

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Roger Lima Scherer

**QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA  
VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Dissertação submetida ao Programa de  
Pós Graduação em Educação Física da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
para a obtenção do Grau de Mestre em  
Educação Física

Orientador: Prof. Dr. Markus V. Nahas  
Coorientador: Prof. Dr. Luciano  
Lazzaris Fernandes

Florianópolis

2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

S326q Scherer, Roger Lima  
Qualidade de vida de adultos com deficiência visual da  
Grande Florianópolis [dissertação] / Roger Lima Scherer ;  
orientador, Markus Vinicius Nahas. - Florianópolis, SC, 2012.  
138 p.: il., grafs., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em  
Educação Física.

Inclui referências

1. Educação física. 2. Deficientes visuais. 3. Qualidade  
de vida - Florianópolis, Região Metropolitana de (SC). I.  
Nahas, Markus Vinicius. II. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III.  
Título.

CDU 796

Roger Lima Scherer

## **QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Educação Física”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2012.

---

Prof. Fernando Diefenthaler, Dr.  
Coordenador do Curso

### **Banca Examinadora:**

---

Prof. Markus Vinicius Nahas, Dr.  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Luciano Lazzaris Fernandes, Dr.  
Corientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Adair da Silva Lopes, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Márcia Greguol, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Estadual de Londrina



Roger Lima Scherer

## **QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre em Educação Física”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 24 de fevereiro de 2012.

---

Prof. Fernando Diefenthaler, Dr.  
Coordenador do Curso

### **Banca Examinadora:**

---

Prof. Markus Vinicius Nahas, Dr.  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Luciano Lazzaris Fernandes, Dr.  
Corientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Adair da Silva Lopes, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Márcia Greguol, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Estadual de Londrina



A minha avó, Corina (in memoriam) que me ensinou a ser positivista e sempre se dedicar aos meus objetivos.

Aos meus pais, Flavio e Sirlei, os alicerces da minha vida.

A minha mulher, Andreza, minha companheira para todos os momentos.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador, Prof. Dr. Markus V. Nahas, pela ensinamentos e apoio. Obrigado pela oportunidade;

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Luciano Lazzaris Fernandes, pela amizade, dedicação e confiança. Muito obrigado por todos estes anos;

Ao meu amigo e revisor, Prof. Neivo, pela amizade e pela revisão do projeto e da dissertação. Muito obrigado pelo empenho e dedicação.

Aos profissionais, alunos e associados da Associação Catarinense para Integração do Cego (ACIC), pela ajuda e compreensão nesta etapa acadêmica da minha vida. Muito obrigado pelo tempo dedicado e disponibilidade nesta pesquisa;

A galerinha da Associação Catarinense de Esportes Adaptados (ACESA) pela compreensão e apoio nestes dois anos. Muito obrigado por me deixar estar junto sem poder me dedicar por completo;

Ao meu amigo, Ricardo Pimenta, pela força e auxílio no início da minha coleta de dados. Obrigado pela força;

Aos professores Adair (UFSC) e Márcia (UEL), que disponibilizaram seu tempo para ajudar e contribuir para esta pesquisa. Obrigado pela ajuda e dedicação.

Aos meus colegas da Pós-Graduação que de forma direta ou indireta contribuíram no meu desenvolvimento acadêmico. Em especial ao grupo do NuPAF pelo convívio e aprendizados nestes anos. Muito obrigado por todos os ensinamentos ao longo do curso, nas reuniões, aulas e discussões;

Ao programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFSC, professores, técnicos, todos os envolvidos, pela organização, dedicação e competência no desenvolvimento da formação continuada. Obrigado pelo excelente trabalho e dedicação;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES), pelo auxílio financeiro que permitiu a minha dedicação ao curso. Muito obrigado;

Aos meus pais, Flavio e Sirlei que sempre me apoiaram em todas as minhas escolhas e acreditaram independente dos meus sonhos. Muito obrigado por tudo;

A minha mulher, Andreza, por todos os momentos nestes 10 anos juntos, sua compreensão, simpatia e dedicação. Muito obrigado por tudo;

## RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar a percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual, residentes na região da Grande Florianópolis. Esta pesquisa descritiva foi um estudo tipificado como *levantamento (survey)*, com abordagem quantitativa e qualitativa do problema investigado. A amostra constituiu-se de 168 adultos com deficiência visual, residentes da Grande Florianópolis e associados da Associação Catarinense para Integração dos Cegos (ACIC), com faixa etária de 18 a 59 anos. O instrumento utilizado foi uma entrevista semiestruturada baseado na literatura existente, no constructo **qualidade de vida**, de acordo com as concepções de Nahas, a partir de indicadores evidenciados em um grupo focal com adultos com deficiência visual e sob a perspectiva de profissionais experientes na área de educação especial. Foram realizados procedimentos de estatística descritiva, de associação (Qui-quadrado) e análise de regressão logística multinomial (bruta e ajustada). O tratamento estatístico foi realizado através do *software* SPSS, versão 16.0 *for Windows*. Para todos os testes foi adotado um nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança de 95%. Os adultos com deficiência visual, da Grande Florianópolis, apresentaram uma média de idade de 37,55 anos (DP=11,55) Aproximadamente 45% viviam com companheiros, 70% moravam em casas, 66% residiam em locais próprios ou da família, 10% moravam sozinhos e cerca de 81% viviam com seus familiares. Aproximadamente 54% dos adultos eram trabalhadores, sendo as principais ocupações: massoterapia, atividades em setores administrativos, atividades no setor de reciclagem da ACIC, telefonista, entre outras. Entre aqueles adultos que não trabalham 43% eram aposentados. Entre os adultos, 45% eram cegos e 63% congênitos, sendo que durante a infância e adolescência foram os períodos em que ocorreram menores incidências para a deficiência visual. As principais causas foram: retinose pigmentar, retinopatia da prematuridade, glaucoma e toxoplasmose. Entre os entrevistados, aproximadamente 57% possuíam sobrepeso ou obesidade, com números alarmantes – seis em cada dez estavam com peso fora da faixa recomendável e três em cada dez foram considerados obesos. Em relação às condições de vida, nos componentes **trabalho e renda e segurança e acessibilidade** houve uma prevalência maior de percepção negativa que positiva, sendo que nos dois componentes a percepção negativa foi maior entre as mulheres com baixa visão. Aproximadamente 51% dos adultos com deficiência visual apresentaram um comportamento positivo para o estilo de vida, sendo que as mulheres cegas foram as que apresentaram a maior prevalência de

comportamento positivo no estilo de vida. Os componentes de alimentação, apenas para os homens, e atividade física, para ambos, foram os que apresentaram um comportamento mais negativo, justificando, desta forma, os números referentes aos percentuais elevados do IMC elevado. Com relação à atividade física, 56% eram inativos e apenas 26,2% cumpriam as recomendações de realizar 150 minutos de atividades, divididos em três vezes por semana. As principais atividades praticadas foram a musculação, as caminhadas e o *goalball*. Os principais motivos relatados para a não adesão à atividade física foram: falta de tempo, sentem-se acomodados e preguiça. Com relação à prevalência da qualidade de vida (positivo e intermediário) e sua associação com os fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão, encontrou-se associação nas análises brutas e ajustadas apenas na variável “trabalho”. A percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual foi considerada positiva para 33,9% dos sujeitos. Esse índice foi de 39,0% para os adultos cegos e 29,7% para aqueles com baixa visão. Os resultados permitiram verificar a necessidade de ações para melhorar as condições de segurança e acessibilidade para a população em foco, possibilitando uma maior inclusão em ambientes propícios para a prática de atividade física. Programas que visem à promoção da saúde, envolvendo aumento de atividade física e diminuição do peso corporal estão associados diretamente com menos problemas de saúde. Consequentemente, com a diminuição dos custos com a saúde e uma melhora na qualidade de vida dessa população.

**Palavras-chave:** Pessoas com deficiência visual; Qualidade de vida; Grande Florianópolis.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the perceived quality of life of visually impaired adults living in Greater Florianópolis. This descriptive study was typified as a survey (survey), with quantitative and qualitative approach to the problem investigated. 168 adults with visual impairments, residents and associates of Florianópolis Santa Catarina Association for Integration of the Blind (ACIC), aged 18-59 years, were studied in this paper. The instrument used was a semi-structured interview based on existing literature, the construct **quality of life**, according to the conceptions of Nahas, from indicators highlighted in a focus group of adults with visual impairment and under perspective of experienced professionals in the area of special education. We performed procedures of descriptive statistics, association (chi-square) and multinomial logistic regression analysis (crude and adjusted). Statistical analysis was performed using the SPSS software, version 16.0 for Windows. For all tests, we adopted a significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval of 95%. Adults with visual impairments, in Florianópolis, had a mean age of 37.55 years ( $SD = 11.55$ ) Approximately 45% had partners, 70% lived in houses, 66% lived in places themselves or family, 10% lived alone and about 81% lived with their families. Approximately 54% of adults were employed, and the main occupations were: massage therapy, activities in administrative sectors, activities in the recycling of ACIC, telephone, and others. Among those adults who do not work 43% were retired. Among adults, 45% were blind and 63% were congenital, and during childhood and adolescence were the periods in which there were lower incidences for the visually impaired. The main causes were: retinitis pigmentosa, retinopathy of prematurity, glaucoma, and toxoplasmosis. Among the respondents, approximately 57% were overweight or obese, with alarming numbers - six in ten were weighing out the recommended range and three in ten were considered obese. Regarding living conditions, the components **work and income** and **security and accessibility** was a higher prevalence of negative perceptions than positive, being the two components of negative perception higher in women with low vision. Approximately 51% of adults with visual impairment had a positive behavior related to lifestyle, and the blind women were the ones with the highest prevalence of positive behavior in lifestyle. The components of food, only for men, and physical activity for both, were those with more negative behavior, justifying thus the numbers related to high percentage of high BMI. With respect to physical activity, 56% were inactive and only 26.2% met the recommendations to make 150 minutes of activity,

divided into three times a week. The main activities practiced were: bodybuilding, walking and goalball. The main reasons reported for non-adherence to physical activity were: lack of time, accommodation and laziness. Regarding the prevalence of quality of life (positive and intermediate) and its association with sociodemographic factors, nutritional status and characteristics of vision, an association was found in crude and adjusted analyzes only in the variable "work." The perception of quality of life of adults with visual impairment was considered positive for 33.9% of subjects. This rate was 39.0% for blind adults and 29.7% for those with low vision. Results indicate the need for actions to improve safety and accessibility for the studied population, allowing greater inclusion in environments conducive to physical activity. Programs aimed at health promotion, involving increased physical activity and body weight loss are directly associated with fewer health problems and, consequently, with decreasing health care costs and an improved quality of life for this population.

**Keywords:** Persons with visual impairments; Quality of life; Greater Florianópolis.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Protocolo de pontuação para definição da qualidade de vida dos adultos com deficiência visual .....	55
<b>Figura 2.</b> Escores referentes à percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual.....	59
<b>Figura 3.</b> Percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis por resquício visual (baixa visão e cego) e sexo .....	96



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Variáveis e suas categorias utilizadas para caracterizar o perfil dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis quanto a informações sociodemográficas, antropométricas e pessoais. ....	51
<b>Quadro 2.</b> Componentes e variáveis utilizadas na análise das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis. ....	52
<b>Quadro 3.</b> Variáveis e suas categorias utilizadas para verificar o estilo de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis. ....	54
<b>Quadro 4.</b> Categorização do nível de atividade física (frequência por tempo acumulado). ....	57



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas de acordo com o sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	62
<b>Tabela 2.</b> Características laborais de acordo com o sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	64
<b>Tabela 3.</b> Motivo para os adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis, não trabalharem.....	65
<b>Tabela 4.</b> Características visuais dos adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis.....	66
<b>Tabela 5.</b> Principais causas para deficiência visual nos adultos da Grande Florianópolis.....	68
<b>Tabela 6.</b> Características antropométricas dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	69
<b>Tabela 7.</b> Percepção de condições de vida por resquício visual no componente / Moradia e Vida no Lar.....	71
<b>Tabela 8.</b> Percepção de condições de vida por sexo no componente / Moradia e Vida no Lar.....	71
<b>Tabela 9.</b> Percepção de condições de vida por resquício visual no componente / Trabalho e Renda.....	72
<b>Tabela 10.</b> Percepção de condições de vida por sexo no componente / Trabalho e Renda.....	72
<b>Tabela 11.</b> Percepção das condições de vida por resquício visual no componente / Lazer e Vida Social.....	74
<b>Tabela 12.</b> Percepção das condições de vida por sexo no componente / Lazer e Vida Social.....	74
<b>Tabela 13.</b> Percepção de condições de vida por resquício visual no componente / Percepção de Saúde.....	75
<b>Tabela 14.</b> Percepção de condições de vida por sexo no componente / Percepção de Saúde.....	75
<b>Tabela 15.</b> Percepção de condições de vida por resquício visual no componente / Segurança e Acessibilidade.....	77
<b>Tabela 16.</b> Percepção de condições de vida por sexo no componente / Segurança e Acessibilidade.....	77
<b>Tabela 17.</b> Condições de acessibilidade arquitetônica por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	79
<b>Tabela 18.</b> Condições de acessibilidade arquitetônica, por sexo, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	80
<b>Tabela 19.</b> Condições de acessibilidade atitudinal por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	81

<b>Tabela 20.</b> Condições de acessibilidade atitudinal por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	81
<b>Tabela 21.</b> Percepção das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	82
<b>Tabela 22.</b> Estilo de vida (relacionamentos) por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	83
<b>Tabela 23.</b> Estilo de vida (relacionamentos) por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	83
<b>Tabela 24.</b> Estilo de vida (controle do estresse) por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	84
<b>Tabela 25.</b> Estilo de vida (controle do estresse) por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	85
<b>Tabela 26.</b> Estilo de vida (comportamento preventivo) por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	85
<b>Tabela 27.</b> Estilo de vida (comportamento preventivo) por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	86
<b>Tabela 28.</b> Estilo de vida (atividade física), por resquício visual, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	87
<b>Tabela 29.</b> Estilo de vida (atividade física), por sexo, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	87
<b>Tabela 30.</b> Estilo de vida (alimentação), por resquício visual, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	88
<b>Tabela 31.</b> Estilo de vida (alimentação), por sexo, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	89
<b>Tabela 32.</b> Comportamento do estilo de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	89
<b>Tabela 33.</b> Principais atividades praticadas pelos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	92
<b>Tabela 34.</b> Motivos para os adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis não praticarem atividade física regular.....	92
<b>Tabela 35.</b> Nível de atividade física e fatores associados aos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	93
<b>Tabela 36.</b> Percepção das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis em cada componente.....	95
<b>Tabela 37.</b> Estilo de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis em cada componente.....	95
<b>Tabela 38.</b> Percepção de qualidade de vida de acordo com as variáveis sociodemográficas dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.....	97
<b>Tabela 39.</b> Análise bruta da regressão logística multinomial entre a qualidade de vida, fatores sociodemográficos, estado nutricional e	

características da visão em adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis, 2011 .....	101
<b>Tabela 40.</b> Análise ajustada da regressão logística multinomial entre a qualidade de vida, fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão em adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis, 2011 .....	102
<b>Tabela 41.</b> Bloco de perguntas da 1º e 2º versão do instrumento .....	126
<b>Tabela 42.</b> Questões avaliadas na terceira versão do instrumento. ....	127
<b>Tabela 43.</b> Níveis de reprodutibilidade das variáveis do instrumento de pesquisa .....	129



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 FORMULAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA .....	27
1.2 OBJETIVOS .....	30
<b>1.1.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>30</b>
<b>1.1.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>30</b>
1.3 JUSTIFICATIVA .....	30
1.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	31
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	33
2.1 DEFICIÊNCIA .....	33
2.2 DEFICIÊNCIA VISUAL.....	34
2.3 QUALIDADE DE VIDA.....	36
<b>2.3.1 Condições de Vida.....</b>	<b>38</b>
<b>2.3.2 Estilo de Vida .....</b>	<b>39</b>
3 MÉTODOS.....	45
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	45
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	45
3.3 COLETA DE DADOS .....	46
3.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA .....	46
3.5 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	46
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	48
3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	49
3.8 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA (IQV) PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL.....	55
<b>3.8.1. Protocolo de pontuação para definição da qualidade de vida dos adultos com deficiência visual.....</b>	<b>55</b>
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	61
4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO (SOCIODEMOGRÁFICAS, PESSOAS E ANTROPOMÉTRICAS). .....	61

4.2. CONDIÇÕES DE VIDA NOS DIFERENTES COMPONENTES.....	70
4.2.1. Moradia e Vida no Lar .....	70
4.2.2. Trabalho e Renda.....	72
4.2.3. Lazer e Vida Social .....	73
4.2.4. Percepção de Saúde.....	75
4.2.5. Segurança e Acessibilidade.....	76
4.2.6. Condições de vida geral .....	81
4.3. ESTILO DE VIDA NOS DIFERENTES COMPONENTES .....	82
4.3.1. Relacionamentos .....	82
4.3.2. Controle do Estresse .....	84
4.3.3. Comportamento Preventivo .....	85
4.3.4. Atividade Física .....	86
4.3.5. Alimentação .....	88
4.3.6. Estilo de Vida Geral.....	89
4.4. ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS .....	91
4.5. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS .....	94
4.6. ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DA VISÃO EM ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS .....	100
CONCLUSÕES .....	103
REFERÊNCIAS .....	105
APÊNDICE .....	115
ANEXO .....	132

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 FORMULAÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A atividade física é definida, segundo ACMS (2007), como um movimento corporal produzido através da contração do músculo esquelético, elevando substancialmente o dispêndio energético. Essa ação está presente no dia a dia das pessoas, em seus mais variados momentos, tais como: no lazer, no trabalho, em deslocamentos ou atividades da vida diária. Estudos, segundo Department of Health and Human Services (2008), indicara claramente que a atividade física regular tem relação com a saúde, além de existir uma associação inversa entre os níveis desta atividade física e a incidência de diversas doenças.

Durante muito tempo buscou-se longevidade, bem como acrescentar anos de vida às pessoas. O enfoque atual, porém, tem sido melhorar a qualidade desses anos, acrescentando-se disposição, estilo de vida ativo e vontade de viver. Há fortes evidências que indicam que os indivíduos fisicamente ativos possuem uma expectativa de vida produtiva e elevada, pois a inatividade física é um componente importante na debilidade, redução de qualidade de vida e morte prematura nos dias atuais (NAHAS, 2010).

Gonçalves e Vilarta (2004) destacaram que o constructo **qualidade de vida** significa várias coisas, diz respeito ao estilo que as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano. Nahas (2010) complementa que tal conceito é diferente de pessoa para pessoa e poderá, inclusive, mudar ao longo da vida. Porém, é inquestionável a ideia de que os fatores que determinam a qualidade de vida são muitos, dentre eles: estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade.

Em meados da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preocupou-se em definir o termo qualidade de vida, em decorrência, principalmente, do aumento na quantidade de pesquisas nesta área (SAVIANI, 2005). Para o grupo da Organização Mundial da Saúde que discutiu o tema (WHOQOL Group, 2010, p.1), qualidade de vida significa 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”.

A forma como vive o ser humano pode ser definida como o estilo de vida, que, segundo Nahas (2010, p.22), é o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”. Atualmente, o estilo de vida é considerado um dos mais importantes determinantes da saúde de indivíduos, grupos e comunidades.

Para grande parte da população, os maiores riscos para a saúde e o bem-estar têm como origem o comportamento individual, e este está associado diretamente à qualidade de vida do indivíduo. Por outro lado, sua percepção de qualidade de vida positiva não estará vinculada apenas a um estilo de vida saudável, visto que a qualidade de vida tem muitos determinantes.

Apesar de toda informação e divulgação sobre a importância de um estilo de vida ativo, a WHO (2010) relata que o sedentarismo é identificado como o fator de risco principal por aproximadamente  $\frac{1}{4}$  da mortalidade global. Em muitos países, uma parcela significativa da população é considerada insuficientemente ativa, gerando grandes implicações para a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e da saúde geral. Essas doenças estão relacionadas, muitas vezes, com o estilo de vida, sendo a atividade física sistematizada uma poderosa aliada na melhoria desse quadro.

As pessoas com deficiência (motora, intelectual ou sensorial) tendem a ser menos ativas fisicamente. Porém, elas possuem as mesmas necessidades na prevenção de doenças e no incremento da qualidade de vida. Atividades físicas regulares poderão reduzir sintomas de ansiedade e depressão, além de promover a socialização e aumentar a percepção de bem-estar geral das pessoas com deficiência (NAHAS, 2010).

Aquelas que não possuem oportunidades ou estímulos adequados para prática continuada de atividade física estão mais propensas a se tornarem sedentárias, devido à maior limitação, pouca adequação, falta de acessibilidade e o preconceito sobre suas possibilidades.

A deficiência visual, em particular, é uma limitação sensorial que poderá levar a pessoa a ter comprometimento em seu desenvolvimento motor, afetivo, social e cognitivo. Para Conde (1994), a pessoa com deficiência visual pode apresentar déficits, tais como: atraso na mobilidade, coordenação motora pouco eficiente, postura inadequada, atraso no domínio da marcha, falta de equilíbrio, tônus muscular hipotônico, redução da resistência física, flexibilidade articular insuficiente para as atividades diárias, dificuldade de relaxamento muscular, aumento do tempo entre o estado de prontidão e o movimento inerente.

Langelaan et al. (2007) – ao estudarem o impacto da deficiência visual na qualidade de vida, comparando adultos com deficiência visual com média de idade de 42,1 anos com a população em geral e pessoas com outras condições crônicas – concluíram que a deficiência visual tem um impacto negativo substancial sobre a qualidade de vida. Apesar de haver um foco em promoção de saúde para adultos com deficiência visual, McDonnall (2007) enfatiza que tal assunto ainda não tem recebido a atenção adequada e

necessária. Faz-se necessário concentrar suas ações para melhorar a saúde e o bem-estar dessas pessoas.

Ao longo dos últimos anos, no Brasil, segundo Resende e Vital (2008), ocorreu um aumento significativo da quantidade de pessoas com deficiência. Os principais fatores que contribuíram para isso foram o aumento da expectativa de vida e o aumento da violência urbana (assalto, violência no trânsito, entre outros motivos). Isso alterou o perfil dessa população, que anteriormente era decorrente de deficiências geradas por doenças ou fatores genéticos.

Segundo o último censo realizado no Brasil há aproximadamente 46 milhões de pessoas com alguma deficiência, dentre estas, cerca de 36 milhões possuem a deficiência visual. No estado de Santa Catarina há seis milhões de pessoas com deficiência, sendo 993 mil 180 pessoas que relataram possuírem a deficiência visual (IBGE, 2010).

As pessoas que passam a ter a deficiência visual devem reestruturar sua forma de viver, desde pequenas ações no dia a dia, como comer e vestir-se, até grandes ações, tal como caminhar pela rua ou praticar alguma forma de esporte. Para Marques (2005), essas mudanças do estilo de vida requerem competência nas habilidades motoras e habilidades de interação social. O aumento das oportunidades, as modificações do meio e a melhoria das atividades oferecidas têm facilitado e oportunizado uma vida mais ativa às pessoas com deficiência.

As pessoas com deficiência visual, caso não sejam estimuladas e auxiliadas para a prática desportiva ou até mesmo para a prática saudável de uma caminhada ou de uma corrida, encontram maiores dificuldades de sair de suas casas, em decorrência da limitação visual. Além disso, a falta de incentivo por parte da família ou das entidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência visual favorece um estilo de vida sedentário nessa população, assim como aumentam os riscos de doenças ligadas diretamente ao sedentarismo.

Como a qualidade de vida depende de diversos fatores – tais como moradia, trabalho, condições de saúde, além do estilo de vida de cada pessoa – questiona-se qual a percepção de qualidade de vida de adultos com deficiência visual na região Grande Florianópolis?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção de qualidade de vida de adultos com deficiência visual, da Grande Florianópolis.

Pretende-se atingir os seguintes objetivos específicos em relação à qualidade de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

Traçar o perfil sociodemográfico, pessoal e antropométrico da amostra;

Descrever as condições de vida nos diferentes componentes: moradia e vida no lar, trabalho e renda, lazer e vida social, percepção de saúde e segurança e acessibilidade;

Descrever o estilo de vida nos diferentes componentes: relacionamentos, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação;

Determinar o nível de atividade física habitual e os fatores associados: sociodemográficos, pessoais e da deficiência visual;

Determinar o grau de associação do Índice de Qualidade de Vida com os fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

Pessoas com deficiência visual, assim como aquelas sem deficiência, possuem as mesmas necessidades com relação a níveis de atividade física, para promover a saúde. A atividade física é hoje um dos principais elementos na busca de uma melhor qualidade de vida, sendo que sua prática leva desde a melhora da capacidade física, até uma melhor interação nas relações sociais (OLIVEIRA FILHO, 2003). Porém, as oportunidades para a prática regular de atividade física são extremamente comprometidas, em decorrência de barreiras arquitetônicas e atitudinais que essa população enfrenta, em seu dia a dia. Soler (2005) cita que, apesar de não haver dados oficiais, a estimativa é que apenas 10% das pessoas com deficiência, no Brasil, praticam algum tipo de exercício físico ou esporte.

Esse baixo índice, citado por Soler (2005), pode ser proveniente de vários fatores, entre eles: a falta de ambientes acessíveis e seguros para prática da atividade física; profissionais que trabalham com a educação física e a inclusão; falta de oportunidades para a prática de atividade física regular; barreiras atitudinais e sociais com relação à pessoa com deficiência; falta de auto-percepção e confiança nas suas potencialidades; superproteção familiar.

A busca pela qualidade de vida das pessoas com deficiência visual é cada vez mais frequente, seja pelas leis de inclusão social ou pelas reivindicações por parte desse segmento ao cumprimento dos seus direitos humanos e constitucionais. Com tais atitudes, as pessoas com deficiência visual estão buscando autonomia, saindo de suas casas e passando a praticar, ao longo de sua vida, cada vez mais atividade física. Essa situação pode refletir ativamente no seu estilo de vida, atuando de forma positiva na qualidade de vida.

Além disso há uma escassez de estudos direcionados à qualidade de vida dos adultos com deficiência visual, no Brasil, é evidente no meio científico.

#### 1.4 DELIMITAÇÕES DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com pessoas com deficiência visual, diagnosticada de acordo com a Organização Mundial da Saúde. Os informantes são associados da ACIC e com idades de 18 a 59 anos e residentes da Grande Florianópolis. Foram incluídos apenas os adultos que possuíam condições de responder a entrevista sem auxílio de terceiros.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, serão abordados os referenciais teóricos relevantes para a pesquisa, separando-os em três tópicos: **Deficiência**; **Deficiência visual** e **Qualidade de vida**. O primeiro item desta revisão é **Deficiência**, em que serão discutidos conceitos e legislações pertinentes a esse segmento da sociedade. Logo após, serão abordados tópicos pertinentes às características das pessoas com deficiência visual.

No capítulo **qualidade de vida** é abordado o conceito de qualidade de vida, discutido atualmente, assim como pontos relevantes sobre os domínios e seus componentes operacionalizados para esta pesquisa. Além disso, serão abordados aspectos considerados importantes para um estilo de vida saudável.

