eficacia para la prevención Del SIDA en adolescentes. **Salud Publica Mex**, 43: 421-32, 2001.

LORA, T.D.P. Atividades da vida diária. In: BRUNO. M. M. G. **Deficiência visual:** reflexão sobre a prática pedagógica. São Paulo: Laramara, 1997, p. 93-106.

LORA. T.D.P. **O professor especializado no ensino de deficientes visuais:** um estudo centrado em seus papéis e competências. São Paulo, 2000. (Tese – Doutorado - Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo).

LOWER, L.M.T. **Recuperação da perda visual por catarata:** percepção de pacientes em relação à influência da afecção ocular e do ato cirúrgico na qualidade de vida: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2003. (Tese – Doutorado - Universidade de São Paulo).

MACDONALD E.M.; MAC CAUL, G.; MORRISO, E.M.Introdução à terapia Ocupacional: parte 2. In: MACDONALD E.M.; MAC CAUL, G.; MORRISO, E.M. **Terapia Ocupacional em reabilitação**. 4.ed. São Paulo: Santos; 1990. p.105-44.

MADER, G. Integração da pessoa portadora de deficiência: a vivência de um novo paradigma. In: MANTOAN, M.T.E (Org). **A integração de pessoas com deficiência**: contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon, 1997. p.44-50.

MANGIONE, C.M.; PHILLIPS, R.S.; SEDDON, J.M.;LAWRENCE, M.G.; COOK, F.; DAILEY, R. GOLDMAN, L. Developmental of the activities of daily vision scale. A measure of visual functional status. **Medical Care**, 30 (12): 1111–26, 1992.

MANGIONE, C.M.; BERRY, S.; SPRITZER, K.; JANZ, N.K; KLEIN, R.; OWSLEY, C.; LEE, P.P. Identifying the Content Area for the 51-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. **Arch Ophthalmol,** 116(2):227-33, 1998.

MANGIONE, C.M.; BERRY, S.; SPRITZER, K. Identifying the content area for the 51 – item. National Eye Institute Visual Function questionnaire: results from focus groups with visually impaired persons. **Arch Opthalmol,** 116: 227-33,1998.

MANGIONE, C.; LEE, P.P.; GUTIERREZ, P.R.; SPRITZER, K.; BERRY,S.; HAYS, R.D. Development of the 25-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. **Arch Ophthalmol,**119:1050-58, 2001.

MANGOLD, S.D. Fomentar uma elevada autoestima em niños visualmente impedidos. Trad. Susana E. Crespo e Marta Sarría. Nurturing high self esteem in visual handicapped. En. A teacher's guide to the special education needs of blind and visual handicapped children. New York: AFB. 1982. **ICEVH,** no. 48. Córdoba. Argentina1986).

MANTOAN, M.T.E. Abrindo as escolas às diferenças. In: MANTOAN. M.T.E. (Org.). **Pensando e fazendo educação de qualidade.** São Paulo: Moderna, 2001. p.109-123.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996. 57-123p.

MARGOLIS, M.K.; COYNE, K.; KENNEDY-MARTIN, T.; BAKER, T.; SCHEIN, O.; REVICKI, D.A. Vision-specific instruments for the assessment of health-related quality of life and visual functioning. **Pharmacoeconomics**, 20(12): 791-812, 2002.

MARTÍN, E.G. Auto eficacia y conductas de salud: la experiencia de KATE L. **Centro de tratamiento de artríticos de la Universidad de Stanford.** Disponível em: http://www.des.emory.edu/mfp/KateLorig.PDF. Acesso em 23 jan. 2004.

MARTINEZ, R; SEWELL, K.W. Self-concept of adults with visual impairments. **Journal of Rehabilitation,** 62: 55-58, 1996.

MASLOW, A. **Motivation and personality.** 2.ed., [s. l.]: Harper & Row, 1970.

MASSOF, R.W. A systems model for low vision rehabilitation. I. Basic concepts. **Optom Vis Sci**, 72(10):725-36, 1995.

MASSOF, R.W. A systems model for low vision rehabilitation. II. Measurement of vision disabilities. **Optom Vis Sci**, 75(5):349-73, 1998.

MAZZOTTA, J.S.M. **Educação Especial no Brasil**: história e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 1996. 208p.

MCBROOM, L. W; ANJOO, S.; JONES, L.B. The Transition to College for Students with Visual Impairments. **Technical Report**. Mississippi: Mississipe State University. Rehabilitation Research and Training Center on Blindness and Low Vision. 1994. Disponível em: http://www.empowermentzone.com/coltrans.txt . Acessível: 14 set. 2005.

