



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

Roger Lima Scherer

Criação de uma escala e avaliação do perfil do estilo de vida em adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil em 2018

Florianópolis
2020

Roger Lima Scherer

Criação de uma escala e avaliação do perfil do estilo de vida em adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil em 2018

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de doutor em Educação Física.

Orientador: Prof. Adriano Ferreti Borgatto, Dr.

Coorientador: Prof. Giovani Firpo Del Duca, Dr.

Florianópolis

2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Scherer, Roger Lima

Criação de uma escala e avaliação do perfil do estilo de vida em adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil em 2018 / Roger Lima Scherer ; orientador, Adriano Ferreti Borgatto, coorientador, Giovani Firpo Del Duca, 2020.

156 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Desportos, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Educação Física. 2. Teoria da Resposta ao Item. 3. Estilo de Vida. 4. Deficiência Visual. I. Borgatto, Adriano Ferreti . II. Duca, Giovani Firpo Del . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Educação Física. IV. Título.

Roger Lima Scherer

Criação de uma escala e avaliação do perfil do estilo de vida em adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil em 2018

O presente trabalho, em nível de doutorado, foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Bruna Barboza Seron, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Gabriela Fischer, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Jeovani Schmitt, Dr.(a)
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Catarinense

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Educação Física, obtido pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Prof.(a) Kelly Samara da Silva, Dr.(a)
Coordenador(a) do Programa

Prof.(a) Adriano Ferreti Borgatto, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2020.

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, em suas diferenças,
lutam e contribuem para um mundo mais justo e igualitário.

AGRADECIMENTOS

Este é um dos momentos mais difíceis na concepção deste trabalho, não pelo agradecimento em si, mas por saber que o espaço é tão limitado diante das inúmeras pessoas e instituições que contribuíram direta e indiretamente para sua concretização. Contudo, quando fui refletir sobre o que escrever, quem agradecer e como me posicionar, percebo que, nos últimos 15 anos, minha vida esteve intimamente ligada à Educação Física Adaptada, como também todas as experiências, reflexões, contatos, aprendizados e desenvolvimento profissional e pessoal que obtive nesse período.

Dessa forma, estaria sendo injusto em pensar que este trabalho foi fruto apenas dos quatro anos de doutorado, mas, sim, ele foi concebido, nasceu e se desenvolveu por meio de uma construção de todos os momentos e aprendizados que obtive não apenas no período da minha graduação, mestrado ou doutorado, mas também antes da minha inserção nesta Universidade, que me acolheu.

A vida é uma sucessão de momentos e, muitas vezes, ela é dinâmica e contraditória. Somos Seres Humanos, muitas vezes incompreendidos e sem rumo, algumas vezes com sabedoria, mas sem oportunidades. Desde pequenos nos deparamos com momentos de extrema felicidade ou de tristeza profunda, porém somos mutáveis e nos adaptamos. E essa é a graça da vida, o prazer de acordar e saber que este dia será diferente do anterior, com seus mistérios e suas indefinições, de não nos acomodarmos e buscarmos sempre o melhor. E como diria meu filho Igor e seus amigos lobinhos: “Melhor possível”.

Assim, refletindo sobre minha infância e minha adolescência, até meu ingresso nesta Universidade, sobre todas as experiências que aqui tive, sejam elas positivas ou negativas, pois nosso crescimento, tanto pessoal quanto profissional, também é decorrente dos momentos ruins, não posso deixar de agradecer a Deus por todos esses momentos da minha vida, pois Ele me abriu os olhos para aproveitar as oportunidades e limpar as trilhas para uma boa caminhada e, em alguns momentos, até uma corridinha. Assim como nos momentos difíceis de incompreensão e indecisão Ele me estendeu a mão e me acolheu para eu ter paciência e encontrar novamente a trilha limpa e pronta para explorar novamente a vida. Muitas e muitas vezes esses momentos foram compartilhados e auxiliados pela minha família, que sempre esteve ao meu lado, dando-me amor e carinho, não poupando esforços para que eu tivesse uma infância maravilhosa, repleta de oportunidades, educação, respeito, paciência e

comprometimento. Além disso, ensinaram-me a reconhecer sempre o próximo, buscando dar muito mais do que receber, apoiando-me em todos os momentos e aconselhando-me principalmente nas escolhas difíceis e complicadas. Lembro-me, como se fosse ontem, da alegria deles quando comentei que faria Educação Física. Não tenho palavras para expressar como me sinto grato por vocês. Pai e mãe, amo vocês! Muito obrigado por tudo!

Minha querida irmã Carol, que, mesmo sem perceber, contribuiu diretamente na minha formação humana e na existência deste Roger, desde o momento em que eu soube da sua chegada. Filho único com 10 anos de idade, eu iria receber uma irmã, dividir amor, carinho, tempo, atenção, espaço, brinquedos, ou seja, momentos. Valeu, maninha! Com sua chegada, com sua personalidade, além desta compreensão de vida, aprendi também a intermediar conflitos, (risos). Mas, como tudo na vida é passageiro, acredito que hoje você está um pouco melhor (ou não 😊).

Com o passar dos anos, os caminhos me levaram a aumentar a família, trilhando e conduzindo o meu próprio rumo. Novas experiências, novos aprendizados e, principalmente, a lição diária de compreender ainda mais os relacionamentos humanos em suas diferentes e peculiares situações. Muito obrigado, Andreza! Esposa, amiga e mãe dos meus lindos filhos. Obrigado pela compreensão da minha ausência, decorrente da vida acadêmica e profissional. Obrigado pelo apoio nas minhas escolhas e aventuras, pelo incentivo em entrar no projeto Sábado no Campus: Esportes Adaptados, já na minha primeira semana de graduação, e pela dedicação e carinho com as crianças, tentando minimizar ao máximo a minha ausência durante esta fase da vida. Falando em crianças, muito obrigado, meus filhotes, por simplesmente estarem presentes em meus dias. Em dias calmos ou tempestuosos, estão os dois com um sorriso lindo me falando, quando eu chego, “tava com saudades paiaiii, vamos brincar!?” Desculpem-me pelas inúmeras viagens e muito obrigado. Amo muito vocês!

Quando comecei a escrever estes agradecimentos, “passou-me um filme pela cabeça” sobre a relação entre as pessoas, sobre as oportunidades dadas e sobre o processo de ensino e aprendizagem nos diferentes momentos e contextos da vida. Com isso, percebi que a concepção deste trabalho foi pautada e solidificada a partir de diferentes relações, que me encaminharam ao longo da graduação, do mestrado e do doutorado. Foram importantes discussões em sala de aula; indagações aos professores de diferentes áreas sobre a adaptada; conversas de corredor e na mesa do bar com os amigos quando, finalmente, construíram novamente o bar no CDS; o receio do desconhecido e o anseio da descoberta; a aplicação prática do aprendizado e sua

concretização e disseminação nos eventos científicos. De maneira geral, pelo dia a dia dentro da UFSC, nesses 15 anos, só tenho a agradecer a possibilidade de estudar em uma universidade pública de excelência.

Essa universidade, porém, não me proporcionou apenas um ensino de qualidade. As contribuições foram muito além, por meio dos seus projetos de extensão, como o Projeto Sábado no Campus: Esportes Adaptados; através dos diferentes núcleos de pesquisa, em especial o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde (NuPAF); os grupos de pesquisa, neste caso o Grupo de Estudos e Pesquisa em Esporte Paralímpico (GEPEP). Além disso, tive a possibilidade de ser bolsista durante todo meu período da graduação, de receber a bolsa CAPES durante todo o período do mestrado e doutorado, dando-me tranquilidade e oportunidades para enriquecer meu leque de possibilidades dentro da Educação Física e — juntamente com os professores, coordenadores, alunos e participantes — conduzirem esse rio de pensamentos e ideias para questionamentos oportunos, reflexões diárias e avaliações constantes. Muito obrigado a todos os envolvidos que, diretamente ou indiretamente, ajudaram-me a percorrer este caminho. Entretanto, não posso deixar de agradecer uma pessoa em especial. Grande parceiro nos anos de mestrado e se tornou um grande amigo: Fábio, muito obrigado pela força nos trabalhos acadêmicos e profissionais, nos artigos científicos, nas traduções e nas reuniões de trabalho, regadas a suco de limão, que serviam também para falar sobre a vida.

Agradeço a todos os professores que, durante meu processo de ensino na educação superior formal, cada qual com sua didática, de alguma maneira contribuíram para minha formação. Porém, não posso deixar de destacar três pessoas que me inspiravam diariamente. Muito obrigado ao professor Markus Nahas e à professora Rosane Rosendo pela oportunidade de aprender com vocês. Parabéns pela dedicação, didática e condução das vossas aulas, porém, hoje já aproveitando vossas merecidas aposentadorias.

Luciano, professor, mestre e amigo! Não existem palavras para descrever minha gratidão por você. Entrei ainda um menino em sua sala, quando fui pedir para me inserir no projeto, e você contribuiu muito para que eu me tornasse um homem dentro da minha profissão. Se eu fosse relatar todas as reflexões e oportunidades, a tese se tornaria somente agradecimentos. Com você tive meu primeiro contato com as pessoas com deficiência e me apaixonei pela área. Isso me abriu um leque de possibilidades na Adaptada. Quando me dei conta, já havia passado pelo goalball, atletismo, natação, basquete em cadeira de rodas, bocha e futebol de 5. Durante muitos anos eu quase dividia a sala com você, mesmo sendo aluno,

diante das inúmeras possibilidades e oportunidades que você me apresentava. Você me abriu os olhos para a pesquisa desde a primeira fase. Ali me incentivava e me mostrava que não salvaríamos o mundo com uma pesquisa, mas iríamos contribuir com uma sementinha a cada momento, na pesquisa, nos cursos, nos diálogos, nas ações realizadas, para, assim, tentar construir um mundo melhor. Praticamente em todas as ações pertinentes ao Projeto você procurou me inserir, como na parceria com a AFLODEF, para ser segundo professor no Colégio de Aplicação, trabalhar juntamente com a APABB, APAE, ACIC, locais esses que me acolheram. Agradeço profundamente por acreditarem na universidade e possibilitarem, a nós estudantes, colocarmos em prática o que refletimos e aprendemos em sala de aula. Luciano, muito obrigado por me ensinar, acreditar, confiar e incentivar constantemente. Obrigado pela amizade e, na sua simplicidade e singularidade, mostrar como se relacionar e como acreditar no próximo e reconhecê-lo. Curta muito sua aposentadoria junto com aqueles que você ama, pois você merece tudo do melhor. Paz e Bem!

Ao citar o Projeto Sábado no Campus, não posso deixar de agradecer a professora Bruna, atual coordenadora do projeto e minha amiga, que, desde sua posse, não tem medido esforços para conduzi-lo da melhor forma possível. Obrigado por sua dedicação, perseverança, confiança, empatia e amizade. Como diz Antoine de Saint-Exupéry: “É loucura odiar todas as rosas porque uma te espetou. Renunciar a todos seus sonhos só porque um deles não se cumpriu.” Parabéns pela sua personalidade e por tentar transmitir sua percepção do mundo de forma mais leve.

Durante os anos de projeto, mais precisamente no goalball, muitos alunos, bolsistas ou voluntários por ali passaram. Alguns rapidamente, outros que estabeleceram relacionamentos mais duradouros. Porém, quando esse trabalho se concretizou, e refleti sobre o caminho que ele seguiu, percebi que muitas coisas que me incomodavam e me levaram à pesquisa partiram de conversas informais com essas pessoas. Neste momento, seriam muitos nomes a elencar, porém não posso deixar de citar alguns que corresponderam a diferentes momentos desta minha trajetória acadêmica e contribuíram para a minha formação. Então, muito obrigado André, Luiz Alberto (Kinho), Mariana e Leo. Nesses anos de projeto, trabalhamos, rimos, brincamos e nos divertimos. Porém, no final, apesar de as bifurcações da vida nos conduzir para caminhos diferentes, crescemos juntamente com o Projeto, nos tornamos bons profissionais e seres humanos ainda melhores.

Isso tudo só se concretizou graças às pessoas que acreditam e participam do Projeto. Atletas ou praticantes de alguma modalidade ofertada, independente dos objetivos em relação à modalidade, suas contribuições foram cruciais tanto para o Projeto quanto para minha formação, assim como aos anseios que me levaram a pensar nesta pesquisa, sobre o estilo de vida das pessoas com deficiência visual. Lembro-me dos primeiros dias, ainda com receio, pensando em perguntas sobre o dia a dia, mas ainda sem muita coragem de questionar, até o dia em que tomei coragem e fui perguntar: “Ira, o que você enxerga, preto ou branco?” Após um pequeno silêncio ela deu uma risadinha e me perguntou: “O que é preto, o que é branco?” E ali passei a me interessar, não apenas no goalball, mas também sobre a deficiência visual, o cotidiano, a relação, os processos de ensino-aprendizagem, as estratégias de ensino e suas inúmeras possibilidades. Esse foi um pequeno exemplo do aprendizado constante que obtive nesse laboratório, quase diário, ao longo desses 15 anos. Ira, Paulo, Leandro, Gilmar, Saretto (*In Memoriam*), Dai, Maurício, Fabian e todos os demais que estiveram presentes, muito obrigado por todos esses anos, pela confiança, amizade, por me ensinarem constantemente quando estivemos juntos nas quadras, nas viagens, nas confraternizações ou simplesmente no dia a dia.

Com esses inúmeros momentos e troca de experiências, busquei estudar um pouco mais esse segmento populacional, devido a situações diárias que me inquietavam, pois o grupo era muito diversificado, e a vida parecia ser ainda mais complexa para eles. Sendo assim, só tenho a agradecer ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física por me possibilitar estar dentro de um dos melhores Programas do Brasil. A articulação do programa, com o ensino, a pesquisa e a extensão, deu-me subsídios para refletir, compreender e aplicar as pesquisas no mestrado e tornar possível investigar, com maior profundidade, meu interesse nesta tese. Por falar em tese, duas pessoas são responsáveis por hoje eu estar entregando este documento com mais qualidade. Cito o professor Adriano, a quem digo muito obrigado pela oportunidade, orientação, paciência e dedicação. Uma teoria nova, uma área distinta e muitos anseios sobre a conclusão do projeto, em que você sempre esteve presente e à disposição. Então, muito obrigado por tudo. Refiro-me também ao professor Giovani Firpo Del Duca, dizendo muito obrigado pela coorientação, pois, mesmo sendo uma área completamente diferente dos seus estudos cotidianos, acreditou, apoiou e buscou, dentro de suas possibilidades, deixar o trabalho “o mais redondo possível”.

Ao me referir em “deixar redondo”, meu amigo Neivo contribuiu de forma significativa, revisando o texto, deixando-o mais limpo e articulado. Neivo, valeu pela pela revisão. Qualquer dia, nos encontraremos na quadra para um handebol.

Já aproveito para formalizar meus agradecimentos à banca examinadora, formada pelos professores Jiovane, Gabriela e Bruna, por aceitarem o convite e dedicarem seu tempo para ajudar na reflexão deste trabalho, contribuindo neste momento do meu percurso acadêmico, profissional e pessoal.

Este trabalho só se concretizou pelo auxílio e fundamental apoio da Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais e de todas as entidades que tiveram seus associados interessados e disponíveis em contribuir, de forma significativa, para o andamento do trabalho. Por isso, muito obrigado a todas as instituições que contribuíram diretamente e indiretamente.

Aproveitar o momento em que estamos falando de instituição, quero aproveitar para agradecer duas instituições com as quais tive uma relação mais próxima, e que não mediram esforços para levar a cabo este trabalho, assim como me deram muita bagagem profissional ao longo dos anos. Nosso relacionamento direto contribuiu de forma significativa para meu crescimento pessoal. Assim, muito obrigado a ACESA e a ACIC, assim como a todos os profissionais e participantes envolvidos... orrax nego, dax um banho, que coza max quirida.

Para finalizar este longo texto, agradeço a todos os amigos, colegas e pessoas que, mesmo sem ter uma proximidade comigo, me apoiaram, me auxiliaram e torceram para que este trabalho se concretizasse da melhor forma possível. Muito obrigado a todos!!!

"Nós não devemos deixar que as incapacidades das pessoas nos impossibilitem de reconhecer as suas habilidades" (HALLAHAN & KAUFFMAN, 1994).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi criar uma escala e avaliar o estilo de vida dos adultos com deficiência visual, por meio da Teoria da Resposta ao Item (TRI). A amostra deste estudo descritivo e transversal foi de 859 indivíduos (68,3% homens; μ idade: $34,0 \pm 11,20$ anos de idade), que responderam, entre fevereiro e outubro de 2018, um questionário. Para a criação da escala, foi utilizado o modelo de resposta gradual proposto por Samejima em 1969. Na estatística descritiva, empregaram-se frequências absoluta e relativa, além das análises de média e desvio padrão. Na estatística analítica, empregou-se a regressão logística multinomial, com análises brutas e ajustadas para verificar a associação do estilo de vida com algumas variáveis pessoais e sociodemográficas, adotando nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. O tratamento estatístico foi realizado através do software SPSS, versão 22.0 *for Windows*. O instrumento para avaliar o estilo de vida foi criado e passou pelo processo de validação de conteúdo, operatividade e reprodutibilidade. Foram realizados os testes: kappa, coeficiente de correlação intraclasse, alpha de Cronbach, correlação policórica e análise fatorial para avaliar as qualidades psicométricas do instrumento, antes de utilizar a TRI para a criação da escala. Observou-se, que alguns itens não apresentavam consistência interna ou correlação com os demais daquele componente, assim como o instrumento com uma dimensão, conforme pensou-se inicialmente, perderia muitas informações, pois alguns itens não calibraram por meio da TRI. O instrumento inicial possuía 43 itens, mas após a calibração e organização da escala, sete itens apresentaram problemas e foram retirados, finalizando com 36 itens, divididos nas dimensões psicossocial e comportamental, para compor o estilo de vida dos adultos com deficiência visual. Com relação ao perfil do estilo de vida, os indivíduos apresentaram melhores resultados na dimensão psicossocial. Os níveis do estilo de vida foram significativos entre os fisicamente ativos (RC: 1,98; IC: 0,01 ; 0,07), nas mulheres (RC: 1,54; IC: 0,24 ; 0,89), nos indivíduos na meia idade (40 a 59 anos) (RC: 1,59; IC: 0,20 ; 0,81), nos indivíduos que vivem na região Centro Oeste (RC: 2,52; IC: 1,03 ; 6,13) e nos indivíduos que não possuem um companheiro(a) (RC: 2,14; IC: 1,18 ; 3,87) apresentando mais chances de terem um estilo de vida positivo. Diante dos resultados encontrados nos diferentes testes psicométricos e na utilização da TRI para a criação da escala, conclui-se que o instrumento é válido e pode ser utilizado como mais uma ferramenta no diagnóstico desta população no que concerne o estilo de vida. Com base na amostra investigada é importante e necessário implementar ações e políticas públicas voltadas para a promoção de um estilo de vida positivo entre as pessoas com deficiência visual, buscando, principalmente, nos aspectos comportamentais, estimular a prática regular de atividade física e a adoção de bons hábitos alimentares, assim como concentrar ações para essa população nas regiões Norte e Nordeste por apresentarem maiores percentuais no nível negativo e menores percentuais no nível positivo.

Palavras-chave: Deficiência Visual. Estilo de Vida. Teoria da Resposta ao Item.

ABSTRACT

The objective of this study was to create a scale and assess the lifestyle profile of adults with visual impairments, using the item response theory (IRT). 859 individuals (68.3% men; μ age: 34.0 ± 11.20 years old) participated in this descriptive and cross-sectional study, who answered, between February and October 2018, a questionnaire. For the creation of the scale, the gradual response model proposed by Samejima in 1969 was used. In descriptive statistics, absolute and relative frequencies were used, in addition to the mean and standard deviation analyzes. In analytical statistics, multinomial logistic regression was used, in crude and adjusted analyzes, to verify the association of lifestyle with some personal and sociodemographic variables, adopting a significance level of 5% and a confidence interval of 95%. The statistical treatment was performed using the SPSS software, version 22.0 for Windows. The instrument to determine the lifestyle profile of visually impaired adults was created and went through the process of validation of content, operability and reproducibility. The tests were performed: kappa, intraclass correlation coefficient, Cronbach's alpha, polychoric correlation and factor analysis to assess the psychometric qualities of the instrument, before using the IRT to create the lifestyle scale. It was observed, in these analyzes, that some items did not present internal consistency or correlation with the others of that component, as well as the instrument as a dimension, as had been initially thought, it would lose a lot of information due to some items not calibrate by the IRT. The initial instrument had 43 items, but with the calibration process and organization of the scale, seven items presented problems and were removed, ending with 36 items, divided into the psychosocial and behavioral dimensions, to compose the lifestyle of adults with visual impairment. Regarding the lifestyle profile, individuals showed better results in the psychosocial dimension. The lifestyle levels were significant among the physically active (OR: 1.98; CI: 0.01; 0.07), in women (OR: 1.54; CI: 0.24; 0.89), in middle-aged individuals (40 to 59 years old) (OR: 1.59; CI: 0.20; 0.81), in individuals who live in the Midwest region (OR: 2.52; CI: 1.03; 6.13) and in individuals who do not have a partner (OR: 2.14; CI: 1.18; 3.87), who are more likely to have a positive lifestyle. In view of the results found in the different psychometric tests and in the use of the IRT to create the lifestyle scale, it is concluded that the instrument is valid and can be used as a tool in the diagnosis of this population considering lifestyle. Based on the investigated sample, it is important and necessary to implement actions and public policies aimed at promoting a positive lifestyle among people with visual impairments, seeking mainly in behavioral aspects, to encourage regular practices of physical activity and the adoption of good diet habits, as well as concentrating actions for this population in the North and Northeast regions, as they present higher percentages at the negative level and lower percentages at the positive level.