### 2.1 DEFICIÊNCIA

A deficiência de acordo com o Decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999 que regulamenta a Lei N° 7.853, de 24 de outubro de 1989 e dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolidando as normas de proteção e dando outras providências, é “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”

Historicamente, as pessoas que possuíam algum tipo de deficiência eram afastadas do convívio social. As ações direcionadas a esse grupo eram basicamente assistencialistas e engendradas por motivação religiosa ou caritativa. Porém, apesar disso ainda ocorrer nos dias atuais, por sua vez, está se tornando cada vez menos frequente, em parte principalmente pelas atitudes e comportamentos que as pessoas com deficiência estão tomando (BERNARDES *et al.* 2009).

As pessoas com deficiência ainda recebem, muitas vezes, o rótulo de incapazes, ineficientes ou “coitadinhas”. Em determinadas ocasiões, são segregadas, excluídas e condenadas ao isolamento, por não estarem dentro dos padrões de normalidade impostas pelos meios de produção capitalista. Nesse regime econômico, os padrões da normalidade são a produtividade e a adaptação aos padrões sociais, como afirmaram Cidade e Freitas (2002).

Essas autoras enfatizam ainda que tais pessoas estão diretamente sob risco de sua independência ser comprometida, pois a deficiência é costumeiramente confundida com incapacidade de julgamento e decisão. Tal situação acaba gerando nas pessoas que não possuem a deficiência a premissa

paternalista de tomar as decisões acreditando que elas não sejam capazes de tomar tais decisões sozinhas. Esse comportamento ainda se encontra presente, através de um tratamento de superproteção, infantilizador e autoritário também por parte dos profissionais de saúde, cuidadores e familiares. Isso, muitas vezes, gera uma relação na qual a pessoa com deficiência é o polo frágil, e a pessoa sem deficiência passa a agir como fonte de poder.

A legislação brasileira, até a década de 1980, basicamente tinha um caráter assistencialista e paternalista, ratificando a visão e a prática com as quais geralmente vinham sendo tratadas as questões envolvendo as pessoas com deficiência. As políticas centravam-se, no caso das pessoas com deficiência visual, na organização do ensino e instalação de classes em braille, na adaptação social e de reabilitação. Sendo assim, cabia à pessoa adaptar-se ao meio onde vive, e não o contrário (BRUMER; PAVEI; MOCELIN, 2004).

Após a promulgação da Constituição de 1988, as pessoas com deficiência passaram a ter seus direitos assegurados, nos diferentes campos e aspectos da sociedade. Porém, mesmo que o marco legal tenha formalizado os direitos básicos e essenciais, mantiveram-se ideias com caráter assistencialista, as quais já estavam enraizadas na sociedade e que constituem barreiras no processo de inclusão social (BRASIL, 2006).

Leis e decretos foram criados buscando garantir a cidadania das pessoas com deficiência, possibilitando-lhes: o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS); a regulamentação da Assistência Social, oferecendo atendimento de habilitação e reabilitação; o estabelecimento de normas e critérios básicos para a promoção de acessibilidade, de caráter arquitetônico, urbanístico, acesso aos meios de transporte, informação, comunicação ou de tecnologia assistida (BERNARDES *et al.*, 2009).

As pessoas com deficiência buscam, diariamente, o direito de construir uma identidade própria e de reconhecimento do outro, no direito à igualdade e no respeito às diferenças. A oportunidade de ter as diferenças reconhecidas parte do princípio da equidade, que reconhece a diferença e a necessidade de haver condições diferenciadas (NEVES; FRASSON; CANTORANI, 2010).

## 2.2 DEFICIÊNCIA VISUAL

Em 2002, aprovou-se a Política Nacional de Saúde para a Pessoa com Deficiência, pelo Conselho Nacional de Saúde, publicada pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº 10.060/2002. A proposição central dessa política é de reabilitar a pessoa com deficiência em sua capacidade funcional e no desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em toda sua vida social (BRASIL, 2006).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10 / H54), publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2005), a deficiência visual inclui a baixa visão e a cegueira. De baixa visão é aquela pessoa com acuidade visual menor que 6/18, uma pessoa com visão normal enxerga a 18 pés (aproximadamente 6 metros); a pessoa com deficiência visual enxerga a 6 pés (aproximadamente 2 metros), mas igual ou maior que 3/60 (3 pés, aproximadamente 9 metros e 60 pés é aproximadamente 183 metros) ou um campo visual correspondente a menos de 20 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível; a cegueira é considerada quando a pessoa detém acuidade visual menor que 3/60 (pés) ou uma perda no campo de visão correspondente a menos de 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção óptica possível.

As pessoas que adquiriram a deficiência visual ao longo da vida têm como causas principais, segundo Diehl (2006) e Sobrinho (2006), o diabetes, o glaucoma e a degeneração macular senil. Analisando os dados epidemiológicos sobre o padrão de cegueira, indica-se que até 75% dos casos avaliados são evitáveis. A cegueira evitável é definida como cegueira que poderia ser tratada ou prevenida. Entre as principais causas evitáveis de cegueira estão: a catarata, erros de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo), retinopatia, glaucoma diabético e causas relacionadas com a degeneração macular senil (SALOMÃO; MITSUHIRO; BELFORT, 2009).

A deficiência visual pode ser caracterizada como congênita ou infantil, quando as principais causas são anomalias presentes no nascimento, à qual se deve a algumas irregularidades no processo de desenvolvimento intrauterino, podendo ser citados, entre os casos, fatores genéticos e ambientais, bem como suas interações. Entre os fatores ambientais podem ser citados os agentes físicos, químicos ou infecciosos, que podem provocar alterações no desenvolvimento intrauterino (SOBRINHO, 2006).

Durante o desenvolvimento motor, a visão fornece um *feedback* importante para os sistemas vestibular e proprioceptivo. Consequentemente, o desenvolvimento motor é prejudicado nos casos prematuros de cegueira. Os resultados fornecem evidências reais de que o desenvolvimento motor já é afetado a partir do primeiro mês da cegueira. Estratégias para compensar a falta de calibração dos sistemas vestibular e proprioceptivo, fornecidos pela visão, devem ser melhoradas no início de intervenções terapêuticas para crianças cegas. É um fato estabelecido que os sistemas sensoriais tenham uma ampla gama de plasticidade e, em certa medida, no início da intervenção podem ajudar a compensar a falta de visão (PRECHTL *et al.* 2001).

O que acontece ao seu redor passa-se como uma situação abaixo do limiar de captação, fazendo com que a criança tenha a tendência de se fechar

cada vez mais em seu mundo exclusivo, não fazendo relação do seu eu com os que a cercam ou com o ambiente em que vive (NEVES; FRASSON; CANTORANI, 2010).

A perda da visão poderá provocar grandes alterações, diminuindo a adaptação da pessoa à sociedade, afirmam Bittencourt e Hoehne (2006). Lucas *et al.* (2003) apontam que a visão é considerada a grande precursora da integração da pessoa em atividades motoras, perceptivas e mentais. Neves, Frasson e Cantorani (2010) complementaram afirmando que as defasagens no desenvolvimento geral da pessoa com deficiência visual são mais acentuadas na área motora, não por um déficit anátomo-fisiológico inerente à criança com deficiência visual, mas sim pela limitação de experiências motoras em diversos níveis. Essa limitação de experiências tem ocasionado, nessas pessoas níveis de aptidão física geralmente mais baixos, em comparação com pessoas sem estas características de deficiência (RURANGIRWA; *et al.* 2006).

A baixa oportunidade de vivência motora na infância e ao longo de seu desenvolvimento produzirá características pontuais na fase adulta das pessoas com deficiência. Conde (1994) destacou alguns pontos, tais como: atraso na mobilidade, imagem corporal imprecisa, problemas no esquema sinestésico, lateralidade indefinida, coordenação motora pouco eficiente, postura defeituosa, direcionalidade confusa, atraso no domínio da marcha, expressão corporal introvertida, falta de equilíbrio, tônus muscular hipotônico e inibição voluntária dos movimentos.

### 2.3 QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida ganhou notoriedade a partir de 1964, quando o presidente dos Estados Unidos da América (EUA), Lyndon Johnson, declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK *et al.* 1999). Os autores ainda enfatizam que, nessa época, começou-se a estruturar e estudar tal conceito em diversas áreas do conhecimento, inclusive a Educação Física. Seidl e Zannon (2004) destacaram que, na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente e decorrente, em parte, dos novos paradigmas que influenciam as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas.

Para Campos e Neto (2008), não existe um consenso sobre o que constitui a qualidade de vida. Possui uma definição desde o estado de saúde, assim como a influência de diversos outros domínios, tais como: o meio

ambiente, recursos econômicos, relacionamentos, tempo de trabalho e lazer. Sendo assim, diversos fatores podem estar associados a ela.

Dantas, Sawada e Malerbo (2003) corroboraram a ideia de que a qualidade de vida apresenta inúmeros significados, pois é uma noção eminentemente humana, que reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades. Esses significados expressam o momento histórico, a classe social e cultural a que a pessoa pertence. Dessa forma, Nahas (2010, pag.16), com uma visão mais holística, menciona que a qualidade de vida é a “percepção de bem-estar, resultante de um conjunto de parâmetros individuais e socioambientais, modificáveis ou não, que caracterizam as condições em que vive o ser humano.” (...) E está associada com o “estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, disposição, prazer e até espiritualidade” (pag. 15).

Característica como a qualidade da visão, também é parte integrante da qualidade de vida de todos os indivíduos, sendo que sua limitação traz dificuldades diárias, tais como: vestir, comer, comunicação simples ou interação com os outros (STELMACK, 2001). A qualidade de vida é considerada um importante indicador de saúde, devido principalmente ao impacto físico e psicossocial de enfermidades, disfunções ou incapacidades que as mesmas podem acarretar para as pessoas acometidas (SEIDL; ZANNON, 2004).

Ela está cada vez sendo mais estudada, para encontrar meios de proporcionar condições plenamente melhores para todas as pessoas. Uma alternativa para diagnosticar esta qualidade que as pessoas possuem de suas vidas é com alguns instrumentos de medida. Campos e Neto (2008, p. 235) relataram que há instrumentos específicos capazes de “avaliar, de forma individual e específica, determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando maior capacidade de detecção de melhora ou piora do aspecto em estudo”.

Nesta pesquisa, o modelo de qualidade de vida foi operacionalizado de acordo com o conceito de Nahas (2010), em que, dentre os aspectos da qualidade de vida, este constructo está intimamente ligado às condições e ao estilo de vida das pessoas.

Sendo assim, o modelo proposto para qualidade de vida dos adultos com deficiência visual possui dois domínios e dez componentes. Os domínios são: **condições de vida** e **estilo de vida**. Os componentes das condições de vida são: **moradia e vida no lar, trabalho e renda, lazer e vida social, percepção de saúde, segurança e acessibilidade**. No domínio estilo de vida os componentes são: **relacionamentos, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física, alimentação**.

### 2.3.1 Condições de Vida

Em poucos anos, mais da metade da população mundial estará vivendo em cidades. Essa urbanização sem precedentes, com seus desdobramentos físicos, sociais e econômicos, está tendo um impacto na saúde da população. Hoje, com grandes tormentos da poluição, da pobreza e da violência, as cidades deixaram de assegurar uma boa qualidade de vida e estão se tornando insalubres (GOUVEIA, 1999).

O autor ainda destaca que no Brasil, apesar de a rede de serviços básicos expandir-se, observa-se que esse crescimento tem sido insuficiente para suprir as necessidades básicas da população, em função da urbanização acelerada e da conseqüente aquisição de novos hábitos de consumo. Apesar do aumento percentual da população servida por saneamento adequado entre as regiões brasileiras, há um grande diferencial entre essas regiões, principalmente em relação à cobertura de saneamento básico (GOUVEIA, 1999).

Já com relação ao trabalho e renda, Lacaz (2000) afirmou que a concretização de uma qualidade de vida no trabalho ocorre através do controle, sendo que o mesmo engloba a autonomia que os trabalhadores possuem sobre os processos que envolvem seu trabalho, tais como as questões de saúde, a segurança e as suas relações com a organização do trabalho. O autor ainda sugere que a ideia de qualidade de vida no trabalho envolve intrinsecamente as questões relacionadas às novas tecnologias e seu impacto com a saúde e o meio ambiente. Além de salários, incentivos, participação nos lucros das empresas, autonomia, criatividade, grau de controle e a quantidade de poder que o trabalhador tem.

A exclusão social, no decorrer da história, foi imposta à pessoa com deficiência visual em alguns momentos. Havendo a necessidade de sobrevivência do próprio grupo e, em outros, devido à rejeição do que era considerado o homem ideal.

A pessoa com deficiência visual em muitos casos, utilizar bengala para sua orientação e mobilidade. Este instrumento é algo que caracteriza sua deficiência, influenciando muitas vezes no preconceito das pessoas. A sociedade necessita aprender a aceitar e conviver com essa diversidade no cotidiano, nos direitos e deveres, nas lutas institucionais, na compreensão de que somos seres sociais em constante relação (PARANHOS, 2008).

A autora ainda menciona sobre a rede social das pessoas com deficiência visual que podem envolver a família, as amizades, suas relações de trabalho e suas relações comunitárias, ressaltando a inclusão da família como processo primordial, principalmente no momento de sua reabilitação.

A percepção de saúde também é um componente intrínseco importante para a definição de qualidade de vida. Nahas (2010) afirmou que a saúde é um dos nossos atributos mais preciosos, porém as pessoas só pensam em manter ou melhorar quando esta se encontra ameaçada. Apesar disso, as condições de vida em geral, segundo o mesmo autor, ainda são muito superiores que um século atrás. Mas, ainda estamos longe de sermos tão saudáveis quanto poderíamos ser, pois o estilo de vida que incorporamos em nossas vidas muitas vezes põe em risco nossa saúde, seja pelo estresse, pela alimentação inadequada ou pelo sedentarismo.

O componente **segurança e acessibilidade** é um dos mais contestáveis entre os adultos com deficiência visual, e de grande importância nas questões de inclusão social e direitos que estes cidadãos possuem. Para Vital e Queiroz (2008), a acessibilidade, tratada na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, é uma ferramenta para que estas pessoas atinjam sua independência, auxiliando sua participação na sociedade em geral, não se reduzindo apenas ao meio físico. Com relação à segurança, Resende e Nogueira (2008) discutiram sua garantia, na convenção sobre o direito das pessoas com deficiência. Destacaram que a mesma se apoia sobre o ponto fundamental de que as desigualdades socioeconômicas sejam reflexo de duas situações. A primeira, decorrente da herança social e a segunda das oportunidades sociais. É fundamental que todos tenham igual segurança, levando-se em conta suas desigualdades físicas, sensoriais, intelectuais, sociais e econômicas.

Kirchner, Gerber e Smith (2008), em estudo nos bairros de Nova York, EUA, sobre a acessibilidade para as pessoas com deficiência visual, concluíram que as principais barreiras encontradas são: problemas com o pavimento de calçada, problemas com poças d'água ou drenagem deficiente, problemas com construções, problemas com a remoção de neve e as atitudes do público. Porém, mesmo considerando os bairros habitáveis para as pessoas com deficiência, pelas condições que oferecem, ainda assim foram citados alguns pontos, tais como a melhoria no *design* e a manutenção das ruas, o que resolveria vários obstáculos do dia a dia. Essas barreiras influenciam as oportunidades, atuando diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.

### 2.3.2 Estilo de Vida

Além das condições de vida, o domínio **estilo de vida** é importante para a definição da qualidade de vida dos adultos com deficiência visual. Para Nahas (2010), o estilo de vida é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. O autor ainda aponta que estudos longitudinais indicam que bons hábitos de saúde, além de

melhorar a qualidade de vida, podem torná-la também mais longa, sendo, em média, 11 anos para os homens e sete anos entre as mulheres. Entretanto, essa longevidade dependerá muito dos comportamentos relacionados à saúde. Uma vida ativa, física e mentalmente, além de retardar o processo de envelhecimento, pode dar mais qualidade de vida para todas as pessoas.

A vida ativa é determinada pelo estilo de vida de cada indivíduo. Carvalho (1999) destacou que cada indivíduo opta pelo estilo de vida ao qual melhor se adapta e que isso é determinado em consonância com suas expectativas e possibilidades o que coloca a qualidade de vida em constantes reformulações. Estilos de vida mais ativos estão associados a menores gastos com saúde, menor risco de doenças crônico-degenerativas e redução da mortalidade precoce.

Com a modificação do estilo de vida, o indivíduo irá desenvolver sua aptidão física, sendo que esta pode ser relacionada à sua saúde e qualidade de vida, ou para melhorar sua performance. A melhora da aptidão física relacionada à saúde irá possibilitar mais energia para o trabalho e para o lazer, além de prevenir o risco de doenças ou condições crônico-degenerativas associadas ao baixo nível de atividade física (NAHAS, 2010). Além disso, o autor ainda menciona que dois terços das mortes provocadas por doenças que podem ser prevenidas são decorrentes de três comportamentos: tabagismo, maus hábitos alimentares e sedentarismo.

A falta de atividade física está apresentando a maior prevalência entre os fatores de risco de morbi-mortalidade (MATSUDO *et al.* 2002). Essa situação se agrava quando se trata de pessoas com deficiência visual, pois estas na maioria das vezes, têm suas atividades físicas diminuídas em função de diversos fatores, tais como: a exclusão social, o preconceito, a discriminação e a falta de igualdade de oportunidades, tendo estes fatores ligação direta ou indireta com a qualidade de vida das pessoas com deficiência (GUTIERRES FILHO *et al.* 2010).

Chen e Lin (2010) afirmaram que as pessoas com deficiência visual são mais propensas a participar de esportes ou atividades de lazer passivas. Algumas das principais dificuldades para essa população praticar atividades ativas são: limitações na aprendizagem tátil, inconveniência de se adaptar a novos ambientes rapidamente, funcionalidade, pressões econômicas, entre outras.

A necessidade do reconhecimento das limitações e das potencialidades dessas pessoas é de extrema importância no processo de educação para uma vida ativa. Grande parte das pessoas com deficiência visual, apresentam atraso motor nas atividades que envolvem equilíbrio, coordenação de movimentos, ritmo, esquema corporal, orientação espacial, além de hábitos posturais. Essas características, evidenciadas na maioria das

pessoas com deficiência visual, são limitadores para a adesão a um estilo de vida ativo e uma boa percepção de qualidade de vida dos adultos (MARQUES, 2005).

Nahas (2010) afirmou que no nosso estilo de vida existem fatores positivos e negativos, que comprovadamente afetam a saúde e o bem-estar, em curto ou longo prazo. Doenças crônico-degenerativas ou doenças crônicas não transmissíveis – como a hipertensão, a obesidade, o diabetes, o câncer e doenças cardiovasculares – estão sendo fortemente associadas a um estilo de vida negativo, a uma alimentação inadequada, ao estresse elevado e à inatividade física.

As pessoas com deficiência visual são, em princípio, fisicamente menos ativas que as pessoas que enxergam. Apresentam normalmente maiores taxas de obesidade que as pessoas sem deficiência. Porém, caso sejam oferecidas condições acessíveis, oportunizando a prática, muitas podem ser fisicamente ativas e com boa saúde (KIRCHNER; GERBER; BROOKE, 2008).

Com a atividade física, a pessoa com deficiência vivenciará seus limites e potencialidades. Terá oportunidades de ultrapassar algumas barreiras impostas pela sociedade, além de relacionar-se e trocar experiências com seus pares (RODRIGUES; VASCONCELOS, 2003/2004).

No lazer o prática de esportes adaptados é um meio de oportunizar às crianças e aos jovens com deficiência visual a possibilidade de explorar seu vocabulário corporal. Essa vivência pode evitar que tais pessoas se fechem em seu mundo de “barreiras” invisíveis.

Essas barreiras, muitas vezes, são criadas pela superproteção dos pais, parentes, amigos ou pela própria escola, dificultando seu desenvolvimento e sua autonomia. Além do aspecto motor, as atividades esportivas possibilitam momentos de integração social, podendo ampliar o círculo de amigos desses jovens (DIEHL, 2006). Souza (1994) afirmou que a prática esportiva poderá auxiliar na valorização da pessoa, na sua competência, na melhoria de suas capacidades funcionais (motoras, cardiovasculares e psíquicas), atuando também como prevenção contra os males do sedentarismo e contra as tendências ao ócio e à depressão. Portanto, contribui para o bem-estar físico e psicossocial.

A WHO (2010) destaca que adultos entre 18 e 64 anos de idade devem realizar pelo menos 150 minutos de atividades moderadas, ao longo da semana, ou 75 minutos de atividades vigorosas, ou uma combinação de ambas, sempre em blocos de pelo menos 10 minutos. Ainda há necessidade de realizar também atividades de fortalecimento muscular envolvendo os grandes grupos musculares, em dois ou mais dias por semana, para melhorar a aptidão cardiorrespiratória, muscular, a saúde óssea e reduzir os riscos de

doenças não transmissíveis e a depressão. Essas recomendações podem ser aplicadas em adultos com deficiências. Mas podem ter de ser ajustadas para cada indivíduo, com base na sua capacidade de exercício e os riscos de saúde específicos ou limitações.

A atividade deverá ser integrada à rotina da pessoa o mais cedo possível, para que ela desenvolva um amplo repertório de movimentos. Além disso, para colaborar com a promoção de uma vida saudável, as pessoas com deficiência visual necessitam fazer atividades que desenvolvam aptidões voltadas para a saúde e para a vida diária, tais como: força, flexibilidade, resistência muscular localizada e resistência cardiorrespiratória. (DIEHL, 2006).

A aptidão física relacionada à saúde é, segundo Nahas (2010), a capacidade de realizar atividades físicas que congreguem características que, em níveis adequados, possibilitem mais energia para as atividades de trabalho e lazer, proporcionando menores riscos de desenvolvimento de doenças ou condições crônico-degenerativas.

Embora se saiba da importância da atividade física regular para a melhora da aptidão física relacionada à saúde, Greguol e de Rose Jr (2009) enfatizaram que esta contribuição para o desenvolvimento motor e social não é plena para as pessoas com deficiência visual. Isso pelas poucas oportunidades oferecidas no engajamento em programas que ofereçam os estímulos necessários. Os autores mencionaram ainda que os jovens com deficiência apresentam, em sua maioria, um estilo de vida sedentário, refletindo diretamente em seu nível de aptidão física e, conseqüentemente, em sua saúde, o que vem dificultar ainda mais a se tornarem adultos ativos.

Uma baixa aptidão nos componentes relacionados à saúde pode gerar aspectos negativos no dia a dia das pessoas, afetando diretamente a qualidade de vida. Nahas (2010) apresentou alguns aspectos em cada componente, sendo eles:

- Baixa aptidão cardiorrespiratória: baixa capacidade de trabalho, fadiga prematura no trabalho e lazer, maior risco de doenças cardiovasculares;
- Baixa aptidão muscular: problemas articulares mais frequentes, problemas posturais, lesões musculares mais frequentes, dores lombares, maiores riscos de quedas no caso de idosos;
- Flexibilidade reduzida: problemas posturais, limitada participação em atividades esportivas/recreativas, maiores riscos de lesões musculares e articulares, dores lombares;
- Composição corporal negativa: o excesso de gordura está associado a vários problemas de saúde, tais como as doenças cardiovasculares, renais, digestivas, diabetes, problemas hepáticos e ortopédicos. A

obesidade traz implicações diretas para a saúde, como exemplo: maior incidência de doenças cardiovasculares, morte prematura, aumento da hipertensão, aumento da diabetes, aumento da artrite degenerativa, aumento das doenças dos rins, menor resistência orgânica, mais problemas posturais e menor qualidade de vida.

Há a possibilidade da prática de atividades esportivas por parte das pessoas com deficiência visual. Sejam elas atividades de caráter sistemático, para fins de rendimento ou atividades para manutenção da saúde, ou uma prática prazerosa para o lazer. Castro (2005) destaca que esporte para pessoas com deficiência significa modificação, ajuste ou acomodação de contextos físicos, tais como equipamentos, locais e material. Além dos procedimentos, tais como regras e organização. O esporte pode proporcionar novas experiências motoras, além de oportunizar experiências de novos movimentos, possibilitando a promoção e a integração total do indivíduo com a sociedade. Existem algumas modalidades esportivas que são mais praticadas e conhecidas entre as pessoas com deficiência visual, dentre elas destacamos o *goalball*, o atletismo, a natação e o futebol de 5. Entretanto, além dos esportes, há possibilidades da prática de atividade física de uma forma geral. Com pequenas adaptações e força de vontade, estas pessoas podem frequentar academias de musculação de dança, praticar caminhadas ou corridas, entre outras. Pois as pessoas com deficiência tendem a ser menos ativas fisicamente, mas possuem as mesmas necessidades de prevenção de doenças e incremento de qualidade de vida (NAHAS, 2010).



### 3 MÉTODOS

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo *levantamento* (*survey*), com abordagem quantitativa e qualitativa do problema investigado.

Quanto aos objetivos, a pesquisa possui característica descritiva, pois, segundo Gil (2007), tais pesquisas possuem como objetivo principal a descrição das características de determinada população, ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis e têm como objetivo estudar as características de um grupo.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o nº 1930/2011 (ANEXO 1).

#### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população para esta pesquisa foi constituída por pessoas com deficiência visual, residentes na região da Grande Florianópolis (Compreende os municípios de: Florianópolis, São José, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, Anitápolis, Rancho Queimado, Águas Mornas, São Pedro de Alcântara, Angelina, Antonio Carlos, Biguaçu e Governador Celso Ramos). A amostra do estudo foi composta por pessoas com deficiência visual, contendo entre 18 e 59 anos de idade completos, membros da Associação Catarinense para Integração dos Cegos (ACIC).

Tal entidade possui reconhecimento nacional e internacional pelo exemplar trabalho nas áreas de reabilitação, profissionalização e reintegração das pessoas com deficiência visual. Esta entidade é procurada por muitas pessoas com deficiência visual do Estado de Santa Catarina para atividades referendadas anteriormente.

A ACIC busca promover a inclusão da pessoa com deficiência visual, contribuindo para sua efetiva participação na sociedade. Ela está localizada no bairro Saco Grande, na cidade de Florianópolis, e passou a funcionar no endereço atual em 1992 (ACIC, 2011).

A amostra foi determinada por conveniência, objetivando-se fazer o levantamento com todos os associados da entidade estudada, realizando, desta forma, um censo da percepção da qualidade de vida dos adultos com deficiência visual, da Grande Florianópolis, membros da ACIC. Na entidade, há 776 associados cadastrados, sendo elegíveis para o estudo apenas 321 associados nessa faixa etária (18 a 59 anos). A amostra final foi de 168 adultos, considerando que 11 se recusaram a participar, 87 não foi encontrado

nem telefone ou endereço atualizado nos prontuários da associação e aproximadamente 55 não conseguiu contato para realizar a coleta.