MCBROOM, L.W.; CRUDDEN, A.; SKINNER, A.L.; MOORE, J.E. **Barriers to Employment Among Persons who are Blind or Visually Impaired:** Executive Summary. Mississipi State University. Rehabilitation Research and Training Center on Blindness and Low vision. 1998. Disponível em: http://www.blind.msstate.edu/barriers_to.html . Acesso: fev 21 2005,

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec , 1999. 269p.

MONTILHA, R.C.I. **Reabilitação de portadores de visão subnormal:** características, conhecimentos e opiniões de clientela atendida em um centro universitário. Campinas, 1997. (Dissertação– Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

MONTILHA, R.C.I.; TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N.; NOBRE, M.I.R.S. Deficiência visual: características e expectativas da clientela de serviço de reabilitação. **Rev Ciênc Méd** 9(3): 123-8, 2000.

MONTILHA, R.C.I. **Escolarização e reabilitação de portadores de deficiência visual:** percepções de escolares e ações de reabilitação. Campinas, 2001a (Tese – Doutorado-Universidade Estadual de Campinas).

MONTILHA R.C.I. Rehabilitation of the visually impaired: opinions and expectations regarding individual limitations and the waiting group. **Revista Ocupación Humana**, 9(2): 52-64, 2001b.

NELSON, P.; ASPINALL, P.; O'BRIEN, C. Patients perception of visual impairment in glaucoma: a pilot study. **Br J Ophthalmol**, 83: 546-552, 1999.

NÉRI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001. 107-110p.

NOBRE, M.I.R.S.; TEMPORINI. E. R; JOSÉ, N.K. MONTILHA, R.C.I Deficiência visual de escolares: percepções de mães. **Temas sobre desenvolvimento**, 10 (55) 24-27, 2001.

NOBRE, M.I.R.S.; TEMPORINI. E.R; JOSÉ, N.K.; MONTILHA, R.C.I. Rehabilitation services for visually impaired children: early intervention or long delay? **Revista Ocupación Humana,** 8 (4) 40-54, 2000.

NOVAES, P. **A avaliação de qualidade do Serviço de catarata do Hospital das Clínicas – Unicamp:** percepções de pacientes operados. Campinas, 2004. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

NUNES, R.; SCHWARZER, R.; JERUSALEM, M.A **Escala de Auto-Eficácia Geral percepcionada.** Versão portuguesa. 1999. Disponível em: http://userpage.fu-berlin.de/~health/auto.htm . Acesso em: 27 dez. 2004.

O'LEARY, A. Self-efficacy and health: behavior and stress-physiological mediation. **Cognitive Therapy and Research**,16(2), 229-45, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE- OMS. **Classificação Mundial de Saúde.** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª. Revisão - CID.10. v.1, 8.ed. São Paulo: EDUSP, 2000. p. 442-43.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL da SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida.** WHOQOL- 1998 (b). Disponível em: http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol-manual.html. Acesso em 20 mai. 2001.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. CIF. Organização Panamericana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. São Paulo: Edusp, 2003. p.325.

PAIS-RIBEIRO, J.L; RIBEIRO, L. Estudo de avaliação de uma escala de auto-conceito físico para homens jovens adultos. **Análise Psicológica.** 4(21): 431-9, 2003.

PAJARES, F. Self-efficacy beliefs in academic settings. **Review of Educational Research,** 66 (4), 543-78, 1996.

PARARAJASEGARAM, R. Low vision care: the need to maximize visual potencial. **Community Eye Health**, 17(49): 1-2, 2004.

PARK, J.J.; Sullivan, T.J.; MORTIMER, R.H.; WAGENAAR, M; PERRY-KEENE, D.A. Assessing quality of life in Australian patients with Graves' ophthalmopathy. **Br J Ophthalmol**, 88: 75-78, 2004.

PEAVEY, K.O.; LEFF, D. Social acceptance of adolescent mainstreamed students with visual impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness**: 11: 809-11, 2002.

PESUDOVS, K.; GARAMENDI, E.; KEEVES, J.P.; ELLIOT, D.B. The activities of daily vision scale for cataract surgery outcomes: re-evaluating validity with Rasch analysis. **Investigative Ophthalmology &Visual Science,** 44(7): 2892-9, 2003.

PIAGET, J. O desenvolvimento da causalidade. In: PIAGET, J. **A construção do real na criança**. Rio de Janeiro: Zahar,1970, p.204-97.

PIAGET, J. **Fazer e compreender.** São Paulo: Melhoramentos, 1978, p. 172-186.