Keywords: Visual Impairment. Lifestyle. Item Response Theory.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das competições regionais de goalball e futebol de 5 e a etapa nacional do grand prix de judô organizadas pela Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais no Brasil, em 2018.....	49
Figura 2 - Organograma do domínio (Estilo de Vida), seus componentes (vida social; controle do estresse; comportamento preventivo; atividade física e alimentação) e definições para esta pesquisa.	55
Figura 3. Causas de ocorrência da deficiência visual dos adultos participantes da pesquisa em diferentes regiões do Brasil, em 2018.	72
Figura 4. Análise da dimensionalidade do instrumento por meio do Scree Plot do estilo de vida de adultos com deficiência visual no Brasil, em 2018.	82
Figura 5. Curvas características dos itens na dimensão psicossocial do estilo de vida dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	91
Figura 6. Curva de informação da dimensão psicossocial do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	92
Figura 7. Posicionamento e frequência de respondentes dos itens na escala nos diferentes níveis da dimensão psicossocial do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	93
Figura 8. Curvas características dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil, em 2018.	99
Figura 9. Curva de informação da dimensão comportamental do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil. ...	100
Figura 10. Posicionamento e frequência de respondentes dos itens na escala nos diferentes níveis da dimensão comportamental do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	101
Figura 11. Modelo do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil por meio da Teoria da Resposta ao Item.....	103
Figura 12. Modelo para determinação dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.	105
Figura 13. Frequência relativa nas dimensões do estilo de vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis (sociodemográficas, antropométricas e pessoais) e suas categorias para caracterizar o perfil dos adultos com deficiência visual no Brasil.	59
Quadro 2. Variáveis e suas categorias para caracterizar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual no Brasil.....	60
Quadro 3. Calendário de Coleta de dados com os participantes da pesquisa.....	63
Quadro 4. Itens das dimensões “psicossocial” e “comportamental” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	86
Quadro 5. Interpretação da dimensão psicossocial do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil.	94
Quadro 6. Interpretação da dimensão comportamental do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil.....	101
Quadro 7. Interpretação por meio da teoria de resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.	105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Blocos de itens da 1ª e 2ª versão do instrumento	55
Tabela 2. Bloco de itens da 1º, 2º e 3º versão do instrumento.....	56
Tabela 3. Validação de reprodutibilidade do instrumento do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.	56
Tabela 4. Descrição das características sociodemográficas e IMC dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.	67
Tabela 5. Frequência relativa e absoluta do índice de massa corporal de atletas e não atletas com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	70
Tabela 6. Descrição das características visuais dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.	71
Tabela 7. Frequência de respostas dos itens separados por componente dos participantes da pesquisa em diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	73
Tabela 8. Valores do alpha de Cronbach de cada item dos componentes do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	74
Tabela 9. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “vida social” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	75
Tabela 10. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “vida social” com a exclusão dos itens VS05 e VS06 do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	76
Tabela 11. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “controle do estresse” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	76
Tabela 12. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “comportamento preventivo” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	77
Tabela 13. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “comportamento preventivo” com a exclusão dos itens “CP18, CP19, CP20, CP22 e CP23” do instrumento para	

determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	78
Tabela 14. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “atividade física” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	79
Tabela 15. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “atividade física” com a exclusão dos itens “AF27, AF28, AF29 e AF30” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	80
Tabela 16. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “alimentação” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	80
Tabela 17. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “alimentação” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.	81
Tabela 18. Análise fatorial de informação completa com cinco dimensões do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	83
Tabela 19. Análise fatorial exploratória com quatro, três, duas e uma dimensão do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.....	84
Tabela 20. Parâmetros dos itens na dimensão psicossocial do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.	89
Tabela 21. Parâmetros dos itens na dimensão psicossocial do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018 com a exclusão do item VS05. .	90
Tabela 22. Parâmetros dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.	96
Tabela 23. Parâmetros dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil em 2018 após agrupamento de algumas alternativas.....	97
Tabela 24. Parâmetros dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018, após exclusão dos itens com problemas de discriminação e dificuldade.....	98

Tabela 25. Nível de estilo de vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018, estratificado por variáveis sociodemográficas.	113
Tabela 26. Nível de estilo de vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018, estratificado por variáveis referentes às características visuais.	114
Tabela 27. Análise bruta da regressão logística multinomial entre o estilo de vida e fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	116
Tabela 28. Análise ajustada da regressão logística multinomial entre o estilo de vida e fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.....	119

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	22
1.1	CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA	22
1.2	OBJETIVOS	25
1.2.1	Objetivo Geral:	25
1.2.2	Objetivos Específicos:.....	25
1.3	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	26
1.4	HIPÓTESES	27
1.5	DEFINIÇÃO DE TERMOS	27
2.	REVISÃO DA LITERATURA.....	30
2.1	POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA VISUAL	30
2.2	ESTILO DE VIDA	33
2.2.1	Relacionamento Social.....	35
2.2.2	Controle do Estresse	36
2.2.3	Alimentação.....	37
2.2.4	Comportamento Preventivo.....	37
2.2.5	Atividade Física.....	39
2.3	ESPORTE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	42
2.4	INSTRUMENTOS DESTINADOS A MENSURAR O ESTILO DE VIDA E SEUS DIFERENTES COMPONENTES.....	45
3.	MÉTODOS.....	49
3.1	DELINEAMENTO.....	49
3.2	LOCAL DO ESTUDO	49
3.3	POPULAÇÃO ALVO	50
3.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	50
3.4.1	Critérios de inclusão	50

3.4.2	CrITÉrios de exclusão.....	50
3.5	AMOSTRA.....	50
3.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	51
3.6.1	Validação do instrumento	54
3.7	VARIÁVEIS EXPLORATÓRIAS.....	59
3.7.1	Definição de Variáveis	61
3.8	COLETA DE DADOS	62
3.9	PROCESSAMENTO DOS DADOS	63
3.9.1	Análises para determinação da dimensionalidade do instrumento de estilo de vida de adultos com deficiência visual por meio da Teoria da Resposta ao Item.....	64
3.9.2	Criação e Interpretação da Escala do Estilo de Vida de Adultos com Deficiência Visual por meio da Teoria da Resposta ao Item	65
3.10	PERDAS E RECUSAS	65
3.11	ANÁLISE DOS DADOS	65
3.12	ASPECTOS ÉTICOS	66
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	67
4.1	ANÁLISE DOS ITENS DO INSTRUMENTO PARA DETERMINAR O PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL.....	72
4.1.1	Correlação e Confiabilidade dos itens nos diferentes componentes do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.	74
4.2	ANÁLISE DE DIMENSIONALIDADE DO INSTRUMENTO PARA DETERMINAR O PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL.....	82
4.3	CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL BASEADO NA TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM.....	88
4.3.1	Estimativa dos parâmetros da dimensão psicossocial.	88
<i>4.3.1.1</i>	<i>Construção e interpretação da escala de medida na dimensão psicossocial do estilo de vida dos adultos com deficiência visual</i>	<i>92</i>

4.3.2	Estimativa dos parâmetros da dimensão comportamental.....	95
4.3.2.1	<i>Construção e interpretação da escala de medida da dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.....</i>	100
4.3.3	Modelo do estilo de vida dos adultos com deficiência visual por meio da TRI.....	102
4.4	PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL POR MEIO DA TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM.	111
4.5	ASSOCIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DA VISÃO DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL	115
5	CONCLUSÃO.....	125
	REFERÊNCIA.....	128
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido – Validação do Instrumento.....	144
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – Estudo Transversal.....	146
	APÊNDICE C – Roteiro de entrevista.....	148
	ANEXO A – Autorização da Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais	154
	ANEXO B – Aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, identificado através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 71181517.9.0000.0121	155

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

A expectativa de vida na América Latina, com o passar dos anos, vem aumentando. Com base nessa nova realidade, contudo, Buss (2000) afirma que diversas organizações insistem em informar que deve haver melhorias nas condições de vida e saúde da população. Sendo assim, é importante apresentar um olhar ímpar com relação a essa expectativa, pois é necessário que as pessoas envelheçam com saúde e disposição para aproveitar esses anos a mais, com melhor qualidade de vida. Durante muito tempo, as pessoas buscaram longevidade. Entretanto, atualmente, o enfoque tem sido melhorar a qualidade, acrescentando disposição, um estilo de vida ativo e maior vontade de viver (NAHAS, 2017).

Estilo de vida é conceituado por Nahas (2017, p. 22) como sendo um “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”. Dessa forma, há a necessidade de investigar certos fatores, tanto do comportamento quanto do ambiente, que poderão contribuir para mudanças de hábitos diários, tais como de atividade física em populações específicas (KIRCHNER; GERBER; SMITH, 2008). Estudos, como os organizados por Holbrook et al. (2009) e MARMELEIRA et al. (2014), demonstram que, de modo genérico, o nível de atividade física das pessoas com deficiência visual é inferior ao da população em geral.

Em um estudo publicado na revista Lancet, em 2017, informou que, de um total de sete bilhões e trinta e três milhões de pessoas no mundo, aproximadamente trinta e seis milhões (0,48%) são acometidos por cegueira, duzentos e dezesseis milhões têm deficiência visual severa ou moderada (2,95%) e cento e oitenta e oito milhões e quinhentas mil pessoas têm a deficiência visual leve (2,57%) (BOURNE et al., 2017). No Brasil, a deficiência visual foi a mais representativa, com um total de 3,6% da população, sendo essa proporção mais elevada na região Sul, com 5,9% (IBGE, 2015a). Dentre esses dados apresentados, segundo a Organização Mundial da Saúde, (WHO, 2013), aproximadamente 80% de todas deficiências visuais são consideradas evitáveis mundialmente. O documento ainda menciona que existem intervenções eficazes que podem prevenir ou tratar doenças oculares, assim como a reabilitação visual, que é uma alternativa eficaz para melhorar o funcionamento da visão daquelas pessoas com deficiência visual irreversível.

Essa limitação sensorial poderá levar a pessoa a ter comprometimento em seu desenvolvimento motor, afetivo, social e cognitivo. Segundo França e Pagliuca (2009), os indivíduos considerados diferentes carregam consigo as marcas da alteridade, distanciando-os de uma cultura social historicamente dada, sendo que essas marcas poderão delimitar, além do seu lugar, o seu espaço territorial, o seu estilo de vida e inclusive a sua cidadania. Rimmer et al. (2004) afirmam que há ainda maior predisposição a um estilo de vida sedentário, tratando-se de pessoas com deficiência, que é acompanhado de um maior número de morbidades associadas a esse estilo.

Segundo Stelmack, (2001) 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 a interação com outras pessoas. São situações que afetarão diretamente o estilo de vida dos indivíduos. Assim, Capella-McDonnall (2007) enfatiza que tal assunto ainda não tem recebido a atenção adequada e suficiente, fazendo-se necessário, dessa forma, concentrar ações para melhorar a saúde e o bem-estar dessas pessoas.

O estilo de vida adotado por uma pessoa é fundamental na percepção referente à sua qualidade de vida, sendo esse domínio amplamente discutido na literatura, porém com enfoque na população em geral, mas ainda pouco explorado no que concerne às pessoas com deficiência visual. Assim, esse segmento populacional, por muito tempo marginalizado, está lutando e conquistando seus direitos, o que vem ocorrendo de forma lenta, porém contínua.

Segundo França e Pagliuca (2009), no Brasil, os primeiros discursos em prol das pessoas com deficiência foram realizados pelos próprios familiares na década de 1960, contrapondo-se ao estado de segregação social que ocorria nesta época. Esses movimentos, ainda contidos, foram ocorrendo ao longo dos anos, até as pessoas com deficiência serem reconhecidas em nível internacional, por meio de alguns órgãos e eventos internacionais, tais como, a proclamação da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes; a recomendação da Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) para que o ano de 1981 fosse o Ano Internacional das Pessoas Deficientes, o Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência; a adoção pela ONU, da Política de Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência e o registro na Declaração de Salamanca, pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), do termo sociedade inclusiva (SASSAKI, 2002).

No Brasil, os autores relatam que o ano de 1981 foi reconhecido pelo Estado e conseqüentemente, ao longo dos anos, foram criados decretos, coordenações específicas e leis em prol da pessoa com deficiência. O decreto nº 93.481/86 que criou a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e a Lei 7.853/89, dispondo sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social e disciplinando a atuação do Ministério Público (BRASIL, 2013), foram alguns documentos importantes que traçaram essa trajetória em prol das pessoas com deficiência.

Além desses, outros instrumentos legais foram sendo fundamentados no contexto vivido, como os direitos e deveres desse segmento populacional, oportunizando-lhes estarem mais ativos e presentes na sociedade. Como exemplo, a Lei nº 10.098/94, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências (BRASIL, 2000); a Lei nº 9394/96, referente à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN) (BRASIL, 1996); a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência (BRASIL, 2015).

Outro contexto que oportunizou grandes reflexões a respeito de diversos temas voltados para as pessoas com deficiência foi por meio dos megaeventos (BLAUWET; IEZZONI, 2014). Eles oportunizaram maiores discussões acerca da acessibilidade e facilidades para a prática desportiva, desenvolvimento de infraestrutura, entidades desportivas, mudanças de atitude da população em relação à deficiência, ampliação das oportunidades para a população com deficiência e debates sobre problemas antes desconhecidos por grande parte da população (HAIACHI et al., 2016). Tais reflexões, segundo os autores, contribuem para a abertura de novas portas, sendo que, assim, o sentimento de incapacidade cede espaço para o de pertencimento, além da possibilidade de realização proporcionada pelo esporte, que traz um novo sentido para as limitações presentes na deficiência.

Esse novo sentimento em relação à deficiência está contribuindo e oportunizando um estilo de vida mais ativo entre essas pessoas, possibilitando conhecer seus limites e descobrir novas potencialidades, além da possibilidade de superar algumas barreiras impostas pela sociedade. Sendo assim, a identificação com o esporte, e com o fato de ser atleta, é de suma importância para que outras pessoas com deficiência incorporem a prática regular de atividade

física, independente do ambiente competitivo, mas com importância para um incremento positivo em sua saúde e percepção de bem-estar.

Com essa mudança de pensamento em relação às pessoas com deficiência, e diante das novas perspectivas de saúde apontadas por Buss (2000) e Nahas (2017), é importante avaliar para conhecer e compreender melhor esse segmento populacional.

Ressalta-se que há uma carência de instrumentos validados para estimar o perfil do estilo de vida de adultos com deficiência visual, sendo que, entre os poucos instrumentos disponíveis, encontrados na literatura, verificou-se que alguns são destinados a pessoas com doença mental (ROSENBERG et al., 1998), outros são para universitários (MUCHOTRIGO, 2015) e adultos de maneira geral (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000; AÑEZ et al., 2008). Alguns instrumentos mensuram componentes específicos do estilo de vida, tais como o aspecto nutricional (SCAGLIUSI et al., 2006) ou o nível de atividade física (MATSUDO et al., 2012), inclusive em pacientes com pressão alta (LOPES et al., 2015). Em uma revisão sistemática sobre instrumentos de estilo de vida, Pôrto et al. (2015) não encontraram nenhum instrumento que avaliasse o estilo de vida de adultos com deficiência visual.

Diante disso, fez-se necessário buscar novas opções metodológicas no que concerne à avaliação do estilo de vida desse segmento populacional para, então, se ter maior eficácia nos resultados obtidos. Com isso, formulou-se a seguinte questão de investigação: “É possível criar um instrumento para avaliar o estilo de vida de adultos com deficiência visual por meio da Teoria da Resposta ao Item (TRI) e qual é o perfil deste segmento populacional?”.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

- Criar uma escala e avaliar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual por meio da Teoria da Resposta ao Item.

1.2.2 Objetivos Específicos:

- Construir e validar um instrumento para avaliar o estilo de vida de adultos com deficiência visual;

- Construir escalas de avaliação do estilo de vida de adultos com deficiência visual utilizando a Teoria da Resposta ao Item;
- Analisar, nesta amostra, o estilo de vida dos participantes em seus diferentes componentes;
- Identificar, nesta amostra, o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil;
- Verificar a associação do estilo de vida com o perfil sociodemográfico, estado nutricional e características visuais dos adultos com deficiência visual.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

As pessoas com deficiência visual estão buscando, cada vez mais, sua independência e autonomia, saindo de suas casas e lutando por seus direitos humanos e constitucionais. Diante dessa premissa, a busca por uma melhor qualidade de vida entre essas pessoas está cada vez mais intensa. Ademais, as pessoas com deficiência têm as mesmas necessidades que as pessoas sem deficiência em níveis de atividade física para promover a saúde, aspecto esse que é considerado na mensuração do estilo de vida e, conseqüentemente, na qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Soler (2005) afirma que, apesar de não haver dados oficiais, apenas 10% das pessoas com deficiência no Brasil praticam algum tipo de atividade física ou esporte. Scherer (2012) constatou, em um estudo com adultos com deficiência visual, na Grande Florianópolis, que apenas 51% apresentaram comportamento positivo no estilo de vida, sendo que a atividade física e a alimentação foram os componentes que demonstraram maior prevalência de comportamento negativo.

A atividade física pode ser considerada um dos principais elementos na busca de uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, Oliveira Filho (2003) menciona que essa prática leva desde a melhora das capacidades físicas, até a uma melhor interação nas relações sociais. Entretanto, quando se vislumbra essa prática entre as pessoas com deficiência visual, ela está, muitas vezes, comprometida em decorrência das barreiras arquitetônicas e atitudinais enfrentadas por esse segmento populacional no dia a dia, tais como: falta de ambientes acessíveis e seguros para uma prática regular de atividade física; falta de profissionais de

educação física inclusivistas; falta de oportunidades e programas de esportes ou atividade física; barreiras atitudinais e sociais com relação à deficiência; falta de autopercepção e confiança nas suas potencialidades e, em muitos casos, a superproteção da família.

Mesmo dentre aqueles que desenvolvem uma prática regular de atividade física, inclusive participando de campeonatos regionais em algumas modalidades específicas para essa população, será que apresentam comportamentos positivos também nos demais componentes desse domínio? As cobranças em relação ao rendimento para tais modalidades influenciam o estilo de vida de atletas com deficiência visual. Em decorrência da lacuna apresentada pelo pesquisador — não encontrando pesquisas na descrição do perfil do estilo de vida de adultos com deficiência visual no Brasil, em outros componentes além da atividade física — fazem-se necessários estudos de caráter nacional para identificar pontos relevantes, proporcionando novas perspectivas e oportunidades para esse segmento populacional.

1.4 HIPÓTESES

H1. Os adultos com deficiência visual possuem um estilo de vida positivo.

H2. Há associação entre o nível do estilo de vida e a variável sexo nesta amostra.

H3. Há associação entre o nível do estilo de vida e a variável região nesta amostra.

H4. Há associação entre a variável ser ou não ser atleta e o nível do estilo de vida nesta amostra.

H5. O instrumento possui boa qualidade psicométrica para avaliar o estilo de vida de adultos com deficiência visual.

1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Atleta

A compreensão da expressão “ser um atleta” traz significados muito individuais para cada pessoa. Esse termo pode ser atribuído a qualquer pessoa que pratique alguma manifestação esportiva, porém em diferentes níveis e contextos, seja educacional, de participação ou de rendimento. Entretanto, o termo atleta, relativo a esta pesquisa, refere-se aos indivíduos que participam de competições oficiais de alguma federação ou confederação.

Deficiência

Reconhecendo que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2007), a Organização das Nações Unidas afirma que, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (ONU, 2006).

Deficiência Adquirida

A deficiência é considerada adquirida quando a pessoa a adquire a partir de quaisquer situações, de caráter transitório ou permanente, após o nascimento (GORLA; ARAUJO; CALEGARI, 2010). Na deficiência visual, Mosquera (2000) caracteriza a pessoa com deficiência adquirida caso isso tenha ocorrido a partir dos três anos de idade. Outros autores comentam que ela pode ser considerada adquirida após os cinco anos (FRANÇA, 2013), assim como há autores que conceituam a deficiência visual adquirida sendo aquela em que as causas são provenientes de traumatismos, doenças ou acidentes (GARCIA, 2014), inclusive maus tratos (CIDADE; FREITAS, 2002).

Deficiência Congênita

Na deficiência visual, Mosquera (2000) caracteriza como cegueira congênita quando a criança nasce sem resíduos de visão ou perde a visão até os três anos de idade, pois, nessa idade, a criança ainda não grava imagens nem forma conceitos. França (2013) considera pessoa com deficiência visual congênita aquela que nasce ou perde a visão até os cinco anos. Porém, Cidade e Freitas (2002) consideram a deficiência visual congênita aquela que decorre de patologias e anomalias ocorridas durante a gravidez, em que a criança nasce com a deficiência visual, tais como: infecções transplacentárias e neonatais, prematuridade e erros inatos do metabolismo.

Deficiência visual

“Uma limitação sensorial, que pode anular ou reduzir a capacidade de ver, abrangendo vários graus de acuidade visual, permitindo várias classificações da redução da visão” (CIDADE; FREITAS, 2002).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10 / H54), publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), deficiência visual inclui a pessoa com baixa visão e a pessoa cega. Ou seja, pessoas com baixa visão são aquelas com acuidade visual menor que 6/18, mas igual ou maior que 3/60 ou um campo visual correspondente a menos de 20 graus no melhor olho, com a melhor correção possível. Porém, o cego é a pessoa com acuidade visual menor que 3/60 ou uma perda no campo de visão correspondente a menos de 10 graus no melhor olho, com a melhor correção óptica possível.

Estilo de Vida

“É o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias, tais como: álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercícios. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas” (WHO, 2004, p.37). Nahas (2017, p.22) complementa, afirmando que estilo de vida é o “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”.

Para esta pesquisa, o domínio estilo de vida será definido de acordo com os componentes “vida social, alimentação, atividade física, comportamento preventivo e controle do estresse”.

Qualidade de Vida

É a percepção de bem-estar que reflete um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais, que caracterizam as condições em que vive o ser humano (NAHAS, 2017).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA VISUAL

No Brasil, nos últimos anos, ocorreu um aumento significativo no número de pessoas com deficiência, sendo que os principais fatores que levaram a isso foram o aumento na expectativa de vida e o aumento da violência urbana, como assaltos, violência no trânsito, entre outros motivos (RESENDE; VITAL, 2008). Os autores ainda afirmam que isso alterou o perfil dessa população, cujas deficiências, anteriormente, eram geradas por doenças ou fatores genéticos. Relativamente à deficiência visual, Malta et al. (2016) afirmam que ela é a mais prevalente no Brasil (3,6% da população), conforme estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013, que constatou ser a deficiência visual como a de maior prevalência entre indivíduos que adquiriram a deficiência, em comparação à deficiência congênita.

Existe uma interação muito próxima entre visão e desenvolvimento, de forma que a diminuição das capacidades visuais implica uma série de comprometimentos em outras áreas do comportamento, dentre elas a área motora. A deficiência visual compreende desde pequenas alterações na acuidade visual, até a ausência de percepção de luz. Porém, as alterações que têm implicações mais severas na vida das pessoas com deficiência visual e suas famílias são a baixa visão e a cegueira (LAPLANE; BATISTA, 2008).

A fim de se evitar o surgimento de comprometimentos na área motora, percebeu-se a necessidade de estimular a pessoa com deficiência visual, possibilitando que ela tenha um desenvolvimento adequado. Esse panorama propicia a aplicação de trabalhos de estimulação, como os que se baseiam na metodologia denominada Psicomotricidade (SOARES et al., 2013). Esse autor ainda cita o trabalho de Meur e Staes (1984), definindo a Psicomotricidade como uma corrente que permite relacionar três vertentes: a motricidade, a mente e a afetividade, que, posteriormente, facilitará a abordagem global do indivíduo, por meio da técnica da observação sistematizada.

Langelaan et al. (2007), ao analisarem o impacto da deficiência visual na qualidade de vida, em um estudo comparativo entre adultos com deficiência visual (idade média 42,1 anos), com a população em geral e pessoas com outras condições crônicas, concluíram que a deficiência visual acarreta impacto substancialmente negativo sobre a qualidade de vida. Já

Rebouças et al. (2016), em seus estudos, constataram que, em aproximadamente 68% das amostras pesquisadas no Estado do Ceará, esses indivíduos se autoavaliaram com boa qualidade de vida. Entretanto, os autores ainda relatam que a delimitação do estudo foi uma amostra restrita e proveniente de apenas uma instituição. A deficiência visual pode gerar menor independência, menor capacidade para realizar as atividades diárias, assim como uma maior insatisfação com a vida. Porém, Cidade e Freitas (2002) e Gorgatti et al. (2008) mencionam que esses fatores, muitas vezes, não são oriundos diretamente da deficiência, mas pela falta de experiências práticas, ou seja, vivenciadas.

Essa percepção sobre deficiência, sociedade, oportunidades, impedimentos e desvantagens vão ao encontro da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF) proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Isto é, diante da alteridade dos indivíduos, os conceitos de impedimento e desvantagem que uma população apresenta deve ser analisada a partir da relação do indivíduo com os fatores ambientais, sendo que esse impedimento ou desvantagem irá ocorrer quando o indivíduo enfrentar barreiras culturais, físicas e/ou sociais, que irão impedi-lo de acessar os diferentes sistemas sociais (OMS, 2003).

Nubila e Buchalla (2008) citam que a CIF faz um deslocamento paradigmático do eixo da doença para o eixo da saúde. Isso possibilitará entender a condição ou estado de saúde dentro de contextos específicos. Além disso, o termo deficiência irá corresponder a alterações apenas em nível do corpo, enquanto a incapacidade será muito mais abrangente, pois estará indicando os aspectos negativos da interação entre o indivíduo com uma determinada condição de saúde e seus fatores ambientais ou pessoais, ou seja, é uma relação dinâmica. Desta forma, as autoras complementam que, um indivíduo poderá apresentar uma deficiência (nível do corpo) e não necessariamente viver alguma incapacidade, assim como poderão ter indivíduos com incapacidades sem ter nenhuma deficiência, apenas em razão de estigma ou preconceito que são barreiras atitudinais.