### 3.3 COLETA DE DADOS

A pesquisa de campo foi realizada entre os dias 8 de agosto e 5 de outubro de 2011. A coleta dos dados com os funcionários/associados e alunos/associados da entidade foi realizada em uma sala específica para a pesquisa, na própria associação. Com os demais associados, que atualmente não possuem um vínculo direto, a coleta foi realizada no ambiente de trabalho ou na própria residência da pessoa.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE MEDIDA

O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. Segundo Thomas, Nelson e Silverman (2007), a mesma é uma técnica utilizada em levantamentos, de forma semelhante ao uso do questionário, exceto pelo fato de que os participantes da pesquisa foram questionados e responderam oralmente as perguntas.

Para a coleta das informações foi utilizado um roteiro de entrevistas, baseado na literatura e alguns instrumentos de qualidade de vida já validados, no constructo da qualidade de vida de acordo com as concepções de Nahas (2010), dos indicadores evidenciados em um grupo focal com adultos com deficiência visual e sob a perspectiva de profissionais experientes na área de educação especial. Segundo Tanaka e Melo (2001), o grupo focal pode ser definido como uma técnica de pesquisa ou de avaliação qualitativa, não-diretiva, que coleta os dados por meio das interações grupais, ao se discutir um tópico sugerido pelo pesquisador.

Os aspectos qualitativos da investigação buscaram centrar-se na compreensão das relações entre a percepção da pessoa com deficiência visual acerca da sua qualidade de vida, com o objetivo da construção do instrumento de medida.

### 3.5 CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

Cada vez mais são desenvolvidos e testados instrumentos estruturados e simplificados que são utilizados para reconhecer o completo bem-estar físico, mental e social dos sujeitos. Porém, medir a qualidade de vida é bastante complexo, pois não se encontra uma definição consensual sobre o que ela realmente significa. Dessa forma, o pesquisador deverá definir o que é considerado como qualidade de vida em seu estudo e

identificar os domínios a serem avaliados ou deve estabelecer em qual definição esse conceito se operacionaliza (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Tais instrumentos podem ser específicos, para uma determinada população, enfermidade ou situação. Fleck (2000) sugere que é difícil definir constructos subjetivos, influenciados por características temporais (de época) e culturais. Stelmack (2001) afirma que, para desenvolver um bom instrumento para medir a qualidade de vida das pessoas com deficiência visual, é preciso, primeiramente, identificar questões relevantes à qualidade de vida desses indivíduos. Isso pode ser feito por meio de entrevistas em profundidade ou organizando grupos focais para avaliar seus problemas funcionais, necessidades, aspirações, anseios, além de entrevistas com pessoas especializadas e a busca na literatura especializada.

O instrumento de pesquisa foi construído com base em um grupo focal formado por dez pessoas, com as características da amostra da pesquisa. O propósito desse grupo foi buscar, qualitativamente, as variáveis mais significativas para definição da autopercepção de qualidade de vida entre essa população.

Após a realização do grupo focal, a discussão foi transcrita e separada por blocos de assuntos. As variáveis foram pré-estruturadas com base nesse grupo focal e em instrumentos já validados. Após efetuado o levantamento, as variáveis foram ordenadas em forma de um roteiro de entrevista (Apêndice 1).

Os instrumentos utilizados como auxílio para a construção do roteiro de entrevista foram:

- Perfil do estilo de vida individual (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000);
- *Visual Functioning Questionnaire (VFQ-25) – National Eye Institute (SIMÃO et al. 2008);*
- *The World Health Organization Quality of Life Assesment (WHOQOL GROUP, 1998);*
- *Short Form Health Survey (SF-36) – (CICONELLI, 1997).*

O roteiro de entrevista final foi composto de seis blocos de perguntas, com 75 questões e uma pergunta geral aberta, relacionada a algum comentário geral. Os blocos foram referentes a:

- Características sociodemográficas, antropométricas e pessoais (20 perguntas);
- Moradia e vida no lar (3);
- Trabalho e renda (4);

- Lazer e vida social (6);
- Saúde e estilo de vida (25);
- Segurança e acessibilidade (17).

O roteiro de entrevista utilizado para este estudo foi previamente testado com relação à validade de face e conteúdo, clareza (pré-testagem) e reprodutibilidade (estudo piloto). Em todas as etapas seguiram-se os preceitos éticos, informando sobre o sigilo no tratamento das informações utilizadas e os entrevistados concordaram em participar, mediante a assinatura do TCLE. Os procedimentos realizados no processo de validação estão mais bem apresentados no Apêndice II.

### 3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após o contato com a entidade para informar e esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, realizou-se o levantamento do número de participantes.

Alguns dias antes da coleta de dados, os professores e funcionários comunicaram sobre a pesquisa e convidaram os alunos associados para a mesma.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foi abordado em sua natureza, metodologia e finalidade da pesquisa. Os entrevistados não assinaram o TCLE em virtude de não haver a possibilidade da presença de alguém de confiança, e o documento não estar em Braille. Dessa forma, o consentimento de participação da pesquisa foi realizado de forma verbal. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa foram informados sobre os procedimentos, a partir daquele momento (medidas antropométricas e entrevista).

Após o término da coleta com os associados, com os alunos e com os funcionários que estavam frequentando a entidade, a direção da entidade disponibilizou a lista e o prontuário com os demais associados. Posteriormente, foi feito contato com cada pessoa elegível para pesquisa, a fim de informar e convidar a participar da mesma, marcando dia e hora para a coleta dos dados.

As variáveis de características morfológicas foram coletadas para definição do Índice de Massa Corporal (IMC) e Razão Cintura Estatura (RCEst), para classificação de sobrepeso e obesidade.

A massa corporal foi mensurada em quilogramas, utilizando-se uma balança digital marca Plenna, calibrada para este fim, sempre sem calçados e com o mínimo de roupa possível. Norton e Olds (2005) mencionam que a massa é mensurada geralmente com pouca roupa, sendo que, primeiramente, deve-se certificar de que a leitura na balança é zero. Para a realização da

medida, o indivíduo deve posicionar-se no centro da balança, sem ajuda, e deve manter o peso bem distribuído entre os dois pés. A cabeça permanece firme e os olhos devem direcionar-se diretamente para frente.

A medida da estatura em metros foi realizada por meio de uma fita métrica fixada na parede, com o ponto zero fixado em nível de solo. Os indivíduos permaneciam com os pés/calcanhares, nádegas e parte superior das costas encostados na parede (escala). A cabeça posicionada no plano de *Frankfort* não necessita tocar a parede. O avaliado era orientado a respirar fundo e manter o ar nos pulmões. Após isso, era posicionado o esquadro sobre o vértex, pressionando contra o cabelo o máximo possível.

Para a circunferência da cintura, foi utilizada uma fita métrica inelástica de 1,0cm de largura, seguindo o protocolo australiano, em que o medidor coloca-se em frente ao observado e este deve fazer uma ligeira abdução dos membros superiores, de forma a facilitar a colocação da fita métrica, voltando em seguida a baixá-los até a posição inicial. A medida é obtida no fim de uma expiração normal. Essa medida pode ser obtida na meia distância entre o bordo inferior da grelha costal e a crista ilíaca, nos casos em que não é visível nenhuma zona mais estreita (NORTON; OLDS, 2005).

O procedimento de coleta foi desenvolvido num mesmo ambiente, levando aproximadamente 20 minutos para a realização da mesma.

### 3.7 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram armazenadas no programa *Excel 2007*, tabuladas no programa *SPSS 16.0 for Windows* e empregados os procedimentos estatísticos. Foram realizados procedimentos de estatística descritiva utilizando frequências absolutas e relativas, mediana, média e desvio padrão (DP), além dos valores mínimos e máximos e intervalo de confiança das variáveis de interesse do estudo.

Em relação às medidas de associação foi realizada através da regressão logística multinomial com análises brutas e ajustadas.

A regressão logística multinomial foi realizada para verificar a associação entre a variável desfecho (qualidade de vida), em relação aos indicadores sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, trabalho e estado civil), indicador de saúde (IMC) e indicadores visuais (resquício visual e período de incidência). Na análise bruta, as variáveis foram analisadas individualmente. Para a análise ajustada, todas as variáveis exploratórias foram para análise independente do valor do  $p$  da análise bruta.

A verificação da associação entre a percepção de qualidade de vida e nível de atividade física foi realizada através do teste Qui-Quadrado.

O tratamento estatístico foi realizado através do *software* SPSS, versão 16.0 *for Windows*. Para todos os testes foi adotado um nível de significância de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança de 95%.

Para descrever o perfil dos adultos com deficiência visual, da Grande Florianópolis, foram utilizadas as variáveis apresentadas no Quadro 1.

A análise da qualidade de vida foi realizada através das condições de vida e do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, de acordo com os quadros 2 e 3, respectivamente.

**Quadro 1.** Variáveis e suas categorias utilizadas para caracterizar o perfil dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis quanto a informações socio-demográficas, antropométricas e pessoais.

Variáveis	Questão	Categorias
Sexo	1	Masculino / Feminino
Idade	2	Adultos Jovens – 18 a 39 anos / Meia idade – 40 a 59 anos
Município que reside	3	Aberta
Tempo de residência	3 <sup>a</sup>	Até 11 meses / Entre 1 e 5 anos / Entre 6 e 10 anos / Acima de 11 anos
Nível de escolaridade	4	≤ Fundamental incompleto / Fundamental completo / Médio / Superior / Pós-graduação
Estado Civil	5	Solteiro / Separado ou viúvo / Casado ou vivendo como casado
Onde mora	6	Apartamento / Casa
Próprio ou alugado	6 <sup>a</sup>	Próprio / Alugado
Com quem mora	7	Solteiro / Familiares / Outras pessoas
Trabalho	8	Sim / Não
Por que não	8 <sup>a</sup>	Aberta
Ocupação	9	Aberta
Tempo semanal dedicado ao trabalho	9 <sup>a</sup>	Aberta
Visão remanescente	10	Baixa Visão / Cego
Percentual visão remanescente	11	Sem visão / Até 5% / Entre 6 e 15% / Entre 16 e 30% / Acima de 31%
Causa de deficiência visual	12	Aberto
Tempo de incidência	13	Congênito / 3 e 11 anos (infância) / 12 e 17 anos (adolescente) / Acima dos 18 anos (fase adulta)
IMC (Peso / Estatura <sup>2</sup> )	---	Abaixo do peso = Até 18,4 / Faixa recomendável = Entre 18,5 e 24,9 / Sobre peso = Entre 25 e 29,9 / Obesidade = Acima de 30
Razão cintura / estatura	---	Homens = Até 53,5% faixa recomendável / > 53,5% risco aumentado / > 58,1% risco muito alto Mulheres = Até 49% faixa recomendável / > 49,1% risco aumentado / > 54,1% risco muito alto
Problemas de saúde atualmente	29	Aberta
Conhecimento de técnicas de O.M.	46	Sim / Não

**Quadro 2.** Componentes e variáveis utilizadas na análise das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

<b>Componentes</b>	<b>Questões</b>	<b>Variável</b>	<b>Categorias</b>	<b>Dicotomizada</b>
<b>Moradia e Vida no Lar</b>	14	Em geral, como você se sente quando está em seu lar?	Mal/Mais ou menos Bem/Muito bem	Negativo Positivo
	15	Quais as condições de saneamento básico onde você mora?	Ruim/Regular Boa/Muito Boa	Negativo Positivo
	16	Quais as condições de infraestrutura do seu bairro?	Ruim/Regular Boa/Muito Boa	Negativo Positivo
	17	Em geral, como você se sente quando está no trabalho?	Mal/Mais ou menos Bem/Muito bem	Negativo Positivo
<b>Trabalho e Renda</b>	18	Você está satisfeito com o salário/aposentadoria que recebe?	Insatisfeito/Pouco Satisfeito Satisfeito/Muito Satisfeito	Negativo Positivo
	19	Qual a condição de acessibilidade em seu trabalho?	Ruim/Regular Boa/Muito Boa	Negativo Positivo
	21	Em geral, como você se sente quando está no seu lazer? (Tempo livre)	Mal/Mais ou menos Bem/Muito bem	Negativo Positivo
<b>Lazer e Vida Social</b>	25	Com que frequência você se sente deslocado/isolado(a) por ter deficiência visual?	Sempre/Frequentemente As vezes/Nunca	Negativo Positivo
	26	Você se considera incluído na sociedade?	Nunca/As vezes Frequentemente/Sempre	Negativo Positivo
	28	Como você considera a sua saúde?	Ruim/Regular Boa/Muito Boa	Negativo Positivo
<b>Percepção de Saúde</b>	30	Você consegue realizar as tarefas do dia a dia sem ficar cansado, sentir dor ou desconforto?	Nunca/As vezes Frequentemente/Sempre	Negativo Positivo
	31	Com que frequência você tem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade ou frustração?	Sempre/Frequentemente As vezes/Nunca	Negativo Positivo

Continuação - Quadro 2. Componentes e variáveis utilizadas na análise das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

Componentes	Questões	Variável	Categorias	Dicotomizada	
Segurança e Acessibilidade	49	Você se sente seguro ao caminhar na rua?	Nunca / As vezes Frequentemente / Sempre	Negativo Positivo	
	50	Você se sente seguro em seu lar?	Nunca / Às vezes Frequentemente / Sempre	Negativo Positivo	
	51 <sup>a</sup>	ACESSIBILIDADE* ARQUITETÔNICA	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	
	51 <sup>b</sup>		Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	
	51 <sup>c</sup>		Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	
	51 <sup>d</sup>		Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	
	51 <sup>e</sup>	No Trabalho	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	
	52 <sup>a</sup>	ACESSIBILIDADE* ATTUDINAL	No Deslocamento	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo
	52 <sup>b</sup>		No Lar	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo
	52 <sup>c</sup>		Áreas de Lazer	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo
	52 <sup>d</sup>		Áreas Comerciais	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo
	52 <sup>e</sup>	No Trabalho	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	
	52 <sup>e</sup>	No Deslocamento	Ruim / Regular Boa / Muito Boa	Negativo Positivo	

\* - As variáveis de acessibilidade (arquitetônica e atitudinal) apresentam uma percepção negativa ou positiva de acordo com o somatório dos cinco ambientes (lar, áreas de lazer, áreas comerciais, trabalho e deslocamento).

**Quadro 3.** Variáveis e suas categorias utilizadas para verificar o estilo de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

<b>Componentes</b>	<b>Questões</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>
<b>Relacionamentos</b>	22	Quanto está satisfeito com seu relacionamento interpessoal?	Insatisfeito / Pouco Satisfeito / Satisfeito / Muito Satisfeito
	23	Como é o relacionamento com sua família?	Insatisfeito / Pouco Satisfeito / Satisfeito / Muito Satisfeito
	24	Como se sente em ambientes com pessoas sem a deficiência visual?	Insatisfeito / Pouco Satisfeito / Satisfeito / Muito Satisfeito
	32	Com que frequência sente-se estressado?	Sempre / Frequentemente / As vezes / Nunca
<b>Controle do Estresse</b>	33	O quanto está satisfeito com as condições do seu sono?	Insatisfeito / Pouco Satisfeito / Satisfeito / Muito Satisfeito
	34	Quanto tempo você dedica para seu sono?	Aberta
<b>Comportamento Preventivo</b>	35	Possui hábito de fazer exames de rotina	Sim / Não
	36	Fuma	Não / Sim
	37	Ingestão de bebida alcoólica	Não / Sim
	41	AF que pratica	Inativo / Cumpre pouco as recomendações / Cumpre parcialmente as recomendações e Cumpre as recomendações
<b>Atividade Física</b>	43	Ingestão de frutas	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7
	44	Ingestão de alimentos gordurosos	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7
	45	Faz de 4 a 5 refeições incluindo café	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7

### 3.8 ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA (IQV) PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

A concepção de qualidade de vida operacionalizada para este estudo foi baseada em um grupo focal e no modelo de NAHAS (2010), sob o estilo e condições de vida das pessoas (Figura 1).



**Figura 1.** Modelo proposto para definição e avaliação da qualidade de vida dos adultos com deficiência visual.

#### 3.8.1. Protocolo de pontuação para definição da qualidade de vida dos adultos com deficiência visual.

##### 3.8.1.1. Condições de Vida

O domínio **condições de vida** foi analisado através de 16 questões (variáveis) em cinco componentes, sendo: moradia e vida no lar (3), trabalho e renda (3), lazer e vida social (3), percepção de saúde (3), segurança e acessibilidade (4). Em todas as variáveis as percepções apresentam escore crescente (0 e 1 - percepção negativa; 2 e 3 – percepção positiva). Nos componentes **moradia e vida no lar**, **trabalho e renda**, **lazer e vida social** e

**percepção de saúde**, o indivíduo teve uma percepção positiva no componente, com percepção positiva em duas variáveis.

O indivíduo que não trabalhava, recebeu uma percepção negativa no componente **trabalho e renda**.

O componente **segurança e acessibilidade** possui quatro variáveis, sendo duas relativas à segurança (questões 49 e 50), uma no lar e outra nas ruas durante o deslocamento. As outras duas são referentes a acessibilidades (questões 51 e 52).

As questões referentes à percepção de **acessibilidade atitudinal e arquitetônica** possuem cinco ambientes diferentes (lar, áreas de lazer, áreas comerciais, trabalho e deslocamento). Cada ambiente apresenta um escore crescente, de acordo com sua resposta (0 a 3). Em cada questão, o somatório dos escores dos ambientes resultou na percepção positiva ( $\geq 8$ ) ou negativa da acessibilidade atitudinal e arquitetônica.

Dessa forma, a análise no componente **segurança e acessibilidade** realizou-se com quatro variáveis: **segurança no lar e segurança na rua**, com escores 0 e 1 – percepção negativa, 2 e 3 percepção positiva; **acessibilidade arquitetônica e acessibilidade atitudinal**, com 0 – negativa e 1 – positiva. No componente **segurança e acessibilidade** o indivíduo teve uma percepção positiva quando o sujeito obteve três ou mais variáveis positivas.

Os componentes que possuíam percepção negativa obtiveram escore 0 (zero) e aqueles com percepção positiva escore 1 (um). Dessa forma, nas condições de vida o indivíduo teve um somatório entre 0 e 5, considerando-se 0 e 1 – percepção negativa; 2 e 3 – percepção regular; 4 e 5 – percepção positiva.

### 3.8.1.2. Estilo de Vida

O domínio **estilo de vida** foi analisado através de cinco componentes, sendo: relacionamentos, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação. Cada componente foi dicotomizado em negativo (recebendo escore 0) e positivo (recebendo escore 1).

No componente **relacionamentos** há três variáveis com escala de likert (0 e 1 - negativo; 2 e 3 - positivo), sendo que ele foi considerado positivo se duas variáveis apresentarem comportamento positivo (escores dois e três).

No componente **controle do estresse** há duas variáveis com escala de likert (0 e 1 – negativo; 2 e 3 – positivo) e uma variável sobre o tempo dedicado ao sono, sendo que foi considerado positivo, nesta variável, se o

indivíduo dedicar  $\geq 7$  horas para seu sono. Esse componente foi considerado positivo se duas variáveis apresentarem comportamento positivo (escores dois e três).

No componente **comportamento preventivo** as variáveis foram consideradas como comportamento positivo ou negativo da seguinte forma:

Questão 35 – Faz exames de rotina? (não – negativo / sim – positivo);

Questão 36 – Fuma? (sim - negativo / não – positivo);

Questão 37 – Bebe? (sim “ $\geq 8$  mulheres e  $\geq 15$  para homens” – negativo / sim “ $\leq 7$  mulheres e  $\leq 14$  para homens” ou não – positivo).

Esse componente foi considerado positivo quando duas variáveis apresentaram comportamento positivo (escores dois e três).

No componente **atividade física** o indivíduo recebeu escore 0 a 3, de acordo com o nível de atividade física (frequência semanal e duração de prática), baseado nas recomendações da WHO (2010) que ele possuía, de acordo com o Quadro 4.

0 – Inativo: (não realiza atividades físicas / até 74min. praticando apenas uma vez por semana);

1 – Cumpre pouco as recomendações: (até 74min. de duração e frequência acima de duas vezes por semana / entre 75 e 149min. praticados em até duas vezes por semana);

2 – Cumpre parcialmente as recomendações: (entre 75 e 149min. praticados acima de três vezes por semana / acima de 150min. praticados em até duas vezes por semana);

3 – Cumpre as recomendações: (acima de 150min. praticados acima de três vezes por semana).

Tal componente foi considerado positivo quando o indivíduo cumpriu parcialmente as recomendações ou cumpriu as recomendações.

**Quadro 4.** Categorização do nível de atividade física (frequência por tempo acumulado)

Frequência semanal	3 $\leq$	Inativo	Cumpre pouco	Cumpre parcialmente	Cumpre as recomendações
	2	Inativo	Cumpre pouco	Cumpre pouco	Cumpre parcialmente
	1	Inativo	Inativo	Cumpre pouco	Cumpre parcialmente
	0	Inativo	Inativo	Inativo	Inativo
		0min	Até 74min	Entre 75 e 149min	Acima de 150min
Tempo acumulado de prática semanal					

No componente **alimentação**, as variáveis foram consideradas como comportamento positivo ou negativo, da seguinte forma:

Questão 43 – Quantos dias por semana você ingere frutas?

(<5 – negativo / ≥5 positivo);

Questão 44 – Quantos dias por semana você ingere alimentos gordurosos?

(≥5 – negativo / <5 positivo);

Questão 45 – Quantos dias por semana faz de 4 a 5 refeições?

(<5 – negativo / ≥5 positivo).

Esse componente foi considerado positivo quando duas variáveis apresentaram comportamento positivo (escores dois e três).

O estilo de vida do indivíduo foi avaliado de acordo com um somatório entre 0 e 5, considerando-se: 0 e 1 – comportamento negativo; 2 e 3 – comportamento regular; 4 e 5 – comportamento positivo.

### 3.9.1.3. Percepção de Qualidade de Vida

A percepção de qualidade de vida foi mensurada através do somatório dos escores positivos das condições de vida e do estilo de vida dos adultos com deficiência visual. Assim, os adultos receberam uma pontuação entre 0 e 10, considerando-se percepção negativa ≤4; percepção regular entre 5 e 7; percepção positiva de 8 a 10 pontos, conforme figura 2.

Qualidade de Vida				
Condições de Vida	Condições de Vida		Estilo de Vida	
	Negativa	Positiva	Negativa	Positiva
Moradia e Vida no Lar	0	1	0	1
Trabalho e Renda	0	1	0	1
Lazer e Vida Social	0	1	0	1
Percepção de Saúde	0	1	0	1
Segurança e Acessibilidade	0	1	0	1
	$\Sigma (0 a 5)$		$\Sigma (0 a 5)$	
			Percepção negativa	<4
			Percepção intermediária	5 a 7
			Percepção positiva	8 a 10

Figura 2. Escores referentes à percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico foram abordados os resultados alcançados e sua discussão, dividindo-se em seis seções:

- Caracterização da população (sociodemográfica, pessoal e antropométrica);
- Condições de vida nos diferentes componentes (moradia e vida no lar, trabalho e renda, lazer e vida social, percepção de saúde, segurança e acessibilidade);
- Estilo de vida nos diferentes componentes (relacionamentos, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação);
- Nível de atividade física habitual e os fatores associados (sociodemográficos, pessoais e da deficiência visual);
- Índice de qualidade de vida dos adultos;
- Associação da qualidade de vida com fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão.

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO (SOCIODEMOGRÁFICAS, PESSOAIS E ANTROPOMÉTRICAS).

Foram entrevistados 86 homens e 82 mulheres com deficiência visual. Na tabela 1, são apresentadas as características sociodemográficas, de acordo com o sexo.

Entre os adultos participantes desta pesquisa, 51,2% são homens com média de idade de 37,30 anos (DP=12,07) e 48,8% são mulheres com média de idade de 37,82 anos (DP=11,05). A média de idade de todos os participantes foi de 37,55 anos (DP=11,55), sendo os adultos mais jovens com 18 anos e os mais velhos com 59 anos.

A maior concentração de homens e mulheres encontra-se na faixa etária considerada “adultos jovens”, entre 18 e 39 anos de idade (57,1%). Um total de 63% são moradores de Florianópolis, município no qual se localiza a entidade em que são associados. Aproximadamente 65% moram no mesmo bairro há mais de seis anos, tempo suficiente para ter uma boa percepção sobre as condições de vida nesse ambiente, relacionado a diversos fatores.

Dos entrevistados, 81% moravam com seus familiares (pais, mães, irmãos, cônjuges ou filhos), 45,2% são casados ou vivem em união estável. Quanto à residência, 70,2% moram em casas. Com relação a residência, 66,1 são próprias ou da família.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas de acordo com o sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Faixa Etária</b>					
Adultos Jovens (18 a 39 anos)	50	58,1	46	56,1	96 (57,1%)
Meia Idade (40 a 59 anos)	36	41,9	36	43,9	72 (42,9%)
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>168 (100%)</b>
<b>Município</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
Florianópolis	52	60,5	55	67,1	107 (63,7%)
São José	17	19,8	13	15,9	30 (17,9%)
Palhoça	9	10,5	6	7,3	15 (8,9%)
Biguaçu	7	8,1	4	4,9	11 (6,5%)
<b>Tempo que reside</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
Até 11 meses	8	9,3	12	14,6	20 (11,9%)
Entre 1 e 5 anos	18	20,9	19	23,2	37 (22,0%)
Entre 6 e 10 anos	21	24,4	13	15,9	34 (20,2%)
Acima de 11 anos	39	45,3	38	46,3	77 (45,8%)
<b>Nível Escolar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
≤ Fundamental incompleto	20	23,3	18	22,0	38 (22,7%)
Fundamental completo	16	18,6	19	23,2	35 (20,8%)
Ensino médio	32	37,2	26	31,7	58 (34,5%)
Ensino superior ou Pós-Graduação	18	20,9	19	23,2	37 (22,0%)
<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
Solteiro	45	52,3	32	39,0	77 (45,9%)
Casado ou Vivendo como casado	35	40,7	41	50,0	76 (45,2%)
Separado ou Viúvo	6	7,0	9	5,4	15 (8,9%)
<b>Local de Moradia</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
Casa	59	68,6	59	72,0	118 (70,2%)
Apartamento	27	31,4	23	28,0	50 (29,8%)
<b>Propriedade do imóvel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
Próprio	56	65,1	55	67,1	111 (66,1%)
Alugado	30	34,9	27	32,9	57 (33,9%)
<b>Com quem mora</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n (%)</b>
Sozinho	9	10,5	8	9,8	17 (10,1%)
Familiares	66	76,7	70	85,4	136 (81,0%)
Outras Pessoas	11	12,8	4	4,9	15 (8,9%)

Resende e Júnior (2008) enfatizaram que a família é o principal grupo de uma relação social, pois é o local onde ocorrem os primeiros processos de desenvolvimento da vida. A família é a primeira instituição da sociedade, à qual o indivíduo pertence e onde se forma sua base moral e consciência social. Na Grande Florianópolis, 81% dos adultos vivem com

seus familiares, aspecto importante que os autores ressaltaram no desenvolvimento de habilidades individuais e sociais. Dos adultos que moravam com suas famílias, 83,8% sentiam-se bem ou muito bem quando estão em seu lar, apresentando um convívio positivo com sua família.