PIAGET, J. **Biologia e conhecimento**: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognocitivos. Petrópolis: Vozes, 1996, p. 9-85.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev Saúde Publ**, 29(4):318-25, 1995.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Programa de ação mundial para as pessoas deficientes. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. São Paulo: **USP**, 44p, 2003.

RESNIKOFF, S.; PARARAJASEGARAM, R. Blindness prevention programmers: past, present and future. **Bulletin of the World Health Organization,** 79:222-6, 2001.

RESNIKOFF, S; PASCOLINI, D.; ETYA'ALE, D.; KOCUR, I; PARARAJASEGARAM, R.; PAKHARIEL, G. P. et al. Policy and paractice. Global data on visual impairment in the year 2002. **Bulletin of the World Health Organization**, 82(11): 844-51, 2004.

SÃO PAULO. Secretaria da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. **O deficiente na classe comum.** Prática pedagógica. São Paulo: SE/CENP, 1993, 102. p. 07- 34.

SAS System for Windows. **Statistical Analysis System,** versão 6.12. SAS Institute Inc, 1989-1996, Cary, NC, USA.

SCHOLZ, U.; GUTIÉRREZ-DOÑA, B.; SUD, S.; & Schwarzer, R. Is perceived self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. **European Journal of Psychological Assessment,** 18(3): 242-251. 2002.

SCHUNK, D.H. Self-efficacy and achievement behaviors. **Educational Psychologist Review**, 1: 173-208, 1989.

SCHUNK, D.H. Self-efficacy and academic motivation. **Educational Psychologist Review,** 26(3&4): 207-31, 1991.

SCHUNK, D.H. Self-efficacy for reading and writing: Influence of modeling, goal setting and self-evaluation. **Reading and Writing Quarterly,** 19 (2): 159-172, 2003.

SCHUNK, D.H; PAJARES, F. **The Development of Academic Self- Efficacy**, 2003. Disponível em: http://www.des.emory.edu/mfp/SchunkPajares2001.PDFce . Acesso em: 30. jan. 2003.

SHAVELSON, R.J.; HUBNER, J.J. STANTON, G.C. Self- concept: validation of construct interpretation. **Review of Educational Research**, 46(3): 407-441, 1976.

SCHWARZER R.; FUCHS R. Self efficacy and health behaviours. In: Conner M, Noman P. **Predicting Health Behaviour**: research and practice with social cognitions models. Buckingham: Open University Press. 1995. Buckingham: Open University Press. Disponível em URL: http://www.fu-berlin.de/gesund/publicat/conner9.htm Acesso em: 09 dez. 2002.

SCHWARZER R.; RENNER, B. **Health-specific self-efficacy scales**. [serial online]. 2003. Disponível em URL:http://userpage.fu-erlin.de/~health/healself.pdf. Acesso em: 22 mai. 2004.

SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as Ciências do Comportamento.** São Paulo: McGraw-Hill,1975. 336p.

SIVARAMAN, N.K.P.; WADE, D.T. Life goals of people with disabilities due to neurological disorders. **Clin Rehabil**, 17(5): 521-7, 2003.

STELMACK, J.A. Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision reabilitation. **Optmon Vis Sci**, 78 (5): 335-42, 2001.

STELMACK, J.A.; STELMACK, T.R.; MASSOF, R.W. Measuring low vision rehabilitation outcomes with the NEI VFQ-25. **Investigative Ophthalmology and Visual Science**, 43: 2859-68, 2002.

TAYLOR, H.R. Eye Care for the Future. The Weisenfeld Lecture. **Investigative Ophthalmology and Visual Science**, 44: 1413-18, 2003.

TAYLOR, H.R.; VU, MCCARTY H.T.V.; KEEFFE, C.A.; KEEFFE, J. E. The Need for Routine Eye Examinations. **Invest Ophthalmol Vis Sci,** 45(8): 2539 2542. 2004.

TEIXEIRA J.J.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a óptica do paciente idoso. **Rev Saúde Pública**, 35: 207-13. 2001.

TEJERIA, L.; HARPER, R.A.; ARTES, P.H.; DICKINSON, C.M. Face recognition in age related macular degeneration: perceived disability, measure disability, and performance with a bioptic device. **British Journal of Ophthalmology**, 42: 1019-26, 2002.

TEMPORINI, E.R. Pesquisa de oftalmologia em saúde pública. Considerações metodológicas sobre fatores humanos. **Arq Bras Oftalmol,** 54 (6): 279-81, 1991.

TEMPORINI, E.R. **Prevenção da AIDS. Percepção e conduta sexual de estudantes universitários no Estado de São Paulo**. São Paulo, 1995. (Tese - Livre Docência-Universidade de São Paulo).

