

Avaliação do impacto de uma intervenção de terapia ocupacional com ênfase no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual*

Impact assessment of an occupational therapy intervention with emphasis on occupational performance of children and adolescents with visual impairment

Gabriela Cordeiro Corrêa¹, Valeska Cardeal Santana²

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p43-50>

Corrêa GC, Santana VC. Avaliação do impacto de uma intervenção de terapia ocupacional com ênfase no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):43-50.

RESUMO: A visão é a principal via de percepção dos estímulos do ambiente e, quando deficitária, acarreta em rebaixamento do desempenho ocupacional do indivíduo. Neste contexto, o terapeuta ocupacional pode agir como facilitador do desempenho ocupacional competente. Este estudo constituiu-se de abordagem quantitativa, de caráter exploratório descritivo, e teve como objetivo descrever os resultados da intervenção terapêutica ocupacional no desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com deficiência visual. Para coleta de dados aplicou-se a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional antes e após a intervenção. A amostra constituiu-se de 13 indivíduos, entre crianças e adolescentes de 8 a 13 anos de idade, de ambos os sexos, com diagnóstico de cegueira ou baixa visão. Foram realizadas intervenções semanais, no período de março a dezembro de 2011. As principais demandas para a intervenção identificadas pelos clientes foram: utilização de garfo e faca; preparo do lanche; reconhecimento e escolha da roupa; e vestir-se. Obteve-se uma média de mudança nos de desempenho e satisfação de 3,66 e 3,87. A intervenção da terapia ocupacional, por meio da abordagem centrada no cliente e das técnicas utilizadas, mostrou-se eficaz na promoção do desempenho ocupacional das crianças e adolescentes com deficiência visual.

DESCRITORES: Atividades cotidianas; Baixa visão; Cegueira; Terapia ocupacional; Pessoas com deficiência visual; Criança; Adolescente.

Corrêa GC, Santana VC. Impact assessment of an occupational therapy intervention with emphasis on occupational performance of children and adolescents with visual impairment. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):43-50.

ABSTRACT: Vision is the main route of perception of environmental stimuli and its impaired leads to lowering of the individual's occupational performance. In this context, the occupational therapist can act as a facilitator of competent occupational performance. This study consisted of a quantitative approach, exploratory descriptive and aimed at describing the results of occupational therapy intervention in the occupational performance of children and adolescents with visual impairment in major demands identified. For data collection was applied Canadian Occupational Performance Measure before and after the intervention. The sample consisted of 13 individuals, including children and adolescents 8-13 years old, of both sexes, diagnosed with blindness or low vision. Interventions were conducted weekly in the period from March to December 2011. The main demands for intervention identified by the clients were: use of knife and fork; snack preparation; recognition and choice of clothes; and dress up. Obtained an average change in performance and satisfaction of 3.66 and 3.87. The occupational therapy intervention, through customer-centric approach and techniques used, was effective in promoting occupational performance of children and adolescents with visual impairment.

KEYWORDS: Activities of daily activities; Vision, low; Blindness; Occupational therapy; Visually impaired persons; Child; Adolescent.

*Resultado do projeto de pesquisa e extensão intitulado "Promoção do desempenho ocupacional de indivíduos com disfunção visual" do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR), aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de ciências da Saúde sob o registro CEP/SD: 1057.182.10.12/CAAE: 0098.0.091.091-10. Parte dos resultados foram apresentados no XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional, São Paulo-SP, 2011, e no XIII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e Políticas Públicas: diretrizes, compromissos e ações, Florianópolis-SC, 2013.

¹ Professora Auxiliar do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

² Terapeuta Ocupacional graduada pela Universidade Federal do Paraná, residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar - Saúde do Adulto e do Idoso - HC/UFPR.

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Paraná. Campus Botânico, Bloco Didático II, Departamento de Terapia Ocupacional. Av. Lothário Meissner, 632, CEP: 80210-170. Bairro Jardim Botânico, Curitiba, PR. E-mail: gabriela.correa@ufpr.br

INTRODUÇÃO

A visão é o sentido responsável pela integração dos demais e constitui-se como a principal via de percepção e verificação dos estímulos do ambiente^{1,2,3}.