Dessa forma, Pommerehn, Delboni e Fedosse (2015) afirmam que a CIF é um importante modelo para descrever a funcionalidade e a incapacidade na realização das atividades cotidianas e na participação social. Além disso, sua utilização poderá auxiliar na definição de métodos, recursos e dispositivos terapêuticos construídos a partir das inter-relações da realidade interna e externa, na rede das relações sociais, afetivas, nas atividades da vida diária, assim como ampliar sua autonomia, independência e participação social. Sendo assim, Farias e Buchalla (2005) exemplificam que duas pessoas podem apresentar a mesma doença ou

deficiência, porém níveis diferentes de funcionalidade, assim como duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não irão apresentar a mesma condição de saúde. Dessa forma, a funcionalidade, segundo as autoras, cobre os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social, sendo usada no aspecto positivo, enquanto a incapacidade é o aspecto negativo. Nesse modelo, a incapacidade será resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo (orgânica ou estrutural do corpo), a limitação das suas atividades e a restrição da participação social e dos fatores ambientais, sendo que estes poderão atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (OMS, 2003).

Segundo Farias e Buchalla (2005), na avaliação de uma pessoa com deficiência, esse modelo transcende o biomédico, que é baseado no diagnóstico etiológico da disfunção e evolui para um modelo baseado em três dimensões, a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social, sendo estes influenciados pelos fatores ambientais. Silva et al. (2014) realizaram um estudo com o objetivo de descrever as características das pessoas com deficiência visual, utilizando a CIF, e concluíram que a perda visual, em qualquer nível, acarretou prejuízos funcionais, limitando e restringindo a participação e o desempenho nas atividades cotidianas, interferindo, dessa forma, na independência, autonomia e qualidade de vida dos sujeitos.

A possibilidade de utilização de recursos ópticos, não ópticos, auxílios e adaptações ambientais, entretanto, apresentaram-se benéficos para a ampliação da funcionalidade, evidenciando a influência de fatores externos no desempenho do indivíduo. Essa influência, dos fatores externos, é importante para evidenciar a funcionalidade do indivíduo, minimizando ou anulando a incapacidade gerada pelos fatores ambientais, oportunizando uma melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

A percepção de qualidade de vida positiva dependerá também do estilo de vida de cada indivíduo. Dessa forma, as pessoas com deficiência visual, caso não sejam estimuladas e auxiliadas para a prática desportiva, para a prática saudável de uma caminhada ou de uma corrida, dificilmente sairão de suas casas, em decorrência da limitação visual. A falta de incentivo com relação às pessoas com deficiência visual poderá desenvolver, nessa população, um estilo de vida sedentário, com o aumento do risco de doenças ligadas diretamente ao sedentarismo (SCHERER, 2012).

Pessoas com deficiência tendem a ser menos ativas fisicamente. Porém, elas têm as mesmas necessidades em termos de prevenção e na promoção da saúde. Promover a qualidade de vida, vai além da assistência médica ou prevenção de doenças. Deve sempre, favorecer o

aprimoramento pessoal e o bem estar (NAHAS, 2017). Dessa forma, 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. Além disso, a deficiência visual poderá levar a pessoa a ter um comprometimento em seu desenvolvimento motor, afetivo, social e cognitivo.

Lieberman (2000), baseado na literatura psicanalista de Freud, complementa citando que a visão detém um papel crucial no desenvolvimento psicológico e na manutenção de uma sensação de bem-estar durante todo o ciclo da vida. Dessa forma, distúrbios da visão podem causar também distúrbios em diversas outras áreas (HERTEL, 2003).

As pessoas que adquiriram a deficiência visual ao longo da vida e buscaram uma forma de reabilitação deverão reestruturar desde as pequenas atitudes, como comer e vestir-se, até grandes atitudes, como caminhar pela rua ou praticar alguma atividade física.

Capella-Mcdonnall (2007), porém, destaca que as barreiras associadas à deficiência visual podem contribuir para os problemas gerais de saúde, dentre eles o sobrepeso e a obesidade. O sedentarismo acarreta um impacto inadequado na vida das pessoas, tornando-se inclusive um problema de saúde pública, com possibilidades concretas de gerar consequências negativas para a qualidade de vida dos indivíduos (LIMA; GORGATTI; DUTRA, 2010).

Diante disso, a busca constante das pessoas com deficiência por modificações do meio, assim como a melhoria das atividades oferecidas, tem facilitado e ampliado a vida ativa desse segmento populacional. Assim, cada vez mais elas estão buscando melhores condições, cobrando seus direitos e obtendo mais autonomia. Esses fatores poderão ter reflexos efetivos no estilo vivencial dessas pessoas, atuando de forma positiva na qualidade de suas vidas (SCHERER, 2012).

2.2 ESTILO DE VIDA

Nas últimas décadas, observou-se uma mudança significativa nas condições de vida e de saúde dos indivíduos no Brasil. Essas alterações estão aumentando a expectativa de vida e gerando transformações no padrão de trabalho e lazer, assim como na quantidade e qualidade dos alimentos ingeridos pela população (MONTEIRO et al., 2000). Essa mudança no perfil da sociedade brasileira teve como consequência uma maior exposição dos indivíduos aos fatores

de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares (ALWAN et al., 2010; BOTREL et al., 2000).

Botrel et al. (2000) comentam que tais doenças têm origem multifatorial e estão relacionadas a fatores de risco que não são modificáveis, como idade, sexo e individualidade biológica. Porém, há também fatores de risco que podem ser modificáveis, que estão relacionados ao estilo de vida do indivíduo. 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 para as mulheres (NAHAS, 2017).

A 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 (NAHAS, 2013). O autor ainda menciona que há fortes evidências de que os indivíduos fisicamente ativos têm uma expectativa de vida produtiva e elevada, pois a inatividade física é um componente importante na debilidade, redução da qualidade de vida e morte prematura.

Cada indivíduo opta pelo estilo de vida ao qual melhor se adapta, e que é determinado, em consonância com as expectativas e possibilidades dele, colocando a qualidade de vida em constantes reformulações (CARVALHO, 1999).

Determinadas mudanças no estilo de vida podem melhorar a saúde das pessoas e diminuir a possibilidade de doenças. Dessa forma, com a modificação do estilo de vida, melhorando a aptidão física relacionada à saúde, poderá haver 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. Além disso, dois terços das mortes provocadas por doenças que podem ser prevenidas são decorrentes de três comportamentos: tabagismo, aspectos alimentares e inatividade física (NAHAS, 2013). Os fatores que afetam negativamente o estilo de vida e podem ser modificados são: hábito de fumar, ingerir bebida alcoólica ou utilizar drogas, além da ingestão de alimentos inadequados, assim como as questões referentes ao estresse, isolamento social, esforços intensos ou repetitivos e o sedentarismo (NAHAS, 2017).

Ferrari et al. (2017) afirmam que os fatores de risco modificáveis estão relacionados ao estilo de vida e respondem por grande parte de todas as mortes por doenças cardiovasculares no mundo, sendo este um exemplo de doença crônica não transmissível. Dessa forma, eles ainda mencionam a importância de mensurar e monitorar informações para planejar estratégias e ações para o controle do estilo de vida não saudável, prevenção de doenças e promoção da

saúde. Ogata (2014) complementa que há inúmeras evidências científicas entre a correlação do estilo de vida (atividade física, alimentação, tabagismo, obesidade e estresse) com o risco de morte prematura e doenças crônicas.

O estilo de vida que o indivíduo pratica é determinado por inúmeros componentes, desde os níveis de atividade física praticada ao longo da semana e qualidade de sua alimentação diária, até as questões preventivas para possíveis doenças futuras, as relativas ao estresse ou como é sua vida social. Um modelo amplamente difundido no Brasil, para o estilo de vida, foi derivado do modelo do Pentágulo do Bem-Estar, de Nahas; Barros e Francalacci (2000), que utiliza cinco componentes (relacionamento social, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação) para avaliar o perfil do estilo de vida das pessoas.

Diante dessa premissa e da importância desses cinco componentes para determinar o perfil do estilo de vida, no decorrer deste capítulo serão abordados os diferentes aspectos em cada componente supracitado.

2.2.1 Relacionamento Social

As barreiras físicas, educacionais e atitudinais impostas pela sociedade, com relação às pessoas com deficiência, poderão influenciar comprometimentos secundários. Quando esses comprometimentos ocorrem em nível psicossocial, poderão acontecer de forma mais intensa, pois são mediados socialmente e estão relacionados ao universo cultural, que é construído com base em um padrão de normalidade (NUERNBERG, 2008).

Esses comprometimentos secundários podem gerar déficits ou atrasos no desenvolvimento da pessoa com deficiência visual, podendo também interferir na autonomia e independência da pessoa, através das dificuldades encontradas no desenvolvimento do esquema corporal e da noção espacial. Paralelamente a isso, há necessidade de trabalhos específicos sobre orientação e mobilidade desse grupo populacional (SOARES et al., 2013), pois esses itens são de grande importância na construção da independência das pessoas com essa deficiência.

De acordo com Weishaln (1990, p. 17), “orientação é o processo de utilizar os sentidos remanescentes para estabelecer a própria posição e o relacionamento com outros objetos significativos no meio-ambiente”. Porém, a mobilidade é definida como “a habilidade de locomover-se com segurança, eficiência e conforto no meio ambiente, através da utilização dos sentidos remanescentes” (WEISHALN, 1990, p. 18).

Segundo Mazzaro (2003), a compreensão do ambiente é conquistada pelas pessoas com deficiência visual desde o nascimento, e ela vai evoluindo com o decorrer de suas vidas. Segundo Santin e Simmons (2000), para a pessoa com deficiência visual, a mobilidade é essencial para que se estabeleça um elo primário com o mundo exterior. Sem esse elo, ficaria prejudicado o seu desenvolvimento auditivo e tátil. A autoestima e a interação social estão relacionadas com a independência e a capacidade do indivíduo de movimentar-se livremente, acarretando-lhe uma melhor participação e maior reconhecimento por parte da sociedade, enquanto cidadão.

2.2.2 Controle do Estresse

Outro componente do estilo de vida que se deve atribuir atenção especial é o controle do estresse, pois, com o aumento do estresse do indivíduo, ocorre a liberação de hormônios, como o cortisol e a adrenalina, que irão resultar em vasoconstrição. Isso pode ser uma das possíveis causas para o aumento da pressão arterial, assim como o aumento das dores de cabeça e enxaqueca. Além disso, as emoções negativas poderão também gerar tensão muscular. O distúrbio do sono, um dos possíveis efeitos resultantes do aumento do estresse, em pesquisa realizada na população cega, apresentou uma prevalência de 58% (TABANDEH et al., 1998); já no estudo de Silva et al. (2013), a prevalência foi de 85,7%, podendo ser explicada pela alteração do ritmo circadiano, que resulta na diminuição da produção de melatonina. Tabandeh et al. (1998) afirmam que a perda visual pode ter influência sobre os distúrbios do ritmo circadiano. Entretanto, eles comentam que os atributos qualitativos da perda visual não são correlacionados com a gravidade da perturbação do sono. Os autores ainda complementam afirmando que o distúrbio do sono é de origem multifatorial, com influências emocionais e por fatores psicológicos, rotina diária e atividade física e social.

Leger et al. (1999) justificaram o distúrbio do sono em pessoas com deficiência visual como resultante do estresse diário, o que contribui para o aumento da latência do sono, conjuntamente com o despertar muito cedo, rotina comum entre as pessoas nesse segmento populacional. Para tentar controlar o estresse, são recomendadas respirações profundas e lentas, além de bons hábitos de vida, como dormir bem e fazer atividade física.

2.2.3 Alimentação

O comportamento alimentar é determinado por diversas influências, tais como: aspectos nutricionais, demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de um indivíduo ou de uma coletividade (TORAL; SLATER, 2007). Dessa forma, Buttriss (1997) menciona que o aspecto mais importante, pensando em promoção de saúde e mudança do estilo de vida, é tornar o indivíduo capaz de traduzir as inúmeras informações a que ele está exposto para informações práticas sobre quais são os melhores alimentos, a fim de garantir uma alimentação saudável.

Segundo Haines; Siega-Riz e Popkin (1999), a qualidade da dieta é o que direcionará para as recomendações de prevenção do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Ou seja, há uma relação com a proporcionalidade (consumir mais porções de certos grupos de alimentos e menos de outros), a moderação (limitação da ingestão e bebidas, que contribuem para o consumo excessivo de gordura, elevação do colesterol ruim para o organismo, açúcares de adição, sódio e álcool) e a variedade (exposição a vários componentes alimentares).

Dessa forma, as pesquisas afirmam que a alta ingestão de frutas e vegetais está associada à redução de doenças cardiovasculares, assim como pela redução de todas as causas de mortalidade (BAZZANO et al., 2002; GILLMAN et al., 1995). Toral e Slater (2007) acreditam que o peso e a imagem corporal são fatores que influenciam no comportamento alimentar, pois tanto o excesso de peso quanto a insatisfação com o próprio corpo poderão motivar as restrições alimentares. Há evidências de que uma breve intervenção pode produzir mudanças, de pequenas a moderadas, na ingestão de alimentos mais saudáveis para o indivíduo (CÓRDOBA et al., 2014). Essas mudanças de comportamento, segundo Garcia (1999), correspondem a atitudes relacionadas a práticas alimentares associadas a atributos socioculturais, como os aspectos subjetivos do indivíduo ou de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si.

2.2.4 Comportamento Preventivo

Em relação ao componente do estilo de vida comportamento preventivo, Nahas (2013) comenta que existem fatores negativos aos quais se pode exercer um controle preventivo, no

caso de doenças infectocontagiosas, como a AIDS; as doenças degenerativas que afetam, de maneira progressiva, o sistema cardiovascular, músculos, articulações, pulmões, pele, visão e audição; as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão, obesidade, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares, que são associadas fortemente ao estilo de vida negativo, alimentação inadequada, elevados níveis de estresse e inatividade física.

Os riscos provenientes do tabagismo também podem ser evitados, quando ele não faz parte do seu estilo de vida. O tabagismo representa alto risco em seis das oito principais causas de disfunção no mundo, assim como afeta cerca de cinco milhões e quatrocentas mil pessoas com câncer de pulmão, cardiopatias e outras doenças relacionadas. Em pesquisa realizada em um país desenvolvido, encontrou-se uma prevalência de 23% de adultos com deficiência sensorial (auditiva ou visual) que estão habituados a fumar (WHO, 2008). O hábito de fumar também está associado a condições inadequadas de alimentação. Estudos afirmam que, normalmente, pessoas que fumam consomem menores quantidades de alimentos ricos em fibras, vegetais, antioxidantes e fotoquímicos, como as frutas e verduras. As pessoas que fumam estão perdendo os inúmeros benefícios atribuídos aos alimentos que deixam de ingerir, que poderiam prevenir doenças metabólicas, cardiovasculares e câncer (MARTINS et al., 1995; SANTOS; EBRAHIM; BARROS, 2007).

Outra associação altamente prejudicial é o consumo de álcool concomitantemente à utilização do cigarro. Lahti-koski et al. (2002) afirmam que tanto o cigarro quanto o álcool formam uma parte do que eles mencionam como sendo uma forma de recreação moderna. Entre todos os fatores de risco, uma forma de prevenir, retardar ou auxiliar no tratamento para todas as doenças é controlar os níveis de colesterol, a pressão arterial, além de exames de sangue, entre outros.

Em seu dia a dia, a pessoa com deficiência visual necessita se locomover com segurança. Segundo Mauerberg-deCastro et al. (2004), a deficiência encerra as possibilidades de controle visual com relação ao espaço no momento das ações vinculadas à mobilidade, causando um impacto grave na navegação em ambientes complexos e com rotas irregulares. Para David et al. (2009), a dificuldade de locomoção não se dá pela falta de competência cognitiva espacial, mas, sim, em decorrência da ausência de dados perceptivos provenientes do ambiente, principalmente em uma cidade organizada prioritariamente para as pessoas que enxergam, gerando ainda mais dificuldades para as pessoas com deficiência visual. Diante dessa premissa,

é importante a utilização de bengala, quando necessário, e a realização das técnicas corretas de orientação e mobilidade para minimizar as possibilidades de acidentes no dia a dia.

2.2.5 Atividade Física

Um componente que contribui de forma significativa no estilo de vida é a atividade física, visto que os seus benefícios e sua importância na manutenção da saúde e do bem-estar estão claramente estabelecidos na comunidade científica. A prática regular de atividade física é um fator de proteção contra o aparecimento e a progressão de muitas doenças crônicas. Dessa forma, ela tem sido apontada como um componente importante de um estilo de vida saudável (ACMS - AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2014). Nahas (2013) comenta que doenças crônico-degenerativas ou doenças crônicas não transmissíveis — como hipertensão, obesidade, diabetes, câncer e doenças cardiovasculares — estão sendo fortemente associadas a um estilo de vida negativo, alimentação inadequada, estresse elevado e inatividade física.

A elevada taxa de inatividade física poderá gerar complicações para aqueles indivíduos sedentários, pois ela é associada a várias complicações médicas (MATSUDO et al., 2008; NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 1998). Estudos do *Department of Health and Human Services* (USA) (2008) apresentam evidências de que, entre as pessoas com deficiência, a falta de atividade física resulta em aumento do declínio funcional e em maior ocorrência de condições secundárias. As pessoas com deficiência visual, na maioria das vezes, têm suas atividades físicas diminuídas em função de diversos fatores, como a exclusão que sofrem, o preconceito, a discriminação e a falta de igualdade de oportunidades, sendo esses fatores ligados direta ou indiretamente à qualidade de vida dessas pessoas (GUTIERRES FILHO et al., 2010).

Para Cervantes e Porretta (2010), apesar dos avanços legais nos últimos anos, ainda se percebe uma tendência, por parte das pessoas com deficiência, para o isolamento social e a não participação em programas de atividade física, que são promovidos para um aprimoramento da saúde e melhora da qualidade de vida. Assim, as pessoas com deficiência demonstram, com maior frequência, um comportamento sedentário e prevalência de sobrepeso e obesidade, além de níveis mais precários de aptidão física. Rimmer e Rowland (2008) corroboram essa informação, relatando que diversas pesquisas têm demonstrado que indivíduos com deficiência são menos propensos a serem fisicamente ativos, quando comparados com aqueles sem

deficiência, de modo que Carroll et al. (2014) afirmam que quase metade de todos os adultos com deficiência estão inativos. Nesse universo, há 50% mais chances de ocorrer doenças crônicas associadas à inatividade física. Segundo Starkoff et al. (2016), indivíduos com deficiência visual apresentam quantidades ligeiramente maiores de comportamento sedentário do que aqueles com visão. Além disso, esses autores identificaram que indivíduos com acuidade visual mais baixa apresentavam mais tempo de comportamento sedentário do que aqueles com acuidade visual maior.

Machado et al. (2016) constataram, em seu estudo, que 50% das amostras analisadas apresentaram sobrepeso ou obesidade. Resultados semelhantes foram encontrados por Valter et al. (2010), que realizaram uma pesquisa na cidade de Porto Alegre (RS) e identificaram uma tendência ao sobrepeso e à obesidade, mesmo sendo uma amostra com atletas de futebol de 5 e natação.

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 outros. Além de limitada variedade de atividades desportivas, outros fatores também influenciam as pessoas com deficiência visual a não se engajarem em atividades físicas, como a ação de aprendizagem e de segurança ambiental e preocupações de conveniência para o esporte (CHEN; LIN, 2011).

As barreiras nos ambientes, no próprio transporte público ou falta de acesso aos locais de lazer podem dificultar esses indivíduos a serem fisicamente ativos e manterem uma vida saudável. Apesar de haver evidências de que os adultos com deficiência visual são menos ativos fisicamente e apresentam condição física inferior que as pessoas que enxergam, pouco parece ter sido feito em relação a isso (CAPELLA-MCDONNALL, 2007). As pessoas com deficiência possuem os mesmos direitos que as pessoas sem deficiência. Entretanto, esses direitos, muitas vezes, são negligenciados devido às desvantagens impostas pelas restrições de funcionalidades e pela sociedade, que lhes impõe barreiras legais, físicas e atitudinais (OLIVEIRA, 2012). Dessa forma, faz-se necessário buscar alternativas para dar mais oportunidades para as pessoas com deficiência.

Em um estudo sobre a acessibilidade para as pessoas com deficiência visual, nos bairros de Nova York, constatou-se que as principais barreiras encontradas são: problemas com pavimento de calçada (94, cão guia – 88, bengala longa); problemas com poças d'água ou drenagem deficiente (91 – 78); problemas com construção (75 – 67); problemas com a remoção

de neve (63 – 60); atitudes do público (63 – 57). Nessa realidade, mesmo os bairros habitáveis para as pessoas com deficiência, considerados acessíveis, também foram citados inúmeros pontos que algumas melhorias no design e na manutenção das ruas resolveriam vários obstáculos do dia a dia (KIRCHNER; GERBER; SMITH, 2008). Tais barreiras influenciam as oportunidades para as pessoas com deficiência, atuando diretamente na qualidade de vida.

Há evidências científicas suficientes que demonstram que o exercício físico é necessário para manter uma boa qualidade de vida. Segundo Córdoba et al. (2014), ele previne a mortalidade prematura por qualquer causa, diminui o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e a pressão arterial, reduz o risco de câncer de cólon e mama, assim como diminui a incidência de diabetes tipo 2, a síndrome metabólica e a obesidade e sobrepeso.

Com relação ao sistema osteomuscular, a atividade física regular aumenta a densidade óssea da coluna, quadril e punho e previne a perda da massa óssea em mulheres pré e pós-menopausa. Esses autores ainda afirmam que os exercícios de força melhoram o equilíbrio, a independência funcional e diminuem o risco de quedas. Além disso, a prática regular reduz os sintomas de ansiedade e depressão. Apesar de todos os benefícios, 41,3% da população espanhola, em 2012, declararam-se sedentários, sendo que aproximadamente 47% das mulheres e 36% dos homens apresentaram maior prevalência para doenças crônicas (CÓRDOBA et al., 2014).

Em pesquisa realizada no Brasil, em 2015, através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, por inquérito telefônico (VIGITEL, 2015), encontrou-se, no conjunto das 27 cidades, uma frequência de 37,6% de prática de atividade física, no tempo livre, por pelo menos 150 minutos de atividades moderadas durante a semana. Dentre esse percentual, que está abaixo do verificado na população espanhola, assim como em relação ao sexo, na população brasileira os homens são mais ativos do que as mulheres (45,6% e 30,8%, respectivamente), sendo que a frequência dessa condição tendeu a diminuir com o aumento da idade dos indivíduos, de forma mais acentuada nos homens, mas, em ambos os sexos, aumentou com o nível de escolaridade (BRASIL, 2016).

Através da atividade física, a pessoa com deficiência vivenciará seus limites e potencialidades, poderá trocar experiências com seus pares e superar algumas barreiras impostas pela sociedade. Os espaços de lazer esportivo são um meio de oportunizar, tanto aos adultos quanto às crianças e jovens com deficiência visual, a possibilidade de explorarem seu vocabulário corporal, evitando, dessa forma, que essas pessoas se fechem em seu mundo de

“barreiras invisíveis”, muitas vezes criadas pela superproteção de seus pais, parentes, amigos, a própria escola, dificultando seu desenvolvimento e sua autonomia. Além do aspecto motor, as atividades desportivas possibilitam momentos de integração social, podendo ampliar o círculo de amizades desses jovens (DIEHL, 2006).

2.3 ESPORTE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Com relação à prática desportiva, Souza (1994) afirma que ela poderá auxiliar na valorização da pessoa, em suas competências, em elevar suas capacidades funcionais (motoras, cardiovasculares, psíquicas e sociais), atuando também como prevenção contra os males do sedentarismo e contra as tendências ao ócio e à depressão, contribuindo, portanto, para o bem-estar físico, psíquico e social.

Segundo Haiachi et al. (2016), o esporte promove uma série de mudanças na vida das pessoas com deficiência, sendo que seus benefícios são visíveis nos aspectos terapêuticos, educacionais, reabilitacionais, sociais, no âmbito da saúde e dentro do alto rendimento. Com relação ao alto rendimento, o esporte paralímpico brasileiro vivenciou grandes resultados nos últimos anos, sendo credenciado como uma potência paralímpica em nível internacional.