TEMPORINI, E.R. Promoção da saúde ocular. **Arq Bras Oftalmol,** 62(1): 82-4, 1999.

TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N. Níveis de prevenção de problemas oftalmológicos: propostas de intervenção. **Arq Bras Oftalmol**, 58(3): 189-92. 1995.

TEMPORINI, E.R.; KARA-JOSÉ, N. A perda da visão: estratégias de prevenção. **Arq Bras Oftalmol**, 67(4): 597-601, 2004.

VALVERDE CARRILLO, M.D.; FLORES GARCIA, M.; SANCHEZ BLANCO, I. Escalas de actividades de la vida diária. **Rehabilitación**,28(6): 377–88, 1994.

VAZ SERRA, A. O auto-conceito. **Análise Psicológica,** 2 (6): 101-110, 1988.

VEIZTMAN, S. Fundamentos da baixa visão. In: VEIZTMAN, S. **Visão Subnormal.** Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2000, p. 1-8 (Manuais básicos /CBO: 17).

VICENTE MOSQUETE, M.J.; MARTÍN ANDRADE, P. La rehabilitación integral en la Once: implantación de un nuevo modelo de attención, **Integración**, 38, 15-18, 2002.

WOLFFE, K; SACKS, S.Z. The lifestyles of blind, low vision, and sighted youths: a quantitative comparison. **Journal of visual impairment & Blindness**. may-june: 245-255, 1997.

WOLFFSOHN, J.S.; COCHRANE, A.L. Design of the low vision quality-of-life questionnaire (LVQOL) and measuring the outcome of low-vision rehabilitation. **Am J Ophtalmol,** 130(6): 793-802, 2000.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties 1998. **Soc Sci Med,** 46(12): 1569-85, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global data on blindness. Gèneve**, WHO, Bulletin of the World Health Organization, 73(1): 115-121, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF**, Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Fifty-Sixth World Health Assembly. Provisional agenda item 14.17. **Elimination of avoidable blindness.** WHO, 2003, 4p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO definition of health.** WHO. Disponível em: http://www.who.int/about/definition/en/print.html . Acesso: 16 out 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION **Magnitude and causes of visual impairment.** Fact sheet no. 282. November, 2004. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en. Acesso em 12 jan. 2005.

ZIMMERMAN, B.J. Self-Efficacy: an essential Motive to learn. Contemporary **Educational Psychology,** 25(1): 82-91, 2000.

ZIMMERMAN, B.J.; BANDURA, A., & MARTINEZ-PONS, M. Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. **American Educational Research Journal**, 29, 663-76,1992.

9- APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de consentimento livre e esclarecido

Nome do projeto: Percepção de auto-eficácia nas atividades de vida diária e qualidade de vida. Estudantes com baixa visão ou cegueira, Campinas 2005
Pesquisador responsável pela condução da pesquisa: Sônia Maria Chadi de Paula Arruda
Orientador: Prof. Dr. Newton Kara-José /Co-orientadora: Profa. Dra. Edméa R. Temporini Nastari

Justificativa e objetivo da pesquisa

Atividades da Vida Diária (AVD) é o conjunto das tarefas do dia-a-dia, relacionadas à higiene, alimentação, vestiário. A deficiência visual pode prejudicar a aprendizagem e prática destas atividades, diminuindo possibilidades de pessoas com este tipo de deficiência, participarem, com independência, de atividades realizadas no dia-a-dia, e terem bem-estar e melhor qualidade de vida. O objetivo desta pesquisa é verificar se as pessoas que apresentam cegueira ou visão subnormal realizam as atividades de vida diária com independência, como percebem a própria capacidade para realizar tais atividades e as conseqüências de fazer ou não estas atividades.

Procedimentos do estudo

Será realizado um questionário, com perguntas fechadas, aplicado em estudantes, com idade de 12 anos e mais, que apresentam cegueira ou visão subnormal, inseridos em escolas públicas de Campinas, Hortolândia, Sumaré, Paulínia, Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara d'Oeste e Jaguariúna. Asseguramos que esta pesquisa é independente de qualquer atendimento no departamento de Oftalmo-otorrinolaringologia e no CEPRE, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Não haverá nenhuma influência nos atendimentos regulares oferecidos pela instituição, caso o entrevistado participe ou não da entrevista. As informações obtidas serão anônimas e divulgadas como parte de informações de um grupo de pessoas, preservando a identidade dos entrevistados.