Dentre as 12.777.207 pessoas (6,7% da população total) que declararam possuir uma deficiência severa no Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a deficiência visual foi a que mais incidiu sobre a população: 3,5% das pessoas declararam possuir grande dificuldade ou nenhuma capacidade de enxergar⁴.

Deficiência visual refere-se à perda visual em decorrência de alterações orgânicas e compreende cegueira e baixa visão. O Conselho Internacional de Oftalmologia define cegueira como perda total da visão ou quando o indivíduo usa predominantemente recursos de substituição da visão. Baixa visão é caracterizada quando os níveis de perda visual são menores, no qual o indivíduo utiliza recursos para melhorar a resolução visual⁵.

Diante dos diferentes níveis de dificuldade visual o desempenho ocupacional é afetado em maior ou menor grau, principalmente em atividades de autocuidado e mobilidade^{6,7}, considerando que esse desempenho resulta da relação dinâmica entre a pessoa, o contexto e o ambiente, e a ocupação⁸. As informações visuais são essenciais para a realização de atividades cotidianas, assim, pessoas com deficiência visual podem perceber-se incapazes de desempenharem essas atividades⁹. Castilho et al.¹⁰ ressaltam ainda que as atividades desenvolvidas por uma pessoa em seu cotidiano e a sua participação nas diversas situações da vida influenciam e são influenciadas por sua condição de saúde.

Cabe destacar a importância da família como promotora de um desempenho independente e autônomo assim como seu papel fundamental no processo de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência visual^{9,11,12}. A superproteção familiar é percebida pelos sujeitos como um fator limitante para a realização de atividades com independência e autonomia¹⁰.

Neste contexto, o terapeuta ocupacional pode auxiliar o indivíduo a restaurar o desempenho ocupacional competente, buscando o equilíbrio entre as ações e sentimentos relacionados às habilidades da pessoa e às demandas do meio e das tarefas¹¹. Para tanto, o terapeuta pode utilizar-se de adaptações da tarefa e do ambiente e de treino de novas habilidades^{13,14}, sempre buscando a parceria com a família em todo o processo terapêutico¹¹. Assim, a pesquisa teve como objetivo descrever os resultados da intervenção terapêutica ocupacional com vistas à promoção do desempenho ocupacional de crianças e adolescentes com

deficiência visual.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e quantitativo. A pesquisa exploratória é o passo inicial no processo de investigação, traz experiência e auxilia o pesquisador na formulação de hipóteses futuras e busca maiores informações sobre determinado assunto. A pesquisa descritiva tem por objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, para o qual são utilizados instrumentos específicos para a coleta de dados¹⁵. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPR nº 1057.182.10.12 e contou com uma parceria entre o Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná, a ONG D+Eficiente e a Escola Professor Osny Macedo Saldanha - Ensino Fundamental na Modalidade Educação Especial, mantida pelo Instituto Paranaense de Cegos-IPC.

A coleta de dados e as intervenções foram realizadas de março a dezembro de 2011 na escola anteriormente referida. Foram convidados a participar do estudo os 22 indivíduos, entre 8 e 13 anos, que frequentavam a escola em fevereiro de 2011. Destes, 5 não foram autorizados a participar do estudo pelos pais ou responsáveis; 3 não identificaram problemas ocupacionais; e 1 não concluiu a participação por intercorrências clínicas. Assim, a amostra final constituiu-se de 13 crianças e adolescentes, de 8 a 13 anos de idade, de ambos os sexos. A participação na pesquisa foi consentida por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento Informado para Menores.

Durante a pesquisa foram realizados os procedimentos de avaliação, implementação da intervenção e reavaliação do processo terapêutico ocupacional de acordo com a abordagem centrada no cliente.

Avaliação

Para a avaliação do desempenho ocupacional dos sujeitos da pesquisa foi utilizada como instrumento de coleta de dados a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM), respondida pelas crianças e adolescentes, a fim de levantar as principais demandas ocupacionais para a intervenção. A COPM permite mensurar a autopercepção do cliente na performance ocupacional em relação ao desempenho e a satisfação. Engloba as áreas de autocuidado, produtividade e lazer, e os componentes de desempenho espiritual, físico, sociocultural e mental^{16,17}. Enquanto protocolo Centrado na Prática Baseada no Cliente, a COPM

permite absorver as reais concepções do sujeito sobre o desempenho em atividades as quais ele julga prejudicadas, bem como a satisfação com o mesmo, trabalhando com perspectivas e metas significantes para o indivíduo¹⁸. Cabe ressaltar que seria possível adaptar as réguas de acordo com as capacidades visuais de cada pessoa, no entanto, por serem estas tão individuais e não havendo a possibilidade de estipular um único padrão, optou-se pela utilização de mediação verbal para explicação e identificação das pontuações. Deu-se início a pontuação somente após a confirmação com os clientes de que haviam entendido o sistema de pontuação.