Nesse cenário em que o esporte paralímpico brasileiro se encontra, Haiachi et al. (2016) afirmam que o esporte vem transcendendo seu papel inicial de reabilitação, e passa a ser considerado também como uma atividade laboral, sendo que tal realidade passa a ser almejada e irá se transformar em um fator determinante para a melhoria das condições de vida dos atletas com deficiência e seus familiares.

Na atualidade, há inúmeras possibilidades de práticas desportivas para as pessoas com deficiência visual, sejam elas atividades de caráter sistemático para fins de rendimento, para manutenção da saúde ou uma prática prazerosa para seu lazer. Existem duas instituições nacionais que fomentam o esporte paralímpico em nível nacional. A Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV), que possui como missão: “Fomentar, gerenciar e representar, nacional e internacionalmente, o esporte para cegos e deficientes visuais, promovendo a qualificação profissional, a preparação das seleções para o alto rendimento, o desenvolvimento pessoal e a inclusão social de seus praticantes” (CBDV, 2020, n.p.). Outra instituição que fomenta o esporte paralímpico no Brasil é o Comitê Paralímpico Brasileiro

(CPB), que possui como missão: “Promover o esporte paralímpico da iniciação ao alto rendimento e a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade” (CPB, 2020, n.p.).

Diante desse cenário promovido por essas instituições renomadas nacionalmente e internacionalmente, aquelas pessoas que optam por realizar uma prática esportiva de forma regular possuem, ao longo de suas carreiras esportivas, inúmeras barreiras ou facilitadores. Segundo Haiachi et al. (2016), as barreiras encontradas nessa trajetória esportiva são associadas às condições ambientais (acessibilidade e mobilidade urbana), de âmbito estrutural (local de treinamento, incentivo financeiro e equipe multidisciplinar) e emocionais (motivação, autoestima, apoio familiar e sua relação com o treinador). Essas barreiras apresentadas podem ser facilitadoras para alguns indivíduos, possibilitando-os alcançar patamares melhores, com possibilidades de transformar o esporte praticado – no âmbito terapêutico ou de reabilitação, educacional ou de saúde – em uma atividade laboral. Entretanto, nem todos possuem altas habilidades, acesso a suportes ou motivação para se dedicar ao esporte de alto rendimento, sendo que aqueles que atingem esse nível são considerados uma parcela mínima desse segmento populacional (HAIACHI et al., 2016), com grande parcela das pessoas com deficiência buscando, por meio da sua participação em atividades esportivas, a inclusão social, melhora da saúde e conseqüentemente uma melhor percepção em sua qualidade de vida.

Existem algumas atividades mais praticadas e mais conhecidas entre as pessoas com deficiência visual. Dentre elas, destacam-se: goalball e futebol de 5, regidas pela CBDV, e o atletismo e a natação, regidas pelo CPB.

O esporte denominado goalball foi criado após a Segunda Guerra Mundial, em 1946, pelo alemão Hanz Lorenzer e pelo austríaco Sett Reindle. Essa modalidade teve como intuito a reabilitação, através da prática desportiva, dos veteranos de guerra que adquiriram a deficiência visual (IBSA, 2020). Porém, a modalidade ganhou tamanha proporção que em 1972, pela primeira vez, ocorreu um evento de exibição nos Jogos Paraolímpicos de Heidelberg, Alemanha. Em 1976, foi incorporado ao programa esportivo dos Jogos Paraolímpicos, em Toronto, Canadá, apenas no gênero masculino. As mulheres passaram a disputá-lo somente em 1984, nos Jogos de Nova York, EUA (MATURANA et al., 2005).

O goalball é baseado nas percepções auditivas, táteis e na orientação espacial (NASCIMENTO; MORATO, 2006). Essa modalidade proporciona muitos atributos específicos, essenciais para o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial dos praticantes (SCHERER; RODRIGUES; FERNANDES, 2011). Ele é considerado o mais completo para as

peças com deficiência visual, do ponto de vista de referências para a orientação espacial, pois oferece informações auditivas e táteis para a construção do espaço (OLIVEIRA FILHO, 2003).

O futebol de 5, ou futsal b1, como também é conhecido, de acordo com Castelli e Fontes (2006), inicialmente era praticado apenas dentro dos institutos de cegos, distribuídos pelo Brasil, sendo praticado em dupla, trio ou até individualmente. Nessa modalidade desportiva, como os praticantes são cegos, os autores relatam ainda que a orientação ocorre pela audição. Portanto, o objeto utilizado como bola deve produzir um som audível, para efeito de localização. Antes da inclusão dos guizos dentro da bola, eram utilizadas tampas de latas ou outros recipientes fechados, com pequenos objetos em seu interior. Esse esporte é extremamente dinâmico, devendo-se levar em consideração o desenvolvimento da orientação e mobilidade, da percepção auditiva, noções de lateralidade, noções de espaço temporal e o trabalho em diferentes ritmos e formas.

O atletismo, outra modalidade que é praticada por pessoas com deficiência, é o mais praticado nos 70 países filiados à Federação Internacional de Desportos para Cegos (IBSA). Para Veríssimo e Ravache (2006, p. 11), “um dos grandes fatores de difusão da modalidade é o fácil acesso e a naturalidade dos movimentos, já que correr, saltar, lançar e arremessar são atividades inerentes à sobrevivência do homem.” Os autores ainda afirmam que o atletismo contribui para o desenvolvimento orgânico e funcional da pessoa, através do aparelho respiratório e circulatório, melhorando, entre outras coisas, a resistência à fadiga. As situações vivenciadas durante a prática permitem uma melhora geral de sua motricidade, o aprendizado de diferentes percepções e o reconhecimento das sensações do movimento e do gesto.

Segundo Abrantes; Luz e Barreto (2006), a modalidade de natação está presente nas Paralimpíadas desde sua primeira edição (Roma – 1960). Sua prática proporciona inúmeros benefícios, sendo eles, principalmente, benefícios físicos, de integração social, desenvolvimento da independência e o aumento da autoestima dos atletas. Sendo assim, auxilia no desenvolvimento global das pessoas com deficiência visual, pois pode ser praticada em qualquer idade e condição física, trazendo benefícios que influenciarão diretamente as suas atividades diárias, favorecendo e facilitando a inserção social dessas pessoas.

A World Health Organization (2010) afirma 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. Também são recomendadas atividades de fortalecimento muscular,

envolvendo os grandes grupos musculares, em dois ou mais dias por semana, a fim de melhorar a aptidão cardiorrespiratória e muscular, a saúde óssea e reduzir os riscos de doenças não transmissíveis e depressão.

Essas recomendações podem ser aplicadas em adultos com deficiências, podendo ser ajustadas para cada indivíduo, com base em sua capacidade de exercícios e os riscos de saúde específicos ou limitações. Algumas pesquisas também encontraram relação entre os benefícios da atividade física e atividades de intensidade leve (CARSON et al., 2013), visto que é melhor do que abster-se de atividades, ou seja, apenas adotar um comportamento sedentário.

2.4 INSTRUMENTOS DESTINADOS A MENSURAR O ESTILO DE VIDA E SEUS DIFERENTES COMPONENTES

Há inúmeros instrumentos validados para a mensuração dos diferentes domínios do estilo de vida, tais como: Pentáculo do Bem-Estar de Nahas; Barros e Francalacci (2000); o Questionário do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2016); o Questionário do Estilo de Vida Fantástico, construído por Wilson e Ciliska em 1984, no Canadá, traduzido e validado em 2008 por Añez et al. (2008); o *International Physical Activity Questionnaires* (IPAQ), proposto por um grupo de pesquisadores em Gênova, Suíça, em 1998, para padronizar as medidas de atividade física e que foram validadas para a população brasileira por Matsudo et al. (2008); o Instrumento de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, na versão curta (WHOQOL-Bref), formulado por *Group the WHOQOL*, 1998, aplicado e testado na população brasileira por Fleck et al. (2000); o *Visual Functioning Questionnaire* (VFQ-25), proposto pelo *National Eye Institute*, validado pela versão brasileira por Simão et al. (2008); o *Short Form Health Survey* (SF-36), traduzido e validado por Ciconelli (1997); o Instrumento de Qualidade de Vida de Adultos com Deficiência Visual, criado e validado por Scherer (2012).

Um instrumento amplamente utilizado a nível nacional é o Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), que foi derivado do modelo do Pentáculo do Bem-Estar de Nahas; Barros e Francalacci (2000). Segundo esses autores, é um instrumento de fácil aplicação e é autoadministrado, sendo ele construído para avaliar o perfil do estilo de vida por meio de cinco componentes, que são: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos e controle do estresse. Apesar da validação desse instrumento, a obtenção do escore final segue

os princípios da teoria clássica dos testes (TCT), que tem como base a criação de uma pontuação simples, a partir da contagem das respostas dadas a itens de um questionário (HAMBLETON, 2000; NGUYEN et al., 2014).

Uma forma alternativa de analisar uma medida latente, proveniente de instrumentos tipo questionário, é através da Teoria da Resposta ao Item (TRI). Essa teoria é um conjunto de modelos estatísticos que permitem mensurar um traço latente, que, neste estudo, será o estilo de vida, em função de um conjunto de respostas a itens de um instrumento de avaliação ou de pesquisa. Segundo Lucian e Dornelas (2015), esse modelo de análise representa a probabilidade de um indivíduo dar uma resposta a um determinado item como função dos parâmetros do item e da habilidade desses indivíduos.

A TRI surgiu como uma proposta de análise em que se considera a particularidade de cada item, fazendo com que as conclusões não dependam do teste ou do questionário de forma integral — como é feito na TCT, que se baseia no escore, que é a soma das categorias dos itens, para criar uma medida do traço latente para cada indivíduo do questionário — mas, sim, de cada item que o compõe (ARAUJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009).

A grande vantagem dessa teoria é que os escores gerados pela TRI, para cada indivíduo, são interpretáveis em relação ao que se está medindo, sendo que isso só é possível porque os itens também recebem escores, denominados de parâmetros, comparáveis aos dos indivíduos. Em síntese, os indivíduos e os itens são posicionados em uma mesma escala. O exemplo apresentado por Araujo; Andrade e Bortolotti (2009) refere-se ao constructo “qualidade de vida”. Uma análise feita por meio da Teoria da Resposta ao Item poderá estimar o nível de qualidade de vida do indivíduo (parâmetro do indivíduo) e dos parâmetros dos itens, de modo a criar uma escala de medida de qualidade de vida.

Na área da Educação Física, foi encontrado apenas um estudo referente ao estilo de vida baseado na TRI, sendo que ele teve como objetivo elevar a qualidade psicométrica do instrumento PEVI, analisado por meio da TRI (SILVEIRA et al., 2015). Nesse estudo, tal teoria apresentou-se adequada para medir o estilo de vida.

A TRI possui o item como unidade para análise, formalizando a relação entre a probabilidade de acertar o item e a capacidade latente que é requerida para sua resolução. Quanto maior a capacidade que o indivíduo tem em relação ao traço latente, maior será a probabilidade de o sujeito acertar um determinado item que esteja sendo medido. Dessa forma,

é possível construir uma função que expresse a relação entre a probabilidade de acerto de acordo com os valores do traço latente (NUNES; PRIMI, 2005).

Existem vários modelos da TRI na literatura, sendo que cada modelo possui uma função matemática, com parâmetros específicos. A principal diferença entre os modelos dessa teoria refere-se ao tipo de item que se deseja analisar, assim como do traço latente (ANDRADE; TAVARES; VALLE, 2000).

Os itens podem ser dicotômicos ou politômicos, e suas categorias podem ser ordinais ou nominais, além de que o traço latente pode ser cumulativo ou não (ARAUJO; ANDRADE; BORTOLOTTI, 2009). Um dos modelos para itens politômicos ordinais com o traço latente cumulativo é o modelo proposto por Samejima (1969), denominado modelo de resposta gradual.

No modelo de resposta gradual, são estimados os parâmetros que estão associados diretamente ao item, os parâmetros “a” e “b_k”, sendo que os parâmetros “b_k” representam o grau de dificuldade da categoria *k* de um item, referindo-se ao nível do traço latente, em que a probabilidade de que um indivíduo selecione uma categoria de resposta ou uma categoria mais alta ordenada é de 50% (ANDRIOLA, 2009). Já o parâmetro “a” é relacionado à discriminação de um determinado item, ou seja, quanto esse item é informativo na medida do instrumento, ou quanto ele consegue discriminar (diferenciar) indivíduos com alto ou baixo estilo de vida.

Segundo Samejima (1969), esse modelo assume que as categorias de respostas de um item podem ser ordenadas entre si, sendo que a probabilidade de um indivíduo *j* escolher uma categoria *k* (*k*= 1, 2, 3, 4) para um determinado item *i* é dada pelo modelo:

$$P_{i,k}(\theta) = \frac{1}{1 + e^{-a_i(\theta_j - b_{i,k})}} - \frac{1}{1 + e^{-a_i(\theta_j - b_{i,k+1})}}$$

Um item que possui quatro categorias assume a restrição que $b_1=0$, apresentando, assim, três valores de parâmetros de dificuldade na escala do estilo de vida dos adultos com deficiência visual (b_2, b_3, b_4), além do parâmetro de discriminação do item, que é representado pelo “a”, ou seja, quanto cada item está associado ao estilo de vida dos adultos com deficiência visual e os valores do traço latente *j* de cada indivíduo. Segundo Silveira et al. (2015), os parâmetros dos itens e o traço latente do indivíduo estabelecerão a probabilidade deste de responder cada uma das categorias para um dado item. Então, nesse modelo faz-se necessário uma ordenação entre os parâmetros de dificuldade das categorias de um determinado item, ou seja, $b_{i,2} \leq b_{i,3} \leq b_{i,4}$.

Para Andrade; Tavares e Valle (2000), esse parâmetro representa quanto um item irá discriminar (diferenciar) os indivíduos em diferentes níveis do traço latente, determinando, assim, a qualidade que esse item possui. Dessa forma, quanto maior o valor desse parâmetro melhor é o item para medir o traço latente desejado, bem como melhor será a discriminação (diferenciação) entre os indivíduos nos diferentes traços latentes.

Para a criação de uma escala, são atribuídos valores comparáveis aos itens e aos indivíduos, a fim de que sejam posicionados na mesma escala. De acordo com Araujo; Andrade e Bortolotti (2009), uma das etapas mais importantes da TRI é a estimação dos parâmetros dos itens e dos traços latentes. A aplicação dos métodos de estimação, para itens politômicos, requer a utilização de ferramentas matemáticas complexas, que necessitam de recursos computacionais.

Após a estimação dos parâmetros, para dar continuidade à construção da escala, foi realizado o processo de ancoragem, que, segundo Andrade; Tavares e Valle (2000), é um processo estatístico que verifica em que nível da escala o item apresenta maior poder de discriminação. As referências para a construção de uma escala são a média e o desvio padrão, em que usualmente se utiliza uma escala com média “0” e desvio padrão “1”, denominada de escala “0,1”.

Após os itens serem posicionados na escala, é realizada a sua interpretação com base no posicionamento, por meio de ancoragem. Segundo Testa (2014), a interpretação da escala é a parte qualitativa dos resultados, sendo que cada nível da escala conterá alguns itens com suas respectivas categorias.

O posicionamento do item, baseado na ancoragem, é utilizado quando os níveis de uma escala serão determinados por itens denominados como âncoras, sendo que os níveis serão, preferencialmente, caracterizados por um conjunto de itens-âncora (SILVEIRA et al., 2015).

Andrade; Tavares e Valle (2000) afirmam que, para ser âncora, o item deverá ser “típico” daquele nível, tendo uma alta taxa de resposta positiva por indivíduos com aquele nível de proficiência, e pouco marcado como positivo por indivíduos com um nível abaixo de proficiência. Silveira et al. (2015) comentam que uma das desvantagens dessa forma de determinar os níveis-âncora é que não há garantia de que existirão, no instrumento, categorias dos itens-âncora para todos os níveis-âncora determinados.

3. MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO

A presente pesquisa é do tipo aplicada, quanto à natureza, com abordagem quantitativa em relação ao problema. Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal. Segundo Gil (2007), as pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis, tendo como objetivo estudar as características de um grupo.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em nível nacional, para traçar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas cidades e entidades que sediaram os campeonatos regionais realizados pela Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV), em 2018, conforme Figura 1, além de instituições nas cidades de Itabuna/BA, Florianópolis/SC e Goiânia/GO.

Figura 1 - Distribuição das competições regionais de goalball e futebol de 5 e a etapa nacional do grand prix de judô organizadas pela Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais no Brasil, em 2018.



Fonte: Retirado e adaptado do Google, 2018.

3.3 POPULAÇÃO ALVO

Para este estudo, pesquisou-se a população de adultos com deficiência visual que frequentam entidades com atividades voltadas para a mesma população.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

3.4.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa apenas os adultos com deficiência visual, diagnosticados de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que estão vinculados a alguma entidade voltada para pessoas com deficiência visual.

3.4.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os adultos com deficiência visual que foram diagnosticados também com alguma outra deficiência.

3.5 AMOSTRA

A amostra do estudo foi composta por conveniência, de pessoas com idade entre 18 e 59 anos, com a deficiência visual, sendo atletas que competiram nos eventos regionais de futebol de 5 e *goalball* e na etapa do *grand prix* de judô, organizados pela CBDV. Além dos indivíduos participantes dos eventos, foram entrevistados adultos com deficiência visual que frequentam entidades específicas para essa população. Estimou-se que 500 indivíduos, respondendo a todos os itens do questionário (43 itens), seriam suficientes para criar escalas com itens com resposta ordinal, pela TRI (JIANG; WANG; WEISS, 2016). Neste trabalho, foi coletada uma amostra de 859 indivíduos, ou seja, maior do que o mínimo indicado para itens politômicos.

3.6 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Durante o processo de estruturação conceitual do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, foi realizada uma revisão de literatura e troca de experiência com experts na área. Na construção dos componentes, itens e das escalas de resposta do instrumento, além de revisar evidências sobre o perfil de estilo de vida dos adultos com deficiência visual, buscaram-se escalas já existentes e validadas para avaliação do perfil do estilo de vida de diferentes populações. Para esta etapa inicial da pesquisa, buscou-se, nas bases de dados (PUBMED; LILACS e SPORTDiscus), utilizando os descritores: “pessoa com deficiência”, “deficiência visual”, “deficiente visual” e “estilo de vida”, na língua portuguesa; e “visual impairment”, “visually impaired person”, “visually impaired” e “lifestyle”, na língua inglesa, utilizando os operadores booleanos para determinar a relação entre os descritores.

Para a coleta dos dados, foi criado e validado um instrumento do perfil de estilo de vida para adultos com deficiência visual. O domínio do estilo de vida, neste instrumento, possui cinco componentes (vida social, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação) e foi realizado baseando-se no Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), que possui também cinco componentes (relacionamento social, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e nutrição), que foi derivado do modelo do Pentágono do Bem-Estar de Nahas; Barros e Francalacci (2000).

O PEVI, entretanto, foi construído pensando na população em geral, sendo que há alguns itens que não são pertinentes, quando se especifica sua aplicação para as pessoas com deficiência visual, tais como:

- (a) No componente ATIVIDADE FÍSICA, no questionamento: Você caminha ou pedala como meio de deslocamento e, preferencialmente, usa as escadas em vez do elevador? Não há necessidade de constar o verbo pedalar, visto que as pessoas com deficiência visual não costumam utilizar a bicicleta como meio de deslocamento. Seria apenas em uma bicicleta tandem (para duas pessoas), com um guia, sempre que a utilizar.
- (b) Com relação ao componente COMPORTAMENTO PREVENTIVO, no item: Você respeita as normas de trânsito (como: pedestre, ciclista ou motorista); usa sempre o cinto de segurança e, quando dirige, nunca ingere álcool? As normas de trânsito podem ser apenas para pedestres e a utilização do cinto de segurança, quando anda com veículos

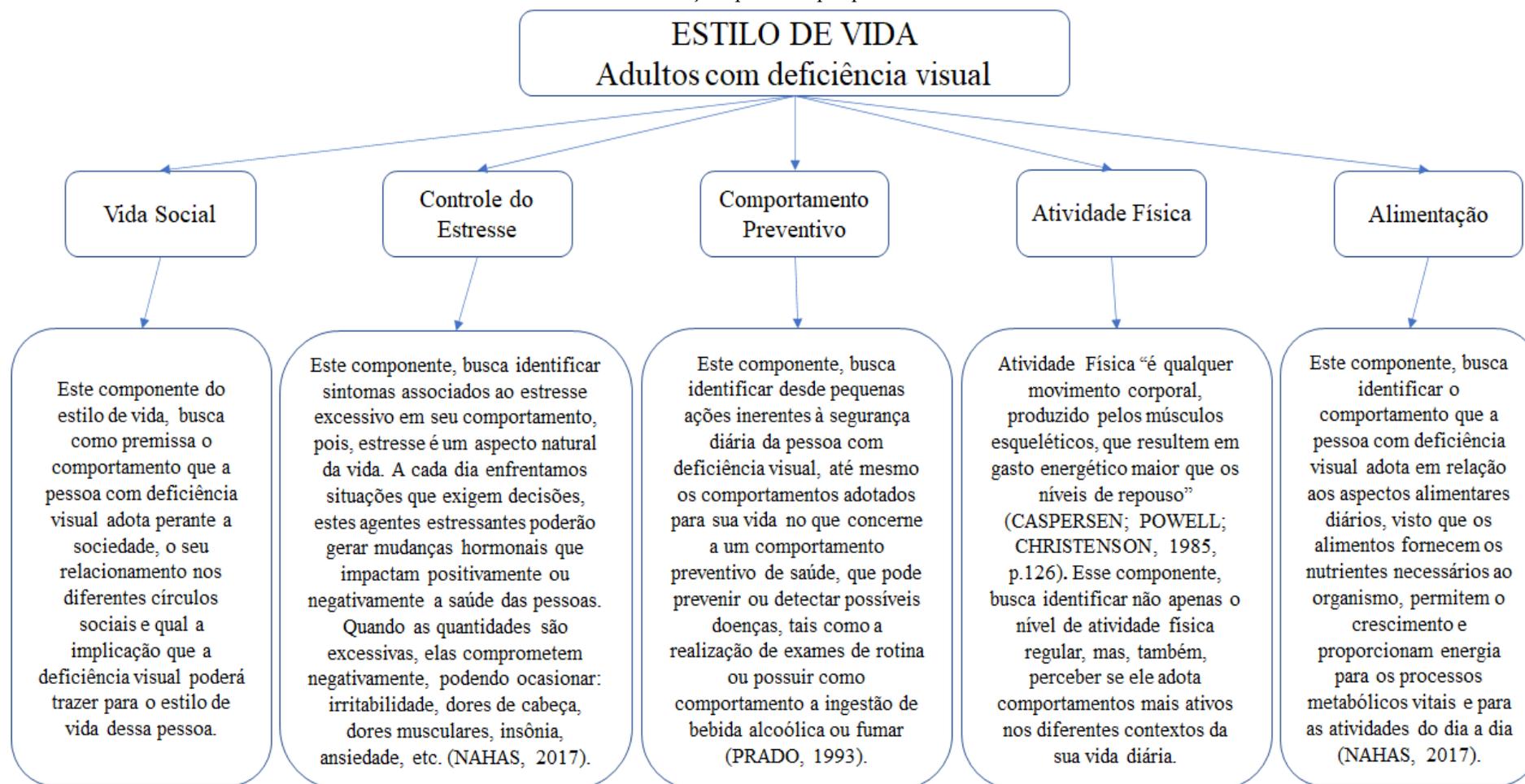
automotores. Nesse componente, poderia incluir itens referentes ao manejo da bengala branca, sua utilização e aprendizado das técnicas corretas para orientação e mobilidade.