Benefício esperado

Pretendemos organizar e sistematizar as informações disponíveis e obter uma medida do nível de independência de estudantes com deficiência visual e a relações com qualidade de vida. Deste modo, poderemos contribuir com profissionais afins, por meio dos conhecimentos divulgados, tendo em vista a independência nas AVD, os cuidados com saúde e educação e a inclusão social de pessoas com deficiência.

Autorização

Eu, _____ Idade: _____ RG:_____
Endereço: _____
Concordo em fazer parte desta pesquisa, respondendo ao questionário de atividades de vida diária.
Nome do responsável (quando o sujeito tiver menos de 18 anos de idade):_____
_____
Idade:_____ RG: _____Grau de responsabilidade:_____
Prova documental comprobatória da responsabilidade:_____
concordo que _____ faça parte desta pesquisa, respondendo aos questionários, para que sejam para fins acadêmicos.

_____ _____
Assinatura do entrevistado ou responsável Assinatura do pesquisador

Campinas, _____ de _____de 200__ .
Telefone sobre eventuais dúvidas sobre este estudo: 3788-8814
Telefone do comitê de ética: 3788- 8936.

APÊNDICE 2

UNICAMP

Campinas,..... de .....de .....

Ilmo. Sr. Diretor.....

De: Profa. Sônia Maria Chadi de Paula Arruda

Venho solicitar sua colaboração para que eu possa realizar a pesquisa sobre percepção da auto-eficácia nas atividades de vida diária e qualidade de vida, com estudantes com baixa visão ou cegueira inseridos na escola pública de Campinas e outros municípios do Estado de São Paulo. Essa pesquisa faz parte de meu doutoramento, realizado com a orientação do Prof. Dr. Newton Kara-José e da Profa. Dra. Edméa Rita Temporini Nastari, desenvolvido na área de Ciências Biomédicas – Oftalmologia – Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas. Sou docente do Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel de O. da S. Porto" – CEPRE e atuo em Atividades de Vida Diária com crianças, adolescentes e adultos com deficiência visual.

Será aplicado um questionário, em horário indicado pela escola, a fim de não prejudicar o andamento do trabalho escolar. Os dados coletados não permitirão a identificação dos entrevistados e nem da instituição, assegurando-lhes o anonimato.

A pesquisa tem os seguintes objetivos:

1. Identificar percepções, em relação às atividades diárias, por escolares de 12 anos e mais que apresentam baixa visão ou cegueira, de instituições públicas de ensino de Campinas e região, do ensino fundamental, médio e superior.

2. Conhecer fatores relacionados à perda visual que interferem na qualidade de vida desses escolares.

Com este trabalho espera-se oferecer subsídios às Secretarias de Saúde e de Educação para o implemento de ações educativas e de reabilitação, a fim de contribuir para melhorar a qualidade de vida de escolares que apresentam baixa visão ou cegueira.

Solicito sua colaboração, imprescindível para a realização desse estudo, que, com certeza, terá resultados produtivos nas estratégias de inclusão do aluno que apresenta baixa visão ou cegueira. Os dados coletados, depois de analisados e impressos, serão disponibilizados aos professores, diretores e outros profissionais interessados. Coloco-me à disposição para ministrar palestra a profissionais e pais sobre o tema Atividades de Vida Diária; e para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente

Profa. Sonia Maria Chadi de Paula Arruda

APÊNDICE 3

Quadro: Percepções da própria deficiência visual, da auto-eficácia nas AVD e da qualidade de vida.