Intervenção

A implementação da intervenção terapêutica ocupacional foi realizada em atendimentos semanais, com duração variando de 45 a 60 minutos, de acordo com os horários estabelecidos junto à instituição parceira.

Durante as intervenções foram utilizadas técnicas de remediação, compensação e educação da família e do indivíduo. A técnica de remediação compreende a restauração ou o estabelecimento de habilidades de desempenho e não na modificação da atividade ou do ambiente^{19,20}. As técnicas de remediação indicadas para comprometimento visual e aplicadas nas intervenções foram: treinamento sensorial para estimular a sensibilidade tátil; estabelecimento de rotinas; desenvolvimento de auxílios de memória e de comportamento; e treinamento do uso do resíduo visual com base nas funções visuais tais como acuidade visual, sensibilidade ao contraste, campo visual, visão de cores e adaptação ao escuro²⁰.

A técnica de compensação é frequentemente utilizada quando a remediação não é suficiente e consiste em compensar o déficit nas habilidades de desempenho, podendo-se utilizar da alteração da atividade, dos materiais e do ambiente^{19,20}. As técnicas de compensação aplicadas aos participantes da pesquisa foram: guardar as roupas categorizando-as conforme características semelhantes; organizar as roupas no armário sempre da mesma forma; dispor na mesa os alimentos e utensílios mantendo-os do mesmo modo; basear-se em indícios táteis durante a execução das tarefas relacionadas ao vestir-se, alimentar-se e realizar higiene pessoal, visando direcionar o reconhecimento dos objetos e do ambiente; aderir a rotinas e padrões que facilitem o desempenho independente e promovam sua qualidade em tarefas como vestir-se, realizar higiene e tomar banho; e permitir que a pessoa realize etapas da tarefa que não ofereçam risco²⁰.

A técnica de educação para os clientes e seus

familiares compreende os métodos de instrução de mediação verbal, visual e física²⁰. Neste estudo foram aplicadas as seguintes técnicas de educação para deficientes visuais: instruir a família a manter os objetos e móveis sempre nos mesmos lugares; fornecer pistas táteis e dicas verbais para facilitar a organização ambiental e a localização dos objetos; demonstrar estratégias de restauração ou adaptação e pedir para que o cliente ou a família faça uma demonstração do aprendizado; e fornecer um folheto com desenhos e figuras sobre técnicas²⁰.

Durante o processo de atendimento as orientações aos pais foram realizadas por meio da comunicação por bilhetes e de encontros pessoais, nos quais eram discutidas as dificuldades encontradas em casa, elaboradas soluções conjuntamente e vivenciados os treinos das atividades com as crianças e seus familiares. Ao trabalhar com a família se faz necessário considerar a especificidade de cada uma e percebê-la como parceira nesse processo¹². Para tanto os familiares foram orientados em relação aos materiais e métodos específicos para a realização das atividades de autocuidado e produtivas¹² e as possibilidades de oportunidade no contexto domiciliar^{14,21}, para que assim as crianças possam realizar o autocuidado e as atividades práticas e diárias com autonomia¹².

Segundo Holm et al.²⁰ essas técnicas de compensação, remediação e educação com a clientela com comprometimento visual, têm como resultados: aumento no nível de independência; segurança aumentada e adequação melhorada do desempenho.

Reavaliação

Ao final do período de intervenção os clientes foram reavaliados segundo os critérios da referida medida com o objetivo de identificar se houve mudanças no desempenho ocupacional e na satisfação em relação a esse desempenho.

Análise dos dados

Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva, que tem como objetivo a descrição e síntese dos dados levantados¹⁵. Os dados estatísticos foram calculados por meio do programa computadorizado Microsoft Office Excel 2010 e serão apresentados considerando as frequências relativa e absoluta.