Quanto ao grau de escolaridade, aproximadamente 43% dos entrevistados possuem no máximo o ensino fundamental. Entre os homens, dois foram considerados analfabetos, e as mulheres apresentaram a maior taxa de escolaridade “pós-graduação”. Sasaki (2008a) afirmou que a inclusão escolar é o processo de adequação do ambiente escolar, possibilitando a todos os alunos uma educação de qualidade, independente de raça, etnia, gênero, situação econômica, deficiência, etc. A partir da década de 1980, inspirada no lema instituído pelas Organizações das Nações Unidas (ONU), denominado Participação Plena e Igualdade (1981), muitos países iniciaram mudanças significativas quanto à participação plena da pessoa com deficiência na sociedade, com igualdade de oportunidades. Dessa forma, a conotação passaria da sociedade se preparar, adequando-se, na medida do possível, para atender esse segmento e não apenas o contrário.

Os adultos jovens estão buscando cada vez mais uma formação continuada, além do ensino médio e superior. Além disso, um ponto extremamente positivo é a busca pelo ensino, inclusive entre aqueles que haviam parado de estudar ou que não tiveram oportunidades nos anos anteriores, decorrente de um período integralista para um inclusivista, apresentado por Sasaki (2008).

O nível escolar e a formação continuada são importantes aspectos para uma efetiva inserção no mercado de trabalho. Além disso, muitos buscam formações técnicas, em áreas distintas, para ampliar as oportunidades de trabalho.

Aproximadamente 54% dos adultos com deficiência visual residentes na Grande Florianópolis trabalhavam. Com relação à população masculina, 54% têm algum tipo de trabalho remunerado. Já em relação às mulheres esse percentual é de 53%, conforme tabela 2.

Entre as ocupações exercidas pelos adultos desta pesquisa, pode-se verificar que há atividades individuais (massoterapia, telefonista e assistente de câmara de raios-X) e atividades consideradas com grande importância social, tais como: professor, psicólogo ou atividades pedagógicas. Dentre as diversas ocupações referendadas por apenas uma pessoa encontram-se: autônomo com vendas, fiscalização, artesanato, radialista, cuidadora, assistente social, entre outras.

Essas atividades foram encontradas também no estudo de Gold, Shaw e Wolffe (2005), com predomínio em setores administrativos, serviços sociais ou educacionais. A reduzida opção de trabalho, segundo os autores,

pode ser decorrente de barreiras, tais como: acesso restrito a materiais adaptados, equipamentos e informações; atitudes negativas de empregadores; consciência pública; melhor acesso ao transporte público; problemas pessoais; exigências do trabalho.

Fonseca (2008) destaca que, em razão de barreiras físicas e atitudinais, não se asseguram nem se alcançam os direitos humanos inerentes às liberdades de escolha e dignidade humana. Apesar de ainda haver barreiras no mercado de trabalho, verifica-se uma abertura maior em áreas em que as pessoas com deficiência visual podem não só exercer suas funções, mas, em muitos casos, exercê-las com melhor eficácia e credibilidade. Atividades como massoterapia ou assistência em câmaras de raios-X são alguns exemplos.

**Tabela 2.** Características laborais de acordo com o sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
<b>Trabalho remunerado</b>					
Sim	47	54,7	44	53,7	91 (54,2%)
Não	39	45,3	38	46,3	77 (45,8%)
<b>Trabalho semanal*</b>					
Até 10 horas	4	8,5	5	11,4	9 (9,9%)
Entre 11 e 20 horas	13	27,7	10	22,7	23 (25,3%)
Entre 21 e 40 horas	26	55,3	22	50,0	48 (52,7%)
Acima de 41 horas	4	8,5	7	15,9	11 (12,1%)
<b>Ocupação**</b>					
Massoterapia	6	12,8	8	18,2	14 (8,3%)
Setores Administrativos	7	14,9	3	6,8	10 (5,9%)
Reciclagem (ACIC)	5	10,6	5	11,4	10 (5,9%)
Telefonista	4	8,5	6	13,6	10 (5,9%)
Pedagógica	4	8,5	5	11,4	9 (5,3%)
Professor	3	6,4	5	11,4	8 (4,8%)
Música	4	8,5	1	2,3	5 (2,8%)
Secretaria	1	2,1	3	6,8	4 (2,4%)
Biblioteca ACIC	3	6,4	1	2,3	4 (2,4%)
Câmara de Raio X	2	4,3	1	2,3	3 (1,8%)
Revisão Braille	2	4,3	1	2,3	3 (1,8%)
Informática	1	2,1	1	2,3	2 (1,2%)
Psicólogo	1	2,1	1	2,3	2 (1,2%)
Outros	8	17,0	6	13,6	14 (8,3%)

\* - Percentual relativo apenas aos participantes trabalhadores

\*\* - Percentual acima de 100% decorrente de alguns trabalhadores possuírem mais que uma ocupação

Entre os trabalhadores, 52,7% dedicavam entre 20 e 40 horas semanais para suas atividades laborais. Porém, há aqueles que chegaram a ocupar-se durante até 72 horas por semana.

Dentre os adultos que não trabalhavam, 34 (43,6%) eram aposentados, e outros 11 (14,1%) recebiam algum tipo de auxílio, eximindo-os da necessidade de trabalho para garantir uma renda mensal, conforme a tabela 3. Porém, há alguns que estão buscando emprego ou se profissionalizando. Entretanto, apesar de estarem amparados pelas leis e haver uma abertura para o mercado de trabalho, embora pequena, algumas pessoas relataram não estarem trabalhando em decorrência da deficiência.

A Constituição Brasileira de 1988, em seu Capítulo II (Dos Direitos Sociais), Art. 7º, Inciso XXX, proíbe qualquer discriminação no que tange a salário ou critérios de admissão no trabalho, para as pessoas com deficiência. Fonseca (2008) enfatizou que, apesar de o Brasil estar caminhando positivamente, é fundamental que se supere a flagrante fragilidade que se deve a alguns problemas, como o próprio Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual desestimula o emprego em prol de uma política assistencialista exagerada.

**Tabela 3.** Motivo para os adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis, não trabalharem.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
<b>Porque não trabalha</b>					
Aposentado	18	46,2	16	41,0	34 (43,6%)
Recebe algum auxílio	3	7,7	8	20,5	11 (14,1%)
Estudando	7	17,9	2	5,1	9 (11,5%)
Procurando emprego	5	12,8	3	7,7	8 (10,3%)
Afastamento por doença	3	7,7	3	7,7	6 (7,7%)
Pela deficiência	1	2,6	3	7,7	4 (5,1%)
Falta de estudo	0	0,0	3	7,7	3 (3,9%)
Profissionalizando	1	2,6	0	0,0	1 (1,3%)
Vai começar a trabalhar	0	0,0	1	2,6	1 (1,3%)
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>77 (100,0%)</b>

Quando verificado o trabalho e o resquício visual remanescente, aproximadamente 62% dos adultos cegos são trabalhadores, enquanto apenas 47% daqueles com baixa visão encontram-se no mercado de trabalho. Esses dados são surpreendentes, visto que aqueles adultos com um resquício visual apresentam uma maior possibilidade para utilizar esta visão remanescente, para estar se aperfeiçoando e adentrando no mercado de trabalho. Além disso, os achados contrapõem-se com o estudo de Gold, Shaw e Wolffe (2005), em pesquisa com jovens adultos (15 a 30 anos). Eles encontraram uma maior

prevalência de trabalhadores com baixa visão, confirmando a literatura existente.

Com relação às condições visuais dos adultos com deficiência visual, 54,2% possuíam baixa visão, sendo que destes, aproximadamente 38% têm até 15% de visão, como se pode observar na tabela 4. Dos entrevistados, pouco mais de 60% possuem a deficiência visual de forma congênita, ou seja, até os três anos de idade. Segundo Mosquera (2000), até essa idade a criança não grava imagens ou forma conceitos do ambiente ao seu redor.

Por muitos anos o ensino para as pessoas cegas ou com baixa visão foi realizado de forma semelhante. Eram praticamente tratados como cegos, tendo que aprender o método Braille, não recebendo qualquer tipo de incentivo para usar sua visão residual (HOF; LOOIJESTIJN; WEGE, 1997). Com as novas tecnologias (tecnologias assistivas), principalmente na área da informática, muitas pessoas com baixa visão estão tendo a possibilidade de utilizar seu resquício visual para desenvolver tarefas acadêmicas, profissionais e de entretenimento.

**Tabela 4.** Características visuais dos adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis

Resquício Visual	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
Cego	45	52,3	32	39,0	77 (45,8%)
Baixa Visão	41	47,7	50	61,0	91 (54,2%)
<b>Total</b>	<b>86</b>	<b>100</b>	<b>82</b>	<b>100</b>	<b>168</b>
<b>Visão Remanescente*</b>					
Cego	45	52,3	32	39,5	77 (46,1%)
Até 5 %	17	19,8	15	18,5	32 (19,2%)
Entre 6 e 15%	11	12,8	21	25,9	32 (19,2%)
Entre 16 e 30%	11	12,8	11	13,6	22 (13,2%)
Acima de 31%	2	2,3	2	2,5	4 (2,3%)
<b>Tempo de incidência</b>					
Congênito	55	64,0	52	63,4	107 (63,7%)
Infância (3 a 11 anos)	7	8,1	7	8,5	14 (8,3%)
Adolescência (12 a 17)	5	5,8	5	6,1	10 (6,0%)
Fase Adulta ( $\geq$ 18 anos)	19	22,1	18	22,0	37 (22,0%)

\* - Um participante não soube relatar o percentual de visão, porém o mesmo possui uma baixa visão.

Rosemberg e Sperazza (2008) afirmaram que algumas pessoas com baixa visão podem se beneficiar de alguns dispositivos que podem melhorar a visão. Os dispositivos são específicos e os médicos devem considerar a necessidade dos pacientes, a motivação para aprender a utilizá-los, bem como

qualquer limitação física. Um dos mais comuns nos Estados Unidos da América é o *High-Powered Prismatic Spectacle*. Tais óculos permitem que pessoas com baixa visão consigam ler, e são aceitáveis socialmente em sua correção óptica. Outra opção é o *Handheld Magnifier*, o qual permite que a pessoa mantenha o material de leitura mais longe dos olhos. Ambos os instrumentos possuem versões iluminadas, fundamental para pessoas com sensibilidade de contraste reduzida.

Os autores discutiram ainda a modificação dessa abordagem ao longo dos anos, inclusive no que tange à reabilitação das pessoas com deficiência visual, passando do assistencialismo para um trabalho mais técnico-científico. Dessa forma, os indivíduos com deficiência visual aprenderão a otimizar suas potencialidades, de várias maneiras: através da utilização do resqúcio visual; como fazer pequenas adaptações no ambiente (ex: contraste de luz). O referido aprendizado ocorreu do treinamento visual, e dos conselhos sobre auxílios visuais para tarefas e habilidades da vida diária.

As mulheres foram, em sua maioria, consideradas com baixa visão, enquanto nos homens a diferença foi mínima, sobressaindo os adultos cegos. Apenas quatro indivíduos enxergam acima de 31% até 40% da sua visão, o que, segundo a Organização Mundial da Saúde a pessoa ainda é considerada com a deficiência visual, porém próximo ao normal. Matti *et al.* (2011) afirmaram que a baixa visão é um estado na deficiência visual onde tratamento médico ou cirúrgico não podem melhorar este déficit visual. A necessidade de reabilitação é para tentar superar esse estado, potencializando a capacidade visual em até 90% dos casos. A melhora influenciará nos serviços de leitura, bem-estar, da informação, aspectos emocionais e qualidade da vida global.

A origem da deficiência visual dos indivíduos desta pesquisa, em geral, é congênita, sendo 64,0% nos homens e 63,4% nas mulheres. Os períodos da infância e adolescência apresentaram pouca incidência para a deficiência visual, aumentando novamente na fase adulta. As principais causas da deficiência visual são apresentadas na tabela 5.

Entre as causas relatadas, menos que cinco vezes na fase adulta, encontraram-se a retinopatia diabética (4), tumor cerebral (3), além de catarata e degeneração macular senil, entre outras, uma vez cada. As doenças congênitas foram: meningite - 2, rubéola - 3, hidrocefalia - 1, albinismo - 1, sarampo - 2, entre outras. O sarampo teve ainda incidência em duas pessoas no período da infância.

Salomão, Mitsuhiro e Belfort Jr. (2009) afirmaram que a prevalência da deficiência visual pode variar entre os países, de acordo com os fatores socioeconômicos, serviços de saúde disponíveis, e cuidado dos olhos. A

prevalência em países com boa capacidade econômica e bons serviços de saúde é de 0,25 a cada 100. Porém, em países com economia muito pobre e serviços precários de saúde esse número aumenta para 1,0 a cada 100. A diferença de prevalência se dá principalmente porque problemas como catarata, erros de refração, infecção na córnea ou deficiência de vitamina A foram eliminadas nas comunidades com boa economia e serviços oftalmológicos. A catarata tem sido largamente solucionada através da disponibilidade de cirurgias de alta qualidade, a preços acessíveis.

**Tabela 5.** Principais causas para deficiência visual nos adultos da Grande Florianópolis.

Principais causas	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n(%)
Retinose pigmentar	8	9,3	9	11,0	17 (10,1%)
Retinopatia da prematuridade	11	12,8	6	7,3	17 (10,1%)
Glaucoma	5	5,8	10	12,2	15 (8,9%)
Toxoplasmose	4	4,7	10	12,2	14 (8,3%)
Atrofia do nervo óptico	11	12,8	1	1,2	12 (7,1%)
Glaucoma congênito	7	8,1	4	4,9	11 (6,5%)
Descolamento de retina	6	7,0	4	4,9	10 (6,0%)
Traumatismos	7	8,1	2	2,4	9 (5,4%)
Erro médico	3	3,5	4	4,9	7 (4,2%)
Catarata congênita	2	2,3	3	3,7	5 (3,0%)
Não sabe a causa	4	4,7	1	1,2	5 (3,0%)
Outros	18	20,9	28	34,1	46 (27,4%)

Entre os traumatismos, foram relatados os acidentes de trânsito como os mais frequentes. Outros traumatismos que levaram à deficiência visual foram: em decorrência da explosão de minas terrestre, bombas de cal, descarga elétrica – seja natural (raio) ou de trabalho (choque elétrico).

O glaucoma encontra-se como uma das principais causas, principalmente na fase adulta. Entretanto, nesta pesquisa a maior incidência é de ordem congênita e, lamentavelmente, poderia ser evitada ou prevenida, por ser decorrente da fragilidade do sistema de saúde. Sobrinho (2006) afirmou que esse tipo de causa poderia ser tratado ou prevenido. No adulto, um grande responsável pela cegueira é o diabetes, que acaba acarretando a retinopatia diabética (DIEHL, 2006), responsável pela incidência em quatro pessoas, que adquiriram a deficiência visual na fase adulta. Entretanto, Salomão, Mitsuhiro e Belfort Jr. (2009) enfatizaram que as doenças da retina estão emergindo como as principais causas em adultos mais velhos das áreas urbanas brasileiras, sendo que o diagnóstico precoce e o tratamento adequado

para tais distúrbios requerem uma tecnologia específica e cuidados de longa duração e permanentes.

Apesar de haverem muitas causas que podem levar as pessoas a adquirirem a deficiência visual, esta deficiência não é a única responsável pelo comprometimento no desenvolvimento do indivíduo. Este estado pode ser um indicativo para um estilo de vida inativo, devido à diminuição da independência (RAY *et al.* 2007). Os autores apontaram ainda que a redução do funcionamento físico, juntamente com o aumento do IMC, pode acarretar a diminuição da mobilidade, aumentando o risco de doenças crônicas dentro da população em questão.

Os adultos com deficiência visual residentes na Grande Florianópolis estão em sua maioria com excesso de peso (57,8%) de acordo com o IMC assim como o risco aumentado para as doenças crônicas não transmissíveis, como pode ser observado na tabela 6.

**Tabela 6.** Características antropométricas dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	
<b>IMC</b>					
Abaixo do peso	5	5,8	2	2,4	7 (4,1%)
Faixa recomendável	31	36,0	33	40,2	64 (38,1%)
Sobrepeso	29	33,7	20	24,4	49 (29,2%)
Obesidade	21	24,4	27	32,9	48 (28,6%)
<b>Razão Cintura Estatura</b>					
Faixa Recomendável	44	51,2	24	29,3	68 (40,5%)
Risco Aumentado	8	9,3	14	17,1	22 (13,1%)
Risco Muito Alto	34	39,5	44	53,7	78 (46,4%)

H – Homens; M - Mulheres

Com relação à razão cintura/estatura, cerca de 60% dos adultos possuem risco aumentado. McDonnall (2007) enfatizou, em seu estudo que adultos com deficiência visual possuem maior probabilidade de terem uma vida mais precária que os que enxergam, sendo que há duas condições para contribuir com esse quadro: as altas taxas de sobrepeso e obesidade e a inatividade física.

O *National Institutes of Health* (2008) menciona que a obesidade e o sobrepeso aumentam substancialmente o risco de morbidade, tais como: hipertensão, dislipidemias, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios, alguns tipos de câncer. O aumento de peso também está associado com a mortalidade por diversas causas. A relação entre o peso corporal e o risco de doenças é um fator contínuo, pois à medida que o peso aumenta o risco para doenças também aumenta.

O excesso de gordura corporal, segundo Nahas (2010), está associado a vários problemas, entre eles a hipertensão, as doenças do coração e o diabetes. Esse excesso é um dos maiores problemas de saúde pública, principalmente nos países mais industrializados. O autor ainda apresentou dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que um em cada dez adultos é considerado obeso. McDonnall (2007) destacou, em seu estudo, dados de instituições, como *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* e *National Health Interview Survey*, derivados de pesquisas com pessoas com deficiência, as quais apresentavam substancialmente maiores taxas de sobrepeso e obesidade que as pessoas sem deficiência. As pessoas cegas ou com baixa visão apresentam 1,5 vezes mais chances de serem obesas que a população em geral.

Nesta pesquisa, observou-se que a cada dez adultos seis estão fora da faixa recomendável, sendo que três a cada dez são considerados obesos. A obesidade, segundo Nahas (2010), é multideterminada por fatores biológicos, ambientais e comportamentais. Situações como sedentarismo, problemas psiquiátricos, algumas doenças, disfunções genéticas, vírus e micróbios ou a privação do sono podem ser precursores da obesidade.

## 4.2. CONDIÇÕES DE VIDA NOS DIFERENTES COMPONENTES

Neste tópico abordaremos as percepções das condições de vida dos adultos com deficiência visual, residentes na Grande Florianópolis, em cada componente distinto.

### 4.2.1. Moradia e Vida no Lar

No componente Moradia e Vida no Lar (Tabela 7 e 8) os adultos apresentaram, em sua maioria (82,7%), percepção positiva.

Os adultos cegos apresentaram 84,4% percepção positiva e aqueles com baixa visão apresentaram 81,3%. Quando este componente foi analisado de acordo com o sexo, as mulheres apresentaram 82,9% enquanto os homens apresentaram 82,6%. Não houve associação neste componente com o resqúcio visual ( $p=0,374$ ) ou o sexo ( $p=0,556$ ) dos adultos.

A variável (como se sente em casa) apresentou maior percepção positiva (85,1%). Os artigos 19 (vida independente e inclusão na comunidade) e 22 (respeito à privacidade), do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, que promulga a Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência, são referentes aos aspectos da moradia, seu direito de escolha, igualdade de oportunidades, respeito à privacidade sem estar sujeita a qualquer interferência arbitrária ou ilegal. Nesse Decreto ainda, o

artigo 28 (padrão de vida e proteção social, adequados) salientou que o direito a um padrão adequado de vida, bem como a melhoria contínua de suas condições de vida são direitos das pessoas com deficiência.

Assim, o sentir-se bem em seu lar é um aspecto positivo que caminha ao encontro dos princípios do Decreto supracitado. Apesar das questões de saneamento básico e infraestrutura apresentarem percentuais positivos, houve dados apontando negativamente, como tratamento de esgoto. A questão da infraestrutura é referente à proximidade de ponto de ônibus, farmácia, supermercado, entre outros. Apesar de ter uma percepção positiva, muitos relataram a dificuldade em chegar nesses ambientes.

**Tabela 7.** Percepção de condições de vida por resquício visual no componente / Moradia e Vida no Lar

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Como se sente em seu lar</b>					
Negativo	8	10,4	17	18,7	25 (14,9%)
Positivo	69	89,6	74	81,3	143 (85,1%)
<b>Condições de Saneamento</b>					
<b>Básico</b>					
Negativo	18	23,4	30	33,0	48 (28,6%)
Positivo	59	76,6	61	67,0	120 (71,4%)
<b>Condições de Infraestrutura</b>					
Negativo	27	35,1	32	35,2	59 (35,1%)
Positivo	50	64,9	59	64,9	109 (64,9%)

**Tabela 8.** Percepção de condições de vida por sexo no componente / Moradia e Vida no Lar

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Como se sente em seu lar</b>					
Negativo	14	16,3	11	13,4	25 (14,9%)
Positivo	72	83,8	71	86,6	143 (85,2%)
<b>Condições de Saneamento</b>					
<b>Básico</b>					
Negativo	22	25,5	26	31,7	48 (28,6%)
Positivo	64	74,4	56	68,3	120 (71,4%)
<b>Condições de Infraestrutura</b>					
Negativo	31	36,1	28	34,1	59 (35,1%)
Positivo	55	63,9	54	65,9	109 (64,9%)

#### 4.2.2. Trabalho e Renda

As condições de trabalho e renda estão descritos, por resquício visual, na tabela 9 e, por sexo, na tabela 10. A percepção nesse componente entre os adultos, foi negativa (56,5%).

**Tabela 9.** Percepção de condições de vida por resquício visual no componente / Trabalho e Renda.

<b>Como se sente no ambiente de trabalho?</b>	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
Negativo	5	10,4	8	18,6	13 (14,3%)
Positivo	43	89,6	35	81,4	78 (85,7%)
<b>Satisfeito com o salário/ aposentadoria que recebe?*</b>					
Negativo	33	44,6	37	48,7	70 (46,7%)
Positivo	41	55,4	39	51,3	80 (53,3%)
<b>Quais as condições de acessibilidade em seu trabalho?</b>					
Negativo	15	31,3	14	32,6	29 (31,9)
Positivo	33	68,8	29	67,5	62 (68,1%)

\* - Dados absolutos maiores que o número de trabalhadores devido aos benefícios que alguns recebem sem trabalhar.

**Tabela 10.** Percepção de condições de vida por sexo no componente / Trabalho e Renda

<b>Como se sente no ambiente de trabalho?</b>	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
Negativo	4	8,5	9	20,5	13 (14,3%)
Positivo	43	91,5	35	79,5	78 (85,7%)
<b>Satisfeito com o salário/ aposentadoria que recebe?*</b>					
Negativo	37	46,9	34	47,3	70 (46,7%)
Positivo	42	53,1	38	52,8	80 (53,3%)
<b>Quais as condições de acessibilidade em seu trabalho?</b>					
Negativo	17	36,1	12	27,3	29 (31,9)
Positivo	30	63,8	32	72,7	62 (68,1%)

\* - Dados absolutos maiores que o número de trabalhadores devido aos benefícios que alguns recebem sem trabalhar.

Os adultos cegos apresentaram 51,9% percepção positiva e aqueles com baixa visão apresentaram apenas 36,3%. Quando este componente foi analisado de acordo com o sexo, as mulheres apresentaram 42,7% enquanto os homens apresentaram 44,2%. Houve associação entre o resquício visual e a percepção de trabalho e renda, sendo que entre os trabalhadores cegos a percepção positiva foi superior com relação aos trabalhadores com baixa visão (51,9% - 36,3%, respectivamente  $p=0,044$ ). Entre os sexos não houve associação ( $p=0,484$ ).

Aproximadamente 85% dos adultos mencionaram sentir-se bem em seu ambiente de trabalho. Entretanto, quase a metade daqueles que recebem salário, aposentadoria ou algum benefício apresentam percepções negativas (46,7%).

Fonseca (2008) destacou que o direito ao trabalho está contido no Artigo 27 da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência, cujo teor é de assegurar a liberdade de escolha de trabalho, adaptação física e atitudinal dos locais de trabalho, formação profissional, justos salários, em condições de igualdade como qualquer outro cidadão, condições seguras e saudáveis de trabalho entre outros (2008, pag. 93).

#### **4.2.3. Lazer e Vida Social**

A percepção no componente das condições de vida, Lazer e Vida Social dos adultos com deficiência visual descreve-se nas tabelas 11 e 12 (resquício visual e sexo, respectivamente). Dos entrevistados, 84,5% apresentaram percepções positivas. Os adultos cegos mais uma vez apresentaram levemente melhores percepções do que aqueles com baixa visão (85,7% - 83,5%, respectivamente). As mulheres apresentaram melhor percepção que os homens nesse componente (86,6% - 82,6%, respectivamente). Não houve associação entre o resquício visual ( $p=0,306$ ) ou o sexo ( $p=0,431$ ) e a percepção nas condições de lazer e vida social.

Alguns adultos comentaram não se sentirem bem em seu momento de lazer por não terem opções, pelas barreiras existentes ou pela falta de oportunidades. Aproximadamente 84% sentem-se bem em seus momentos de lazer, momento em que podem se dedicar a fazer algo prazeroso. Cerca de 80% possuem uma percepção positiva com relação a sentirem-se deslocados ou isolados. Aproximadamente 30% (55 de 168) dos adultos não se consideram incluídos na sociedade, apesar de toda discussão sobre a alteridade e as leis de inclusão. Alguns informantes falaram que esta inclusão só ocorreu pela interferência deles na sociedade, pois esta mesma sociedade ainda não está preparada para este processo inclusivo.

Sasaki (2008) destacou, na convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, que como os demais seres humanos, as pessoas com deficiência também têm o direito de viver na comunidade e fazer suas escolhas. A inclusão significa que a sociedade precisa adequar-se às características de cada pessoa com deficiência e não às características gerais. Dessa forma, o sentir-se incluído na sociedade deve significar que toda pessoa tem a capacidade e o direito de tomar parte ativa na vida da comunidade, cada qual à sua maneira.

**Tabela 11.** Percepção das condições de vida por resquício visual no componente / Lazer e Vida Social

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Como se sente no lazer?</b>					
Negativo	10	13,0	17	18,7	27 (16,%)
Positivo	67	87,0	74	81,3	141 (84,0%)
<b>Você se considera incluído na sociedade?</b>					
Negativo	24	31,2	31	34,1	55 (32,8%)
Positivo	53	68,9	60	66,0	113 (67,2%)
<b>Frequência que se sente deslocado ou isolado por ter a deficiência visual?</b>					
Negativo	14	18,2	19	20,9	33 (19,7%)
Positivo	63	81,8	72	79,1	135 (80,3%)

**Tabela 12.** Percepção das condições de vida por sexo no componente / Lazer e Vida Social

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Como se sente no lazer?</b>					
Negativo	18	20,9	9	11,0	27 (16,0%)
Positivo	68	79,1	73	89,0	141 (84,0%)
<b>Você se considera incluído na sociedade?</b>					
Negativo	28	32,6	27	32,9	55 (32,8%)
Positivo	58	67,5	55	67,0	113 (67,2%)
<b>Frequência que se sente deslocado ou isolado por ter a deficiência visual?</b>					
Negativo	16	18,6	17	10,7	33 (19,6%)
Positivo	50	81,4	65	79,2	135 (80,4%)

#### 4.2.4. Percepção de Saúde

A percepção de saúde dos adultos com deficiência visual é apresentada nas tabelas 13 (resqúicio visual) e 14 (sexo).