Idéia Central	Discurso do sujeito coletivo
Percepções da própria deficiência visual	
Conheço minha deficiência e sempre vivi bem deste jeito.	*A deficiência nunca representou algo negativo. Sempre fui assim...não sei como seria diferente.*
Conheço minha deficiência, mas tive que aprender a viver com ela.	*Sei qual é a minha deficiência. Sempre soube das dificuldades. Aprendi a usar aquilo que tenho: a minha vista ou os outros sentidos. Não enxergo nada, [ou] enxergo um pouco. Foi difícil não poder ver nada, mas eu superei.*
Percepções da auto-eficácia nas AVD	
Consigo fazer muitas coisas, pois confio em mim.	*Eu posso fazer muitas coisas. Tento resolver e fazer. Consigo refletir mais, entender o que é uma dificuldade. Tive que me reabilitar. Sei que sou capaz, apesar de não saber fazer muitas coisas difíceis. Eu preciso melhorar.*
Consigo fazer muitas coisas, pois minha família confia em mim.	*Meus pais dão bastante confiança, ajudam muito, mas não ensinam. Meus pais me tratam como uma pessoa normal.*
Consigo fazer muitas coisas, mas tem lugares e pessoas que não ajudam muito.	*Faço muitas coisas, mas não sei fazer muitas outras. A cozinha é escura; não sei onde minha mãe guarda as coisas. Fui tratado com naturalidade, mas meus pais não me deixavam fazer algumas coisas. Encontro muitas barreiras em casa e na escola. Sempre fui amparado naquilo que fiz, mas acho que talvez por praticidade... a família acaba não apoiando tanto para fazer as AVD com independência.*
Tinha dificuldade de fazer muitas coisas porque tinha medo.	*Tinha medo de não dar certo quando fazia alguma coisa. Achava que era difícil. Quando perdi a visão, fiquei com medo. É insegurança. Mas agora eu acredito e começo a fazer, a procurar fazer direito.*
Consigo fazer a maioria das coisas mas minha maior dificuldade é na cozinha e na locomoção.	*Há coisas mais difíceis como cozinhar, fazer a barba. Minha maior dificuldade é a locomoção e o fogão.*
Percepções em relação à qualidade de vida	
Minha vida é boa, mas pode melhorar, se eu me esforçar.	*Muita coisa eu ainda não sei fazer. Eu sempre tenho que batalhar pra ficar do jeito que eu optei. Quero fazer mais coisas. Muita coisa eu não sei, as coisas nem sempre estão nos lugares. [Mas] se você quer mudança, tem que buscar, batalhar.*
Para ter boa vida eu preciso buscar ter e fazer um pouco de tudo das coisas boas que são oferecidas, mas nem sempre elas (as escolas) oferecem aquilo que é melhor.	*Vida boa é tudo, é ter bom estudo, bom trabalho, não parar só em uma coisa. Eu tenho que buscar o que eu gosto. Gosto de fazer tudo. A escola acaba esquecendo da qualidade de vida dos alunos.*
Qualidade de vida é enxergar.	*Tenho esperança de voltar a enxergar. Não quero perder a vista que tenho.*

APÊNDICE 4

Questionário: Atividades de Vida Diária
Pesquisadora: Profa. Sônia Maria Chadi de Paula Arruda
Orientador: Prof. Dr. Newton Kara-José
Co-orientadora: Profa. Dra. Edméa Rita Temporini

Questionário no: ___ ____

1. Sexo Masculino 1 ( ) Feminino 2 ( )	
2. Quantos anos completos você tem? __ __ anos.	___ ___
3. Qual é a cidade em que mora? __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	_____
4. Você é solteiro, casado, viúvo ou outra situação? Qual? solteiro..... ( ) 1 casado..... ( ) 2 viúvo..... ( ) 3 amasiado..... ( ) 4 divorciado..... ( ) 5	_____
4. Com quem você mora? Mora sozinho, com pai, mãe, irmãos esposa ou outra pessoa? sozinho ..... ( ) 1 pai ..... ( ) 2 mãe..... ( ) 3 irmão ou outro parente..... ( ) 4 esposa/marido ..... ( ) 5	_____ _____
5. Você está estudando, sim ou não? sim..... ( ) 1 não..... ( ) 2	_____
6. Em que série você está estudando? .....série do ensino fundamental regular..... ( ) 1 .....série do ensino médio regular..... ( ) 2 .....supletivo do 1°. Grau..... ( ) 3 ..... supletivo do 2°. Grau..... ( ) 4 .....vestibular..... ( ) 5 .....superior..... ( ) 6 ..... outro curso..... ( ) 7	_____

7. Atualmente, você trabalha, sim ou não? ECA: Qual é o seu trabalho? Sim.....( ) 1 Não..... ( ) Trabalho.....( ) 3	 _____ _____
8. Você já fez, está fazendo ou não fez reabilitação (ou serviço que atende pessoas com problemas na vista)? Sim, já fez .....( ) 1 Sim, está fazendo..... ( ) 2 Não fez reabilitação.....( ) 3	 _____
9. Atualmente, você enxerga pouco ou não enxerga? enxerga pouco .....( ) 1 não enxerga .....( ) 2	 _____
10. Você nasceu com deficiência na vista, sim ou não? ECN: Qual era a sua idade quando pareceu a deficiência na vista? Não.....( ) 0 Sim.....( ) 1 Idade..... ( )	 _____ _____
11. Você sabe o que você tem na vista, sim ou não? ECA: O que é? Sim..... ( )1 Não.....( ) 0 Doença ocular:..... ( )	 _____ _____
12. Atualmente, você tem se preocupado com seu olho, sim, não? Qual o tipo de preocupação? Não..... ( ) 0 Sim..... ( )1 Preocupação: piorar e perder a visão ( ) 1 dificuldades no dia-a-dia ( ) 2 cirurgias e tratamentos ( ) 3 não poder estudar ( ) 4	 _____ _____
13. Quando foi a última vez que você foi ao oftalmologista? 1 ( ) 0 a 6 m (1) 3 ( ) 1 3m a 2 a (3) 2 ( ) 6 m e 1d a 12m (2) 4 ( ) +de 2 anos (4)	 ____
14. O oftalmologista receitou para você: óculos para longe, sim ou não? Óculos para perto, sim ou não? Outros recursos, sim ou não? Medicamentos, sim ou não? Óculos para perto, sim ou não? Sim 1( ) Não 2 ( ) Óculos para longe, sim ou não? Sim 1( ) Não 2 ( ) Outros recursos, sim ou não? Sim 1( ) Não 2 ( ) Medicamento, sim ou não? Sim 1( ) Não 2 ( )	 _____ _____ _____ _____