Optou-se por apresentar os resultados do grupo como um todo, sem divisão entre crianças e adolescentes ou entre cegueira e baixa visão, considerando a pouca diferença de idade e por não terem sido observadas diferenças significativas entre as demandas elencadas pelos sujeitos com relação à idade ou ao diagnóstico.

RESULTADOS

A média de idade dos 13 sujeitos que participaram da pesquisa foi de 10,4 anos, variando entre 8 e 13 anos

de idade. Desses participantes, 7 (53,8%) eram do sexo feminino e 6 (46,2%) do sexo masculino. Apresentaram diagnóstico de cegueira 7 sujeitos (53,8%) e de baixa visão 6 sujeitos (46,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos por idade, sexo e diagnóstico

Sujeito	Idade	Sexo	Diagnóstico
1	8	F	BV
2	8	M	BV
3	8	F	BV
4	8	F	BV
5	8	M	C
6	10	M	C
7	10	F	BV
8	11	M	C
9	11	M	C
10	12	F	BV
11	12	F	C
12	12	F	C
13	13	M	C

Com a aplicação do instrumento de avaliação foi possível identificar as principais demandas elencadas por esse grupo de sujeitos. Foram encontradas dificuldades de desempenho em todas as áreas da avaliação com a prevalência na área de desempenho de Atividades de Autocuidado que foi citada 44 vezes, representando 67,7% das demandas. A área de Atividades Produtivas foi citada 15 vezes (23,1%) seguida das Atividades de Lazer, elencada 6 vezes (9,2%) (Quadro 1).

Na área de desempenho de Autocuidado as atividades citadas com maior frequência foram: utilização de garfo e faca ($f=9/13,8\%$); escolher e reconhecer a roupa e vestir-se - com igual frequência - ($f=6/9,2\%$); amarrar o tênis ($f=5/7,7\%$); escovar os dentes ($f=4/6,2\%$); seguidas de outras atividades com menor frequência. Na área de desempenho das Atividades Produtivas predominou a atividade de preparo do lanche com 9 citações (13,8%) e nas Atividades de Lazer questões de relacionamento

(interpessoal, na casa ou na escola) com 4 citações (6,2%) (Quadro 1).

A partir das demandas levantadas na avaliação foram elaborados e implementados os planos terapêuticos individuais. Como resultado de todo o processo terapêutico ocupacional (avaliação, implementação da intervenção, reavaliação) foi possível mensurar a mudança ocorrida na percepção em relação ao desempenho ocupacional e à satisfação em relação a esse desempenho.

Com relação à média de mudança nos scores de desempenho e satisfação após a intervenção obteve-se, respectivamente, 3,66 (variando entre 1,4 e 7) e 3,87 (variando entre 1 e 7). Destes, 12 (92,3%) apresentaram mudança ≥ 2 pontos no desempenho e 10 (76,9%) na satisfação (Tabela 2). Cabe ressaltar que uma mudança de 2.0 ou mais pontos é considerada clinicamente e estatisticamente significativa segundo estudos da referida medida¹⁴.

Quadro 1 - Demandas da avaliação

Categoria da Ocupação	Atividades	f n=65	%
Autocuidado f= 44 %= 67,7	Escolher e reconhecer a roupa	6	9,2
	Vestir	6	9,2
	Abrir e fechar botão	1	1,5
	Limpar-se após uso do banheiro	3	4,6
	Amarrar o tênis	5	7,7
	Utilizar garfo e faca	9	13,8
	Tomar banho	3	4,6
	Escovar os dentes	4	6,2
	Maquiar-se	1	1,5
	Explorar o ambiente sem derrubar objetos	2	3,1
	Usar transporte público	2	3,1
	Manipular dinheiro	1	1,5
	Construir mapa espacial	1	1,5
Atividades Produtivas f= 15 %= 23,1	Preparar o lanche	9	13,8
	Organizar o ambiente	3	4,6
	Lavar a louça	2	3,1
	Arrumar a cama	1	1,5
Atividades de Lazer f= 6 %= 9,2	Relacionar-se em casa/ escola/interpessoalmente	4	6,2
	Andar de bicicleta	2	3,1