Nos demais componentes, os itens abordam pontos importantes também para o estilo de vida das pessoas com deficiência visual. Outros itens relevantes sobre o estilo de vida foram incluídos no instrumento, a partir dos anseios das pessoas com deficiência visual, assim como foram utilizados também itens validados de outros instrumentos, que também podem ser aplicados para as pessoas com deficiência visual. Os instrumentos validados, que foram utilizados para verificar e retirar itens para construção deste instrumento, são citados abaixo:

- Questionário do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2016);
- Questionário do Estilo de Vida Fantástico (AÑEZ et al., 2008);
- *International Physical Activity Questionnaires* (IPAQ) (MATSUDO et al., 2008);
- WHOQOL-Bref (FLECK et al., 2000);
- *Visual Functioning Questionnaire* (VFQ-25) (SIMÃO et al., 2008);
- *Short Form Health Survey* (SF-36) (CICONELLI, 1997);
- Qualidade de Vida de Adultos com Deficiência Visual (SCHERER, 2012).

Dessa forma, o modelo do estilo de vida dos adultos com deficiência visual derivou do PEVI, porém foi adaptado para a população em estudo, conforme apresentado na Figura 2. Sendo assim, o instrumento criado para esta pesquisa possui como principal premissa estimar o domínio do estilo de vida por meio de cinco componentes de indivíduos adultos que possuem a deficiência visual.

Figura 2 - Organograma do domínio (Estilo de Vida), seus componentes (vida social; controle do estresse; comportamento preventivo; atividade física e alimentação) e definições para esta pesquisa.



Fonte: o autor

3.6.1 Validação do instrumento

Após a estruturação do roteiro, e os indivíduos aceitarem e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) –Apêndice A, foram realizados testes para medir a validade de conteúdo, operatividade e fidedignidade do instrumento. Thomas; Nelson e Silverman (2007) afirmam que a validade de conteúdo mostra em que grau o instrumento está adequado à população a que se destina. Marconi e Lakatos (2007) falam que a operatividade é um pré-teste para verificar se o vocabulário está acessível, bem como se o significado das questões está claro. A fidedignidade é considerada a consistência do teste, ou seja, as repetições do mesmo teste produzem o mesmo efeito, podendo ser medida através do coeficiente de correlação, que varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo do valor 1 estiver o coeficiente, menor será a variância de erro refletida por ele e será maior a avaliação do escore verdadeiro.

3.6.1.1 Validade de Face e Conteúdo

O roteiro encaminhado para a validade de face e conteúdo continha 62 itens, construídas com base em instrumentos validados para as pessoas com deficiência visual, assim como para a população em geral. 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 20 dias.

A escala de avaliação de cada item foi: 0 a 4 – não é válida; 5 a 7 – pouco válida e 8 a 10 – válida (PUPO, SCHÜTZ e SANTOS, 2011). O instrumento foi avaliado por três professores, obtendo um índice médio de 100% de questões válidas. Na primeira versão do roteiro de entrevista, os 62 itens estavam divididos em seis blocos de itens, sendo o primeiro bloco referente às informações pessoais e os demais blocos referentes aos cinco componentes do estilo de vida (vida social; controle do estresse; comportamento preventivo; atividade física e alimentação), além de duas perguntas abertas.

Após o parecer dos avaliadores, o instrumento foi reformulado considerando ainda os mesmos blocos de itens da primeira versão, com a inclusão de algumas sugestões, totalizando 71 itens, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Blocos de itens da 1ª e 2ª versão do instrumento

Blocos de itens	1º Versão	2º Versão
Informações pessoais	15	17
Vida Social	10	10
Controle do Estresse	08	08
Comportamento Preventivo	08	09
Atividade Física	11	13
Alimentação	08	10
Geral	02	04
Total	62	71

Fonte: o autor

O aumento no número de itens decorreu das sugestões dos avaliadores, visando especificar melhor as respostas. Alguns itens tiveram seus enunciados e respostas alteradas para um melhor detalhamento. A segunda versão finalizou com 71 itens, de acordo com os blocos de itens iniciais, mais quatro gerais ao final do roteiro.

3.6.1.2 Validade de Clareza do Instrumento (Operatividade)

Nesta etapa do processo de validação, foi testada a clareza do instrumento, e a segunda versão do instrumento foi aplicada em 20 indivíduos, semelhantes à população de estudo. Esses adultos foram convidados a participar desta etapa de validação, estando cientes de que não precisariam concordar com sua participação e, em qualquer momento, poderiam deixar de participar desse processo. As informações sobre a participação foram disponibilizadas através do TCLE (Apêndice A), assinado antes da participação.

As questões pré-estruturadas foram avaliadas em uma escala entre 1 e 10, considerando a seguinte escala como critério de avaliação: 0 a 4 – confusa, 5 a 7 – pouco clara e 8 a 10 – clara), sendo que o instrumento será considerado válido com relação ao conteúdo e operatividade se os índices forem igual ou maior que 80% (PUPO, SCHÜTZ e SANTOS, 2011). Todos os itens obtiveram médias acima de 9 (nível claro), porém alguns foram reestruturados de acordo com as observações apresentadas nesta etapa.

A terceira versão do instrumento foi reformulada apenas modificando o enunciado de alguns itens, mantendo o número de itens da segunda versão, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2. Bloco de itens da 1º, 2º e 3º versão do instrumento

Blocos de itens	1º Versão	2º Versão	3º Versão
Informações pessoais	15	17	17
Vida Social	10	10	10
Controle do Estresse	08	08	08
Comportamento Preventivo	08	09	09
Atividade Física	11	13	13
Alimentação	08	10	10
Geral	02	04	04
Total	62	71	71

Fonte: o autor

3.6.1.3 Validade de reprodutibilidade (Fidedignidade)

Para esta etapa, foram selecionados 28 adultos com deficiência visual. Após informar sobre a referente pesquisa e concordarem, assinaram o TCLE (Apêndice A) e ficaram cientes das etapas da pesquisa, assim como seus objetivos. As entrevistas foram realizadas duas vezes, com um intervalo de até três semanas. Com o intuito de obter os níveis de reprodutibilidade, foram aplicados os *testes Kappa* (K) para as variáveis categóricas com escala nominal, e o *Coefficiente de Correlação Intraclasse* (CCI), para as variáveis contínuas. Adotou-se a seguinte classificação para o CCI: $< 0,4$ (correlação pobre); $0,4 \leq CCI < 0,75$ (correlação satisfatória) e $\geq 0,75$ (correlação excelente) (SZKLO e NIETO, 2000) e a seguinte classificação para o índice *Kappa*: concordância pobre: $k < 0,40$; concordância boa: $0,40 < k < 0,75$; concordância excelente: $k > 0,75$ (FLEISS, 1981);

As informações sobre os níveis de reprodutibilidade das variáveis estão apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Validação de reprodutibilidade do instrumento do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

(Continua)

Variáveis	Teste Utilizado	Programa Utilizado	Índice (IC95%)	Classificação
Sexo	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Idade	CCI	SPSS	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Município	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Estado	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Estudando	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Escolaridade	Kappa	MEDCALC	0,961 (IC95% 0,911; 1,00)	Excelente
Casado	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Quem mora	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente

Tabela 3. Validação de reprodutibilidade do instrumento do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

(Continuação)				
Variáveis	Teste Utilizado	Programa Utilizado	Índice (IC95%)	Classificação
Quem?	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Função	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Motivo	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Renda	Kappa	MEDCALC	0,972 (IC95% 0,918; 1,00)	Excelente
Profissão	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Hora/sem	CCI	SPSS	0,991 (IC95% 0,982; 0,996)	Excelente
Incidência	CCI	SPSS	0,994 (IC95% 0,986; 0,997)	Excelente
Congênito	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Resíduo	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Percentual	CCI	SPSS	0,999 (IC95% 0,998; 1,00)	Excelente
Percepção	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Causa	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
Peso	CCI	SPSS	0,996 (IC95% 0,991; 0,998)	Excelente
Altura	CCI	SPSS	0,996 (IC95% 0,991; 0,998)	Excelente
IMC	CCI	SPSS	0,997 (IC95% 0,994; 0,999)	Excelente
18	Kappa	MEDCALC	0,636 (IC95% 0,404; 0,868)	Bom
19	Kappa	MEDCALC	0,676 (IC95% 0,463; 0,890)	Bom
20	Kappa	MEDCALC	0,578 (IC95% 0,355; 0,802)	Bom
21	Kappa	MEDCALC	0,644 (IC95% 0,404; 0,883)	Bom
22	Kappa	MEDCALC	0,457 (IC95% 0,155; 0,760)	Bom
23	Kappa	MEDCALC	0,533 (IC95% 0,340; 0,725)	Bom
24	Kappa	MEDCALC	0,598 (IC95% 0,308; 0,888)	Bom
25	Kappa	MEDCALC	0,865 (IC95% 0,716; 1,00)	Excelente
26	Kappa	MEDCALC	0,626 (IC95% 0,382; 0,870)	Bom
28	Kappa	MEDCALC	0,736 (IC95% 0,552; 0,921)	Bom
29	Kappa	MEDCALC	0,743 (IC95% 0,565; 0,921)	Bom
30	Kappa	MEDCALC	0,748 (IC95% 0,563; 0,933)	Bom
31	Kappa	MEDCALC	0,612 (IC95% 0,359; 0,866)	Bom
32	Kappa	MEDCALC	0,585 (IC95% 0,365; 0,806)	Bom
33	Kappa	MEDCALC	0,690 (IC95% 0,422; 0,958)	Bom
34	Kappa	MEDCALC	0,590 (IC95% 0,352; 0,828)	Bom
35	Kappa	MEDCALC	0,851 (IC95% 0,690; 1,00)	Excelente
36	Kappa	MEDCALC	0,766 (IC95% 0,616; 0,916)	Excelente
37	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
38	Kappa	MEDCALC	0,556 (IC95% 0,301; 0,811)	Bom
39	Kappa	MEDCALC	1,000 (IC95% 1,00; 1,00)	Excelente
40	Kappa	MEDCALC	0,670 (IC95% 0,253; 1,00)	Excelente
41	Kappa	MEDCALC	0,900 (IC95% 0,767; 1,00)	Excelente
42	Kappa	MEDCALC	0,623 (IC95% 0,304; 0,942)	Bom

Tabela 3. Validação de reprodutibilidade do instrumento do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

Variáveis	Teste Utilizado	Programa Utilizado	Índice (IC95%)	(Conclusão)
				Classificação
43	Kappa	MEDCALC	0,710 (IC95% 0,487; 0,934)	Bom
44	Kappa	MEDCALC	0,363 (IC95% -0,161; 0,888)	Pobre
45	Kappa	MEDCALC	0,431 (IC95% 0,135; 0,727)	Bom
46	CCI	SPSS	0,501 (IC95% 0,164; 0,734)	Bom
47	Kappa	MEDCALC	0,925 (IC95% 0,782; 1,00)	Excelente
48	CCI	SPSS	0,793 (IC95% 0,601; 0,899)	Excelente
49	Kappa	MEDCALC	0,688 (IC95% 0,503; 0,872)	Bom
50	Kappa	MEDCALC	0,696 (IC95% 0,506; 0,886)	Bom
51	Kappa	MEDCALC	0,907 (IC95% 0,776; 1,00)	Excelente
52	Kappa	MEDCALC	0,595 (IC95% 0,362; 0,827)	Bom
53	Kappa	MEDCALC	0,826 (IC95% 0,706; 0,945)	Excelente
54	Kappa	MEDCALC	0,774 (IC95% 0,589; 0,960)	Excelente
55	Kappa	MEDCALC	0,711 (IC95% 0,342; 1,00)	Bom
56	Kappa	MEDCALC	0,829 (IC95% 0,610; 1,00)	Excelente
57	Kappa	MEDCALC	0,844 (IC95% 0,684; 1,00)	Excelente
58	Kappa	MEDCALC	0,964 (IC95% 0,895; 1,00)	Excelente
59	Kappa	MEDCALC	0,715 (IC95% 0,527; 0,903)	Bom
60	Kappa	MEDCALC	0,757 (IC95% 0,607; 0,907)	Excelente
61	Kappa	MEDCALC	0,881 (IC95% 0,726; 1,00)	Excelente
62	Kappa	MEDCALC	0,537 (IC95% 0,211; 0,864)	Bom
63	Kappa	MEDCALC	0,681 (IC95% 0,442; 0,921)	Bom
64	Kappa	MEDCALC	0,780 (IC95% 0,610; 0,951)	Excelente
65	Kappa	MEDCALC	0,698 (IC95% 0,497; 0,899)	Bom
66	Kappa	MEDCALC	0,816 (IC95% 0,639; 0,993)	Excelente
67	Kappa	MEDCALC	0,690 (IC95% 0,414; 0,967)	Bom

Fonte: o autor

As variáveis categóricas em escala nominal, avaliadas pelo teste de *Kappa*, obtiveram: concordância excelente – 34, concordância forte – 28, concordância pobre – 01. Já as variáveis contínuas avaliadas pelo Coeficiente de Correlação Intraclasse tiveram como: concordância excelente – 08 e concordância boa – 01.

A variável categórica que apresentou concordância pobre, por meio do índice Kappa, foi o item 44, que fala sobre a ingestão de doses em um único momento de bebida alcoólica, apresentando um valor de 0,363. Entretanto, analisando os dados absolutos, percebeu-se que dos 28 respondentes, apenas três informações neste item não foram semelhantes durante a aplicação dos dois testes, sendo que, dentre as quatro alternativas, todas as respostas se

agruparam em duas alternativas apenas, fazendo com que essa homogeneização dificultasse a análise estatística deste item e, apesar de apenas três pessoas divergirem em suas respostas, o índice teve uma classificação pobre.

3.7 VARIÁVEIS EXPLORATÓRIAS

Para descrever os adultos com deficiência visual, participantes da pesquisa, serão utilizadas as variáveis apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Variáveis (sociodemográficas, antropométricas e pessoais) e suas categorias para caracterizar o perfil dos adultos com deficiência visual no Brasil.

Variáveis	Categorias
Sexo	Masculino / Feminino
Idade	Aberta
Município/Estado	Aberta
Está estudando	Sim / Não
Nível de escolaridade	Analfabeto / Fundamental Incompleto / Fundamental Completo / Médio Incompleto / Superior / Superior Incompleto / Pós-Graduação
Situação Conjugal	Solteiro (a) / Casado (a) / Vivendo como casado (a) Separado (a) / Viúvo
Com quem mora	Sozinho / Familiares / Outras pessoas
Trabalha ou recebe benefício	Sim / Não
Faixa de renda	Até um salário mínimo / Entre um e três salários mínimos / Entre três e cinco salários mínimos / Acima de seis salários mínimos
Qual sua profissão	Aberta
Tempo dedicado ao trabalho	Aberta
Período de incidência	Congênito / de 3 a 11 anos (infância) / 12 a 17 anos (adolescência) / Acima de 18 anos (fase adulta)
Possui resíduo visual	Sim / Não
Percentual de visão remanescente	Aberta
Possui percepção de luz	Sim / Não
Causa da deficiência visual	Aberta
Possui algum problema de saúde	Aberta
IMC	Abaixo do peso = Até 18,4 / Faixa recomendável = 18,5 – 24,9 / Sobrepeso = 25 – 29,9 / Obesidade = Acima de 30

Fonte: o autor

O perfil do estilo de vida de adultos com deficiência visual foi determinado através das variáveis apresentadas no Quadro 2, por meio da TRI.

Quadro 2. Variáveis e suas categorias para caracterizar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual no Brasil.

(Continua)

Dimensão	Variáveis	Item	Categorias
Vida Social	Procura manter amigos por perto	VS01	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Satisfeito com relacionamento com as pessoas	VS02	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Relacionamento com a família	VS03	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência que se sente deslocado ou isolado	VS04	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Independência para AVD	VS05	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Independência para atividades instrumentais da vida diária	VS06	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Considera incluído na sociedade	VS07	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Lazer inclui encontro ou atividades em grupo	VS08	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência deixa de sair de casa	VS09	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
Controle do Estresse	Frequência que possui dor de cabeça, enxaqueca, úlceras ou gastrite	CE10	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Satisfeito com as condições do sono	CE11	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência que possui preocupações excessivas	CE12	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência possui sentimentos negativos	CE13	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência que pensa de forma positiva	CE14	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência sente-se estressado, irritado	CE15	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Equilibra tempo dedicado ao trabalho e lazer	CE16	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Sentir satisfeito com a vida	CE17	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
Comportamento Preventivo	Usar técnicas de O.M.	CP18	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Utiliza bengala/cão guia diariamente	CP19	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Hábito de fazer exames de rotina	CP20	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Frequência que fuma	CP21	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Anda com amigos que utilizam drogas	CP22	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Utilizar remédios sem prescrição médica	CP23	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Ingestão de bebidas com cafeína	CP24	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Ingestão de bebida alcoólica – única vez	CP25	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Ingestão de bebida alcoólica – semanal	CP26	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
Atividade Física diária	Tempo costuma caminhar – deslocamento	AF27	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Tempo costuma caminhar – atividades laborais	AF28	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Tempo realiza atividades sentado	AF29	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Utiliza escada ao invés de elevador e escada rolante	AF30	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Moderadamente ativo 30min no mínimo 5 dias por semana	AF31	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre

Quadro 2. Variáveis e suas categorias para caracterizar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual no Brasil.

(Conclusão)

Dimensão	Variáveis	Item	Categorias
Atividade Física diária	Vigorosamente ativo 30min no mínimo 5 dias por semana	AF32	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Realiza atividades de força muscular	AF33	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Realiza atividades de alongamento muscular	AF34	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
Alimentação	Quantos dias semana você come fruta	AL35	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Quantos dias semana come salada (alface, tomate)	AL36	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Quantos dias semana você come legumes e verduras	AL37	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Quantos dias semana você come alimentos rico em açúcar	AL38	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Quantos dias semana você come alimentos rico em gordura	AL39	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Quantos dias semana você come alimentos rico em sal	AL40	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Quantos dias semana você faz 5 refeições variadas por dia	AL41	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Você costuma se alimentar adequadamente	AL42	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre
	Ingestão diária de água	AL43	Nunca / Às vezes / Frequentemente / Sempre

Fonte: O autor

3.7.1 Definição de Variáveis

Pessoa com Baixa Visão: Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10 / H54), publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), a pessoa com baixa visão é aquela com acuidade visual menor que 6/18, mas igual ou maior que 3/60 ou um campo visual correspondente a menos de 20 graus no melhor olho, com a melhor correção possível.

Pessoa Cega: Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (ICD-10 / H54), publicada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), o cego é a pessoa com acuidade visual menor que 3/60 ou uma perda no campo de visão correspondente a menos de 10 graus no melhor olho, com a melhor correção óptica possível.

Deficiência Adquirida: Considerou-se, neste estudo, pessoa com deficiência visual adquirida a que teve perda a partir dos três anos de idade, como Mosquera (2000) menciona.

Deficiência Congênita: Considerou-se, neste estudo, pessoa com deficiência visual congênita aquela que perdeu a visão até os três anos de idade, como afirma Mosquera (2000).

3.8 COLETA DE DADOS:

Foi realizada uma pesquisa transversal com coleta de dados, entre os meses de fevereiro e outubro de 2018, para traçar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual do Brasil, assim como para criar a escala do perfil do estilo de vida baseado na TRI.

Após os indivíduos aceitarem e assinarem o termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), conforme o Apêndice B, eles responderam a uma entrevista (Apêndice C). O instrumento utilizado foi a entrevista, que, segundo Thomas; Nelson e Silverman (2007), é uma técnica utilizada em levantamentos, de forma semelhante ao uso do questionário, exceto pelo fato de que os indivíduos da pesquisa foram questionados e responderam oralmente às perguntas. A coleta de dados ocorreu em 2018, com o maior número possível de adultos com deficiência visual das cinco regiões geográficas do Brasil.

Após contato com a CBDV e a devida aprovação da pesquisa, conforme o Anexo A, a coleta ocorreu durante a realização dos jogos regionais de *goalball* e futebol de 5 (esportes coletivos para pessoas com deficiência visual) e a etapa do grand prix de judô (esporte individual para pessoas com deficiência visual). Os eventos regionais foram selecionados em virtude da grande maioria dos participantes terem o esporte como uma prática de atividade física ou lazer, e não sua utilização como esporte de alto rendimento. Contudo, a coleta não ocorreu apenas com os participantes do evento. Ou seja, durante os eventos regionais, também foi realizada coleta com os associados das entidades, nas cidades onde ocorreram os eventos organizados pela CBDV, que se disponibilizaram a participar da presente pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador e por pessoas que se disponibilizaram a ajudar, com as devidas orientações para a entrevista. O instrumento para coleta apresenta explicação sobre como interpretar as respostas em determinados itens, como, por exemplo: ingestão de doses de bebida alcoólica. Havia também uma conversa prévia, sobre o instrumento, com os aplicadores voluntários. Cada entrevista durou aproximadamente 20 minutos e foram realizadas conforme apresentado no Quadro 3. Porém, o número de presentes que se encontram nesse quadro foi o de atletas que estavam na competição. Contudo, não foram retirados os

atletas que participaram de duas competições (goalball, futebol de 5 ou judô), ou aqueles menores de 18 ou maiores de 59 anos.

Quadro 3. Calendário de Coleta de dados com os participantes da pesquisa.

Evento	Local	Região	Data	Atletas Presentes	Participantes
Regional Sudeste II de Goalball	São Paulo/SP	Sudeste	08 a 11/03	105	92
Grand Prix Internacional Infraero de Judô Paralímpico	São Paulo/SP	Sudeste	16 a 18/03	138	52
Regional Centro-Norte de Futebol de 5	Trindade/GO	Centro Oeste e Norte	28/03 a 01/04	51	52*
Regional Sul de Goalball	Foz do Iguacu/PR	Sul	19 a 22/04	70	67
Regional Nordeste de Goalball	São Luís/MA	Nordeste	02 a 06/05	84	80
Regional Sudeste I de Goalball	São Paulo/SP	Sudeste	13 a 17/06	98	80
Regional Sul/Sudeste de Futebol de 5	São Paulo/SP	Sul e Sudeste	02 a 08/07	97	79
Regional Centro-Norte de Goalball	Cuiabá/MT	Centro Oeste e Norte	12 a 15/07	87	69
Regional Nordeste de Futebol de 5	Petrolina/PE	Nordeste	23 a 29/07	100	38
Instituições da região Sul			03 a 10/2018	---	117
Instituições da região Sudeste			03 a 10/2018	---	50
Instituições da região Centro-Oeste			03 a 10/2018	---	41
Instituições da região Norte			03 a 10/2018	---	---
Instituições da região Nordeste			03 a 10/2018	---	42
TOTAL				830	859

* - Membro da comissão técnica elegível para a pesquisa

609 entrevistados dos 830 atletas presentes nas competições regionais e grand prix de judô de 2018;
250 entrevistados das instituições de reabilitação e reinserção social para pessoas com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil;

Fonte: O autor

3.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados foram armazenados no programa Excel 2013. Para a elaboração da escala do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, o banco foi construído e formatado para criação da sintaxe no software R, versão 3.5.1, para realizar a estimação dos parâmetros necessários para elaborar a escala. Os dados também foram tabulados no programa SPSS 22.0 *for Windows*, para as análises descritivas e analítica.

3.9.1 Análises para determinação da dimensionalidade do instrumento de estilo de vida de adultos com deficiência visual por meio da Teoria da Resposta ao Item

Foram realizadas quatro análises estatísticas para auxiliar na determinação da dimensionalidade do instrumento, sendo elas: alpha de Cronbach, correlação policórica, *scree plot* e análise fatorial exploratória.

O coeficiente alpha de Cronbach é uma ferramenta estatística utilizada para estimar a confiabilidade de um questionário aplicado para pesquisas (CRONBACH, 1951). Segundo Streiner (2003), os valores preferidos para a consistência interna, por meio dessa ferramenta, estão entre 0,80 e 0,90, porém valores acima de 0,70 são considerados aceitáveis.

Para melhor analisar a correlação interna entre os itens em cada componente, foi utilizada a correlação policórica, separando-se cada componente. A correlação policórica é uma medida de associação utilizada quando ambas as variáveis são medidas ordinais com três ou mais categorias (LORDELO et al., 2018), sendo considerada uma correlação baixa quando os itens apresentam valores $\leq 0,20$, conforme Menezes e Bastos (2010).