15. Vou falar algumas atividades de **higiene e cuidado pessoal**. Responda se **você é capaz** ou não de **fazer sem ajuda (sozinho)** as atividades que vou falar. Você **julga que** é **fácil, difícil, nem fácil nem difícil** fazer essa atividade? Sua dificuldade é **por causa da vista, por outros motivos ou por causa da vista e por outros motivos? Você faz** essa atividade na sua casa?

	Sim (1) Não (2)	Fácil (1)	Difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Dificuldade por causa da vista (1) por outros motivos (2) por causa da vista e Outros motivos (3)	Sim (1)	Não (2)
1.Cuidar da higiene pessoal (banho, lavar a cabeça, olhos)?							
2.Pentear o cabelo?							
3.Reconhecer a própria escova de dente?							
4.Colocar a pasta na escova?							
5.Cortar as unhas?							
6. (Sexo masculino) Fazer a barba?(Sexo feminino) Depilar o braço / a perna?							
7. (Sexo feminino) Passar batom?							
8. (Sexo feminino) Fazer a higiene e cuidados gerais no período da menstruação?							

16. Vou falar algumas atividades de vestuário. Responda se **você é capaz** ou não de **fazer sem ajuda (sozinho)** as atividades que vou falar. Você **julga que** é **fácil, difícil, nem fácil nem difícil** fazer essa atividade? Sua dificuldade é **por causa da vista, por outros motivos ou por causa da vista e por outros motivos? Você faz** essa atividade na sua casa?

	Sim (1) Não (2)	Fácil (1)	Difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Dificuldade por causa da vista (1) por outros motivos (2) por causa da vista e Outros motivos (3)	SIM (1)	Não (2)
1.Escolher e pegar roupa para vestir?							
2.Guardar roupas no armário ou gaveta?							
3.Dobrar roupas?							
4.Pegar os sapatos adequados para calçar?							
5.Dar laço em cordão?							
6.Colocar relógio, pulseira, corrente, brinco?							
7.Perceber se a roupa está limpa ou suja?							
8.Lavar roupa?							
9-Passar roupa?							

17. **Vou falar algumas atividades relacionadas à** alimentação. **Responda se** você é capaz **ou não de** fazer sem ajuda (sozinho) **as atividades que vou falar. Você** julga que **é** fácil, difícil, nem fácil nem difícil **fazer essa atividade? Sua dificuldade é** por causa da vista, por outros motivos ou por causa da vista e por outros motivos? Você faz **essa atividade na sua casa?**

	Sim (1) Não (2)	Fácil (1)	Difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Dificuldade por causa da vista (1) por outros motivos (2) por causa da vista e outros motivos (3)	Sim (1)	Não (2)
1. Preparar suco?							
2. Encher um copo de suco sem derramar?							
3. Acender o fogão a gás?							
4. Fazer café?							
5. Cozinhar a comida do dia-a-dia?							
6. Por comida no prato							
7. Achar a comida no prato?							
8. Usar o garfo e faca nas refeições?							
9. Almoçar ou jantar em restaurante?							

18. Vou falar algumas atividades **feitas em casa** (atividades gerais) ou fora de casa. Responda se **você é capaz** ou não de **fazer sem ajuda (sozinho)** as atividades que vou falar. Você **julga que** é **fácil, difícil, nem fácil nem difícil** fazer essa atividade? Sua dificuldade é **por causa da vista, por outros motivos ou por causa da vista e por outros motivos? Você faz** essa atividade na sua casa?