Tabela 2 - Mudança nos scores de desempenho e satisfação

	Mudança Desempenho		Mudança Satisfação	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
≤ 1,9	1	7,7	3	23,0
2 - 3,9	6	46,1	4	30,8
4 - 5,9	5	38,5	4	30,8
6 - 7,9	1	7,7	2	15,4
8 - 9	0	0	0	0
Média	3,66 (entre 1,4 e 7)		3,87 (entre 1 e 7)	

DISCUSSÃO

O desempenho de forma independente nas atividades cotidianas amplia as possibilidades de participação social⁹. Motta²² destaca ainda que as atividades, além da independência, favorecem a autoconfiança, a autonomia e o desenvolvimento global.

Diversos referenciais teóricos apontam que a deficiência visual tem implicações nas diferentes áreas de desempenho e nas atividades cotidianas^{7,9,11,22} o que também foi identificado no presente estudo. Como as ações no cotidiano são realizadas primariamente pelas informações

visuais⁹, a deficiência visual, tanto a cegueira quanto a baixa visão, podem acarretar sentimentos de incapacidade para a realização das atividades cotidianas.

A influência da deficiência visual no desempenho funcional de crianças com essa condição foi observada no estudo de Malta et al.⁷ no qual os autores discutem as implicações nas atividades de autocuidado e mobilidade quando comparadas a crianças sem alterações visuais, como, por exemplo, o desempenho tardio de tarefas e a dificuldade em alcançar o desempenho independente. O indivíduo com deficiência visual é passível de apresentar limitações ou dificuldades na realização das diferentes atividades de autocuidado como alimentação, vestuário e higiene¹¹, demandas identificadas pelos sujeitos do presente estudo. Tais achados ressaltam a importância de proporcionar o melhor nível de independência no desempenho dessas atividades¹¹.

Arruda⁹, Ribeiro¹¹ e Motta²², apesar do uso de diferentes terminologias, também destacam as implicações em outras atividades do cotidiano, dentre elas o preparo dos alimentos e refeições, assim como foi observado pelos sujeitos desse estudo. No entanto, não foram encontrados referenciais que falassem mais especificamente sobre o impacto da deficiência visual no desempenho das atividades produtivas desses indivíduos, o que foi identificado na presente pesquisa.

As demandas elencadas nas atividades de Lazer não foram especificamente em seu desempenho, mas sim as questões de relacionamento interpessoal no item socialização. Segundo Maia et al.²³:

Nas relações interpessoais, grande parte da codificação das mensagens ocorre no plano não verbal. Posturas, gestos, expressões faciais e movimentos do corpo, adquirem diferentes significados em função dos contextos situacionais e culturais em que ocorrem²³.

As dificuldades enfrentadas pelos indivíduos com baixa visão em relacionar-se com aqueles que enxergam acarretam impactos na construção e definição da identidade pessoal de crianças e jovens. Além disso, a diminuição ou a falta de captação de informações visuais do meio prejudica consideravelmente a capacidade do indivíduo de aprender habilidades essenciais para a competência social de forma incidental²⁴. Ainda, pesquisas apontam que crianças cegas têm pouco conhecimento acerca dos papéis sociais desempenhados por seus familiares, desta forma, pode haver interferência direta na qualidade das relações interpessoais²⁴.

Apesar do reconhecimento das implicações da deficiência visual em atividades de autocuidado, produtivas e de lazer, não foi possível a correlação da prevalência

de dificuldades identificadas neste estudo com outros referenciais teóricos, por não se ter encontrado literatura que descrevesse especificamente sua prevalência em sujeitos com deficiência visual nesta faixa etária.

Como resultado da intervenção, as médias de mudança obtidas no desempenho e satisfação dos indivíduos demonstram que a abordagem utilizada mostrou-se eficaz para atingir o objetivo proposto, considerando a relevância estatística e clínica da mudança acima de 2 pontos¹⁷. Além do papel relevante das técnicas utilizadas durante todo o período de intervenção (remediação, compensação e educação da família e do indivíduo) cabe aqui destacar a importância do envolvimento tanto do indivíduo quanto da família para a promoção do desempenho independente e autônomo do sujeito e eficácia da intervenção.