**Tabela 13.** Percepção de condições de vida por resqúicio visual no componente / Percepção de Saúde.

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Considera a sua saúde?</b>					
Negativo	23	29,9	31	34,1	54 (32,1%)
Positivo	54	70,2	60	65,9	114 (67,9%)
<b>Realiza as tarefas do dia a dia sem ficar cansado, sentir dor ou desconforto?</b>					
Negativo	19	24,7	25	27,5	44 (26,2%)
Positivo	58	75,4	66	72,6	124 (73,8%)
<b>Frequência que sente mau humor, ansiedade ou frustração?</b>					
Negativo	23	29,9	54	24,2	77 (26,8%)
Positivo	22	70,1	69	75,8	91 (73,2%)

**Tabela 14.** Percepção de condições de vida por sexo no componente / Percepção de Saúde.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Considera a sua saúde?</b>					
Negativo	24	27,9	30	36,6	54 (32,1%)
Positivo	30	72,1	52	63,4	114 (67,9%)
<b>Realiza as tarefas do dia a dia sem ficar cansado, sentir dor ou desconforto?</b>					
Negativo	17	19,7	27	32,9	44 (26,2%)
Positivo	39	80,2	55	67,1	124 (73,8%)
<b>Frequência que sente mau humor, ansiedade ou frustração?</b>					
Negativo	26	30,2	19	23,1	45 (26,8%)
Positivo	60	69,8	63	76,8	123 (73,2%)

Entre os adultos, 78% apresentaram percepção positiva. Os adultos cegos possuem melhor percepção com relação à sua saúde (79,2%) do que aqueles com baixa visão (76,9%); e os homens apresentam melhor percepção neste componente do que as mulheres (83,7% e 72,0%, respectivamente).

Não houve associação entre o resquício visual ( $p= 0,433$ ) ou o sexo ( $p=0,093$ ) e a percepção de saúde desses indivíduos.

Aproximadamente 73% dos entrevistados apresentaram percepção positiva, relatando realizar as tarefas do dia a dia sem ficar cansados, sentir dor ou desconforto. A percepção negativa nesse componente foi mais prevalente quando questionados como consideram a saúde, sendo em 32,1% dos adultos. Chen e Wang (2009) salientaram que muitas pessoas com deficiência visual exibem uma marcha e postura padrão, como resultado de um ambiente inseguro sob a superproteção de seus pais e pouca participação em atividades físicas. Tais características, segundo os autores, são: cabeça para frente com cifose torácica, lordose lombar e marcha com pequena amplitude. Essa marcha é um indicativo de desenvolvimento motor pobre, acarretando uma grande barreira para o desenvolvimento motor, podendo influenciar no surgimento de algumas doenças e dores crônicas nestes adultos.

McDonnall (2007) apontou que há evidências de que os adultos com deficiência visual possuem a saúde mais prejudicada, altas taxas de inatividade física e maiores níveis de sobrepeso e obesidade, havendo, desta forma, necessidade de estratégias de promoção de saúde. Entre os adultos entrevistados na presente pesquisa, com relação à percepção de saúde, constatou-se que aproximadamente 67% possuem uma percepção positiva de sua saúde atual. Entretanto, quando analisados nesta pesquisa de um modo geral, há alguns componentes fragilizados entre tal segmento da sociedade. Esses componentes, McDonnall destacou em uma estrutura conceitual de atividades de promoção de saúde, que visem a melhorias em diversas áreas. Deve ser realizada intervenção direta de promoção de saúde, gerenciando a dieta e os níveis de atividade física dessa população, oportunizando áreas e atividades de lazer para uma participação mais ativa na sociedade.

#### **4.2.5. Segurança e Acessibilidade**

Nas tabelas 15 (resquício visual) e 16 (sexo) encontram-se os dados referentes à percepção das condições de vida para os adultos, no componente segurança e acessibilidade.

No lar, aproximadamente 95% sentem-se seguros, independente do local em que moram. Entretanto, para caminhar nas ruas, aproximadamente 48% dos informantes sentem-se inseguros. Montarzino *et al.* (2007) constataram em seu estudo que aproximadamente 62% sentem-se inseguros para caminhar à noite e aproximadamente 50% sentem-se inseguros em caminhar em locais desconhecidos.

**Tabela 15.** Percepção de condições de vida por resqúicio visual no componente / Segurança e Acessibilidade.

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Seguro para caminhar na rua</b>					
Negativo	41	53,3	40	44,0	81 (48,2%)
Positivo	36	46,8	51	56,1	87 (51,8%)
<b>Seguro em seu lar</b>					
Negativo	3	3,9	4	4,4	7 (4,2%)
Positivo	74	96,1	87	85,6	161 (95,8%)
<b>Percepção de acessibilidade arquitetônica</b>					
Negativo	56	72,7	73	80,2	129 (76,8%)
Positivo	21	27,3	18	19,8	39 (23,2%)
<b>Percepção de acessibilidade atitudinal</b>					
Negativo	31	40,3	45	49,5	76 (45,2%)
Positivo	46	59,7	46	50,5	92 (54,8%)

**Tabela 16.** Percepção de condições de vida por sexo no componente / Segurança e Acessibilidade.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Seguro para caminhar na rua</b>					
Negativo	39	45,4	42	51,3	81 (48,2%)
Positivo	47	54,7	40	48,8	87 (51,8%)
<b>Seguro em seu lar</b>					
Negativo	4	4,7	3	3,6	7 (4,2%)
Positivo	82	95,3	79	96,3	161 (95,8%)
<b>Percepção de acessibilidade arquitetônica</b>					
Negativo	65	75,6	64	78,0	129 (76,8%)
Positivo	21	24,4	18	22,0	39 (23,2%)
<b>Percepção de acessibilidade atitudinal</b>					
Negativo	40	46,5	36	43,9	76 (45,2%)
Positivo	46	53,5	46	56,1	92 (54,8%)

A percepção de acessibilidade arquitetônica apresentou dados preocupantes com relação à região da Grande Florianópolis. Aproximadamente 77% dos adultos com deficiência visual possuem percepção negativa nesse item.

Quanto à acessibilidade atitudinal, apesar de os achados da pesquisa terem identificado um índice elevado (45,2%), pode-se perceber que há uma melhoria no comportamento da sociedade com relação às pessoas com

deficiência visual. Talvez tal constatação venha do envolvimento da ACIC no contexto socioeducacional da Grande Florianópolis.

No componente **segurança e acessibilidade**, 40,5% dos adultos apresentaram percepções positivas no componente segurança e acessibilidade. Os adultos cegos mais uma vez apresentaram melhores percepções do que aqueles com baixa visão (41,6% - 39,6%, respectivamente) e os homens melhor que as mulheres (41,9% e 39,0%, respectivamente). Não houve associação entre a percepção de segurança e acessibilidade dos adultos com deficiência visual, nem por resquício visual ( $p=0,458$ ) nem por sexo ( $p=0,414$ ).

Os adultos com baixa visão podem ter apresentado em sua maioria percepções negativas com relação a sua saúde por não se aceitarem enquanto adultos com deficiência visual.

As condições de acessibilidade arquitetônica estão descritas nas tabelas 17 e 18, respectivamente. Com exceção do lar e trabalho, os demais ambientes (lazer, comercial e deslocamento) possuem condições ruins ou regulares (negativo).

Observa-se a prevalência positiva no lar e no trabalho em relação às áreas de lazer, comerciais ou ambientes para os deslocamentos diários (ruas e transportes coletivos), talvez pela sua possibilidade de gerenciar e ter voz ativa nestes locais.

Locais públicos ou privados, comerciais ou não, entretanto, devem buscar fazer as adaptações necessárias para atender todos os segmentos da população. Pequenas modificações podem proporcionar autonomia para essas pessoas viverem de forma mais independente nas atividades do dia a dia, tais como: fazer compras, atravessar ruas, caminhar com segurança nas ruas, praticar atividade física, entre outras.

Os adultos cegos apresentaram uma prevalência maior de percepção positiva em todos os ambientes, quando comparados aqueles adultos com baixa visão. Os homens apenas no trabalho não apresentam percepção positiva melhor que as mulheres, nas questões de acessibilidade arquitetônica.

Certas instalações, como academias ou clubes, podem ser uma alternativa para a falta de acessibilidade arquitetônica nos ambientes ao ar livre, para indivíduos com deficiência visual ou mobilidade reduzida, que queiram praticar atividade física regular. Rimmer *et al.* (2005) destacam, em seu estudo, que todas as 35 instalações (academias) pesquisadas nos EUA tinham um nível baixo ou moderado de acessibilidade, nos aspectos: ambiente construído, equipamentos, piscinas de natação, informações, políticas de instalação e comportamento profissional. Esses dados remetem a

reflexões acerca das possibilidades nos países em desenvolvimento, visto que a pesquisa foi realizada em um país considerado desenvolvido.

**Tabela 17.** Condições de acessibilidade arquitetônica por resqúicio visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Baixa Visão		Cego		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>No lar?</b>					
Negativo	14	15,4	9	11,7	23 (13,7%)
Positivo	77	84,6	68	88,3	145 (86,3%)
<b>Nas áreas de lazer?*</b>					
Negativo	50	63,3	42	52,7	92 (63,0%)
Positivo	29	36,7	25	37,3	54 (37,0%)
<b>Nas áreas comerciais?*</b>					
Negativo	69	75,8	56	74,7	125 (75,3%)
Positivo	22	24,2	19	25,3	41 (24,7%)
<b>No seu trabalho?***</b>					
Negativo	18	40,9	15	31,3	33 (35,8%)
Positivo	26	59,0	33	68,7	59 (64,1%)
<b>Durante o seu deslocamento?</b>					
Negativo	77	84,7	62	80,6	139 (82,8%)
Positivo	14	15,4	15	19,5	29 (17,3%)

\* - Número menor pelo fato de alguns adultos relatarem não frequentar estas áreas, não podendo opinar.

\*\*\* - Número menor em decorrência de alguns adultos não estarem trabalhando.

Kirchner, Gerber e Smith (2008) encontraram resultados semelhantes sobre as principais barreiras enfrentadas no dia a dia. Com exceção da remoção de neve, que não há na região pesquisada neste estudo, as demais dificuldades giram em torno de problemas nas próprias ruas, em que a modificação de seu *design* contribuiria de forma significativa e removeria vários obstáculos diários. Montarzino *et al.* (2007) enfatizaram que a mobilidade desempenha um papel fundamental na qualidade de vida das pessoas com deficiência visual, assim como a falta de mobilidade pode acarretar a perda de emprego, redução de atividades recreativas e perda da autossuficiência. Os autores, em pesquisa realizada na Escócia, verificaram que os cruzamentos que possuíam sinais sonoros ofereciam maior segurança, possibilitando inclusive um estilo de vida mais ativo. Alguns adultos da região da Grande Florianópolis, mencionaram que a ausência de sinais sonoros não era considerada como barreira, por nunca terem experimentado para saber se a presença deles facilitaria seu dia a dia.

**Tabela 18.** Condições de acessibilidade arquitetônica, por sexo, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>No lar?</b>					
Negativo	10	11,6	13	15,8	23 (13,7%)
Positivo	76	88,4	69	84,2	145 (86,3%)
<b>Nas áreas de lazer?*</b>					
Negativo	44	59,5	48	66,7	92 (63,0%)
Positivo	30	40,6	24	33,4	54 (37,0%)
<b>Nas áreas comerciais?*</b>					
Negativo	63	74,1	62	76,6	125 (75,3%)
Positivo	22	25,9	19	23,4	41 (24,7%)
<b>No seu trabalho?***</b>					
Negativo	17	36,1	16	35,6	33 (35,8%)
Positivo	30	63,9	29	64,4	59 (64,1%)
<b>Durante o seu deslocamento?</b>					
Negativo	68	79,0	71	86,5	139 (82,8%)
Positivo	18	21,0	11	13,4	29 (17,3%)

\* - Número menor pelo fato de alguns adultos relatarem não frequentar estas áreas, não podendo opinar.

\*\* - Número menor em decorrência de alguns adultos não estarem trabalhando.

As condições de acessibilidade atitudinal estão descritas nas tabelas 19 (resúcio visual) e 20 (sexo). Com relação às condições de acessibilidade atitudinal, os adultos com deficiência visual, consideraram positivamente (boa ou muito boa) as atitudes das pessoas, com exceção dos momentos de deslocamento. Em todos os ambientes os homens tiveram uma percepção positiva melhor que as mulheres, exceto no deslocamento, que a prevalência foi igual.

As áreas de lazer são os únicos ambientes em que os adultos com baixa visão, consideraram a acessibilidade melhor que os adultos cegos. Muitos adultos com baixa visão não aparentam possuir a deficiência visual, dificultando a identificação da necessidade de ajuda, atendimento preferencial ou isenção em alguns casos, o que pode gerar uma forma de preconceito ou falta de educação, por parte de outras pessoas.

**Tabela 19.** Condições de acessibilidade atitudinal por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Baixa Visão		Cego		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>No lar?</b>					
Negativo	11	12,1	8	10,4	19 (11,3%)
Positivo	80	87,9	69	89,6	149 (88,7%)
<b>Nas áreas de lazer?*</b>					
Negativo	29	37,2	27	39,7	56 (38,3%)
Positivo	49	62,8	41	60,3	90 (61,7%)
<b>Nas áreas comerciais?*</b>					
Negativo	48	52,8	34	45,3	82 (49,4%)
Positivo	43	47,3	41	54,7	84 (50,6%)
<b>No seu trabalho?***</b>					
Negativo	12	27,3	9	18,8	21 (22,8%)
Positivo	32	72,8	39	81,3	71 (77,2%)
<b>Deslocamento?</b>					
Negativo	47	52,2	37	48,7	84 (50,6%)
Positivo	43	47,7	39	51,3	86 (49,4%)

**Tabela 20.** Condições de acessibilidade atitudinal por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>No lar?</b>					
Negativo	7	8,2	12	14,6	19 (11,3%)
Positivo	79	88,9	70	85,4	149 (88,7%)
<b>Nas áreas de lazer?*</b>					
Negativo	26	35,1	30	41,7	56 (38,3%)
Positivo	48	64,9	42	58,4	90 (61,7%)
<b>Nas áreas comerciais?*</b>					
Negativo	38	44,7	44	54,3	82 (49,4%)
Positivo	47	55,3	37	45,7	84 (50,6%)
<b>No seu trabalho?***</b>					
Negativo	8	17,0	13	22,8	21 (22,8%)
Positivo	39	82,9	32	71,2	71 (77,2%)
<b>Deslocamento?</b>					
Negativo	43	50,6	41	50,6	84 (50,6%)
Positivo	42	49,4	40	49,4	86 (49,4%)

#### 4.2.6. Condições de vida geral

Os adultos com deficiência visual residentes na Grande Florianópolis, apresentaram escore médio de 3,29 (DP=1,21), com mínimo de 0 e máximo de 5 pontos para as condições de vida.

Aproximadamente 46% apresentam percepção positiva para as condições de vida. Adultos cegos possuem percepções positivas neste domínio melhores que aqueles com baixa visão (51,9% e 41,8% respectivamente), entretanto apenas 5,2% e 8,8% dos adultos cegos e aqueles com baixa visão apresentaram percepções negativas respectivamente.

Já quando analisados de acordo com o sexo, os homens apresentaram melhores percepções positivas que as mulheres (50,0% e 42,7% respectivamente), porém os homens também foram os que apresentaram maior prevalência de percepção negativa 8,1% enquanto as mulheres foram apenas 6,1%. Não foram encontradas associações entre o resquício visual ( $p=0,151$ ) ou sexo ( $p=0,581$ ) e as condições de vida.

A percepção das condições de vida de acordo com o sexo e o resquício visual encontra-se na tabela 21. Os homens cegos são os que apresentam a maior prevalência de percepção positiva das condições de vida.

**Tabela 21.** Percepção das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

Sexo	Resquício visual	Percepção das Condições de vida		
		Negativo	Intermediário	Positivo
Masculino	Baixa Visão	5 (12,2%)	18 (43,9%)	18 (43,9%)
	Cego	2 (4,4%)	18 (40,0%)	25 (55,6%)
	<b>Total</b>	<b>7 (8,1%)</b>	<b>36 (41,9%)</b>	<b>43 (50,0%)</b>
Feminino	Baixa Visão	3 (6,0%)	27 (54,0%)	20 (40,0%)
	Cego	2 (6,3%)	15 (46,9%)	15 (46,9%)
	<b>Total</b>	<b>5 (6,1%)</b>	<b>42 (51,2%)</b>	<b>35 (42,7%)</b>

### 4.3. ESTILO DE VIDA NOS DIFERENTES COMPONENTES

#### 4.3.1. Relacionamentos

Nas tabelas 22 (resquício visual) e 23 (sexo) está descrito o comportamento dos adultos com deficiência visual residentes na Grande Florianópolis, relacionado ao componente **relacionamentos** do estilo de vida. Aproximadamente 82% dos adultos com deficiência visual apresentaram comportamento positivo com relação ao seu relacionamento.

**Tabela 22.** Estilo de vida (relacionamentos) por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Relacionamento interpessoal</b>					
Negativo	9	11,7	17	18,7	26 (15,5%)
Positivo	68	88,3	74	81,3	142 (84,5%)
<b>Relacionamento com sua família</b>					
Negativo	13	16,9	22	24,2	35 (20,9%)
Positivo	64	83,1	69	75,9	133 (79,1%)
<b>Sente-se em ambientes com pessoas sem a deficiência visual*</b>					
Negativo	25	32,5	37	40,7	62 (36,9%)
Positivo	52	67,5	53	58,3	105 (62,5%)

\* - Um participante (0,6%) relatou ser indiferente com a situação.

**Tabela 23.** Estilo de vida (relacionamentos) por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Relacionamento interpessoal</b>					
Negativo	15	17,5	11	13,5	26 (15,5%)
Positivo	71	82,5	71	76,6	142 (84,5%)
<b>Relacionamento com sua família?</b>					
Negativo	20	23,3	15	18,3	35 (20,9%)
Positivo	66	76,7	67	81,7	133 (79,1%)
<b>Sente-se em ambientes com pessoas sem a deficiência visual*</b>					
Negativo	29	33,7	33	40,3	62 (36,9%)
Positivo	56	65,1	49	59,7	105 (62,5%)

\* - Um participante (0,6%) relatou ser indiferente com a situação.

Um dos participantes da pesquisa relatou ser indiferente sobre seus sentimentos em locais com pessoas sem a deficiência visual. Os adultos cegos apresentaram uma prevalência maior de percepção positiva que aqueles com baixa visão, em todos os itens do componente **relacionamentos**. Quando verificado de acordo com o sexo, apenas no que se refere ao relacionamento com a família, as mulheres possuíam uma prevalência maior de percepção positiva que os homens, neste componente. McDonnall (2007) destacou que aqueles adultos com deficiência visual que estão agregados a grupos e relacionamentos gerais possuem melhores condições de enfrentar

desafios para manter um estilo de vida saudável. Gold, Shaw e Wolffe (2005) constataram, em seu estudo, que aproximadamente 56% das pessoas com baixa visão e 40% dos cegos, em uma pesquisa com 330 indivíduos, já encontraram desafios sociais em suas vidas.

Colenbrander (2010) afirmou que deve-se considerar sempre o contexto da sociedade, sendo que muitos são os aspectos que definem a qualidade de vida. Dentre os mesmos pode-se destacar a amizade, as habilidades sociais e a autoconfiança.

Adultos cegos possuem percepções positivas neste componente melhores que aqueles com baixa visão (85,7% e 79,1% respectivamente). Com relação ao sexo, os homens apresentaram melhores percepções positivas que as mulheres (82,6% e 81,7% respectivamente). Não se encontrou associação nem com relação ao resquício visual ( $p=0,182$ ) nem com relação ao sexo ( $p=0,522$ ).

#### 4.3.2. Controle do Estresse

Nas tabelas 24 (resquício visual) e 25 (sexo) está descrito o comportamento relacionado ao controle do estresse. Aproximadamente 75% dos pesquisados apresentam comportamento positivo nos itens referentes ao controle do estresse.

Neste componente, os adultos cegos consideram-se menos estressados que aqueles adultos com baixa visão. Entretanto, aqueles adultos com algum resquício visual estão mais satisfeitos com as condições de seu sono, assim como dedicam mais tempo para este momento.

As mulheres apresentam prevalência maior de comportamento positivo apenas no que se refere ao tempo dedicado ao sono. Porém, estão menos satisfeitas e sentem-se mais estressadas que os homens.

**Tabela 24.** Estilo de vida (controle do estresse) por resquício visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Frequência sente-se estressado?</b>					
Negativo	12	15,6	21	23,1	33 (19,7%)
Positivo	65	84,4	70	76,9	135 (80,3%)
<b>Está satisfeito com as condições do seu sono?</b>					
Negativo	31	40,3	36	39,6	67 (39,8%)
Positivo	46	59,8	55	60,5	111 (60,2%)
<b>Tempo dedicado ao seu sono?</b>					
Negativo	25	32,5	27	29,7	52 (31,0%)
Positivo	52	67,5	64	70,3	116 (69,0%)

**Tabela 25.** Estilo de vida (controle do estresse) por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Frequência sente-se estressado?</b>					
Negativo	14	16,3	19	23,1	33 (19,7%)
Positivo	72	83,8	63	76,9	135 (80,3%)
<b>Está satisfeito com as condições do seu sono?</b>					
Negativo	32	37,2	35	42,7	67 (39,8%)
Positivo	54	62,8	47	57,3	111 (60,2%)
<b>Tempo dedicado ao seu sono?</b>					
Negativo	31	36,0	21	25,6	52 (31,0%)
Positivo	55	64,0	61	74,4	116 (69,0%)

Os adultos com baixa visão (75,8%) apresentaram uma prevalência levemente superior aos adultos cegos (75,3%) de comportamento positivo, com relação ao controle do estresse, assim como as mulheres (76,8%) quando comparados aos homens (74,4%). Não se encontrou associação entre o controle do estresse e o resqúcio visual ( $p=0,541$ ) ou o sexo ( $p=0,427$ ).

### 4.3.3. Comportamento Preventivo

A conduta relacionada ao comportamento preventivo dos adultos com deficiência visual está descrita de acordo com o resqúcio visual na tabela 26 e por sexo na tabela 27. Dos adultos, 94% apresentam comportamento positivo neste componente do estilo de vida.

**Tabela 26.** Estilo de vida (comportamento preventivo) por resqúcio visual dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
<b>Hábito de fazer exames de rotina?</b>					
Negativo	22	28,6	18	19,8	40 (23,8%)
Positivo	55	71,4	73	80,2	128 (76,2%)
<b>Fuma?</b>					
Negativo	5	6,5	13	14,3	18 (10,7%)
Positivo	72	93,5	78	85,7	150 (89,3%)
<b>Ingere Bebida Alcoólica?</b>					
Negativo	4	5,2	2	2,2	6 (3,6%)
Positivo	73	94,8	89	97,8	162 (96,4%)

**Tabela 27.** Estilo de vida (comportamento preventivo) por sexo dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

<b>Hábito de fazer exames de rotina?</b>	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
Negativo	19	22,1	21	25,6	40 (23,8%)
Positivo	67	77,9	61	74,4	128 (76,2%)
<b>Fuma?</b>					
Negativo	10	11,6	8	9,8	18 (10,7%)
Positivo	76	88,4	74	90,2	150 (89,3%)
<b>Ingere Bebida Alcoólica?</b>					
Negativo	4	4,7	2	2,4	6 (3,6%)
Positivo	82	95,3	80	97,6	162 (96,4%)

No comportamento preventivo, adultos com baixa visão (95,6%) apresentaram melhor comportamento que aqueles adultos cegos (92,2%) e as mulheres (95,1%) melhores que os homens (93,0%). Não houve associação entre o resqúcio visual ( $p=0,274$ ) ou o sexo ( $p=0,404$ ) e o comportamento preventivo dos adultos com deficiência visual, da Grande Florianópolis.

#### 4.3.4. Atividade Física

Nas tabelas 28 (resqúcio visual) e 29 (sexo) descreve-se o comportamento relacionado à atividade física. Cerca de 40% dos adultos apresentaram comportamento positivo com relação à atividade física.

Os adultos com baixa visão, assim como os homens apresentaram prevalência levemente superior de comportamento positivo que os cegos e as mulheres, respectivamente. Não houve associação entre o comportamento relacionado à atividade física e o resqúcio visual ( $p=0,417$ ) ou o sexo ( $p=0,539$ ).

Aproximadamente 44% praticavam algum tipo de atividade física nos seus momentos de lazer. Porém, três dos pesquisados não realizavam nem o mínimo definido para esta pesquisa, que seria realizar alguma atividade física duas vezes por semana. Dentre os 44% ( $n=74$ ), 24,4% ( $n=41$ ) possuem baixa visão e os demais são cegos (19,6% -  $n=33$ ). Com relação ao gênero, os homens foram os que praticavam mais atividade física, sendo 46,5% ( $n=40$ ), enquanto que 41% ( $n=34$ ) das mulheres praticavam. A elevada taxa de inatividade física poderá gerar complicações para aqueles indivíduos sedentários, pois a inatividade física é associada a várias complicações médicas (*NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2008*).

**Tabela 28.** Estilo de vida (atividade física), por resquício visual, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

Atividade Física	Cego		Baixa Visão		Total
	n	%	n	%	n (%)
Negativo	47	61,0	53	58,2	100 (59,5%)
Positivo	30	39,0	38	41,8	68 (40,5%)

**Tabela 29.** Estilo de vida (atividade física), por sexo, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

Atividade Física	Masculino		Feminino		Total
	n	%	n	%	n (%)
Negativo	51	59,3	49	59,8	100 (59,5%)
Positivo	35	40,7	33	40,2	68 (40,5%)

Estudos do *Department of Health and Human Services* (2008) apresentaram evidências de que a falta de atividade física entre as pessoas com deficiência resulta em aumento do declínio funcional e uma maior ocorrência de condições secundárias. Essa instituição ainda explana que, para reduzir o risco de doenças crônicas, deve-se realizar pelo menos 30 minutos de atividades moderadas, na maioria dos dias da semana. Para manter o peso, a duração das atividades moderadas até vigorosas é em torno de 60 minutos, na maioria dos dias da semana. Contudo, para sustentar gradativamente a perda de peso, as atividades moderadas ou intensas devem ter duração de 60 a 90 minutos.

Quando os adultos com deficiência não são capazes de atender às orientações, devem engajar-se em atividades físicas regulares, de acordo com suas habilidades, evitando a inatividade física. Alguma atividade física é melhor do que nenhuma e todos os adultos devem evitar a inatividade (WHO, 2010).