Segundo Damásio (2012), o teste do *scree plot*, ou teste de Cattell (CATTELL, 1966), consiste na observação do gráfico de autovalores, em que é apresentado o número de dimensões no eixo X e seus autovalores no eixo Y. Dessa forma, é possível observar quais fatores apresentam maior autovalor, ou seja, responsáveis por uma maior variância explicada. Assim, por meio do *scree plot*, é possível identificar, de forma visual, quantas dimensões existem no instrumento. Quando analisado isoladamente, o *scree plot* pode ser inconclusivo, em casos de fatores não muito bem definidos. Conforme Neisse e Hongyyu (2016), então, sempre se deve usar em conjunto com outros critérios, de maneira a reafirmar a decisão. No gráfico, há uma linha vermelha que simula a situação em que cada item faz parte de uma dimensão diferente, ou seja, simula uma situação em que não há correlação entre nenhum item. Com isso, todo ponto no gráfico, acima dessa linha vermelha, evidencia uma dimensão latente, isto é, existem itens correlacionados.

A análise fatorial exploratória, segundo Figueiredo Filho e Silva Júnior (2010), é utilizada no início da pesquisa, com o intuito de explorar a relação entre um conjunto de variáveis, identificando, dessa forma, padrões de correlação. Além da possibilidade de criar variáveis independentes e dependentes para futuras análises, em modelos de regressão. As cargas fatoriais variam de -1,00 a +1,00, representando as correlações entre as variáveis

originais e os fatores (dimensões) (HAIR et al., 2005), sendo que quanto maior a carga fatorial, em valor absoluto, maior será a correlação com determinado fator. Como referência, An, Hong e Kim (2011); Menezes, Bastos (2010) e Pasquali (2013) sugerem 0,30 (positivo e negativo) como sendo a carga mínima necessária para que o item seja considerado útil para o fator.

3.9.2 Criação e Interpretação da Escala do Estilo de Vida de Adultos com Deficiência Visual por meio da Teoria da Resposta ao Item

Nesta pesquisa, a escala foi construída com itens politômicos, e o traço latente é cumulativo. Dessa forma, como as categorias têm ordenação, o modelo proposto foi o de resposta gradual, que analisa os itens politômicos ordinais propostos por Samejima (1969).

Para a criação da escala do perfil do estilo de vida, foram atribuídos valores comparáveis aos itens e aos indivíduos, a fim de serem posicionados na mesma escala (estimação dos parâmetros). Após a estimação dos parâmetros, para dar continuidade à construção da escala “0;1”, ou seja, uma escala em que “0” é a média e “1” é o desvio padrão, todos os itens válidos para o estilo de vida dos adultos com deficiência visual foram posicionados na escala, para sua futura interpretação. Optou-se por posicionar todas as categorias dos itens válidos, a fim de garantir que todos os níveis fossem contemplados com os diferentes itens da escala. As categorias dos itens foram posicionadas ao nível da escala em que a probabilidade é maior que 50%.

3.10 PERDAS E RECUSAS

Os indivíduos que se recusaram a assinar o TCLE foram retirados da amostra, assim como os que desistiram de continuar respondendo à entrevista.

3.11 ANÁLISE DOS DADOS

Foram realizados procedimentos de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, para apresentar as estimativas de prevalência e IC95%. Além das análises de média, desvio padrão e IC95% das variáveis numéricas de interesse do estudo.

Em relação às medidas de associação, elas foram realizadas através da regressão logística multinomial, com as análises bruta e ajustada.

A regressão logística multinomial foi realizada para verificar a associação entre a variável desfecho (estilo de vida), em relação aos indicadores sociodemográficos (sexo, faixa etária, região, se é estudante, escolaridade, situação conjugal e se exerce função remunerada), indicador de saúde (IMC) e indicadores visuais (origem da deficiência visual, tempo que possui a deficiência e se possui resíduo visual), além das variáveis “se é atleta ou não” e “ser fisicamente ativo”. Na análise bruta, as variáveis foram analisadas individualmente. Para a análise ajustada, todas as variáveis exploratórias foram para análise, independentemente do valor do p da análise bruta.

O tratamento estatístico foi realizado através do software SPSS, versão 22.0 *for Windows*. Para os testes de associação, foi adotado um nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

3.12 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, identificado através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 71181517.9.0000.0121 (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 859 adultos com deficiência visual, com média de idade de 34,01 anos, sendo que 25,5% dos indivíduos foram entrevistados por meio de entidades voltadas para reabilitação ou reinserção social das pessoas com deficiência visual, e os outros 74,5% estavam participando como atletas de alguma competição de *goalball*, judô ou futebol de 5, em 2018. Esse número de indivíduos foi coletado por conveniência. Em virtude da impossibilidade de se ter o número absoluto de pessoas elegíveis para a pesquisa, em cada instituição, seja pela falta de tempo ou pela desatualização do cadastro da instituição, e a amostra ter sido por conveniência, dessa forma tais resultados não podem ser extrapolados para a população de pessoas com deficiência visual.

Na Tabela 4, são descritas as características sociodemográficas e IMC da amostra. A maioria dos adultos com deficiência visual era do sexo masculino (68,3%), com idade até 39 anos, sendo considerados, para este estudo, como adultos jovens (68,0%). Pela quantidade de eventos e facilidade de acesso, a região Sudeste foi onde houve o maior número de participantes nesta pesquisa, com 34,8%; na região Norte, os participantes são oriundos das competições que abrangeram as regiões Centro-Oeste e Norte, com apenas 4,9% dos indivíduos. Aproximadamente 22% estão estudando e aproximadamente 72% concluíram pelo menos o Ensino Médio. Entretanto, segundo Aciem e Mazzotta (2013), o acesso de ensino de qualidade ainda é precário, sendo que uma meta que se deve alcançar é a qualidade no sistema de ensino para as pessoas com deficiência visual, pois a inclusão exige a participação igualitária com as demais pessoas.

Tabela 4. Descrição das características sociodemográficas e IMC dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Variável	(Continua)	
	n	%
Sexo		
Masculino	587	68,3
Feminino	272	31,7
Faixa Etária		
Adultos Jovens	584	68,0
Meia Idade	275	32,0
Macrorregião geográfica		
Sul	211	24,6
Sudeste	299	34,8
Centro Oeste	137	15,9
Norte	42	4,9
Nordeste	170	19,8

Tabela 4. Descrição das características sociodemográficas e IMC dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Variável	n	(Conclusão) %
Status de escolaridade atual		
Não estuda	671	78,1
Sim, estuda	187	21,8
Nível de escolaridade		
Analfabeto	2	0,2
Fundamental Incompleto	98	11,4
Fundamental Completo	44	5,1
Médio Incompleto	99	11,5
Médio Completo	349	40,6
Superior Incompleto	121	14,1
Superior Completo	106	12,3
Pós-Graduação	40	4,7
Situação conjugal atual		
Solteiro	417	48,5
Casado	225	26,2
Vive com companheiro (a)	166	19,3
Separado	46	5,4
Viúvo	5	0,6
Moradia?		
Sozinho	108	12,6
Família	553	64,4
Outras pessoas	197	22,9
Renda Própria		
Não	46	5,4
Sim	813	94,6
Faixa de renda bruta individual		
Até um salário mínimo	419	48,8
Entre um e três salários mínimos	272	31,7
Entre três e cinco salários mínimos	84	9,8
Acima de cinco salários mínimos	38	4,4
Não possui renda	46	5,4
Índice de Massa Corporal		
Abaixo do peso	14	1,6
Peso recomendável	368	42,8
Sobrepeso	323	37,6
Obesidade I	109	12,7
Obesidade II	36	4,2
Obesidade III	8	0,9

Fonte: o autor

Nota-se que 64,4% dos indivíduos vivem com suas famílias (mães, pais, esposos e esposas ou filhos), e os 22,9% que vivem com outras pessoas relataram residir com amigos ou primos, em casas destinadas à moradia de atletas ou vivem em repúblicas. Os indivíduos deste estudo são provenientes de instituições que desenvolvem trabalhos na área esportiva ou de reabilitação para pessoas com deficiência visual. Segundo Aciem e Mazzotta (2013), as experiências do convívio e do reconhecimento de outras pessoas com deficiência visual favorecerão a reconstrução da sua identidade pessoal e social durante a conquista de sua

autonomia. Além disso, a família possui papel importantíssimo para a construção e constituição da busca pela independência.

Com relação à profissão, a grande maioria é aposentada ou recebe benefícios (56%). Entretanto, há uma vasta gama de profissões exercidas, sendo que aproximadamente 7% são contratados como atletas, 5,5% são funcionários públicos, 4,9% são professores, 4,5% trabalham como auxiliar administrativo e 3,6% são massoterapeutas, além de inúmeras outras funções que são exercidas, mas em menor proporção (aproximadamente 14%). Segundo Bittencourt e Fonseca (2011), a pessoa com deficiência visual apresenta desvantagem em relação aos demais cidadãos, não somente pela condição da deficiência, mas também pelo preconceito da sociedade e pela falta de informação que estes indivíduos possuem quanto às suas potencialidades.

Hung et al. (2018), em sua discussão acerca das ocupações laborais, citam a tese de doutorado de Chen (2011), desenvolvida em Taiwan, afirmando que a deficiência visual limita substancialmente as opções profissionais e ocupacionais. Assim, nesta pesquisa, com a realidade brasileira, a maioria das pessoas com deficiência visual não têm ocupações laborais, mas recebem benefícios públicos ou são aposentadas. Em Taiwan, opostamente à realidade brasileira, essas pessoas estão desempregadas. Além disso, diferentemente dos dados encontrados no contexto brasileiro, em Taiwan a ocupação mais comum é a massoterapia. Isso difere significativamente dos resultados encontrados no contexto brasileiro, que tem essa função como opção laboral, porém não é a mais comum.

Segundo Aciem e Mazzotta (2013), a atividade profissional e a independência financeira poderão proporcionar a sensação de ser útil, ser pleno e estar satisfeito, o que instiga esses indivíduos a atitudes mais autônomas e independentes. Entretanto, apesar de as leis garantirem o acesso das pessoas com deficiência visual ao trabalho em empresas, por um sistema proporcional ao número de funcionários, os autores encontraram, em seu estudo, a falta de qualidade no trabalho, tais como os problemas de acessibilidade arquitetônica e a falta de função para as pessoas com deficiência visual.

Entre os trabalhadores, a média semanal de tempo ocupado é de aproximadamente 17 horas, sendo que há adultos que trabalham apenas três horas semanais, enquanto alguns chegam a desenvolver 60 horas semanais de trabalho.

Em relação ao índice de massa corporal (IMC), que é um dos indicadores relacionados à saúde e utilizado em grandes grupos, o IMC médio foi de 26,17 kg/m². Entretanto, existem

adultos com IMC de 15,60 kg/m² (muito abaixo do peso), enquanto outros estão com 46,80 kg/m² (obesidade III – mórbida), conforme apresentado na Tabela 1.

Esses achados corroboram os estudos de Machado et al. (2016), que constataram sobrepeso em pelo menos 50% da amostra, bem como percentuais semelhantes ao estudo de Valter et al. (2010). Ademais, Haegele; Hodge e Kozub (2017) afirmam que os indivíduos com deficiência visual tendem a optar por atividades sedentárias, sendo fisicamente inativos, correndo o risco de desenvolverem condições correlacionadas à inatividade física. Em comparação com a população em geral, a obesidade é quase duas vezes maior em pessoas com deficiência visual do que nas sem deficiência.

Deve-se, entretanto, ter cautela com esse indicador, ao afirmar seus resultados neste estudo, pois aproximadamente 75% da amostra são atletas, o que poderá superestimar ou subestimar o resultado em decorrência dos baixos valores preditivos, pois o IMC não leva em consideração a diferença entre massa livre de gordura e massa gorda, conforme afirmam Rezende et al. (2010). Contudo, Souza et al. (2015), em uma revisão bibliográfica, encontraram diversos estudos mencionando ser o índice de adiposidade corporal (IAC) um indicador que relaciona a estatura com a circunferência do quadril e apresenta uma melhor predição como indicador relacionado à saúde do que o IMC. Porém, em virtude da coleta de dados ter sido realizada em diferentes localidades e, em alguns casos, realizada por terceiros, não havia possibilidade de treinamento para padronizar a forma que isso seria mensurado. Assim, optou-se por verificar o IMC dos indivíduos por meio de medidas autorreferidas.

Na Tabela 5, estão descritos os índices de IMC, separados em atletas e não atletas, identificando-se essas afirmações de forma mais precisa.

Tabela 5. Frequência relativa e absoluta do índice de massa corporal de atletas e não atletas com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Classificação	Atleta	Não atleta
Abaixo do peso	10 (1,6%)	4 (1,8%)
Peso recomendável	276 (43,1%)	92 (42,0%)
Sobrepeso	240 (37,6%)	83 (37,9%)
Obesidade I	81 (12,7%)	28 (12,8%)
Obesidade II	25 (3,9%)	11 (5,0%)
Obesidade III	7 (1,1%)	1 (0,5%)

Fonte: o autor

Os resultados de ambos os grupos são semelhantes, porém o IMC se torna ineficaz, pois há atletas de judô extremamente pesados e atletas de futebol de 5 muito leves. Apesar desse

complicador, o grupo de não atletas apresentou o mesmo percentual fora do recomendado ao que foi apresentado na literatura. González-Gross e Meléndez (2013) afirmam que, apesar do excesso de peso, pessoas fisicamente ativas, que possuem um bom condicionamento físico, dispõem de melhor saúde cárdio-metabólica do que pessoas que estão com peso recomendável, mas inativas, pois o sedentarismo e as horas de inatividade física atuam como fatores de risco para a saúde.

Tabela 6. Descrição das características visuais dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Variável	n	%
Origem da deficiência visual		
Congênito	488	56,8
Adquirido	371	43,2
Resíduo Visual		
Cegueira	354	41,2
Baixa Visão	505	58,8

Fonte: o autor

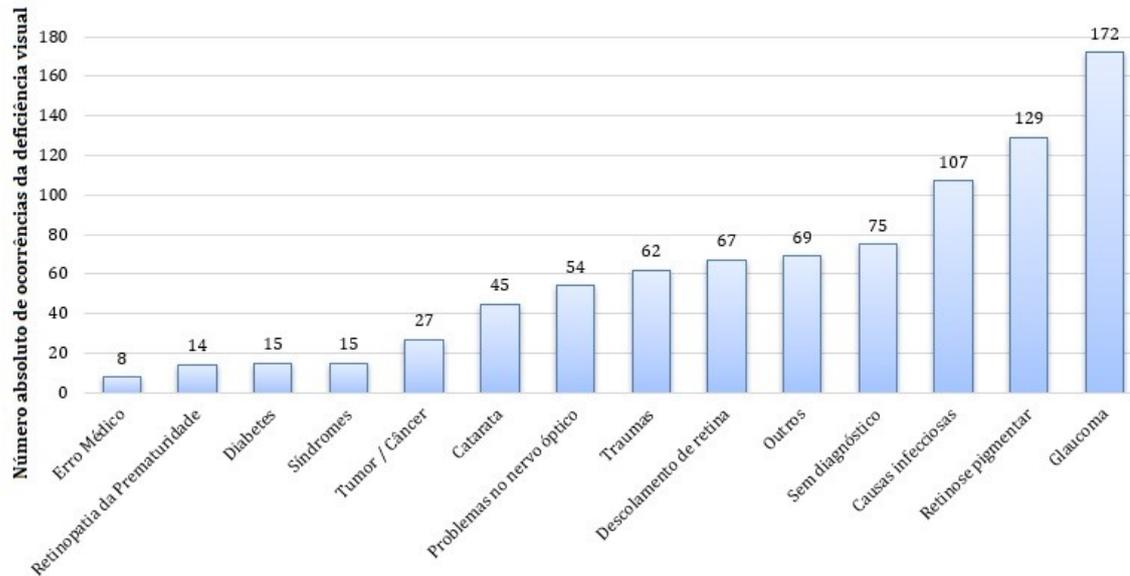
Na Tabela 6, estão descritas as características visuais dos adultos com deficiência visual. Com relação às informações visuais dos participantes, 56,8% dos indivíduos são congênitos, sendo que o tempo médio que adquiriram a deficiência visual foi de aproximadamente 26 anos.

Segundo Popivker; Wang e Boerner (2010), em seus estudos com 215 indivíduos com deficiência visual de meia-idade, com o objetivo de averiguar se a deficiência visual interfere em suas metas ao longo da vida, constatou-se que essa limitação visual não apenas interfere nas metas apontadas, como também na forma como agirão para atingi-las.

Dentre os participantes, 41% são cegos, sendo que aproximadamente 64% não possuem nem mesmo percepção de luz. Dentre os adultos com baixa visão, a média do percentual de visão entre os indivíduos foi de 9,85%. Inúmeras causas foram relatadas para a deficiência visual, sendo que elas estão mais bem apresentadas na Figura 3. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), as causas da deficiência visual variam consideravelmente entre os países, sendo que, em países com baixa renda, a catarata congênita é uma das principais causas. Em países com renda mais elevada, é provável que seja a retinopatia da prematuridade. Na amostra deste estudo, o glaucoma e a retinose pigmentar foram causas mais frequentes, conforme apresentado na Figura 2. Outras causas relatadas poderiam ser evitadas, conforme afirmação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013). Entretanto, o estudo conduzido por Alexander Junior et al. (2008) sugere que os indivíduos não são bem informados ou não têm

conhecimentos sobre a saúde ocular, doenças oculares e as necessidades de exames oftalmológicos preventivos.

Figura 3. Causas de ocorrência da deficiência visual dos adultos participantes da pesquisa em diferentes regiões do Brasil, em 2018.



Fonte: o autor

4.1 ANÁLISE DOS ITENS DO INSTRUMENTO PARA DETERMINAR O PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL.

O instrumento de estilo de vida foi constituído, inicialmente, de 43 itens, divididos em cinco componentes, sendo: vida social (9 itens), controle do estresse (8 itens), comportamento preventivo (9 itens), atividade física (8 itens) e alimentação (9 itens).

Todos os itens apresentam quatro categorias para os adultos com deficiência visual escolherem, sendo denominadas como: nunca, poucas vezes, frequentemente e sempre. Na Tabela 4, são apresentadas as frequências relativas às alternativas escolhidas pelos indivíduos em cada um dos itens.

É possível observar, por meio da Tabela 7, que alguns itens apresentaram taxa de resposta muito baixa em algumas categorias. Esses itens, no momento da estimação dos parâmetros por meio da TRI, poderão ter algumas categorias agrupadas.

Tabela 7. Frequência de respostas dos itens separados por componente dos participantes da pesquisa em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Componente	Itens	Nunca	Poucas Vezes	Frequentemente	Sempre
VIDA SOCIAL	VS01	1,3%	11,5%	32,4%	54,8%
	VS02	0,3%	10,2%	38,1%	51,3%
	VS03	1,6%	9,4%	23,9%	65,0%
	VS04	31,2%	51,6%	12,9%	4,3%
	VS05	57,4%	37,6%	3,4%	1,4%
	VS06	20,1%	48,0%	21,8%	10,1%
	VS07	3,7%	23,7%	39,7%	32,8%
	VS08	4,0%	19,7%	41,0%	35,4%
	VS09	62,9%	28,9%	6,2%	2,1%
CONTROLE DO ESTRESSE	CE10	30,8%	56,5%	8,7%	4,0%
	CE11	6,9%	21,7%	34,9%	36,4%
	CE12	17,0%	51,2%	20,6%	11,1%
	CE13	12,0%	68,0%	13,7%	6,3%
	CE14	1,2%	11,3%	31,5%	55,9%
	CE15	11,8%	70,5%	13,0%	4,5%
	CE16	3,5%	20,5%	39,5%	36,6%
	CE17	1,6%	7,9%	33,1%	57,4%
COMPORTAMENTO PREVENTIVO	CP18	12,2%	17,9%	20,8%	49,0%
	CP19	15,9%	7,2%	12,0%	64,8%
	CP20	8,1%	29,7%	29,6%	32,6%
	CP21	94,5%	1,0%	1,0%	3,4%
	CP22	88,7%	9,3%	1,3%	0,7%
	CP23	49,0%	42,3%	7,2%	1,5%
	CP24	6,5%	64,0%	21,4%	7,9%
	CP25	55,9%	30,7%	7,5%	5,9%
	CP26	81,3%	13,2%	2,8%	2,8%
ATIVIDADE FÍSICA	AF27	4,3%	35,9%	34,6%	25,3%
	AF28*	12,3%	8,5%	6,3%	5,1%
	AF29	34,3%	29,1%	29,1%	7,5%
	AF30	15,6%	32,5%	27,4%	24,4%
	AF31	15,7%	56,5%	10,7%	17,1%
	AF32	68,8%	26,0%	4,1%	1,2%
	AF33	42,0%	31,1%	9,3%	17,6%
	AF34	40,9%	31,1%	9,8%	18,3%
ALIMENTAÇÃO	AL35	8,1%	41,2%	18,6%	32,0%
	AL36	10,2%	30,6%	23,4%	35,5%
	AL37	10,2%	33,3%	23,9%	32,6%
	AL38	18,7%	15,0%	51,9%	14,3%
	AL39	13,9%	16,3%	56,6%	13,3%
	AL40	18,5%	14,2%	47,3%	20,0%
	AL41	33,1%	26,5%	17,9%	22,4%
	AL42	21,0%	38,2%	26,3%	14,4%
	AL43	13,5%	19,3%	17,2%	49,8%

* Referente à variável AF28, este item não se aplica a 67,8% dos participantes.

Fonte: o autor

O item AF28 apresentou frequência muito baixa em todas as categorias, visto que ele não se aplica a grande parte da amostra, por se tratar de indivíduos que desenvolvem atividades laborais.

Para dar prosseguimento à análise dos itens para a criação da escala de estilo de vida, os itens foram submetidos a alguns testes estatísticos, com o intuito de identificar sua coerência com o traço latente e sua consistência interna, assim como a correlação com os demais itens e componentes.

Em um primeiro momento, foi realizado o teste alpha de Cronbach e a correlação policórica dos itens, em cada componente, para identificar a consistência interna e a magnitude em que os itens do instrumento estão correlacionados entre si, em seus respectivos componentes.

4.1.1 Correlação e Confiabilidade dos itens nos diferentes componentes do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

Os cinco componentes do estilo de vida foram analisados por meio do alpha de Cronbach, sendo que seus valores iniciais estão mais bem descritos na Tabela 8, e pela correlação policórica, cujos valores estão apresentados em tabelas individuais, por componente.

Tabela 8. Valores do alpha de Cronbach de cada item dos componentes do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Componente	Vida Social		Controle do Estresse		Comportamento Preventivo		Atividade Física		Alimentação	
	Item	Alpha	Item	Alpha	Item	Alpha	Item	Alpha	Item	Alpha
Item/Alpha de Cronbach	VS01	0,70	CE10	0,75	CP18	0,44	AF27	0,61	AL35	0,68
	VS02	0,70	CE11	0,75	CP19	0,49	AF28	0,64	AL36	0,68
	VS03	0,72	CE12	0,74	CP20	0,49	AF29	0,63	AL37	0,68
	VS04	0,70	CE13	0,73	CP21	0,48	AF30	0,67	AL38	0,71
	VS05	0,73	CE14	0,73	CP22	0,50	AF31	0,59	AL39	0,69
	VS06	0,73	CE15	0,73	CP23	0,50	AF32	0,61	AL40	0,70
	VS07	0,70	CE16	0,74	CP24	0,49	AF33	0,53	AL41	0,72
	VS08	0,70	CE17	0,73	CP25	0,44	AF34	0,52	AL42	0,66
	VS09	0,70	-	-	-	CP26	0,45	-	-	AL43

Fonte: o autor

No componente vida social, o valor do alpha de Cronbach foi de 0,73, o que é considerado aceitável, segundo Streiner (2003). O autor ainda menciona que o valor máximo esperado é 0,90, sendo que valores acima podem sugerir que há redundância ou duplicação, ou seja, alguns itens estão aferindo a mesma coisa. Esse valor é uma propriedade do padrão de resposta da amostra estudada, e não uma característica da escala.