Ribeiro¹¹ afirma que o indivíduo deve ser um parceiro do terapeuta e, para isso, é necessário que ele participe ativamente do processo terapêutico. No entanto, as habilidades da pessoa com deficiência visual podem ser dificultadas por diversos fatores tais como motivações, atitudes, sentimentos e pensamentos¹¹. A autonomia é determinante para a realização independente de atividades diárias, no entanto, cabe ressaltar a influência recíproca desses fatores, como afirma Arruda⁹: “não fazer as atividades básicas do dia a dia implica em dependência das pessoas e falta de cuidado próprio e de autonomia nas decisões” (p.470). A autora resalta ainda que a autonomia e a independência são aspectos essenciais no processo de reabilitação. Além disso, a falta de autonomia, motivação e iniciativa dos indivíduos pode estar relacionada ao fato de que as pessoas com deficiência visual com frequência não acreditam nas próprias capacidades para executar as diversas atividades do dia a dia⁹.

Referenciais teóricos reconhecem o papel fundamental da família no processo de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência visual^{9,11,12}. Cabe ao terapeuta ocupacional auxiliar a família a conhecer as limitações e potencialidades do indivíduo para que consiga oportunizar e incentivar o desempenho e a aprendizagem de habilidades de maneira segura e eficaz^{11,21}, uma vez que, muitos cuidadores, demonstram desconhecimento acerca da dificuldade, agem com superproteção ou subestimação das capacidades destas crianças²⁵. Arruda⁹ destaca a relevância dessa participação, em específico, para aprendizagem, motivação e incentivo em relação às atividades de vida diária.

Desse modo, os familiares devem ser orientados sobre os métodos específicos necessários para que as pessoas com deficiência visual sejam autônomas na realização de atividades diárias e práticas¹². Dentre outros aspectos, as

intervenções podem enfatizar a capacitação das famílias para que estas possam promover o desenvolvimento dos sujeitos com deficiência visual¹⁰.

CONCLUSÕES

A intervenção da terapia ocupacional, por meio da abordagem centrada no cliente e das técnicas utilizadas, mostrou-se eficaz na promoção do desempenho ocupacional das crianças e adolescentes com deficiência visual considerando as principais demandas identificadas pelos próprios clientes. No entanto, infere-se que durante as intervenções foram observados fatores que interferiram no processo terapêutico, como: assiduidade; oportunidade para a realização de atividades; autonomia, motivação e iniciativa do indivíduo. Durante todo o período de intervenção foram observadas algumas falhas referentes à assiduidade dos participantes, o que resultou em descontinuidade

intermitente no tratamento e consequente estagnação ou rebaixamento do desempenho da atividade que estava sendo treinada. Destacam-se esses fatores como limitantes para o estudo e a intervenção, além da escassez de publicações específicas sobre a atuação da terapia ocupacional com a clientela com alterações visuais.

A COPM, instrumento utilizado para avaliar e reavaliar o desempenho ocupacional e para guiar a intervenção, mostrou-se adequada à clientela e ao objetivo proposto. Além disso, a mediação verbal, utilizada tanto na aplicação da referida medida, como em todo o processo terapêutico para o ensino de atividades e habilidades, mostrou-se ferramenta eficaz.

A participação da família ou cuidadores no processo terapêutico bem como a postura ativa e participativa do próprio indivíduo frente ao tratamento e a realização das atividades fora do contexto terapêutico mostraram-se fatores essenciais para a promoção do desempenho independente e autônomo.