McDonnall (2007) afirmou que barreiras nos ambientes, assim como no próprio transporte público ou falta de acesso aos locais de lazer podem dificultar a capacidade desses indivíduos de serem fisicamente ativos e manterem uma vida saudável. Apesar de as evidências existirem, que os adultos com deficiência visual são menos ativos fisicamente e possuem pior condição física que as pessoas que enxergam e pouco parece ter sido feito para isso. A autora, em sua pesquisa, encontrou apenas dois estudos de intervenção com tal população, porém com uma amostra muito pequena (14 e 3), sendo o primeiro em um centro de reabilitação e o segundo com exercícios aeróbios para adultos totalmente cegos. Ambos os estudos constataram que os participantes possuem total condição de aprender e realizar as atividades, desde que dadas as oportunidades para o envolvimento.

### 4.3.5. Alimentação

Nas tabelas 30 (resquício visual) e 31 (sexo) está descrito o comportamento relacionado à alimentação. Dos 168 entrevistados, 53% apresentam comportamento positivo com relação à alimentação.

Os adultos com baixa visão apresentavam comportamento positivo superior àqueles considerados cegos, com exceção do item relativo ao número de refeições diárias. Nesse item, a prevalência maior foi de comportamento negativo. Quando comparado entre os sexos, as mulheres apresentavam uma prevalência maior de comportamento positivo que os homens, nos itens referentes ao comportamento na alimentação.

Os adultos com baixa visão (56,0%) possuíam prevalência de comportamento positivo maior que aqueles adultos cegos (49,4%). Já com relação ao sexo, as mulheres (64,6%) apresentaram prevalência positiva maiores que os homens (41,9%). Não há associação entre o resquício visual e o comportamento referente à alimentação ( $p=0,239$ ). Entretanto, com relação ao sexo, houve associação com o comportamento referente à alimentação ( $p=0,003$ ). Para McDonnall (2007), as barreiras associadas à deficiência visual podem contribuir para os problemas gerais de saúde, dentre eles o sobrepeso e a obesidade. Um exemplo que a autora citou é a própria alimentação. Caso haja dificuldade na preparação dos alimentos, pode-se optar por alimentos com alto teor de calorias ou gorduras, por conveniência, ou não obter os reais valores nutricionais de cada alimento, seja pela dificuldade das informações devido à falta de acessibilidade aos rótulos, que não dispõem de informações legíveis a pessoas com deficiência visual.

**Tabela 30.** Estilo de vida (alimentação), por resquício visual, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Cego		Baixa Visão		Total
<b>Consumo de Frutas</b>					
Negativo	40	51,9	41	45,1	81 (48,2%)
Positivo	37	48,1	50	54,9	87 (51,8%)
<b>Consumo de Alimentos</b>					
<b>Gordurosos</b>					
Negativo	26	33,8	27	29,7	53 (31,5%)
Positivo	51	66,2	64	70,3	115 (68,5%)
<b>Número de Refeições Diárias</b>					
Negativo	42	54,5	52	57,1	94 (56,0%)
Positivo	35	45,5	39	42,9	74 (44,0%)

**Tabela 31.** Estilo de vida (alimentação), por sexo, dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	Masculino		Feminino		Total
<b>Consumo de Frutas</b>					
Negativo	54	62,8	27	32,9	81 (48,2%)
Positivo	32	37,2	55	67,1	87 (51,8%)
<b>Consumo de Alimentos</b>					
<b>Gordurosos</b>					
Negativo	32	37,2	21	25,6	53 (31,5%)
Positivo	54	62,8	61	74,4	115 (68,5%)
<b>Número de Refeições Diárias</b>					
Negativo	49	57,0	45	54,9	94 (56,0%)
Positivo	37	43,0	37	45,1	74 (44,0%)

#### 4.3.6. Estilo de Vida Geral

Os adultos com deficiência visual residentes na Grande Florianópolis, apresentaram escore médio de 3,45 (DP=1,09) com mínimo de 0 e máximo de 5 pontos, para o estilo de vida.

Na tabela 32, verifica-se o estilo de vida dos adultos, de acordo com o sexo e o resquício visual. As mulheres cegas foram as que apresentaram a maior prevalência de comportamento positivo no estilo de vida. Aproximadamente 51% dos adultos com deficiência visual apresentaram um comportamento positivo para o estilo de vida.

**Tabela 32.** Comportamento do estilo de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

Sexo	Resquício visual	Estilo de Vida		
		Negativo	Intermediário	Positivo
Masculino	Baixa Visão	0 (0,0%)	20 (48,8%)	21 (51,2%)
	Cego	4 (8,9%)	20 (44,4%)	21 (46,7%)
	<b>Total</b>	<b>4 (4,7%)</b>	<b>40 (46,5%)</b>	<b>42 (48,8%)</b>
Feminino	Baixa Visão	1 (2,0%)	24 (48,0%)	25 (50,0%)
	Cego	0 (0,0%)	13 (40,6%)	19 (59,4%)
	<b>Total</b>	<b>1 (1,2%)</b>	<b>37 (45,1%)</b>	<b>44 (53,7%)</b>

Os adultos cegos (51,9%) e as mulheres (53,7%) apresentaram prevalência levemente superior àqueles adultos com baixa visão (50,5%) e aos homens (48,8%), respectivamente. Entretanto, não houve associação nem entre o resquício visual ( $p=0,755$ ) ou o sexo ( $p=0,338$ ) e o estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

Intervenções no estilo de vida, como dieta e atividade física, segundo McDonnall (2007), ajudam consideravelmente na perda de peso, dependendo da intensidade, frequência e duração da atividade física, além da mudança de comportamento com relação à dieta nutricional.

A autora enfatizou que, nos últimos anos, várias pesquisas sobre intervenções relacionadas com a promoção da saúde foram relatadas, com relação à perda de peso e nível de atividade física para a população em geral. Porém, quando as restringimos ao grupo de pessoas com deficiência, essas pesquisas são bem limitadas e em grupos específicos, tais como: para pessoas com esclerose múltipla (Petajan *et al.*, 1996; Stuijbergen, Becker, Blozis, Timmerman, & Kullberg, 2003), deficiência física ou dificuldades de mobilidade (Chen, Henson, Jackson & Richards, 2006; Hughes, Nosek, Howland, Groff, e Mullen, 2003; Ravesloot, Seekins, & White, 2005), osteoartrite (Ettinger *et al.*, 1997; Messier *et al.*, 2004), deficiência intelectual (Marshall, McConkey, & Moore, 2003) e os sobreviventes de acidente vascular cerebral (Rimmer *et al.*, 2000). Já quando o grupo se restringe a pessoas com deficiência visual e a adultos, praticamente não há pesquisas sobre intervenção e promoção de saúde.

Além da prevenção de doenças, McDonnall (2007) destacou que programas de promoção de saúde e um estilo de vida saudável farão com que tais adultos tenham maiores condições de se manterem no mercado de trabalho, possibilitando exercerem seus direitos como cidadãos. Apesar de haver poucas evidências com relação a esta área, Kirchner, Schmeidler e Todorov (1999) afirmaram que adultos com deficiência visual saudáveis, possuem maiores probabilidades de estarem empregados que seus pares com um estilo de vida não saudável.

As atividades poderiam auxiliar os adultos a se sentirem melhor fisicamente e mentalmente, o que, por sua vez, poderia ajudá-los a lidar melhor com as demandas do trabalho.

A promoção da saúde é importantíssima para todos os envolvidos, visto que o aumento da atividade física, e a diminuição do peso corporal estão associados com menos problemas de saúde, conseqüentemente, com diminuição dos custos com a saúde e uma melhora na qualidade de vida da população. Lollar e Crews (2003) afirmaram que intervenções desse tipo podem evitar a incidência de condições secundárias e maiores habilidades funcionais, resultando em uma melhora na qualidade de vida.

Apesar do recente foco na promoção da saúde para as pessoas com deficiência, os adultos com deficiência visual ainda estão carentes de intervenções, não recebendo atenção adequada. Nesse campo de atuação, deve-se concentrar esforços para melhorar a saúde e o bem-estar dessa população.

#### 4.4. ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

Entre as principais atividades físicas realizadas nos momentos de lazer entre os adultos com deficiência visual residentes na Grande Florianópolis (Tabela 33), desenvolvem-se: aulas de musculação em academias; atividades realizadas na ACIC no momento de Educação Física, que envolve musculação e caminhada; prática da modalidade *goalball*; caminhadas, de modo geral.

Em decorrência da facilidade de acesso e uma maior autonomia, a musculação tem sido muito procurada e amplamente difundida para a prática entre as pessoas com deficiência visual, visto que, com pequenas adaptações e maior atenção nas academias, ela pode proporcionar uma atividade segura, regular e positiva para as pessoas com deficiência visual.

Piletic e Piper (2003) afirmaram que o treinamento de peso é uma ótima opção para pessoas com deficiência visual. Antes de iniciar o treinamento, é importante recolher informações sobre a pessoa com quem se está trabalhando, para selecionar os exercícios apropriados, além de manter sempre a segurança durante as atividades. Esse trabalho proporciona muitos benefícios, tais como: aumento da autoestima, aumento da força, melhora da postura, aumentos da percepção espacial e do sentido sinestésico.

Outra atividade muito praticada entre os participantes desta pesquisa é o *goalball*. Segundo Nascimento e Morato (2006), essa modalidade esportiva é baseada nas percepções auditivas e táteis, e também na orientação espacial. Scherer *et al.* (2005) apontaram que a modalidade trabalha muitos atributos específicos, essenciais para o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial de seus praticantes.

Muitos adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis não praticam atividades físicas regulares, mesmo sabendo de sua importância. Na tabela 34, estão descritos os motivos que os adultos relataram para não realizar uma atividade física em seus momentos de lazer. Dentre os motivos, a falta de tempo foi o fator mais mencionado. Porém, muitos relataram também se sentir acomodados e que seu cotidiano está bom sem tais momentos de lazer mais ativos, assim como há aqueles que mencionaram terem preguiça, principalmente para iniciar alguma atividade física regular.

Estes motivos mencionados para a não prática de atividade física pode ser decorrente de uma falta de cultura para esta prática, decorrente da falta de oportunidades na infância não adquirindo o hábito ao longo dos anos.

**Tabela 33.** Principais atividades praticadas pelos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis

Atividades praticadas	Cego		Baixa visão		Total
	n	%	n	%	
Musculação	5	15,2	13	31,7	18 (24,3%)
Ed. Física ACIC	6	18,2	4	9,8	10 (13,5%)
Goalball	5	15,2	4	9,8	9 (12,2%)
Caminhada	3	9,1	6	14,6	9 (12,2%)
Bike	3	9,1	2	4,9	5 (6,8%)
Bocha	2	6,1	2	4,9	4 (5,4%)
Natação	2	6,1	2	4,9	4 (5,4%)
Atletismo	1	3,0	2	4,9	3 (4,1%)
Pilates	2	6,1	0	0,0	2 (2,7%)
Futebol	1	3,0	1	2,4	2 (2,7%)
Hidroginástica	1	3,0	1	2,4	2 (2,8%)
Yoga	0	0,0	2	4,9	2 (2,8%)
Dança	1	3,0	0	0,0	1 (1,4%)
Remo	0	0,0	1	2,4	1 (1,4%)
Musicoterapia	1	3,0	0	0,0	1 (1,4%)
Aulas práticas na faculdade	0	0,0	1	2,4	1 (1,4%)

Entre os motivos relatados apenas uma vez encontram-se a falta de interesse, a falta de prioridade, falta de segurança, entre outros. Após esta breve análise, é importante destacar que a não aderência a prática de atividade física, é decorrente de vários motivos e um percentual muito baixo (2,1%) afirmam não praticar pela deficiência visual.

**Tabela 34.** Motivos para os adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis não praticarem atividade física regular.

Motivos: não prática	Cego		Baixa visão		Total
	n	%	n	%	
Falta de tempo	13	29,5	13	26,0	26 (27,7%)
Acomodação	4	9,1	10	20,0	14 (14,9%)
Preguiça	7	15,9	5	10,0	12 (12,8%)
Problemas médicos	2	4,5	7	14,0	9 (9,5%)
Falta de opção	5	11,4	3	6,0	8 (8,5%)
Não gosta	3	6,8	3	6,8	6 (6,4%)
Condições financeiras	3	6,8	1	2,0	4 (4,3%)
Falta de acessibilidade	3	6,8	1	2,0	4 (4,3%)
Sem motivo	2	4,5	0	0,0	2 (2,1%)
Por causa da deficiência	0	0,0	2	4,0	2 (2,1%)
Outros	2	4,5	5	10,0	7 (7,4%)

A tabela 35 apresenta os dados referentes ao nível de atividade física e os fatores associados. Entre os entrevistados, 56% foram considerados inativos, as mulheres foram as que menos fazem atividade física, assim como: adultos jovens (entre 18 e 39 anos); com escolaridade menor ou igual a oito anos; sem companheiro; adultos com baixa visão; adultos com deficiência visual, que adquiriram de forma congênita tal deficiência; apresentaram excesso de peso através do IMC; e que trabalhavam.

**Tabela 35.** Nível de atividade física e fatores associados aos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis

	<b>Recomendações</b>			
	<b>0min</b>	<b>Até 74min</b>	<b>Entre 75 e 149min</b>	<b>Acima de 150min</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	46 (27,4%)	5 (3,0%)	11 (6,5%)	24 (14,3%)
Feminino	48 (28,6%)	1 (0,6%)	13 (7,7%)	20 (11,9%)
<b>Idade</b>				
Adultos Jovens	55 (32,7%)	3 (1,8%)	13 (7,7%)	25 (14,9%)
Meia Idade	39 (23,2%)	3 (1,8%)	11 (6,5%)	19 (11,3%)
<b>Escolaridade</b>				
≤8 anos	69 (41,1%)	4 (2,4%)	19 (11,3%)	27 (16,1%)
> 8 anos	25 (14,9%)	2 (1,2%)	5 (3,0%)	17 (10,1%)
<b>Estado Civil</b>				
Com companheiro	42 (25,0%)	3 (1,8%)	8 (4,8%)	23 (13,7%)
Sem companheiro	52 (31,0%)	3 (1,8%)	16 (9,5%)	21 (12,5%)
<b>Resquício Visual</b>				
Baixa Visão	50 (29,8%)	3 (1,8%)	12 (7,1%)	26 (15,5%)
Cego	44 (26,2%)	3 (1,8%)	12 (7,1%)	18 (10,7%)
<b>Período de Incidência</b>				
Congênita	61 (36,3%)	3 (1,8%)	17 (10,1%)	26 (15,5%)
Infância ou Adolescência	13 (7,7%)	1 (0,6%)	1 (0,6%)	8 (4,8%)
Adultos	20 (11,9%)	2 (1,2%)	6 (3,6%)	10 (6,0%)
<b>IMC</b>				
Faixa Normal	39 (23,2%)	3 (1,8%)	8 (4,8%)	21 (12,5%)
Excesso de Peso	55 (32,7%)	3 (1,8%)	16 (9,5%)	23 (13,7%)
<b>Trabalha</b>				
Sim	51 (30,4%)	5 (3,0%)	10 (6,0%)	25 (14,9%)
Não	43 (25,6%)	1 (0,6%)	14 (8,3%)	19 (11,3%)
<b>Total</b>	<b>94 (56%)</b>	<b>6 (3,6%)</b>	<b>24 (14,3%)</b>	<b>44 (26,2%)</b>

#### 4.5. ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

A percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual foi baseada nas condições e no estilo de vida. Os componentes da percepção das condições de vida dos adultos com deficiência visual e do estilo de vida estão mais bem descritos nas tabelas 36 e 37, respectivamente.

No domínio **condições de vida**, a prevalência de percepção positiva e negativa, nos diferentes componentes, respectivamente, é:

- **Moradia e vida no lar:** Mulheres cegas (positiva)/ Mulheres com baixa visão (negativa);
- **Trabalho e renda:** Mulheres cegas / Mulheres com baixa visão;
- **Lazer e vida social:** Mulheres com baixa visão / Homens com baixa visão;
- **Percepção de saúde:** Homens cegos / Mulheres cegas;
- **Segurança e acessibilidade:** Homens cegos / Mulheres cegas.

No estilo de vida, a prevalência de percepção positiva entre os adultos com deficiência visual, nos diversos componentes:

- **Relacionamentos:** Mulheres cegas (positiva) / Mulheres com baixa visão (negativa);
- **Controle do estresse:** Mulheres com baixa visão / Homens com baixa visão;
- **Comportamento preventivo:** Homens com baixa visão / Homens cegos;
- **Atividade física:** Homens com baixa visão / Homens cegos;
- **Alimentação:** Mulheres cegas / Homens cegos.

Tabela 36. Percepção das condições de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis em cada componente.

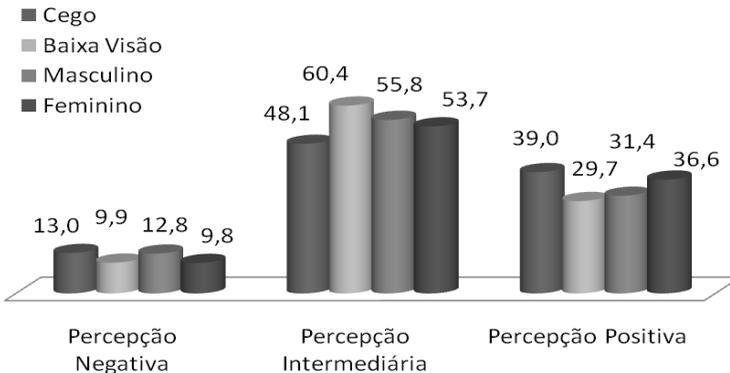
Componentes	Masculino				Feminino			
	Cego		Baixa Visão		Cego		Baixa Visão	
	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
Moradia e Vida no Lar	17,8%	82,2%	17,1%	82,9%	12,5%	87,5%	20,0%	80,0%
Trabalho e Renda	51,1%	48,9%	61,0%	39,0%	43,8%	56,3%	66,0%	34,0%
Lazer e Vida Social	13,3%	86,7%	22,0%	78,0%	15,6%	84,4%	12,0%	88,0%
Percepção de Saúde	11,1%	88,9%	22,0%	78,0%	34,4%	65,6%	24,0%	76,0%
Segurança e Acessibilidade	55,6%	44,4%	61,0%	39,0%	62,5%	37,5%	60,0%	40,0%

Tabela 37. Estilo de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis em cada componente.

Componentes	Masculino				Feminino			
	Cego		Baixa Visão		Cego		Baixa Visão	
	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo	Positivo
Relacionamentos	15,6%	84,4%	19,5%	80,5%	12,5%	87,5%	22,0%	78,0%
Controle do Estresse	24,4%	75,6%	26,8%	73,2%	25,0%	75,0%	22,0%	78,0%
Comportamento Preventivo	11,1%	88,9%	2,4%	97,6%	3,1%	96,9%	6,0%	94,0%
Atividade Física	62,2%	37,8%	56,1%	43,9%	59,4%	40,6%	60,0%	40,0%
Alimentação	62,2%	37,8%	53,7%	46,3%	34,4%	65,6%	36,0%	64,0%

A percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual foi 33,9% positiva e está mais bem representada na figura 3. Não foram encontradas associações entre o resquício visual ( $p=0,529$ ) ou o sexo ( $p=0,402$ ) e a qualidade de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis. Essa percepção positiva superior dos adultos cegos com relação aqueles com baixa visão podem ser decorrentes de algumas suposições, tais como: não aceitar sua deficiência; terem alguma doença progressiva; adquirirem a deficiência ao longo da vida, entre outras.

Yeatts (2005) comparou pacientes com deficiência visual e um grupo controle de indivíduos saudáveis sem deficiência visual, através de uma combinação de questionários com 105 questões. Ele constatou que os pacientes com deficiência visual apresentam uma redução na saúde física e mental, além da autoimagem.



**Figura 3.** Percepção de qualidade de vida dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis por resquício visual (baixa visão e cego) e sexo.

Na tabela 38, a percepção de qualidade de vida está mais bem descrita de acordo com as variáveis sociodemográficas. As variáveis idade e trabalho apresentaram-se associadas à percepção de qualidade de vida. Lollar e Crews (2003) destacaram a importância de identificar e avaliar as condições secundárias provenientes de cada condição primária incapacitante. As limitações e doenças secundárias, quando evitadas, poderão, além de melhorar a qualidade de vida das pessoas, poderão não gerar um impacto direto e negativo nos orçamentos de saúde em geral.

**Tabela 38.** Percepção de qualidade de vida de acordo com as variáveis sociodemográficas dos adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis.

	n	Percepção de Qualidade de Vida		
		Negativo	Intermediário	Positivo
<b>Sexo</b>				
Masculino	86	12,8%	55,8%	31,4%
Feminino	82	9,8%	53,7%	36,6%
<b>Idade*</b>				
Adultos Jovens	96	8,3%	52,1%	39,6%
Meia Idade	72	15,3%	58,3%	26,4%
<b>Tempo reside</b>				
Até 11 meses	20	10,0%	65,0%	25,0%
De 1 a 5 anos	37	8,1%	54,1%	37,8%
> 5 anos a 10 anos	34	17,6%	58,8%	23,5%
Acima de 10 anos e 1 mês	77	10,4%	50,6%	39,0%
<b>Escolaridade</b>				
≤8 anos	119	14,3%	53,8%	31,9%
≥9 anos	49	4,1%	57,1%	38,8%
<b>Estado Civil</b>				
Com companheiro	76	11,8%	55,3%	32,9%
Sem companheiro	92	10,9%	54,3%	34,8%
<b>Resquício Visual</b>				
Baixa Visão	91	9,9%	60,4%	29,7%
Cego	77	13,0%	48,1%	39,0%
<b>% Remanescente</b>				
Até 5%	32	15,6%	56,3%	28,1%
6 a 15%	32	9,4%	59,4%	31,3%
16 a 30%	22	4,5%	68,2%	27,3%
Acima de 31%	04	0,0%	75,0%	25,0%
<b>Período de Incidência</b>				
Congênito	107	11,2%	50,5%	38,3%
Infância e Adolescência	23	0,0%	69,6%	30,4%
Adulto	38	18,4%	57,9%	23,7%
<b>IMC</b>				
Faixa Normal	71	8,5%	56,3%	35,2%
Excesso de Peso	97	13,4%	53,6%	33,0%
<b>Com quem mora</b>				
Sozinho	17	23,5%	52,9%	23,5%
Familiares	136	8,8%	55,1%	36,0%
Outras pessoas	15	20,0%	53,3%	26,7%
<b>Trabalha**</b>				
Sim	91	6,6%	46,2%	47,3%
Não	77	16,9%	64,9%	18,2%
<b>TOTAL</b>		<b>11,3%</b>	<b>54,8%</b>	<b>33,9%</b>

\*  $p=0,042$ ;  $X^2=4,13$ ; \*\*  $p\leq 0,001$ ;  $X^2=16,00$

As mulheres jovens, sem companheiros, com nove anos ou mais de estudo, que trabalham, foram as que apresentaram melhor percepção de qualidade de vida entre os adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis. Além disso, as mulheres cegas – de forma congênita, com IMC na faixa normal e que moram com seus familiares – foram as que apresentam percepção positiva de qualidade de vida.

Observa-se que a percepção de qualidade de vida apresentou uma tendência nesta pesquisa quando analisado sob o período de incidência da deficiência visual. Quanto mais tarde as pessoas adquiriram a deficiência visual, menor é sua percepção positiva com relação a qualidade de sua vida. Isto pode ser decorrente destes adultos ainda não se aceitarem enquanto sujeitos com a deficiência visual.

Homens de meia idade – com baixa escolaridade, que adquiriram a deficiência na idade adulta e não trabalham – apresentam uma prevalência maior para uma percepção negativa em sua qualidade de vida.

Deve-se pensar em estratégias de promoção para saúde, com viés de melhorias na qualidade de vida dos adultos que apresentaram uma prevalência maior para a percepção negativa. Isso através da mudança de hábitos do estilo de vida, principalmente no que se refere à alimentação e à atividade física, proporcionando melhores condições de vida para uma inclusão mais efetiva na sociedade. Tais mudanças devem ser pautadas principalmente nos aspectos de acessibilidade e no que concerne ao componente **trabalho e renda**.

As condições de trabalho e renda se constituem em um aspecto delicado e complexo, visto que abrangem não apenas questões de acessibilidade e oportunidade, mas também leis que já estão em vigor. Em muitos casos, tais leis favorecem o beneficiário em detrimento do mercado de trabalho, oferecendo benefícios e aposentadoria para adultos em condições de estarem se preparando e adentrando nesse mercado.

Com relação aos fatores pessoais, essas intervenções podem ter um impacto positivo nas condições de saúde, níveis de atividade física, hábitos de vida, autoeficácia e relacionados à qualidade de vida. Nos fatores ambientais, as intervenções devem se concentrar para facilitar o transporte público para todos os envolvidos.

Uma estratégia de promoção de saúde, por parte do poder público, poderia se configurar em orientações e assistência para a perda de peso, para que as pessoas tornem-se mais ativas fisicamente e mantenham um estilo de vida saudável. Tal cenário poderia ser construído através de órgãos governamentais, em parceria com entidades destinadas a atender essa população, oportunizando:

- Vivenciar e aprender as diferentes opções de atividade física;

- Receber informações sobre hábitos saudáveis de alimentação, como preparar os alimentos e informações nutricionais;
- Participação ativa na revitalização da cidade, construindo um ambiente mais acessível (MCDONNALL, 2007).

A exposição desta população em um processo de intervenção irá ajudar a prevenir a inatividade e reduzir o ganho de peso, a que, muitas vezes, a deficiência visual está associada. A essência da intervenção é criar um hábito saudável de vida e sua importância para a prevenção de doenças crônicas, principalmente. A intervenção oportunizará informações, experiências e habilidades essenciais para manter um estilo de vida saudável.

McDonnall (2007) enfatizou que uma opção seria que os profissionais de reabilitação oferecessem, em seus currículos pedagógicos, atividades que envolvessem os hábitos de um estilo de vida saudável.

Uma intervenção interessante que ocorre no Estado do Mississippi, EUA, é conhecida como *Mississippi in Motion*, para a promoção de um estilo de vida saudável. O serviço de extensão da Universidade Estadual oferece uma educação de 12 semanas para um estilo de vida saudável. O programa consiste em uma reunião inicial em que são repassadas informações básicas, como o IMC, peso, altura e pressão arterial. Durante dez semanas, informações sobre vida saudável são apresentadas, tais como: cozinhar de forma saudável, como fazer a seleção de alimentos, o que comer quando fizer refeições fora de casa e a prática de exercícios físicos.

O objetivo do programa é fazer com que os participantes aumentem seus conhecimentos sobre comportamentos saudáveis e níveis de atividade física. O programa poderia muito bem ser implementado para pessoas com deficiência visual. Porém, devem-se viabilizar questões de acessibilidade arquitetônica, não apenas nos locais de prática, mas também na acessibilidade das ruas e transporte público. Capacitar os profissionais envolvidos, a fim de estarem preparados para trabalhar com a população em questão. Viabilizar uma divulgação em massa para atingir uma grande parcela da população alvo, principalmente quem se encontra em níveis de sobrepeso e obesidade, para uma mudança de comportamento.

#### 4.6. ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DA VISÃO EM ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL DA GRANDE FLORIANÓPOLIS

As tabelas 39 e 40 se referem às análises de regressão logística multinomial brutas e ajustadas, respectivamente, entre a qualidade de vida, fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão.