Ao analisar o alpha de Cronbach, eliminando o item, e se o valor aumentar em relação ao alpha calculado com todos os itens, isso indica que o item pode não estar relacionado ao

componente analisado, ou seja, quer dizer que, sem a presença do item, o valor do alpha de Cronbach aumentaria. Na Tabela 8, pode-se observar que nenhum item apresentou problema, segundo esse critério.

Para melhor analisar a correlação interna entre os itens em cada componente, foi utilizada a correlação policórica separadamente, em cada componente. No componente vida social, os valores da correlação policórica estão mais bem descritos na Tabela 9, sendo que, segundo Menezes e Bastos (2010), se considera uma correlação baixa quando os itens apresentam valores $\leq 0,20$.

Tabela 9. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “vida social” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
VS01	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VS02	0,57	-	-	-	-	-	-	-	-
VS03	0,32	0,50	-	-	-	-	-	-	-
VS04	0,26	0,38	0,31	-	-	-	-	-	-
VS05	0,09*	0,17*	0,03*	0,20*	-	-	-	-	-
VS06	0,13*	0,11*	0,02*	0,24	0,50	-	-	-	-
VS07	0,29	0,38	0,34	0,43	0,17*	0,21	-	-	-
VS08	0,49	0,44	0,33	0,32	0,10*	0,15*	0,43	-	-
VS09	0,39	0,35	0,24	0,41	0,36	0,42	0,32	0,33	-

* - Pares de itens com valores abaixo do aceitável, não possuindo correlação.

Fonte: o autor

Os itens VS05 e VS06 obtiveram correlação baixa com a maioria dos itens desse componente. Ambos os itens se referem ao auxílio necessário ao indivíduo para fazer as atividades da vida diária (item VS05) e as atividades instrumentais da vida diária (item VS06). Porém, apesar da falta de independência para realizar tais atividades de forma autônoma poder comprometer sua vida social, isso não apresentou correlação no componente vida social.

Como esses itens não apresentaram correlação com a maioria dos itens desse componente, ambos foram retirados da análise, para verificar o comportamento dos demais itens desse mesmo componente, sem os itens VS05 e VS06. Após a retirada desses itens, o valor do alpha de Cronbach foi de 0,75, aumentando a consistência interna, sendo que todos os itens continuam apresentando uma boa consistência interna, mesmo após a exclusão dos itens VS05 e VS06 (Tabela 10).

Tabela 10. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “vida social” com a exclusão dos itens VS05 e VS06 do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	Alpha
VS01	0,71
VS02	0,70
VS03	0,73
VS04	0,72
VS07	0,72
VS08	0,70
VS09	0,73

Fonte: o autor

Com relação ao componente controle do estresse, o valor do alpha de Cronbach foi de 0,76. Analisado cada item, todos eles são considerados aceitáveis, conforme apresentado na Tabela 8. Na Tabela 11, os dados estão mais bem descritos relativamente à correlação policórica, no componente controle do estresse. Assim, sendo possível identificar que apenas os itens CE13 e CE16 não se correlacionaram entre si. Todos os demais obtiveram bons índices, indicando ser o componente mais coerente do instrumento, quando se pensa na população de adultos com deficiência visual.

Tabela 11. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “controle do estresse” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	10	11	12	13	14	15	16	17
CE10	-	-	-	-	-	-	-	-
CE11	0,26	-	-	-	-	-	-	-
CE12	0,35	0,36	-	-	-	-	-	-
CE13	0,41	0,39	0,43	-	-	-	-	-
CE14	0,26	0,35	0,23	0,45	-	-	-	-
CE15	0,45	0,31	0,45	0,54	0,43	-	-	-
CE16	0,25	0,33	0,29	0,16*	0,40	0,30	-	-
CE17	0,26	0,35	0,27	0,47	0,59	0,43	0,46	-

* - Pares de itens com valores abaixo do aceitável, não possuindo correlação.

Fonte: o autor

No componente comportamento preventivo, entretanto, o valor do alpha de Cronbach foi de 0,51, abaixo do aceitável, segundo Streiner (2003), sendo que esse valor demonstra que a consistência interna dos itens, nesse componente, está ruim. Alguns problemas também foram identificados no componente comportamento preventivo, quando realizada a correlação policórica, conforme a Tabela 12.

Tabela 12. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “comportamento preventivo” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	18	19	20	21	22	23	24	25	26
CP18	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CP19	0,70	-	-	-	-	-	-	-	-
CP20	0,19*	0,11*	-	-	-	-	-	-	-
CP21	0,06*	0,07*	0,09*	-	-	-	-	-	-
CP22	0,02*	0,07*	0,09*	0,35	-	-	-	-	-
CP23	0,07*	-0,03*	0,15*	0,16*	0,15*	-	-	-	-
CP24	0,02*	-0,02*	0,14*	0,28	0,15*	0,18*	-	-	-
CP25	0,03*	-0,06*	0,12*	0,48	0,35	0,11*	0,19*	-	-
CP26	0,01*	-0,10*	0,10*	0,53	0,31	0,14*	0,21	0,85	-

* - Pares de itens com valores abaixo do aceitável, não possuindo correlação.

Fonte: o autor

Os itens CP18, CP19, CP20, CP22 e CP23 não apresentaram correlação com os demais. Os itens CP18 e CP19 estão muito vinculados ao resíduo visual que a pessoa detém. Dessa forma, muitas pessoas com baixa visão não fizeram aulas de orientação e mobilidade, para aprenderem e utilizarem as técnicas. Assim como, em muitos momentos, não utilizam bengala em seu dia a dia, pois seu resíduo visual é considerado, por elas, suficiente para a locomoção. Dessa forma, por ser considerado um fator importante, a utilização da bengala deve ser diária principalmente em ambientes não familiarizados pelas pessoas com baixa visão, independentemente do estilo de vida ou do comportamento que esse indivíduo tenha, a fim de prevenir certos acidentes. Contudo, esses itens não se correlacionaram com os demais.

O item CP20 se refere ao hábito dos adultos de fazerem exames de rotina. Ele também não apresentou correlação com os outros itens. Isso pode ter ocorrido em virtude de muitos dependerem do Sistema Único de Saúde (SUS), e os exames de rotina serem realizados de acordo com a condição financeira, infraestrutura da cidade e disponibilidade dos postos de saúde.

O item CP22 foca no costume em conviver com pessoas que utilizam drogas ilícitas no dia a dia. Esse item também não apresentou uma boa correlação com os demais. Um número muito pequeno de indivíduos relatou estar sempre, ou frequentemente, com pessoas que utilizam drogas ilícitas (1,9%), sendo que não necessariamente eles poderiam fazer uso delas, conforme alguns comentários realizados durante a entrevista: “ando, mas não uso”, “família né, acabamos nos encontrando com frequência”, “sei de alguns que usam então eu ando”.

O item CP23, referente à utilização de medicamentos sem indicação médica, também não apresentou boa correlação. A utilização de medicamentos comuns — como aspirina, paracetamol para dor de cabeça ou alguma coisa para dor muscular — foi citada em muitos

momentos, por aqueles que possuem um estilo de vida saudável ou não, até mesmo por aqueles que costumam ou não se comportar preventivamente.

Após a exclusão dos itens CP18, CP19, CP20, CP22 e CP23, o valor de alpha de Cronbach, para a consistência interna, neste componente aumentou para 0,61, ainda abaixo do considerado aceitável, mas com resultado mais consistente do que o encontrado anteriormente. Os valores dos itens estão apresentados na Tabela 13.

Tabela 13. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “comportamento preventivo” com a exclusão dos itens “CP18, CP19, CP20, CP22 e CP23” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Itens	Alpha
CP21	0,59
CP24	0,67
CP25	0,41
CP26	0,39

Fonte: o autor

Após a exclusão dos itens que apresentaram problemas em ambos os testes, sobraram apenas os itens CP21, CP24, CP25 e CP26. Porém, com a nova análise para a consistência interna dos itens, o item CP24, na última rodada de verificação, demonstrou não estar tão associado a esse componente. Isso pode estar ocorrendo pelo fato de tal componente não possuir um traço latente bem definido, o que, após esses testes, acarretou a exclusão de mais de 50% dos itens.

Problemas na consistência interna também foram encontrados no componente atividade física, sendo que o valor do alpha de Cronbach é de 0,64, abaixo do considerado aceitável, segundo Streiner (2003). Os valores individuais dos itens para a consistência interna estão descritos a seguir, conforme apresentado na Tabela 8.

O item AF30 apresentou problemas com relação à consistência interna. Esse item se refere à utilização da escada rolante ou o elevador durante o dia a dia. Entretanto, como muitos alegaram que utilizam o que está mais acessível, assim como outros relataram sempre utilizar a escada, pois moram em apartamentos, pode haver ocasionado aspectos de confusão na execução do teste.

Referente à correlação policórica, o componente atividade física apresentou falta de correlação em alguns pares de itens, conforme estão descritos na Tabela 14.

Tabela 14. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “atividade física” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	27	28	29	30	31	32	33	34
AF27	-	-	-	-	-	-	-	-
AF28	0,43	-	-	-	-	-	-	-
AF29	0,18*	0,37	-	-	-	-	-	-
AF30	0,11*	0,11*	0,03*	-	-	-	-	-
AF31	0,17*	-0,07*	0,16*	0,08*	-	-	-	-
AF32	0,15*	0,06*	0,19*	-0,04*	0,69	-	-	-
AF33	0,20	0,06*	0,10*	0,06*	0,48	0,37	-	-
AF34	0,22	0,07*	0,10*	0,07*	0,50	0,38	0,98	-

* - Pares de itens com valores abaixo do aceitável, não possuindo correlação.

Fonte: o autor

Os itens AF27, AF28, AF29 e AF30 não apresentaram correlação com os demais itens. O item AF27, referente à atividade física no deslocamento, pode ser mais direcionado para as questões de acessibilidade do que para o estilo de vida, em virtude de alguns locais apresentarem pouca ou nenhuma acessibilidade nas vias públicas das cidades.

O item AF28 refere-se à atividade física no trabalho. Esse item também não apresentou correlação com os demais itens. Isso pode ocorrer em virtude de muitos adultos não trabalharem, mas receberem o benefício do governo, assim como aqueles que trabalham, mas não necessariamente adotam um estilo de vida saudável, porém não em virtude do seu trabalho em si, mas a possibilidade de ser mais ativo ou não no ambiente laboral.

Com relação ao item AF29, que se refere à frequência que esses adultos realizam atividades estando sentados, pode também estar direcionado para as questões da acessibilidade, no que concerne a aspectos durante os momentos de lazer, o fato de estarem estudando, o tipo de trabalho exercido ou a não realização de serviços domésticos, em virtude de outras pessoas realizarem. Outro item que não se correlacionou com os demais foi o AF30, que se refere à utilização da escada fixa em vez da escada rolante ou do elevador. Esse item pode estar relacionado também com a comodidade e facilidade, assim como aqueles que vivem em apartamentos cujo prédio não dispõe de elevador, necessitando utilizar a escada obrigatoriamente.

Os itens AF33 e AF34 apresentaram correlação de 0,98, isto é, uma correlação quase perfeita, sendo que demonstram colinearidade, podendo, dessa forma, apresentar problemas futuros durante a estimação dos parâmetros dos itens, já que, na TRI, os itens precisam ser independentes.

Quando os quatro itens que não apresentaram correlação foram excluídos da análise, o valor de alpha de Cronbach aumentou para 0,79, considerado aceitável. Com esse procedimento, a consistência dos itens melhorou, apresentando problema apenas com o item AF32, referente à prática de atividade física vigorosa por pelo menos 30 minutos no mínimo cinco dias por semana, conforme apresentado na Tabela 15.

Tabela 15. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “atividade física” com a exclusão dos itens “AF27, AF28, AF29 e AF30” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	Alpha
AF31	0,79
AF32	0,82
AF33	0,63
AF34	0,62

Fonte: o autor

Esse componente se assemelha muito com o componente anterior, de comportamento preventivo, em que mais da metade dos itens apresentaram problemas de consistência interna e de correlação entre os demais itens. Após a exclusão dos itens com problemas, ficaram apenas os itens AF31, AF32, AF33 e AF34. Porém, o item AF32, após a realização do teste para determinar o alpha de Cronbach, não está tão associado a esse componente, como os demais.

O componente alimentação, todavia, apresentou uma boa consistência interna, sendo o valor do alpha de Cronbach de 0,72. Entretanto, o item AL43 apresentou problemas com relação à sua consistência interna, conforme apresentado na Tabela 8. Com isso, nessa população, a ingestão regular de água, no dia a dia, não é coerente com os aspectos alimentares habituais.

As correlações policóricas entre os itens, no componente alimentação, estão apresentadas na Tabela 16.

Tabela 16. Pares de itens com valores da correlação policórica no componente “alimentação” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	35	36	37	38	39	40	41	42	43
AL35	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AL36	0,45	-	-	-	-	-	-	-	-
AL37	0,47	0,74	-	-	-	-	-	-	-
AL38	0,14*	0,12*	0,17*	-	-	-	-	-	-
AL39	0,32	0,23	0,24	0,51	-	-	-	-	-
AL40	0,28	0,20*	0,22	0,50	0,55	-	-	-	-
AL41	0,33	0,24	0,23	0,04*	0,10*	0,08*	-	-	-
AL42	0,50	0,42	0,41	0,31	0,35	0,33	0,52	-	-
AL43	0,16*	0,22	0,17*	0,02*	0,02*	0,01*	0,10*	0,17*	-

* - Pares de itens com valores abaixo do aceitável, não possuindo correlação.

Fonte: o autor

Os itens AL38, AL41 e AL43 não apresentaram correlação com alguns itens. O item AL38 se refere à ingestão de alimentos ricos em açúcar em excesso. O ato de comer sobremesa ou ingerir doce em algum momento do dia, por vício, foi argumentado por alguns indivíduos, podendo ser uma problemática para a correlação com os demais itens.

O item AL41 representa quantos dias por semana os adultos fazem pelo menos cinco refeições. Independente de pensar em uma alimentação saudável, muitos comentaram que não conseguiam alimentar-se nessa frequência em virtude dos afazeres do dia a dia, conseguindo realizar entre três e quatro refeições. Relativamente ao item AL43, que também apresentou problemas de correlação com outros itens, pode referir-se ao hábito de beber água, sendo que muitos afirmaram que deveriam tomar mais água, mas se esquecem de ingeri-la. Outros, mesmo não apresentando um comportamento positivo para os demais aspectos da alimentação, podem ingerir muita água por viverem em locais com temperaturas mais elevadas. Assim como, há aqueles que podem não ver a água como importante no dia a dia, visto que a ingestão de frutas e verduras, assim como o consumo moderado de açúcar, sal e gordura são hábitos mais difundidos como uma alimentação saudável.

Após a exclusão dos itens AL38, AL41 e AL43, a consistência interna do componente aumentou para 0,74, por meio do alpha de Cronbach. Também houve melhora na consistência interna de cada item, conforme apresentado na Tabela 17.

Tabela 17. Valores do alpha de Cronbach de cada item do componente “alimentação” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Itens	Alpha
AL35	0,69
AL36	0,69
AL37	0,68
AL39	0,72
AL40	0,73
AL42	0,69

Fonte: o autor

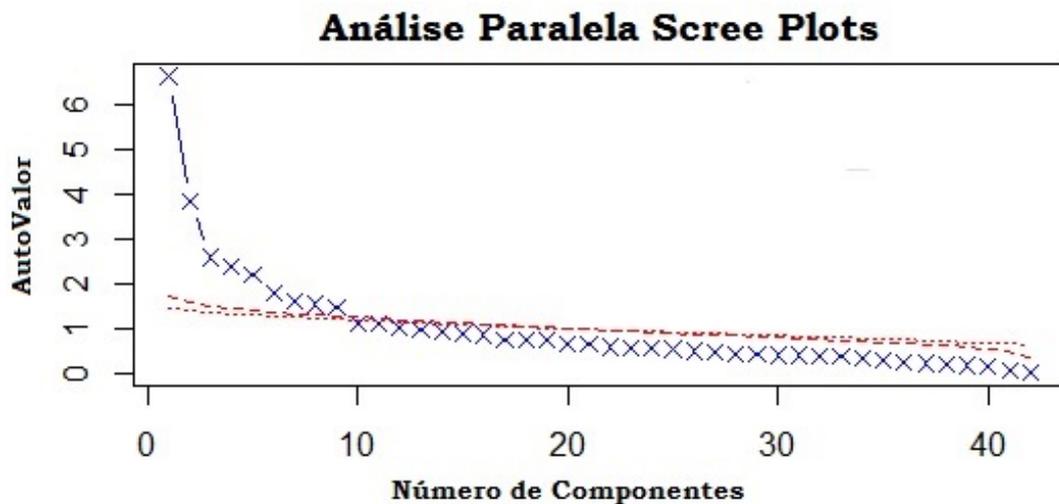
As análises apresentadas nesta seção estão dando suporte para alguns procedimentos que serão adotados na criação da escala.

Na sequência, serão realizadas análises de dimensionalidade para verificar se os itens são correspondentes a um único traço latente (estilo de vida de adultos com deficiência visual), ou seja, se poderá ser considerado unidimensional ou se ele será mais bem representado de forma multidimensional.

4.2 ANÁLISE DE DIMENSIONALIDADE DO INSTRUMENTO PARA DETERMINAR O PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL.

Como relatado anteriormente, o instrumento atual é constituído por 43 itens, em cinco componentes (vida social, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação). Entretanto, como nas análises de consistência interna e correlação alguns itens apresentaram problemas, foi realizado o *scree plot* para identificar, de forma visual, quantas dimensões existem no instrumento. Na Figura 4, são apresentados os resultados do *scree plot*.

Figura 4. Análise da dimensionalidade do instrumento por meio do Scree Plot do estilo de vida de adultos com deficiência visual no Brasil, em 2018.



Fonte: o autor

Observa-se que cinco fatores (dimensões) são evidenciadas claramente, sendo que duas são bem destacadas, três dimensões estão mais próximas, mas distantes da linha vermelha. Além dessas cinco dimensões, três outras dimensões também estão acima da linha vermelha, mas, como estão muito próximas dessa linha, serão descartadas da análise que será realizada na sequência. Diante desse resultado, será realizada a análise fatorial de informação completa, com até cinco fatores (dimensões), identificando os itens com carga superior a 0,30, para auxiliar na composição das dimensões, conforme apresentado por Wood (2008).

A seguir, nas Tabelas 18 e 19, serão apresentados os dados referentes à análise fatorial de informação completa, com cinco, quatro, três, duas e uma dimensão, respectivamente.

Tabela 18. Análise fatorial de informação completa com cinco dimensões do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Nº	F1	F2	F3	F4	F5
VS01	0,619	*	*	*	*
VS02	0,723	*	*	*	*
VS03	0,543	*	*	*	*
VS04	0,623	*	*	*	*
VS05	*	*	0,327	*	*
VS06	*	*	*	*	*
VS07	0,579	*	*	*	*
VS08	0,614	*	*	*	*
VS09	0,492	*	*	*	*
CE10	0,502	*	*	*	*
CE11	0,529	*	*	*	*
CE12	0,467	*	*	*	*
CE13	0,633	*	*	*	*
CE14	0,687	*	*	*	*
CE15	0,639	*	*	*	*
CE16	0,543	*	*	*	*
CE17	0,693	*	*	*	*
CP18	*	*	-0,777	*	*
CP19	*	*	-0,850	*	*
CP20	*	*	*	*	*
CP21	*	*	*	*	0,598
CP22	*	*	*	*	0,421
CP23	0,376	*	*	*	*
CP24	*	*	*	*	*
CP25	*	*	*	*	0,875
CP26	*	*	*	*	0,992
AF27	*	*	*	*	*
AF28	*	*	*	*	*
AF29	*	*	*	*	*
AF30	*	*	*	*	*
AF31	*	*	*	-0,50	*
AF32	*	*	*	0,430	*
AF33	*	*	*	-1,00	*
AF34	*	*	*	1,006	*
AL35	*	0,638	*	*	*
AL36	*	0,838	*	*	*
AL37	*	0,842	*	*	*
AL38	*	*	*	*	*
AL39	*	0,365	*	*	0,320
AL40	*	0,351	*	*	*
AL41	*	0,380	*	*	*
AL42	*	0,609	*	*	*
AL43	*	*	*	*	*

* - Itens com carga fatorial abaixo de 0,30 (positivo e negativo).

Fonte: o autor

Tabela 19. Análise fatorial exploratória com quatro, três, duas e uma dimensão do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Nº	4 dimensões				3 dimensões			2 dimensões		1 dimensão
	F1	F2	F3	F4	F1	F2	F3	F1	F2	F1
VS01	0,625	*	*	*	0,623	*	*	0,613	*	0,586
VS02	0,712	*	*	*	0,716	*	*	0,670	*	0,659
VS03	0,548	*	*	*	0,548	*	*	0,505	*	0,507
VS04	0,581	*	*	*	0,581	*	*	0,532	*	0,485
VS05	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
VS06	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
VS07	0,580	*	*	*	0,581	*	*	0,549	*	0,528
VS08	0,604	*	*	*	0,573	*	*	0,592	*	0,584
VS09	0,556	*	*	*	0,539	*	*	0,561	*	0,537
CE10	0,512	*	*	*	0,509	*	*	0,498	*	0,454
CE11	0,500	*	*	*	0,489	*	*	0,505	*	0,491
CE12	0,460	*	*	*	0,460	*	*	0,475	*	0,442
CE13	0,654	*	*	*	0,644	*	*	0,625	*	0,631
CE14	0,718	*	*	*	0,711	*	*	0,726	*	0,724
CE15	0,646	*	*	*	0,648	*	*	0,617	*	0,602
CE16	0,540	*	*	*	0,539	*	*	0,558	*	0,544
CE17	0,728	*	*	*	0,728	*	*	0,727	*	0,719
CP18	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CP19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CP20	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CP21	*	*	*	-0,587	*	*	*	*	-0,331	*
CP22	*	*	*	-0,415	*	-0,333	*	*	-0,330	*
CP23	0,374	*	*	*	0,362	*	*	0,399	*	0,422
CP24	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
CP25	*	*	*	-0,887	*	*	*	*	*	*
CP26	*	*	*	-0,967	*	*	*	*	-0,314	*
AF27	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
AF28	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
AF29	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
AF30	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
AF31	0,305	*	0,504	*	0,306	*	0,500	0,430	*	0,472
AF32	*	*	0,419	*	*	*	0,416	0,331	*	0,369
AF33	*	*	1,000	*	*	*	0,998	*	*	0,302
AF34	*	*	1,004	*	*	*	1,003	*	*	0,308
AL35	*	-0,633	*	*	*	-0,673	*	*	-0,651	*
AL36	*	-0,838	*	*	*	-0,727	*	*	-0,689	*
AL37	*	-0,838	*	*	*	-0,742	*	*	-0,679	*
AL38	*	-0,279	*	*	*	-0,386	*	*	-0,423	*
AL39	*	-0,371	*	*	*	-0,510	*	*	-0,556	*
AL40	*	-0,344	*	*	*	-0,448	*	*	-0,498	*
AL41	*	-0,367	*	*	*	-0,424	*	*	-0,414	*
AL42	*	-0,594	*	*	*	-0,681	*	*	-0,691	*
AL43	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

* - Itens com carga fatorial abaixo de 0,30 (positivo e negativo).

Fonte: o autor

Após a realização da análise fatorial exploratória, com cinco fatores até um fator (dimensão), identificou-se que os itens (VS05, CP18 e CP19) apresentaram correlação quando

o instrumento foi analisado com cinco fatores, porém quando diminuiu a quantidade de fatores, estes itens não apresentaram mais correlação.