	Sim (1) Não (2)	Fácil (1)	Difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Dificuldade: por causa da vista (1) por outros motivos (2) por causa da vista e outros motivos (3)	SIM (1)	Não (2)
1. Varrer a casa?							
2. Passar pano úmido no chão?							
3. Arrumar a cama?							
4. Colocar a linha na agulha?							
5. Pregar botão?							
6. Fazer compras?							
7. Reconhecer e usar o dinheiro em papel?							
8. Reconhecer e usar o dinheiro em moeda?							
9. Usar serviços do caixa eletrônico?							
10. Preencher cheque?							
11. Usar o telefone?							
12. Usar aparelhos eletrônicos							
13. Tomar ônibus?							

19. Vou falar atividades relacionadas à **escola**. Vou falar algumas atividades relacionadas à **alimentação**. Responda se **você é capaz** ou não de **fazer sem ajuda (sozinho)** as atividades que vou falar. Você **julga que** é **fácil, difícil, nem fácil nem difícil** fazer essa atividade? Sua dificuldade é **por causa da vista, por outros motivos ou por causa da vista e por outros motivos? Você faz** essa atividade na sua casa?

	Sim (1) Não (2)	Fácil (1)	Difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Dificuldade: por causa da vista (1) por outros motivos (2) por causa da vista e outros motivos (3)	SIM (1)	Não (2)
1. Ir à escola (trajeto, dia-a-dia?							
2. Localizar e usar as salas da escola:aula, banheiro, biblioteca?							
3. Organizar o material escolar?							
4. Fazer os deveres da escola?							
5. Usar o computador, internet?							
6. Fazer atividade física?							
7. Relacionar-se com colegas?							
8. Relacionar-se com professores?							
9. Fazer trabalhos ou passeios escolares em grupo?							

20. Tem alguma outra atividade que eu não falei, que você não faz no dia-a-dia por causa de seu problema de vista, sim ou não? ECA: Qual (is) atividade (s)? Não.....( ) 0 Sim .....( ) 1 Atividade (s).....	_____
21. Você aprendeu a fazer as atividades diárias sozinho ou aprendeu a fazer com alguém? Com quem: com a mãe ou pai, outro parente, o professor da sala de aula, o professor especializado, o profissional de reabilitação (a) ou outra pessoa? Quem? sozinho ..... ( ) 2 com sua mãe ou pai ..... ( ) 4 com o professor da classe comum ..... ( ) 8 com o professor especializado ..... ( ) 16 com o profissional de reabilitação..... ( ) 32 esposa / marido..... ( ) 64 outra pessoa? Quem..... ( )128	_____ _____
22. De uma maneira geral, você acredita que: pode resolver a maioria de seus problemas sozinho,, sim 1( ) ou não 2 ( )? arruma um jeito para conseguir o que quer, sim 1( ) ou não 2 ( )? pode contar com a ajuda da sua família, sim 1( ) ou não 2 ( )? na escola, pode contar com a ajuda de seus professores,sim 1( ) ou não 2( )? na escola, pode contar com a ajuda de amigos, sim 1( ) ou não 2 ( )? pode namorar (ter relação íntima com o parceiro), sim 1( ) ou não 2 ( )?	_____ _____ _____ _____ _____ _____
23. Na sua opinião, você se julga uma pessoa que pode fazer as atividades diárias sozinho, sim ou não? Sim.....( ) 1 Não.....( ) 2	_____ _____

24. Na sua opinião, aquilo que você faz sozinho nas atividades diárias melhora muito, pouco ou não melhora a vida? Muito.....( ) 1 Pouco..... ( ) 2 Não melhora..... ( ) 3	_____
25. Você tem alguma religião ou algo em que você acredita, sim ou não? ECA: Qual é a sua religião ou crença? Não.....( ) 0 Sim.....( ) 1 Religião:.....	_____ _____
26. Na sua opinião, a sua religião, ou crença, tem ajudado você a enfrentar os problemas que aparecem na sua vida, sim ou não? ECA: Ajuda muito ou ajuda pouco? Sim, ajuda muito..... ( ) 1 Sim, ajuda pouco..... ( ) 2 Não ajuda..... ( ) 3	_____
27. Em relação a sua capacidade para fazer as atividades diárias, você se sente muito satisfeito, satisfeito, pouco satisfeito ou nada satisfeito? Muito satisfeito.....(Encerra a entrevista)..... ( ) 1 Satisfeito ..... (Encerra a entrevista)..... ( ) 2 Pouco satisfeito ..... ( ) 3 Nada satisfeito ..... ( ) 4	____
28. Por que você se sente pouco ou nada satisfeito com sua capacidade para fazer as atividades de vida diária? Razões:.....	

Local da entrevista:.....

Data: ____/____/_____ Tempo: -------- minutos.

Entrevistador:.....