Na análise bruta, foi encontrada associação apenas entre a qualidade de vida e o trabalho. Sendo que os adultos que trabalhavam possuíam 6,66 vezes mais chances (IC95%=2,13-20,81) de terem uma percepção positiva de qualidade de vida, comparando-se àqueles que apresentam percepção negativa e não trabalhavam.

Quando ajustado para todas as variáveis utilizadas nessa regressão, a variável trabalho manteve-se associada ao desfecho (tabela 38). Dessa forma, aqueles que trabalhavam apresentam 4,75 vezes mais chances (IC95%=1,31-17,29) de terem uma percepção positiva, em comparação aos que apresentam percepção negativa e não trabalhavam.

As variáveis idade e escolaridade na análise bruta, apesar de não serem significativas, tiveram uma forte relação ( $p=0,062$  e  $p=0,070$ , respectivamente). Porém, quando as mesmas foram ajustadas para todas as variáveis já não mantiveram essa forte relação.

**Tabela 39.** Análise bruta da regressão logística multinomial entre a qualidade de vida, fatores socio demográficos, esta do nutricional e características da visão em adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis, 2011.

	Percepção Intermediária		p	Percepção Positiva		p
	OR	IC (95%)		OR	IC (95%)	
<b>Sexo</b>						
Feminino	1			1		
Masculino	1,26	(0,46 – 3,42)	0,650	1,53	(0,54 – 4,36)	0,428
<b>Idade</b>						
Adultos Jovens	1			1		
Meia Idade	1,64	(0,60 – 4,44)	0,334	2,75	(0,95 – 7,97)	0,062
<b>Escolaridade</b>						
≤8 anos	1			1		
>8 anos	0,27	(0,06 – 1,24)	0,093	0,24	(0,05 – 1,13)	0,070
<b>Trabalho</b>						
Não	1			1		
Sim	1,82	(0,64 – 5,21)	0,264	6,66	(2,13 – 20,81)*	0,001
<b>Estado Civil</b>						
Sem companheiro	1			1		
Com companheiro	1,07	(0,40 – 2,88)	0,891	1,15	(0,41 – 3,26)	0,790
<b>IMC</b>						
Excesso de peso/Obesidade	1			1		
Normal	0,60	(0,21 – 1,72)	0,341	0,59	(0,20 – 1,77)	0,348
<b>Resquício Visual</b>						
Cego	1			1		
Baixa Visão	0,61	(0,22 – 1,63)	0,322	1,00	(0,35 – 2,83)	1,000
<b>Período de Incidência</b>						
Congênita	1			1		
Infância e Adolescência	1,43	(0,50 – 4,12)	0,505	2,66	(0,82 – 8,64)	0,104
Adultos	--	--	--	--	--	--

IMC= Índice de Massa Corporal; OR= Odds Ratio; IC95%= Intervalo de Confiança \* p<0,05; --= apresentou erro durante a análise; Categoria de referência = percepção negativa.

**Tabela 40.** Análise ajustada da regressão logística multinomial entre a qualidade de vida, fatores socio demográficos, estado nutricional e características da visão em adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis, 2011.

	Percepção Intermediária			Percepção Positiva		
	OR	IC (95%)	p	OR	IC (95%)	p
<b>Sexo</b>						
Feminino	1			1		
Masculino	1,21	(0,42 – 3,48)	0,719	1,69	(0,55 – 5,22)	0,361
<b>Idade</b>						
Adultos Jovens	1			1		
Meia Idade	1,17	(0,36 – 3,75)	0,796	1,71	(0,50 – 5,90)	0,395
<b>Escolaridade</b>						
≤8 anos	1			1		
>8 anos	0,31	(0,06 – 1,59)	0,159	0,43	(0,08 – 2,36)	0,334
<b>Trabalho</b>						
Não	1			1		
Sim	1,30	(0,39 – 4,38)	0,673	4,75	(1,31 – 17,29)*	0,018
<b>Estado Civil</b>						
Sem companheiro	1			1		
Com companheiro	1,11	(0,38 – 3,26)	0,846	1,26	(0,40 – 3,99)	0,692
<b>IMC</b>						
Excesso de peso/Obesidade	1			1		
Normal	0,70	(0,22 – 2,21)	0,542	0,79	(0,23 – 2,66)	0,703
<b>Resquício Visual</b>						
Cego	1			1		
Baixa Visão	0,52	(0,18 – 1,55)	0,243	0,87	(0,27 – 2,80)	0,818
<b>Período de Incidência</b>						
Congênita	1			1		
Infância e Adolescência	1,27	(0,37 – 4,36)	0,704	1,31	(0,33 – 5,19)	0,704
Adultos	--	--	--	--	--	--

IMC= Índice de Massa Corporal ; OR= Odds Ratio ; IC95%= Intervalo de Confiança \* p<0,05 ; --= apresentou erro durante a análise ; Categoria de referência = percepção negativa.

## CONCLUSÕES

Os adultos com deficiência visual da Grande Florianópolis possuíam média de idade de 37,55 anos (DP=11,55), residentes principalmente do município de Florianópolis. Aproximadamente 45% viviam com companheiros e mais de 70% moravam em casas e 66% residiam em locais próprios ou da família. Entre os entrevistados, 10% moravam sozinhos e aproximadamente 81% viviam com seus familiares, 54% dos adultos eram trabalhadores. As principais atividades laborais eram massoterapia, atividades em setores administrativos, atividades no setor de reciclagem da ACIC, entre outras. Entre aqueles adultos que não trabalhavam 43% eram aposentados.

Entre os adultos, 45% eram cegos e 63% congênitos, a infância e adolescência foram os períodos em que houve menor incidência para a deficiência visual. As principais causas foram: retinose pigmentar, retinopatia da prematuridade, glaucoma e toxoplasmose.

Apenas 38% encontravam-se na faixa recomendável para o índice de massa corporal, e mais da metade dos entrevistados estavam com sobrepeso ou obesidade (57%), sendo assim, seis em cada dez fora da faixa recomendável e três em cada dez sendo considerados obesos.

Em relação às condições de vida, apenas nos componentes **trabalho e renda**, e **segurança e acessibilidade** houve uma prevalência maior de percepção negativa que positiva, e nos dois componentes a percepção negativa foi maior entre as mulheres com baixa visão. O componente **segurança e acessibilidade** foi o que apresentou pior percepção, com 100 indivíduos (59,5%). Entretanto, percebe-se que a acessibilidade arquitetônica apresentou alta prevalência de percepção negativa. Com relação à acessibilidade atitudinal, pode-se perceber uma melhoria no comportamento da sociedade com relação às pessoas com deficiência visual. Talvez tal constatação venha do envolvimento da ACIC no contexto socioeducacional da Grande Florianópolis.

Aproximadamente 51% dos adultos com deficiência visual apresentam um comportamento positivo para o estilo de vida, sendo que as mulheres cegas foram as que apresentaram a maior prevalência de comportamento positivo no estilo de vida. Os componentes de alimentação, apenas para os homens, e atividade física, para ambos, foram os que apresentaram um comportamento mais negativo, justificando, desta forma, os números referentes aos elevados índices de risco no IMC.

Com relação à atividade física, 56% são inativos e 26,2% cumprem as recomendações de realizar 150 minutos de atividades, divididos em três vezes por semana. As principais atividades praticadas foram: musculação,

caminhadas e o *goalball*. Os principais motivos para a não adesão relatados foram: falta de tempo, sentem-se acomodados e preguiça.

Entre os adultos com deficiência visual, os homens foram os que cumprem mais as recomendações. Ou seja: aqueles com idade de 31 a 45 anos, com escolaridade menor ou igual a oito anos, com companheiro, os adultos com baixa visão, congênitos que trabalhavam, foram os que cumpriram mais as recomendações.

Com relação à prevalência da qualidade de vida (positivo e intermediário) e sua associação com os fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão, encontrou-se associação nas análises brutas e ajustadas apenas na variável **trabalho**.

A percepção de qualidade de vida foi 33,9% positiva. Sendo que 39,0% dos adultos cegos e 29,7% dos adultos com baixa visão apresentam percepção positiva.

Ações devem ser realizadas no que concerne a condições de segurança e acessibilidade para população em estudo, possibilitando maior inclusão em ambientes propícios para a prática de atividade física.

Programas de intervenção destinados aos adultos com deficiência visual devem ser realizados, com objetivo de diminuir a prevalência de inatividade física nesta população. Assim como corrigir hábitos alimentares que estão influenciando diretamente no número elevado de adultos com excesso de peso, os quais ficam mais propensos a adquirir doenças decorrentes da inatividade física.

Programas como esses, para a promoção da saúde, são importantíssimos para todos os envolvidos, visto que o aumento da atividade física e a diminuição do peso corporal estão associados com a redução de problemas de saúde. Consequentemente, uma diminuição dos custos com a saúde e a melhora na qualidade de vida da população.

## REFERÊNCIAS

ACIC - Associação Catarinense para Integração do Cego. *Sobre a ACIC*. Disponível em: <<http://www.acic.org.br/index.php/quem-somos/sobre-a-acic.html>> Acesso em 13 de março de 2011.

ACMS. Diretrizes do ACMS para os testes de esforço e sua prescrição; Traduzido por Giuseppe Taranto, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

BERNARDES, L. C. G. *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; HOEHNE, E. L. Qualidade de vida de deficientes visuais. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 2, p. 260-264, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 368p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRUMER, A.; PAVEI, K.; MOCELIN, D. G. Saindo da “escuridão”: perspectivas da inclusão social, econômica, cultural e política dos portadores de deficiência visual em Porto Alegre. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 6, n. 11, p. 300-327, 2004.

CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de Vida: Um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*. v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

CARVALHO, J. *O perfil do estilo de vida relacionado à saúde do portador de deficiência visual da grande Florianópolis*. 1999. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 1999.

CASTRO, E. *Atividade Física Adaptada*. Ribeirão Preto, SP: Tecmedd, 2005, 555p.

CHEN, C. C.; LIN, S. Y. The impact of rope jumping exercise on physical fitness of visually impaired students. *Research in Developmental Disabilities*. 2010.

CHEN, S. WANG, Y. T. The impact of different walking environment on the gait and posture pattern of individuals with visual impairment. *Asian Journal of Exercise & Sports Science*. v. 6, n. 1, p. 1-8, 2009.

CICONELLI, R. M. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida: medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)*. São Paulo, 1997, 143p. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade Federal de São Paulo, 1997.

CIDADE, R. E. A.; FREITAS, P. S. *Introdução à Educação Física e ao Desporto para pessoas portadoras de deficiência*. Curitiba: UFPR, 2002. 122p.

COLENBRANDER, A. Assessment of functional vision and its rehabilitation. *Acta Ophthalmologica*. v. 88, p. 163-173, 2010.

CONDE, A. J. M. A pessoa portadora de deficiência visual, seu corpo, seu movimento e seu mundo. In: PEDRINELLI, V.J.; TEIXEIRA, L.R.; MATTOS, E.; CONDE, A.J.S.M. *Educação física e desporto para pessoas portadoras de deficiência*. Brasília: SESI X SEDES-MEC, 1994. p. 75-87.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da produção científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino Americana Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 532-8, 2003.

DECRETO n° 6.949. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm)> Acessado em 17 de outubro de 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US). 2008 physical activity guidelines for Americans. Atlanta, EUA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2008.

DIEHL, R. M. *Jogando com as diferenças*. São Paulo: Phorte, 2006. 215p.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. v.21, n.1, p. 19-28, 1999.

FONSECA, R. T. M. Artigo 27 – Trabalho e emprego. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p. 92-94.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4º ed. São Paulo: Atlas; 2007. 175p.

GOLD, D.; SHAW, A.; WOLFFE, K. The status of canadian youth who are blind or visually impaired: A study of lifestyles, quality of life and employment. *International Congress Series*. 1282, p. 1148-1152, 2005.

GONÇALVES, A; VILARTA, R. Qualidade de vida e atividade física. Barueri: Manole, 2004. 287p.

GOUVEIA, N. Saúde e Meio Ambiente nas Cidades: Os Desafios da Saúde Ambiental. *Saúde e Sociedade*. v. 8, n. 1, p. 49-61, 1999.

GRAZIANO, R. M.; LEONE, C. R. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. *Jornal de Pediatria*. v. 81, n. 1 (supl), p. S95-S100, 2005.

GREGUOL, M.; de ROSE JR., D. Aptidão física relacionada à saúde de jovens cegos em escolas regulares e especiais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*. v. 19, p. 42-53, 2009.

GUTIERRES FILHO, P. *et al.* Revisão sistemática da produção científica relacionada à qualidade de vida e atividade física de pessoas com deficiência visual. *Revista Digital EFDeportes* – Buenos Aires – Año 14, n. 142, p. 1-1, 2010.

HOF, C. V.; LOOIJESTIJN, P.; WEGE, A. V. Review on Interdisciplinary Rehabilitation of Visually Impaired and Blind People. *International Journal of Rehabilitation and Health*. v. 3, n. 4, p. 233-251, 1997.

KIRCHNER, C. E.; GERBER, E. G.; SMITH, B. C. Community Barriers to Physical Activity for People with Visual or Motor Impairments. *American Journal of Preventive Medicine*. v. 34, n. 4, p. 349-352, 2008.

KIRCHNER, C. E.; SCHMEIDLER, E.; TODOROV, A. *Looking at Employment through a Lifespan Telescope: Age, Health, and Employment Status of People with Serious Visual Impairment*. Mississippi State University, 1999, 117p.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. *International Biometric Society*, v. 33, n. 1, p. 159-74, mar., 1977.

LANGELAAN, M. *et al.* Impact of Visual Impairment on Quality of Life: A Comparison With Quality of Life in the General Population and With Other Chronic Conditions. *Ophthalmic Epidemiology*. v. 14, n. 3, p. 119-126, 2007.

LOLLAR, D. J.; CREWS, J. E. Redefining the Role of Public Health in Disability. *Annu. Rev. Public Health*. v. 24, p. 195-208, 2003.

LUCAS, M. B. *et al.* Condutas reabilitacionais em pacientes com baixa visão. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*. v. 66, n. 1, p.77-82, 2003.

MARQUES, A. C. O papel da atividade física na saúde e qualidade de vida de pessoas deficientes. In: *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Anais...* Florianópolis, 2005.

MATSUDO, S. M. *et al.* Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, 2002.

MATTI, A. I. *et al.* Access to low-vision rehabilitation services: barriers and enablers. *Clinical and Experimental Optometry*. v. 94, n. 2, p. 181-186, 2011.

MCDONNALL M. C. The Need for Health Promotion for Adults Who Are Visually Impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. v. 101, n. 3, p. 133-145, 2007.

MONTARZINO, A. et al. The Impact of Mobility and Public Transport on the Independence of Visually Impaired People. *Visual Impairment Research*. v.9, p. 67-82, 2007.

MOSQUERA, C. *Educação física para deficientes visuais*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000. 104p.

NAHAS, M. V. *Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo*. 5º ed. Revisada e Atualizada Londrina: Midiograf, 2010. 318p.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.; FRANCALACCI, V. L. O Pentágulo do Bem Estar. Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NASCIMENTO, D. F.; MORATO, M. P. *Manual de orientação para professores de educação física: Goalball*, Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006. 30p.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. *Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report*. International Medical Publishing. 1º ed. 2008, 264p.

NEVES, G. N.; FRASSON, A. C.; CANTORANI, J. R. H. Educação Física Adaptada ao Deficiente Visual. Disponível em <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos\\_teses/EDUCACAO\\_FISICA/artigos/Educacao\\_Fisica\\_adaptada.pdf](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/diaadia/diadia/arquivos/File/conteudo/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/Educacao_Fisica_adaptada.pdf)> Acesso em 17 de julho de 2010.

NORTON, K.; OLDS, T. *Antropométrica: Um livro sobre medidas corporais para o esporte e cursos na área da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005, 398p.

OLIVEIRA FILHO, C. W. Atividade Físico-esportiva para Pessoas Cegas e com Baixa Visão. In: DUARTE, E. LIMA, S. M. T. *Atividade Física para Pessoas com Necessidades Especiais: Experiências e Intervenções Pedagógicas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003, p.23-32.

PALMA, A. Educação Física e saúde: Notas Introdutórias. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, XVI e CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, I., Anais... Porto Alegre/RS, 2005.

PARANHOS, M. *Apropriação de espaço por adultos com deficiência visual: estudo de casos*. 2008. 140f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC-SP. 2008.

PILETIC, C. K.; PIPER, T. J. Weight Training for Individuals with Visual Impairments. *Disability & Special Needs*. v. 8, n. 6, p. 53-55, 2003.

PRECHTL, H. F. R. *et al.* Role of vision on early motor development: lessons from the blind. *Developmental Medicine & Child Neurology*. v. 43, p. 198-201, 2001.

RAY, C. *et al.* Kinetic Movement Analysis in Adults With Vision Loss. *Adapted Physical Activity Quarterly*. v. 24, p. 209-217, 2007.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p164.

RESENDE, A. P. C.; NOGUEIRA, G. Artigo 14 – Liberdade e Segurança da Pessoa. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p. 59-61.

RESENDE, M. C.; JÚNIOR, R. L. Artigo 23 – Respeito pelo Lar e pela Família. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p. 80-83.

RIMMER, J. H. et al. Accessibility of Health Clubs for People With Mobility Disabilities and Visual Impairments. *American Journal of Public Health*. v. 95, n. 11, p. 2022-2028, 2005.

RODRIGUES, N.; VASCONCELOS, O. Goalball: modalidade específica da deficiência visual. *Revista Integrar*. Lisboa n. 21-22, p. 58-70, 2003/2004.

ROSENBERG, E. A.; SPERAZZA, L. C. The Visually Impaired Patient. *American Academy of Family Physicians*. 2008, v. 77, n. 10, p. 1431-1436.

RURANGIGIRWA, J. et al. Healthy behaviors and lifestyles in young adults with a history of developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*. v. 27, n. 4, p. 381-399, 2006.

SALOMÃO, S. R.; MITSUHIRO, M. R. K. H.; BELFORT R. Visual Impairment and Blindness: an overview of prevalence and causes in Brazil. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*. 2009, v. 81, n. 3, p. 539-549.

SANTOS C. *Estatística Descritiva*. Manual de Auto-aprendizagem. 2. ed. Lisboa, Edições Silabo. 2010, 264p.

SASSAKI, R. K. Artigo 24 – Educação. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008a, p. 83-85.

\_\_\_\_\_ Artigo 19 – Vida Independente e Inclusão na Comunidade. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008b, p. 71-74.

SAVIANI, F. *A qualidade de vida de adultos com deficiência mental leve, na percepção destas pessoas e na de seus cuidadores*. 2005. 159 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP, Ribeirão Preto. 2005.

SCHERER, R. L. *et al.* Goalball do jogo a possibilidade de ser desenvolvido na educação física escolar. In: *Simpósio SESC de Atividades Físicas Adaptadas*, 2005, São Carlos. Anais. Disponível em <[http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/safa2005\\_Roger.rtf](http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferencias/safa2005_Roger.rtf)> Acesso em 12 de maio de 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 580-588, 2004.

SOBRINHO, A. S. O esporte adaptado e paraolímpico como direito da criança e do adolescente. In: CONDE, A. J. M. *Manual de Orientação para os professores de Educação Física: Introdução*, Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006, p.24-48.

SIMÃO, L. M. *et al.* The Brazilian version of the 25-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire: translation, reliability and validity. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*. v. 71, n. 4, p. 540-546, 2008.

SOLER, R. *Educação física inclusiva na escola em busca de uma escola plural*. Rio de Janeiro: Sprint, 2005, 254p.

SOUZA, P. A. *O esporte na paraplegia e tetraplegia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994. 93p.

STELMACK, J. Quality of life of low-vision patients and outcomes of low-vision rehabilitation. *Optometry Vision Science*. v. 78, n. 05, p. 35-42, 2001.

TANAKA, O. Y. MELO, C. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente – um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001, 88p.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMNA, S. J. *Métodos de Pesquisa em Atividade Física*. 5º ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007, 396p.

VITAL, F. M. P.; QUEIROZ, M. A. Artigo 9 – Acessibilidade. In: RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008, p. 44-47.

WHO *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. 2005. Disponível em <<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2005/fr-icd.htm>> Acesso em: 16 de agosto de 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, Geneve, 2010

WHOQOL Group. *Programme on mental health – WHOQOL Measuring quality of life*. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)> Acesso em 06 de julho de 2010.

WHOQOL Group. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL, 1998). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>> Acesso em 13 de abril de 2011.

YEATTS, P. Quality of Life in Patients with Graves Ophthalmopathy. *Transactions of the American Ophthalmologic Society*. v. 103, p. 368-411, 2005.



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE 1 – Roteiro de entrevista**

**QUALIDADE E ESTILO DE VIDA DE ADULTOS  
COM DEFICIÊNCIA VISUAL**

**Bom dia! Meu nome é Roger, obrigado por aceitar fazer parte desta pesquisa, que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis. Não existem respostas certas ou erradas. Favor informar sua percepção sobre os temas abordados. Agradeço desde já sua colaboração.**

**Inicialmente gostaria de conhecer mais sobre você.  
Bloco 1 – 20 perguntas**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E PESSOAIS**

- 1. Sexo:** <sup>1</sup>[  ] Masculino                      <sup>2</sup>[  ] Feminino
- 2. Idade?** \_\_\_\_\_
- 3. Em que município você reside?** \_\_\_\_\_ **Há quanto tempo?** \_\_\_\_\_
- 4. Qual o seu nível de escolaridade?**
- |  |  |
|--|--|
| <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Analfabeto           | <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Fundamental Incompleto |
| <sup>3</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Fundamental Completo | <sup>4</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Médio                  |
| <sup>5</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Médio Incompleto     | <sup>6</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Superior               |
| <sup>7</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Superior Incompleto  | <sup>8</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Pós-Graduação          |
- 5. Você é casado?**
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Solteiro (a) | <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Casado (a) | <sup>3</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Vivendo como casado (a) |
| <sup>4</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Separado (a) | <sup>5</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Viúvo (a)  |   |
- 6. Onde você mora:**
- |  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Apto | <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Casa | <sup>3</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Alojamento / | <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Próprio | <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Alugado |
|--|--|--|---|---|
- 7. Com quem você mora?**
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sozinho | <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Familiares | <sup>3</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Outras pessoas |
|---|--|--|
- 8. Você trabalha?** <sup>1</sup>[  ] Sim      <sup>2</sup>[  ] Não Porque não? \_\_\_\_\_

9. Qual sua ocupação? \_\_\_\_\_ Quanto tempo você se dedica? \_\_\_\_\_

10. Você possui resquício visual? <sup>1</sup>[ ] Sim (Baixa Visão)<sup>2</sup>[ ] Não (Cego)

11. Quanto por cento de visão você tem? \_\_\_\_\_

12. Qual foi a causa da deficiência visual?

<sup>1</sup>[ ] Retinose Pigmentar <sup>2</sup>[ ] Glaucoma <sup>3</sup>[ ] Deslocamento de retina

<sup>4</sup>[ ] Taxoplasmose <sup>5</sup>[ ] Rubéola <sup>6</sup>[ ] Degeneração Macular Senil

<sup>7</sup>[ ] Traumatismos <sup>8</sup>[ ] Catarat <sup>9</sup>[ ] Diabetes

<sup>10</sup>[ ] Outros \_\_\_\_\_

13. Há quanto tempo você possui a deficiência visual? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

### CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS

Peso: \_\_\_\_\_ (kg)

Estatura: \_\_\_\_\_ (m)

Perímetro da Cintura: \_\_\_\_\_ (cm)

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua moradia

Condições de vida: Moradia e vida no lar

Bloco 2 – 3 perguntas

### MORADIA E VIDA NO LAR

14. Em geral, como você se sente quando está em seu lar?

<sup>0</sup>[ ] Mal <sup>1</sup>[ ] Mais ou menos <sup>2</sup>[ ] Bem <sup>3</sup>[ ] Muito bem

15. Quais as condições de saneamento básico onde você mora?

<sup>0</sup>[ ] Ruim <sup>1</sup>[ ] Regular <sup>2</sup>[ ] Boa <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

16. Quais as condições de infraestrutura do seu bairro? (locais de fácil acesso: ponto de ônibus, mercado, farmácia, posto de saúde, vida social)

<sup>0</sup>[ ] Ruim <sup>1</sup>[ ] Regular <sup>2</sup>[ ] Boa <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu trabalho e renda**  
**Condições de vida: Trabalho e renda**  
**Barreiras no trabalho.**  
**Bloco 3 - 4**

### TRABALHO E RENDA

**17. Em geral, como você se sente quando está no trabalho?**

<sup>0</sup>[ ] Mal      <sup>1</sup>[ ] Mais ou menos      <sup>2</sup>[ ] Bem      <sup>3</sup>[ ] Muito bem

**18. Você está satisfeito com o salário/aposentadoria que recebe?**

<sup>0</sup>[ ] Insatisfeito    <sup>1</sup>[ ] Pouco Satisfeito    <sup>2</sup>[ ] Satisfeito    <sup>3</sup>[ ] Muito Satisfeito

**19. Qual a condição de acessibilidade em seu trabalho?**

<sup>0</sup>[ ] Ruim      <sup>1</sup>[ ] Regular      <sup>2</sup>[ ] Boa      <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**20. Indique um fator de angústia em seu ambiente de trabalho? (ordem de relevância) DIFICULDADE PERCEBIDA**

<sup>1</sup>[ ] Não há      <sup>2</sup>[ ] Luminosidade  
<sup>3</sup>[ ] Excesso de barulho      <sup>4</sup>[ ] Preconceito  
<sup>5</sup>[ ] Oportunidade para expressar opiniões    <sup>6</sup>[ ] Acessibilidade arquitetônica  
<sup>7</sup>[ ] Outros \_\_\_\_\_

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu lazer e vida social**  
**Condições de vida: Lazer e vida social**  
**Estilo de vida: Relacionamentos**  
**Bloco 4 - 6**

### LAZER E VIDA SOCIAL

**21. Em geral, como você se sente quando está no seu lazer? (tempo livre)**

<sup>0</sup>[ ] Mal      <sup>1</sup>[ ] Mais ou menos      <sup>2</sup>[ ] Bem      <sup>3</sup>[ ] Muito bem

**22. O quanto você está satisfeito com seu relacionamento interpessoal (amigos, colegas)?**

<sup>0</sup>[ ] Insatisfeito    <sup>1</sup>[ ] Pouco Satisfeito    <sup>2</sup>[ ] Satisfeito    <sup>3</sup>[ ] Muito Satisfeito

**23. Como é o relacionamento com sua família?**

<sup>0</sup>[ ] Ruim      <sup>1</sup>[ ] Regular      <sup>2</sup>[ ] Bom      <sup>3</sup>[ ] Muito Bom

**24. Como você se sente em ambientes com pessoas sem a deficiência visual?**

<sup>0</sup>[ ] Mal      <sup>1</sup>[ ] Mais ou menos      <sup>2</sup>[ ] Bem      <sup>3</sup>[ ] Muito bem

**25. Com que frequência você se sente deslocado/isolado (a) por ter deficiência visual?**

<sup>0</sup>[ ] Sempre      <sup>1</sup>[ ] Frequentemente      <sup>2</sup>[ ] Às vezes      <sup>3</sup>[ ] Nunca