REFERÊNCIAS

1. Cobo AD, Rodríguez MG, Bueno ST. Desenvolvimento cognitivo e deficiência visual. In: Martín MB, Bueno ST. Deficiência visual: aspectos psicoevolutivos e educativos. São Paulo: Santos; 2010. p.97-118.
2. Gondo SMF. Intervenção precoce na baixa visão e na cegueira. In: Haddad MAO, Sampaio MW, Filho HC, Sialys MOC. Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan; 2010. p.271-82.
3. Fuente BE. Atendimento precoce. In: Martín MB, Bueno ST. Deficiência visual: aspectos psicoevolutivos e educativos. São Paulo: Santos; 2003. p.161-76.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: resultados preliminares de amostra. Comunicação social [on-line], 16 de novembro de 2011 [citado 18 fev. 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1.
5. Haddad MAO, Sampaio MW. Aspectos globais da deficiência visual. In: Haddad MAO, Sampaio MW, Filho HC, Sialys MOC. Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan; 2010. p.7-16.
7. Jesus EF. A importância da atividade de vida diária na educação e na reabilitação de deficientes visuais. Rev Benjamin Constant, Rio de Janeiro. 1996 maio(3). Disponível em: http://www.cmdv.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=409
7. Malta J, Endriss D, Rached S, Moura T, Ventura L. Desempenho funcional de crianças com deficiência visual, atendidas no Departamento de Estimulação Visual da Fundação Altino Ventura. Arq Bras Oftalmol, São Paulo. 2006;69(4):571-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492006000400021>
8. Carleto DGS, et al. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. Rev Triang Ens Pesq Ext, Uberaba. 2010;3(1):57-147 [citado 14 maio 2013]. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/150/177>.
9. Arruda SMCP. Atividade de vida diária e deficiência visual. In: Haddad MAO, Sampaio MW, Filho HC, Sialys MOC. Baixa visão e cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan; 2010. p.467-78.
10. Castilho CN, Gontijo DT, Alves HC, Souza ACA. A gente tenta mostrar e o povo não vê: análise da participação de pessoas com cegueira congênita nos diferentes ciclos da vida. Cad Ter Ocup UFSCar, São Carlos. 2011;19(2):189-201. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/461/326>

11. Ribeiro LB. Disfunção visual. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.399-413.
12. Chacon MCM, Defendi EL, Felipe MCGC. A família como parceira no processo de desenvolvimento e educação do deficiente visual. In: Masini EFS, organizador. A pessoa com deficiência visual: um livro para educadores. São Paulo: Vetor; 2007. p. 130-74.
13. Hagedorn R. Fundamentos da prática em terapia ocupacional. São Paulo: Dynamis Editorial; 1999.
14. Hagedorn R. Ferramentas para a prática em terapia ocupacional: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais. São Paulo: Roca; 2007.
15. Silva AA. Prática clínica baseada em evidências na área da saúde. São Paulo: Editora Santos; 2009.
16. Dornelas A, Galvão C. Avaliação das habilidades psicossociais e componentes psicológicos. In: Cavalcanti A, Galvão C. Terapia ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p.102-5.
17. Law M, et al. Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM). Trad. e org. Livia C. Magalhães, Lilian V. Magalhães e Ana Amélia Cardoso. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.
18. Caldas ASC, Fagundes VL, Silva HJ. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2011;22(3):238-44 [citado 30 jul. 2013]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46397/50153>.
19. Togliola JP, Golisz KM, Goverover Y. Avaliação e tratamento para comprometimentos cognitivos perceptuais. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell BAB. Terapia ocupacional: Willard & Spackman. 11a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.750-88.
20. Holm MD, Rogers JC, James AD. Tratamento das áreas de desempenho ocupacional. In: Neistad ME, Crepeau EB. Willard & Spackman: terapia ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.294-363.
21. Corrêa GC. Desempenho ocupacional de indivíduos com disfunção visual: Primeiras aproximações. In: XII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, IX Congresso Latino Americano de Terapia Ocupacional, 2011. Texto completo publicado nos Anais do evento. [cd room].
22. Motta MP. Atividades da vida diária: importante instrumento na habilitação do deficiente visual. Mundo Saúde. 2001;25(4):358-60.
23. Maia JMD, Prette AD, Freitas LC. Habilidades sociais de pessoas com deficiência visual. Rev BrasTer Cogn. Rio de Janeiro. 2008;4(1) [citado 12 set. 2013]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872008000100005&lng=pt&nrm=iso.
24. Escribano CC, Alonso MAV. Habilidades sociales. Programa para mejorar las relaciones sociales entre niños y jóvenes con deficiencia visual y sus iguales sin discapacidad. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles; 2005 [citado 2 set. 2013]. Disponível em: <http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?navega=detalle&idobjeto=6&idtipo=1>.
25. Mancini MC, Braga MAF, Albuquerque KA, Ramos TMV, Chagas PSC. Comparação do desempenho funcional de crianças com visão subnormal e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 6 anos de idade. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2010;21(3):215-22. doi: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p215-222>

Recebido para publicação: 03/10/2013

Aceito para publicação: 23/03/2014