**26. Você se considera incluído na sociedade?**

<sup>0</sup>[ ] Nunca      <sup>1</sup>[ ] Às vezes      <sup>2</sup>[ ] Frequentemente      <sup>3</sup>[ ] Sempre

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde**

**Condições de vida: Saúde**

**Estilo de vida: Nutrição, atividade física, comportamento preventivo e controle do estresse**

**Bloco 5 - 25**

### SAÚDE E ESTILO DE VIDA

**27. Como você considera a qualidade de sua vida?**

<sup>0</sup>[ ] Ruim      <sup>1</sup>[ ] Regular      <sup>2</sup>[ ] Boa      <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**28. Como você considera a sua saúde?**

<sup>0</sup>[ ] Ruim      <sup>1</sup>[ ] Regular      <sup>2</sup>[ ] Boa      <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**29. Você Possui algum problema de saúde (ou outra deficiência) atualmente? Numerar por ordem de relevância.**

<sup>1</sup>[ ] Nenhum problema      <sup>2</sup>[ ] Problemas cardíacos  
<sup>3</sup>[ ] Hipertensão arterial      <sup>4</sup>[ ] Artrite ou reumatismo  
<sup>5</sup>[ ] Câncer      <sup>6</sup>[ ] Enfisema  
<sup>7</sup>[ ] Bronquite      <sup>8</sup>[ ] Diabetes  
<sup>9</sup>[ ] Acidente Vascular Encefálico      <sup>10</sup>[ ] Ossos quebrados ou fraturados  
<sup>11</sup>[ ] Dores na coluna      <sup>12</sup>[ ] Problemas ortopédicos  
<sup>13</sup>[ ] Problema nervoso crônico ou emocional  
<sup>14</sup>[ ] Outros \_\_\_\_\_

**30. Você consegue realizar as tarefas do dia a dia sem ficar cansado, sentir dor ou desconforto?**

<sup>0</sup>[ ] Nunca      <sup>1</sup>[ ] Às vezes    <sup>2</sup>[ ] Frequentemente    <sup>3</sup>[ ] Sempre

**31. Com que frequência você tem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração.**

<sup>0</sup>[ ] Nunca      <sup>1</sup>[ ] Às vezes    <sup>2</sup>[ ] Frequentemente    <sup>3</sup>[ ] Sempre

**32. Com que frequência que você se sente estressado?**

<sup>0</sup>[ ] Sempre      <sup>1</sup>[ ] Frequentemente    <sup>2</sup>[ ] Às vezes    <sup>3</sup>[ ] Nunca

**33. O quanto você está satisfeito com as condições do seu sono?**

<sup>0</sup>[ ] Insatisfeito    <sup>1</sup>[ ] Pouco Satisfeito    <sup>2</sup>[ ] Satisfeito    <sup>3</sup>[ ] Muito Satisfeito

**34. Você costuma dormir e acordar a que hora?**

<sup>1</sup>Dormir \_\_\_\_\_ <sup>2</sup>Acordar \_\_\_\_\_

**35. Você tem o hábito de fazer exames de rotina?**

<sup>0</sup>[ ] Não      <sup>1</sup>[ ] Sim

**36. Você fuma?**

<sup>0</sup>[ ] Não      <sup>1</sup>[ ] Sim      Cigarros por dia: \_\_\_\_\_

**37. Você ingere bebidas alcoólicas?**

<sup>0</sup>[ ] Não      <sup>1</sup>[ ] Sim      Doses por semana: \_\_\_\_\_

**38. Quanto tempo do seu dia típico você considera que caminha?**

<sup>0</sup>[ ] Muito pouco    <sup>1</sup>[ ] Pouco    <sup>2</sup>[ ] Bastante    <sup>3</sup>[ ] A maior parte do tempo

**39. Quanto tempo do seu dia típico você considera que fica sentado?**

<sup>0</sup>[ ] A maior parte do tempo    <sup>1</sup>[ ] Bastante    <sup>2</sup>[ ] Pouco    <sup>3</sup>[ ] Muito pouco

**40. Com relação à atividade física, como você classifica seu comportamento quando criança?**

<sup>0</sup>[ ] Inativo    <sup>1</sup>[ ] Pouco Ativo    <sup>2</sup>[ ] Moderadamente Ativo    <sup>3</sup>[ ] Ativo

**41. Atualmente você faz alguma atividade física (exercícios, esporte e dança)? Caso positivo, quais em ordem relevância? Caso negativo, por que?**

<sup>0</sup>[ ] Não      <sup>1</sup>[ ] Sim      Quais/Porque? \_\_\_\_\_

<b>Atividades praticadas</b>	<b>Frequência semanal</b>	<b>Tempo diário</b>

**42. Como você classifica sua alimentação diária?**

<sup>0</sup>[ ] Ruim      <sup>1</sup>[ ] Regular      <sup>2</sup>[ ] Boa      <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**43. Em quantos dias de uma semana típica você come frutas?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

**44. Em quantos dias de uma semana típica você come alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

**45. Em quantos dias de uma semana típica você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia incluindo um bom café da manhã?**

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua segurança e acessibilidade**

**Condições de vida: Segurança e acessibilidade**

**Características de segurança e acessibilidade**

**Barreiras para locomoção diária**

**Bloco 6 - 17**

## **SEGURANÇA E ACESSIBILIDADE**

**46. Conhece técnicas de Orientação e Mobilidade?** <sup>1</sup>[ ] Sim <sup>2</sup>[ ] Não

**47. Você costuma utilizar bengala no seu dia a dia?**

<sup>0</sup>[ ] Nunca    <sup>1</sup>[ ] Às vezes    <sup>2</sup>[ ] Frequentemente    <sup>3</sup>[ ] Sempre

**48. Você possui independência para caminhar no dia a dia?**

<sup>0</sup>[ ] Nunca    <sup>1</sup>[ ] Às vezes    <sup>2</sup>[ ] Frequentemente    <sup>3</sup>[ ] Sempre

**49. Você se sente seguro ao caminhar na rua?**

<sup>0</sup>[ ] Nunca    <sup>1</sup>[ ] Às vezes    <sup>2</sup>[ ] Frequentemente    <sup>3</sup>[ ] Sempre

**50. Você se sente seguro em seu lar?**

<sup>0</sup>[ ] Nunca    <sup>1</sup>[ ] Às vezes    <sup>2</sup>[ ] Frequentemente    <sup>3</sup>[ ] Sempre

**51. Qual a condição de acessibilidade arquitetônica no:****a) Lar:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**b) Áreas de Lazer:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**c) Áreas comerciais:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**d) Trabalho:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**e) Deslocamento:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**52. Qual a condição de acessibilidade atitudinal no:****a) Lar:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**b) Áreas de Lazer:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**c) Áreas comerciais:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**d) Trabalho:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**e) Deslocamento:**

<sup>0</sup>[ ] Ruim    <sup>1</sup>[ ] Regular    <sup>2</sup>[ ] Boa    <sup>3</sup>[ ] Muito Boa

**53. Quais são as principais dificuldades para sua locomoção no dia a dia?**

(ordem de relevância). **BARREIRA PERCEBIDA**

- <sup>1</sup>[ ] Falta de piso guia    <sup>2</sup>[ ] Buracos  
<sup>3</sup>[ ] Obstáculos nas calçadas    <sup>4</sup>[ ] Ausência de sinais sonoros  
<sup>5</sup>[ ] Carros estacionados em locais impróprios  
<sup>6</sup>[ ] Atravessar ruas movimentadas  
<sup>7</sup>[ ] Outros \_\_\_\_\_

**54. Com que frequência você deixa de sair de casa por causa da falta de visão?**

<sup>0</sup>[ ] Sempre    <sup>1</sup>[ ] Frequentemente    <sup>2</sup>[ ] Às vezes    <sup>3</sup>[ ] Nunca

**GERAL**

**55. O que mais você gostaria de comentar?**

---

---

---

---

---

---

## **APÊNDICE 2 - Processo de Validação do Roteiro de Entrevista de Qualidade de Vida de Adultos com Deficiência Visual**

### **Validade de Face e Conteúdo**

O roteiro encaminhado para a validade de face e conteúdo tinha 72 questões, construídas com base em um grupo focal formado por dez pessoas com deficiência visual, da Grande Florianópolis, entre 18 e 59 anos de idade, completos. O propósito deste grupo foi buscar, qualitativamente, as variáveis mais significativas para definição da autopercepção de qualidade de vida entre esta população. Após a realização do grupo focal, a discussão foi transcrita e separada por blocos de assunto.

As variáveis foram pré-estruturadas com base neste grupo focal e em instrumentos já validados. Após o levantamento, as variáveis foram ordenadas em forma de um roteiro de entrevista. Tal roteiro foi submetido à apreciação por cinco professores e pesquisadores em Educação Física Adaptada, sendo considerado válido, após a apreciação de um mínimo de três avaliadores. O prazo determinado para encaminhamento dos pareceres, avaliações, observações e sugestões foi de 15 dias.

A escala de avaliação de cada questão foi: 0 a 2 – não é válida; 3 a 6 – pouco válida e 7 a 10 - válida. O instrumento foi avaliado por três professores, obtendo um índice médio de 94,5% de questões válidas e 5,55% com questões pouco válidas.

A primeira versão do roteiro de entrevista continha 76 questões divididas em dez blocos de perguntas (informações pessoais; moradia; trabalho; saúde; alimentação; lazer; limitação da visão; segurança; acessibilidade e relacionamentos), contemplando cinco componentes utilizados neste estudo (moradia e vida no lar, trabalho e renda, lazer e vida social, saúde e estilo de vida, segurança e acessibilidade) e a caracterização da população, além de uma pergunta aberta.

Após o parecer dos avaliadores, o instrumento foi reformulado considerando ainda os mesmos blocos de perguntas da primeira versão com a inclusão de algumas sugestões, totalizando 93 questões, de acordo com a tabela 41.

**Tabela 41** – Bloco de perguntas da 1º e 2º versão do instrumento

<b>Blocos de perguntas</b>	<b>1º Versão</b>	<b>2º Versão</b>
Informações pessoais	19	11
Moradia	4	7
Trabalho	6	10
Saúde	9	15
Alimentação	4	4
Lazer	7	11
Limitação visual	5	12
Segurança	4	4
Acessibilidade	10	9
Relacionamentos	7	7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>90</b>

O aumento no número de questões decorreu das sugestões dos avaliadores, visando especificar melhor as respostas. Algumas questões tiveram seus enunciados e respostas alteradas para um melhor detalhamento. Nesta segunda versão, finalizaram com 90 questões, de acordo com os blocos de perguntas iniciais, mais três gerais ao final do roteiro.

### **Validade de Clareza do Instrumento**

Para esta etapa, de clareza do instrumento, segunda etapa do processo de validação, a segunda versão do instrumento foi aplicada em dez indivíduos semelhantes à população de estudo, mas que não estavam envolvidos com a entidade participante da pesquisa. Os mesmos foram selecionados em outra região do Estado de Santa Catarina (Blumenau, no Vale do Itajaí). Esses adultos foram convidados a participar desta etapa de validação, estando cientes de que não fariam parte da pesquisa, que não precisariam concordar com sua participação, e em qualquer momento poderiam deixar de participar deste processo. As informações sobre a participação foram disponibilizadas através do TCLE (Apêndice 3), assinado antes da participação.

As questões pré-estruturadas foram avaliadas em uma escala de Likert, entre 1 e 10, considerando a seguinte escala como critério de avaliação: 0 a 2 – confusa, 3 a 6 – pouco clara e 7 a 10 – clara. Todas as questões obtiveram médias acima de 7 (nível claro), porém algumas foram reestruturadas de acordo com as observações apresentadas nesta etapa.

Em decorrência do tempo médio despendido para cada aplicação ter sido grande, aproximadamente 45 minutos, foi necessário suprimir algumas questões que não eram tão relevantes para os objetivos da pesquisa, assim

como aquelas que já haviam sido contempladas em outros momentos das entrevistas.

Foi reformulada a terceira versão do instrumento, reorganizando os blocos de perguntas de acordo com os domínios e componentes da concepção de qualidade de vida utilizada para esta pesquisa, além da caracterização da população e uma pergunta aberta. Ao final desta terceira versão ficaram 76 questões, conforme a tabela 42.

**Tabela 42** – Questões avaliadas na terceira versão do instrumento.

<b>Blocos de perguntas</b>	<b>2º Versão</b>	<b>Blocos de perguntas</b>	<b>3º Versão</b>
Informações pessoais	11	Características	
Limitação visual	12	Sociodemográficas,	13
		Antropométricas e Pessoais	
Moradia	7	Moradia e Vida no Lar	6
Trabalho	10	Trabalho e Renda	8
Lazer	11	Lazer e Vida Social	4
Relacionamentos	7		
Saúde	15	Saúde e Estilo de Vida	25
Alimentação	4		
Segurança	4	Segurança e Acessibilidade	19
Acessibilidade	9		
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>Total</b>	<b>75</b>

As questões envolvendo o lazer, principalmente, foram recolocadas em outros componentes para uma melhor avaliação, pois a maioria é pertinente ao estilo de vida que os adultos possuem. Dessa forma, totalizou 75 questões ao final desta terceira etapa, mais uma aberta, retirando as outras duas questões abertas da 2º versão, pois as mesmas requeriam um tempo grande em sua aplicação, e a pouca utilização para o estudo.

### **Validade de Reprodutibilidade e Piloto do Estudo**

Para esta etapa foram selecionados 12 adultos com deficiência visual que não estavam participando da entidade envolvida. Eles assinaram o TCLE (Apêndice 4) e ficaram cientes das etapas da pesquisa, assim como seus objetivos. As entrevistas foram realizadas duas vezes, com um intervalo de sete dias. Com o intuito de obter os níveis de reprodutibilidade, foram aplicados os *testes Kappa* (K) para as variáveis categóricas com escala nominal, o *Coefficiente de Correlação Intraclasse* (CCI) para as variáveis contínuas com distribuição normal e a *Correlação de Spearman* (Rho) para as variáveis que não apresentavam distribuição normal. Adotou-se a seguinte classificação para o índice *Kappa*:

- Concordância leve:  $\leq 0,20$ ;
- Concordância fraca: 0,21 e 0,40;
- Concordância regular: 0,41 e 0,60;
- Concordância moderada; 0,61 e 0,80;
- Concordância forte:  $\geq 0,80$
- Concordância perfeita: = 1 (LANDIS; KOCH, 1977)

Para o CCI e Rho adotou-se a seguinte classificação: -1=perfeita negativa;  $<-1$  a  $-0,80$ =forte negativa;  $<-0,80$  a  $-0,50$ =moderada negativa;  $<-0,50$  a  $-0,10$ =fraca negativa;  $<-0,10$  a  $-0,01$ =ínfima negativa; 0=nula; 0,01 a  $<0,10$ =ínfima positiva;  $\leq 0,10$  a  $<0,50$ =fraca positiva;  $\leq 0,50$  a  $<0,80$ =moderada positiva;  $\leq 0,80$  a  $<1$ =forte positiva; 1=perfeita positiva (SANTOS, 2010).

As informações sobre os níveis de reprodutibilidade das variáveis estão apresentadas na tabela 43.

As variáveis categóricas em escala nominal, avaliadas pelo teste de *Kappa* obtiveram: concordância perfeita – 29, concordância forte – 03, concordância moderada - 19, concordância regular - 06 e concordância fraca - 02. Porém, as variáveis que avaliam a percepção de qualidade de vida de acordo com cada componente foram dicotomizadas em positivo e negativo, tendo as seguintes concordâncias, ao final de todas as variáveis avaliadas pelo teste de *Kappa*: concordância perfeita – 41, concordância forte – 02, concordância moderada – 14, concordância regular - 02.

**Tabela 43** – Níveis de reprodutibilidade das variáveis do instrumento de pesquisa.

Variáveis	n	Teste utilizado	Valor do teste	
			Escala nominal	Dicotomizadas (positivo e negativo)
Sexo	12	Kappa	1,00	-----
Idade	12	CCI	0,99	xxxxx
Município reside	12	Kappa	1,00	-----
Tempo reside	12	Spearman	1,00	xxxxx
Escolaridade	12	Kappa	1,00	-----
Estado Civil	12	Kappa	1,00	-----
Visão remanescente	12	Kappa	1,00	-----
Percentual visão	12	CCI	1,00	xxxxx
Causa DV	12	Kappa	1,00	-----
Tempo DV	12	CCI	1,00	xxxxx
Reside em casa	12	Kappa	1,00	-----
Próprio / Alugado	12	Kappa	1,00	-----
Com quem mora	12	Kappa	1,00	-----
Como se sente em seu lar	12	Kappa	0,571	1,00
Saneamento Básico	12	Kappa	0,667	0,667
Infraestrutura bairro	12	Kappa	1,00	1,00
Trabalha	12	Kappa	1,00	-----
Porque não	12	Kappa	1,00	-----
Ocupação	12	Kappa	1,00	-----
Tempo dedicado trabalho	12	Spearman	1,00	xxxxx
Como se sente no trabalho	12	Kappa	0,688	1,00
Satisfeito salário	12	Kappa	0,769	1,00
Acessibilidade trabalho	12	Kappa	0,706	0,706
Dificuldades no trabalho*	12	Kappa	0,872	-----
Como se sente no lazer	12	Kappa	0,739	0,739
Relacionamento interpessoal	12	Kappa	0,824	1,00
Relacionamento família	12	Kappa	1,00	1,00
Ambientes pessoas sem DV	12	Kappa	1,00	1,00
Considera sua QV	12	Kappa	1,00	1,00
Considera sua saúde	12	Kappa	1,00	1,00
Problemas saúde atualmente*	12	Kappa	0,890	-----
Realizar tarefas sem cansar	12	Kappa	1,00	1,00
Sentimentos negativos	12	Kappa	0,714	1,00
Frequência fica estressado	12	Kappa	1,00	1,00
Condições do sono	12	Kappa	0,750	1,00
Exames de rotina	12	Kappa	1,00	-----
Fuma	12	Kappa	1,00	-----
Cigarros por dia	12	CCI	1,00	-----
Bebe	12	Kappa	1,00	-----
Doses por semana	12	Spearman	1,00	xxxxx

**Continuação Tabela 43** – Níveis de reprodutibilidade das variáveis do instrumento de pesquisa.

Variáveis	n	Teste utilizado	Valor do teste	
			Escala nominal	Dicotomizadas (positivo e negativo)
Tempo de sono	12	Spearman	1,00	xxxxx
Tempo que caminha	12	Kappa	0,750	1,00
Tempo que fica sentado	12	Kappa	0,581	1,00
Comportamento AF criança	12	Kappa	1,00	1,00
Faz AF atualmente	12	Kappa	1,00	-----
Porque não*	12	Kappa	1,00	-----
Quais atividades*	12	Kappa	1,00	-----
Frequência semanal	12	Spearman	1,00	-----
Tempo de prática	12	Spearman	1,00	-----
Considera sua alimentação	12	Kappa	0,750	0,750
Frutas	12	Spearman	0,953	xxxxx
Alimentos gordurosos	12	Spearman	0,651	xxxxx
4-5 refeições diárias	12	Spearman	0,832	xxxxx
Técnicas de OM	12	Kappa	1,00	-----
Utiliza bengala	12	Kappa	1,00	1,00
Incluído na sociedade	12	Kappa	1,00	1,00
Independência caminhar	12	Kappa	0,667	1,00
Seguro na rua	12	Kappa	0,660	0,769
Seguro no lar	12	Kappa	0,333	1,00
Arquitetônica lar	12	Kappa	0,750	0,750
Arquitetônica lazer	12	Kappa	0,455	0,455
Arquitetônica comércio	12	Kappa	0,593	0,765
Arquitetônica trabalho	12	Kappa	0,688	1,00
Arquitetônica deslocamento	12	Kappa	0,294	0,625
Atitudinal lar	12	Kappa	0,538	0,538
Atitudinal lazer	12	Kappa	0,600	0,765
Atitudinal comércio	12	Kappa	0,625	0,625
Atitudinal trabalho	12	Kappa	0,783	0,783
Atitudinal deslocamento	12	Kappa	0,625	0,625
Barreiras locomoção*	12	Kappa	0,755	-----
Deixa de sair de casa	12	Kappa	0,647	0,769
Sente-se isolado ou deslocado	12	Kappa	0,714	1,00

\* - Foi avaliado através do índice *Kappa* apenas a resposta mais relevante para cada indivíduo

**APÊNDICE 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido - Clareza**

**Título da Pesquisa:** “**Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis**”

*Nome do Orientador:* Markus V. Nahas

*Nome do Pesquisador:* Roger Lima Scherer – *Fone:* (48) 32668221/96081399

*Endereço:* Serv. Ayrton Sena, 10 – Ingleses / Florianópolis / SC

*E-mail:* rogerscherer@gmail.com

**Natureza da pesquisa:** *A senhora (senhor) está sendo convidada (o) a participar do processo de validação da clareza do instrumento a ser utilizado na pesquisa que tem como finalidade avaliar a percepção de qualidade de vida de adultos com deficiência visual, na Grande Florianópolis.*

- 1. Participantes da pesquisa:** 10
- 2. Envolvimento na pesquisa:** *Ao participar deste processo a senhora (senhor) irá avaliar o quanto as perguntas de uma entrevista estruturada estão claras. A senhora (senhor) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase deste processo, sem qualquer prejuízo para a senhora (senhor). Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*
- 3. Sobre as medidas:** Este processo de validação será realizado em uma sala específica para o procedimento.
- 4. Metodologia da intervenção:** *Após a leitura do TCLE 1, aqueles que aceitarem participar deverão assinar o termo de consentimento e logo após avaliarem o instrumento de pesquisa em uma escala de Likert de 1 a 10, considerando claro o escore total, igual ou superior a 8.*
- 5. Riscos e desconforto:** *A participação neste processo não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*
- 6. Confidencialidade:** *Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o orientador e o pesquisador terão conhecimento dos dados.*
- 7. Benefícios:** *ao participar deste processo a senhora (senhor) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes que devam acrescentar elementos interessantes*

*para futuras pesquisas, sendo que o conhecimento que será construído o pesquisador se compromete a divulgar.*

8. **Pagamento:** *A senhora (senhor) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após tais esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento, de forma livre, para participar deste processo. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine este termo se ainda tiver dúvida a respeito.

---

Roger Lima Scherer  
Pesquisador

---

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar do processo de validação de operatividade (clareza) do instrumento da pesquisa, intitulada: Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis. Tenho conhecimento que os resultados deste estudo serão trabalhados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e minha identidade não será revelada.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

## **APÊNDICE 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido - Reprodutibilidade**

**Título da Pesquisa:** “**Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis**”

*Nome do Orientador:* Markus V. Nahas

*Nome do Pesquisador:* Roger Lima Scherer – *Fone:* (48) 32668221/96081399

*Endereço:* Serv. Ayrton Sena, 10 – Ingleses / Florianópolis / SC

*E-mail:* rogerlscherer@gmail.com

**Natureza da pesquisa:** *A senhora (senhor) está sendo convidada (o) a participar do processo de validação da fidedignidade do instrumento a ser utilizado na pesquisa que tem como finalidade avaliar a percepção de qualidade de vida de adultos com deficiência visual, na Grande Florianópolis.*

### **9. Participantes da pesquisa:** 12

**10. Envolvimento na pesquisa:** *Ao participar deste processo, a senhora (senhor) irá avaliar o quanto as perguntas de uma entrevista estruturada são consistentes, ou seja, a sua reprodutibilidade apresenta o mesmo efeito. A senhora (senhor) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase deste processo, sem qualquer prejuízo para a senhora (senhor). Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*

**11. Sobre as medidas:** *Este processo de validação será realizado em uma sala específica para o procedimento.*

**12. Metodologia da intervenção:** *Após a leitura do TCLE 2, aqueles que aceitarem participar deverão assinar o termo de consentimento e logo após responderem as perguntas da entrevista estruturada. Após este primeiro momento, será realizada uma pausa no período de sete dias, para a entrevista ser realizada novamente.*

**13. Riscos e desconforto:** *A participação neste processo não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*

14. **Confidencialidade:** *todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o orientador e o pesquisador terão conhecimento dos dados.*

15. **Benefícios:** *ao participar deste processo a senhora (senhor) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes que devam acrescentar elementos interessantes para futuras pesquisas, sendo que o conhecimento que será construído o pesquisador se compromete a divulgar.*

16. **Pagamento:** *A senhora (senhor) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar deste processo. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

---

Roger Lima Scherer  
Pesquisador

---

### Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar do processo de validação de operatividade (clareza) do instrumento da pesquisa, intitulada: Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis. Tenho conhecimento que os resultados deste estudo serão trabalhados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e minha identidade não será revelada.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

## APÊNDICE 5 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Título da Pesquisa: “**Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis**”

Nome do Orientador: Markus V. Nahas

Nome do Pesquisador: Roger Lima Scherer – Fone: (48) 32668221/96081399

Endereço: Serv. Ayrton Sena, 10 – Ingleses / Florianópolis / SC

E-mail: rogerscherer@gmail.com

**Natureza da pesquisa:** *A senhora (senhor) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar a percepção de qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis. E futuramente espera-se que este relatório possa estar auxiliando nas políticas públicas voltadas a este segmento da população.*

1. **Participantes da pesquisa:** 140

2. **Envolvimento na pesquisa:** *Ao participar deste estudo a senhora (senhor) permitirá que os pesquisadores realizem mensurações de peso e estatura e logo após responder algumas perguntas de uma entrevista estruturada. A senhora (senhor) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a senhora (senhor). Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador do projeto e, se necessário, através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.*

3. **Sobre as medidas:** As medidas e aplicação da entrevista serão realizadas em uma sala disponibilizada apenas para a pesquisa.

4. **Metodologia da intervenção:** *Após a leitura do TCLE (assistida por um representante da Associação Catarinense para Integração dos Cegos), aqueles que aceitarem participar da pesquisa deverão assinar o termo de consentimento e se dirigir à sala disponibilizada para a pesquisa, onde serão mensuradas a massa corporal, a estatura e a circunferência da cintura. Logo após as medidas, será realizada a aplicação da entrevista estruturada individualmente.*

5. **Riscos e desconforto:** *A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos,*

*conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.*

6. **Confidencialidade:** *Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o orientador e o pesquisador terão conhecimento dos dados.*

7. **Benefícios:** *Ao participar desta pesquisa a senhora (senhor) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes que devam acrescentar elementos interessantes para futuras pesquisas sendo que o conhecimento que será construído o pesquisador se compromete em divulgar.*

8. **Pagamento:** *A senhora (senhor) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.*

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

---

Roger Lima Scherer  
Pesquisador

---

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, \_\_\_\_\_, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa, intitulada: Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis. Tenho conhecimento que os resultados deste estudo serão trabalhados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e minha identidade não será revelada.

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO 1 –  
**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



**CERTIFICADO** Nº 1930

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0384/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 1930

**FR:** 418249

**TÍTULO:** Qualidade de vida de adultos com deficiência visual na Grande Florianópolis

**AUTOR:** Markus Vinicius Nahas, Roger Lima Scherer

**FLORIANÓPOLIS,** 30 de Maio de 2011.

\_\_\_\_\_  
 Coordenador do CEPSH/UFSC