Além disso, identificou-se que oito itens não tiveram ligação com nenhuma dimensão durante as análises, sendo eles:

- Item VS06: Você precisa de suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária (como, por exemplo, ir às compras, gerir dinheiro, limpar, cozinhar, pegar ônibus)? (VIDA SOCIAL);
- Item CP20: Você tem o hábito de fazer exames de rotina? (COMPORTAMENTO PREVENTIVO);
- Item CP24: Com que frequência diária você ingere bebidas que contêm cafeína (como café, chá ou colas)? (COMPORTAMENTO PREVENTIVO);
- Item AF27: Com que frequência você costuma caminhar para se deslocar no seu dia a dia? (ATIVIDADE FÍSICA);
- Item AF28: Com que frequência você costuma caminhar para realizar atividades laborais no dia a dia? (ATIVIDADE FÍSICA);
- Item AF29: Com que frequência você realiza atividades sentado (em função de computador, celular, televisão, rádio)? (ATIVIDADE FÍSICA);
- Item AF30: Você costuma utilizar a escada em vez da escada rolante ou do elevador? (ATIVIDADE FÍSICA);
- Item AL43: Com que frequência você costuma ingerir dois litros de água por dia? (ALIMENTAÇÃO).

Os itens dos componentes “vida social e controle do estresse” obtiveram uma forte ligação entre eles, podendo ser considerados apenas uma dimensão. Entretanto, os outros três componentes (comportamento preventivo, atividade física e alimentação) apresentaram alguns itens com problemas e sem ligação, inclusive dentro de seus componentes. Assim, como na análise do instrumento, mensurando apenas uma dimensão (Estilo de Vida), 23 itens apresentaram problemas, com isso, fica evidente que não é possível medir o estilo de vida utilizando somente uma dimensão.

Ao analisar os itens em duas dimensões, também há problemas de mensuração de alguns itens, porém a perda é menor. As duas dimensões seriam formadas por componentes

psicossociais (vida social e controle do estresse) e componentes comportamentais (comportamento preventivo, atividade física e alimentação).

Na análise fatorial de informação completa, identificou-se que o item CP23 “Você costuma utilizar algum tipo de medicamento sem indicação médica?” apresentou carga fatorial mais vinculada à dimensão psicossocial do que comportamental. Sendo assim, o item será alocado nessa dimensão. De acordo com Bonafé; Carvalho e Campos (2016), a automedicação está associada a características sociodemográficas. Além disso, os autores encontraram estudos que apontam essa prática com níveis de depressão, ansiedade e estresse, aspectos esses que estão sendo abordados na dimensão psicossocial.

Para a continuação da análise, a decisão de permanência ou exclusão dos itens será tomada com base nessas análises, juntamente com os resultados da TRI. Com esses resultados, os itens do instrumento foram analisados considerando duas dimensões formadas pela dimensão psicossocial e pela dimensão comportamental, conforme o Quadro 4.

Quadro 4. Itens das dimensões “psicossocial” e “comportamental” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

(Continua)

Dimensão	Itens
PSICOSSOCIAL	Você procura manter seus amigos por perto?
	Você está satisfeito em seu relacionamento com as pessoas?
	Você está satisfeito com seu relacionamento familiar?
	Com que frequência você se sente deslocado/isolado (a) por ter deficiência visual?
	Você precisa do suporte de outras pessoas para fazer as atividades da vida diária (como, por exemplo, caminhar, higiene pessoal, alimentação, autocuidado)?
	Você precisa do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária (como, por exemplo, ir às compras, gerir dinheiro, limpar, cozinhar, pegar ônibus)?
	Você se considera incluído na sociedade?
	Seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo?
	Com que frequência você deixa de sair de casa por causa da falta de visão?
	Com que frequência você sente dores, como: cabeça, enxaqueca, úlceras ou gastrites?
	Você costuma estar satisfeito com as condições do seu sono?
	Você possui preocupações excessivas?
	Com que frequência você possui sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração, tristeza.
	Você pensa de forma positiva e otimista?
	Você se sente estressado ou irritado?
Você costuma equilibrar o tempo dedicado as obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer?	
Você costuma se sentir satisfeito com a sua vida?	
Você costuma utilizar algum tipo de medicamento sem indicação médica?	

Quadro 4. Itens das dimensões “psicossocial” e “comportamental” do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.
(Conclusão)

Dimensão	Itens
COMPORTAMENTAL	Você costuma utilizar as técnicas de orientação e mobilidade no seu dia a dia?
	Você costuma utilizar a bengala/cão guia no seu dia a dia?
	Você tem o hábito de fazer exames de rotina?
	Com que frequência você fuma?
	Você costuma andar com amigos que utilizam drogas ilícitas em seu dia a dia?
	Com que frequência diária você ingere bebidas que contêm cafeína (café, chá ou colas)?
	Com que frequência você ingere >4 doses (HOMENS) ≥3 doses em uma ocasião (MULHERES) de bebida alcoólica:
	Com que frequência você ingere 14 doses (HOMENS) 7 doses semanais (MULHERES) de bebida alcoólica:
	Com que frequência você costuma caminhar para se deslocar no seu dia a dia?
	Com que frequência você costuma caminhar para realizar atividades laborais no dia a dia? *
	Com que frequência você realiza atividades sentado (computador, celular, televisão, rádio)?
	Você costuma utilizar a escada em vez da escada rolante ou o elevador?
	Com que frequência você realiza atividades físicas moderadas pelo menos durante 30 minutos por dia? (Aumenta um pouco os batimentos cardíacos e a respiração fica um pouco acelerada).
	Com que frequência você realiza atividades físicas vigorosas pelo menos durante 30 minutos por dia (deixa cansado com a respiração difícil ou o coração acelerado).
	Com que frequência você realiza atividades de força muscular?
	Com que frequência você realiza atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade?
	Em quantos dias de uma semana típica você come frutas?
	Em quantos dias de uma semana típica você come saladas, como as de alface ou tomate?
	Em quantos dias de uma semana típica você come legumes ou verduras?
	Em quantos dias de uma semana típica você come em excesso alimentos ricos em açúcar?
	Em quantos dias de uma semana típica você come em excesso alimentos ricos em gordura?
	Em quantos dias de uma semana típica você come em excesso alimentos ricos em sal?
Em quantos dias de uma semana típica você faz pelo menos 5 refeições variadas ao dia?	
Em quantos dias de uma semana típica você costuma se alimentar adequadamente (comer de 3 em 3 horas, comer frutas e verduras, não ingerir em excesso alimentos ricos em sal, açúcar e gordura)?	
Com que frequência você costuma ingerir dois litros de água por dia?	

* - Este item apresenta um número muito pequeno de respondentes em virtude da maioria da amostra deste estudo receberem benefícios do governo ou serem aposentados.

Fonte: o autor

Para dar continuidade à construção do instrumento, a fim de identificar o perfil do estilo de vida de adultos com deficiência visual por meio da TRI, na sequência será apresentada a estimação dos parâmetros dos itens e os ajustes necessários. É importante destacar que as duas

dimensões foram analisadas separadamente pela TRI. Ou seja, a seguir será apresentada a criação das duas escalas por meio dessa teoria.

4.3 CONSTRUÇÃO DA ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL BASEADO NA TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM.

Um dos objetivos iniciais desta pesquisa foi a criação de uma escala de estilo de vida para adultos com deficiência visual, por meio da TRI, com base em cinco componentes (vida social; controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação), usando um único traço latente (estilo de vida dos adultos com deficiência visual). Entretanto, após as análises iniciais e apreciações mais detalhadas dos itens, por meio dos testes (alpha de Cronbach, correlação policórica, *scree plot* e análise fatorial exploratória), percebeu-se que os itens foram mais bem correlacionados em dois traços latentes (dimensões) do estilo de vida. Dessa forma, para garantir a melhor informação possível ao gerar a medida de estilo de vida, este foi analisado com dois traços latentes nesse momento, para, posteriormente, uma definição do domínio do estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

Sendo assim, desse ponto em diante, os dados da pesquisa serão apresentados e discutidos com base em duas dimensões, para o estilo de vida (psicossocial e comportamental).

Após a reestruturação do banco de dados, de acordo com o estilo de vida constituído por duas dimensões, foi programado o script no *software* R para a calibração dos itens (estimação dos parâmetros dos itens).

A estimação dos parâmetros dos 43 itens foi realizada pelo Modelo de Resposta Gradual de Samejima (1969) utilizando a TRI, tendo seus resultados apresentados em uma escala com média igual a “0” e desvio padrão igual a “1”, isto é, uma escala “0,1”.

4.3.1 Estimativa dos parâmetros da dimensão psicossocial.

As estimativas dos parâmetros dos itens estão apresentadas na Tabela 20. O parâmetro “a” indica o poder de discriminação do item; o parâmetro “ b_k ” (neste estudo, os parâmetros de dificuldade (b_k) foram identificados como b_2 , b_3 e b_4) representa a dificuldade (posição) das categorias de cada item; e os erros-padrão (EP) associados a esses parâmetros (OLIVEIRA, 2018).

Tabela 20. Parâmetros dos itens na dimensão psicossocial do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Item	a	EP(a)	b ₂	EP(b ₂)	b ₃	EP(b ₃)	b ₄	EP(b ₄)
VS01	1,241	0,106	-4,158	0,365	-1,903	0,152	-0,177	0,071
VS02	1,590	0,125	-4,417	0,434	-1,841	0,126	-0,034	0,061
VS03	1,031	0,098	-4,517	0,440	-2,417	0,210	-0,731	0,096
VS04	1,096	0,092	-3,445	0,271	-1,751	0,144	0,886	0,099
VS05*	0,400	0,080	-10,835	2,222	-7,657	1,525	-0,787	0,231
VS06	0,498	0,074	-4,590	0,677	-1,617	0,268	2,896	0,438
VS07	1,136	0,093	-3,403	0,271	-1,080	0,103	0,761	0,093
VS08	1,255	0,098	-3,134	0,233	-1,189	0,102	0,607	0,081
VS09	1,120	0,098	-4,046	0,357	-2,569	0,213	-0,551	0,084
CE10	0,912	0,088	-3,909	0,371	-2,364	0,224	1,060	0,124
CE11	1,001	0,086	-3,030	0,254	-1,098	0,114	0,663	0,097
CE12	0,896	0,082	-2,688	0,239	-1,022	0,119	2,030	0,188
CE13	1,422	0,108	-2,509	0,171	-1,320	0,099	1,837	0,129
CE14	1,727	0,133	-3,489	0,256	-1,597	0,107	-0,190	0,059
CE15	1,352	0,108	-2,861	0,207	-1,485	0,113	1,918	0,139
CE16	1,063	0,091	-3,613	0,306	-1,307	0,123	0,641	0,092
CE17	1,734	0,132	-3,295	0,227	-1,860	0,119	-0,240	0,059
CP23	0,694	0,082	-6,392	0,792	-3,664	0,418	0,078	0,109

* - Item com problema de calibração em seus parâmetros de discriminação e dificuldade.

Fonte: o autor

O item VS05 apresenta baixo valor de discriminação ($a=0,4001$), além de problemas de calibração no parâmetro de dificuldade ($b=-10,8350$). Segundo Gomes (2014), é recomendável que o item apresente parâmetro “ b_k ” no intervalo de -5 a +5. Outro aspecto que também deve ser levado em consideração são os erros-padrão, conforme destaca Rabelo (2013). O item VS05 se refere a precisar de suporte em certas atividades, como: caminhar, higiene pessoal, alimentação e autocuidado. Como esse item apresentou frequência de respostas muito baixa, principalmente nas categorias “nunca” (1,4%) e “poucas vezes” (3,4%) e 37,6% na categoria “frequentemente”, optou-se por recalibrar os itens, agrupando as categorias para verificar se os parâmetros apresentariam melhores índices. Após algumas análises, o parâmetro de discriminação do item VS05 continuou apresentando baixo valor de discriminação ($a = 0,3910$). Portanto, decidiu-se pela eliminação desse item nessa dimensão, conforme apresentado na Tabela 21.

Tabela 21. Parâmetros dos itens na dimensão psicossocial do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018 com a exclusão do item VS05.

Item	a	EP(a)	b ₂	EP(b ₂)	b ₃	EP(b ₃)	b ₄	EP(b ₄)
VS01	1,239	0,106	-4,165	0,366	-1,907	0,152	-0,178	0,071
VS02	1,580	0,125	-4,431	0,437	-1,849	0,127	-0,035	0,062
VS03	1,037	0,098	-4,498	0,436	-2,409	0,208	-0,729	0,095
VS04	1,080	0,091	-3,382	0,276	-1,770	0,147	0,895	0,101
VS06	0,471	0,073	4,832	0,749	-1,702	0,293	3,050	0,484
VS07	1,125	0,092	3,429	0,275	-1,088	0,105	0,767	0,093
VS08	1,252	0,098	-3,141	0,233	-1,193	0,103	0,608	0,081
VS09	1,090	0,101	-4,124	0,370	-2,618	0,221	-0,562	0,086
CE10	0,920	0,089	-3,887	0,366	-2,351	0,221	1,054	0,122
CE11	1,008	0,087	-3,014	0,251	-1,092	0,113	0,659	0,096
CE12	0,900	0,082	-2,680	0,237	-1,020	0,118	2,023	0,187
CE13	1,422	0,108	-2,510	0,171	-1,322	0,099	1,838	0,128
CE14	1,727	0,133	-3,491	0,256	-1,600	0,107	-0,190	0,059
CE15	1,367	0,109	-2,843	0,204	-1,477	0,111	1,906	0,137
CE16	1,068	0,091	-3,604	0,305	-1,303	0,122	0,640	0,091
CE17	1,746	0,133	-3,286	0,225	-1,856	0,118	-0,240	0,059
CP23	0,699	0,082	-6,353	0,782	-3,643	0,413	0,077	0,108

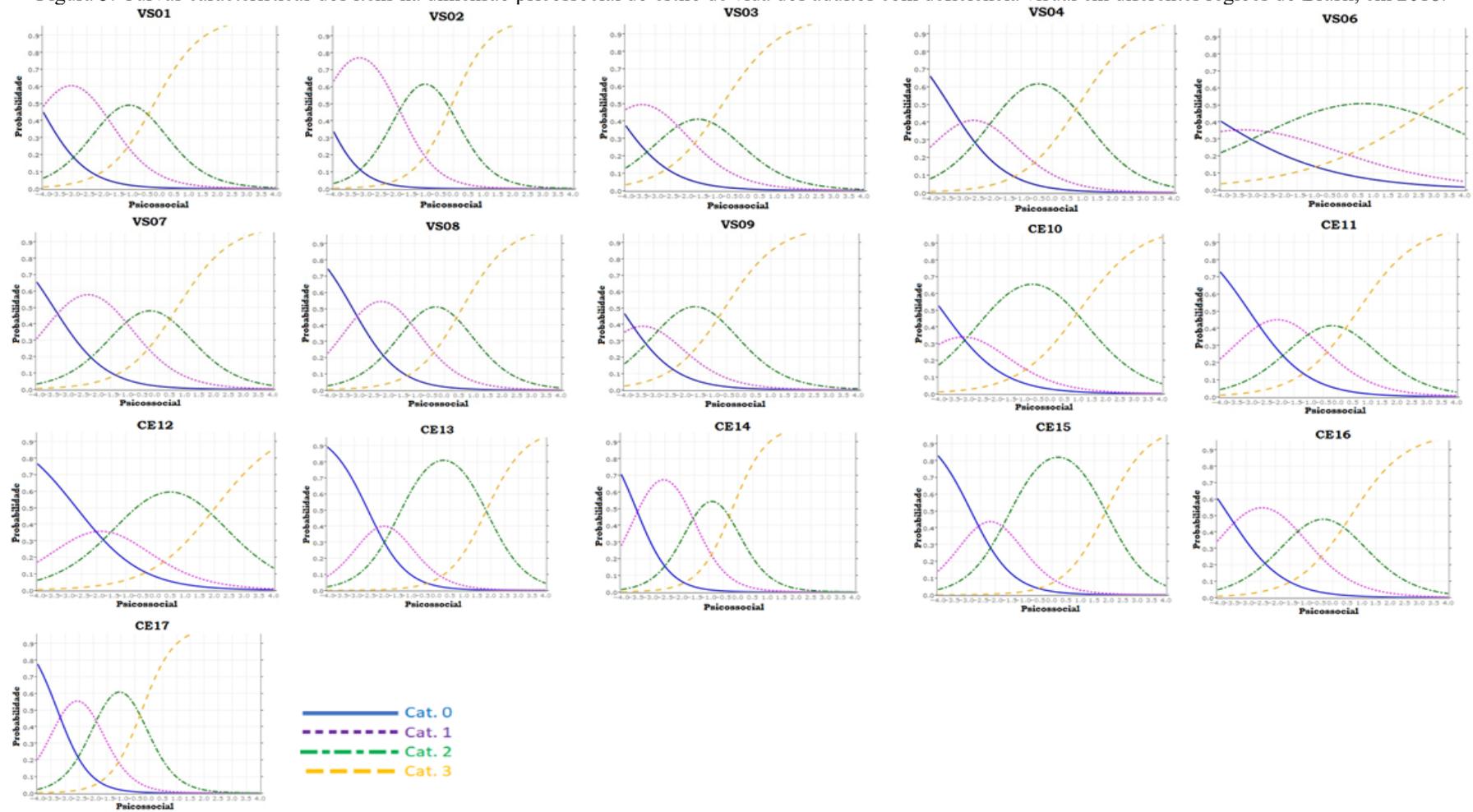
Fonte: o autor

Na nova calibração, todos os itens remanescentes na análise apresentaram parâmetros de discriminação próximos de 0,50. O parâmetro de discriminação está associado à carga fatorial da análise fatorial, sendo que $a=0,50$ corresponde a uma carga fatorial próxima de 0,30, o que indica uma boa relação do item com o fator e parâmetros de dificuldade bem estimados, com erros-padrão aceitáveis. Na Figura 4, estão apresentadas as curvas características dos itens na dimensão psicossocial, com o intuito de identificar possíveis melhorias e minimizar as perdas de informação.

As curvas características dos itens apresentam, graficamente, qual a probabilidade de o indivíduo escolher determinada categoria, de acordo com seu nível psicossocial de estilo de vida. Segundo Oliveira (2018), quando as curvas das categorias de resposta são mais achatadas, ou horizontalizadas, isso se deve ao baixo poder de discriminação do item. Ou seja, o item não está discriminando bem os indivíduos que realizam tal ação do nível psicossocial do estilo de vida de forma positiva, daqueles que possuem hábitos negativos.

Em cada item apresentado na Figura 5, no eixo vertical estão indicadas as probabilidades de o indivíduo escolher determinada categoria, de acordo com suas características psicossociais do estilo de vida (eixo horizontal). Isto é, quanto mais positivas suas características psicossociais em cada item, sua probabilidade aumenta para escolher as categorias mais altas dos itens (positiva). Após a análise dos parâmetros e das curvas características dos itens, optou-se por manter a dimensão psicossocial somente com a eliminação do item VS05.

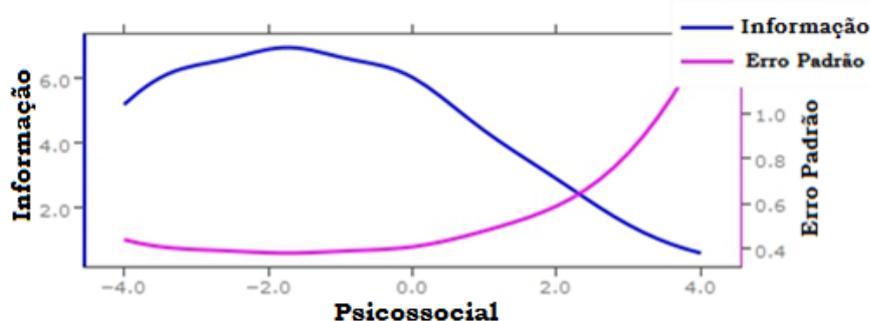
Figura 5. Curvas características dos itens na dimensão psicossocial do estilo de vida dos adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.



Fonte: o autor

Ao analisar a qualidade do instrumento de forma integral, por meio da curva de informação do teste (Figura 6), evidencia-se em quais intervalos o traço latente deste instrumento possui maior precisão (PASQUALI, 2013). Observa-se que o instrumento, para essa dimensão, possui maior informação e precisão no intervalo de -4 a 1. Assim, esse instrumento é mais preciso para medir a dimensão psicossocial do estilo de vida dos adultos com deficiência visual entre -4 e 1 de proficiência.

Figura 6. Curva de informação da dimensão psicossocial do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.



Fonte: o autor

4.3.1.1 Construção e interpretação da escala de medida na dimensão psicossocial do estilo de vida dos adultos com deficiência visual

A construção da escala de medida das dimensões do estilo de vida dos adultos com deficiência visual implica no posicionamento dos itens do instrumento e a consequente interpretação em seus diferentes níveis.

Optou-se por flexibilizar os critérios de posicionamento das categorias dos itens, conforme o estudo de Oliveira (2018), com o intuito de melhor ajustar a sua posição nos diferentes níveis das dimensões do estilo de vida. Sendo assim, decidiu-se pelo posicionamento da categoria do item no ponto da escala em que a probabilidade é 0,50. Ou seja, posicionou-se a categoria do item no ponto da escala em que se torna mais provável que ele responda determinada categoria ou a categoria mais elevada, conforme apresentado por Schmitt (2018).

Os itens estão posicionados de acordo com os critérios adotados para esta pesquisa e quantidade de categorias, de acordo com a quantidade de categorias em cada item. Segundo Oliveira (2018), os itens com duas categorias de respostas aparecerão uma vez na escala, representando a categoria 2; aqueles com três categorias aparecem duas vezes, representando

Quadro 5. Interpretação da dimensão psicossocial do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil.

(Continua)

Nível	Intervalo	Componentes	Descrição dos níveis
Negativo	$\leq -2,5$	Vida Social	Neste nível, os indivíduos poucas vezes mantem seus amigos por perto e poucas vezes estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Entretanto, frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento familiar. Porém, frequentemente se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual, assim como, frequentemente necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Assim como, poucas vezes se sentem incluídos na sociedade e poucas vezes seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo. Porém apesar disso, poucas vezes deixam de sair de casa por causa de sua visão.
		Controle do estresse	Neste nível, os indivíduos frequentemente possuem dores como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e poucas vezes eles costumam estar satisfeitos com o sono. Além disso, frequentemente preocupam-se excessivamente, assim como, frequentemente desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza, além de poucas vezes pensarem de forma positiva e otimista e frequentemente se sentem estressados ou irritados. Além disso, poucas vezes costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como, poucas vezes costumam se sentir satisfeitos com sua vida. Apesar disso, poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.
Quase Positivo	$\geq -2,0$ e $\leq -0,5$	Vida Social	Neste nível, os indivíduos frequentemente mantem seus amigos por perto e frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Já com seu relacionamento familiar, sempre estão satisfeitos e poucas vezes se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual. Além disso, poucas vezes necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Estes indivíduos, frequentemente se sentem incluídos na sociedade, assim como, frequentemente seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo e nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão.
		Controle do estresse	Neste nível, os indivíduos poucas vezes possuem dores como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e frequentemente eles costumam estar satisfeitos com o sono. Assim como, poucas vezes preocupam-se excessivamente ou desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Frequentemente pensam de forma positiva e otimista e poucas vezes se sentem estressados ou irritados. Além disso, frequentemente costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como, frequentemente costumam se sentir satisfeitos com sua vida, além disso, poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.
Positivo	$\geq 0,0$	Vida Social	Neste nível, além dos indivíduos sempre procurarem manter seus amigos por perto e estarem sempre satisfeitos em seus relacionamentos, com as pessoas e com seus familiares, eles nunca se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual. Nunca precisam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária, além disso, sempre se consideram incluídos na sociedade e seu lazer sempre inclui encontros ou atividades em grupo. Estes indivíduos nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão.

Quadro 5. Interpretação da dimensão psicossocial do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil.

(Conclusão)

Nível	Intervalo	Componentes	Descrição dos níveis
		Controle do estresse	Neste nível, além dos indivíduos sempre pensarem de forma positiva e otimista e sempre se sentirem satisfeitos com sua vida, eles nunca utilizam remédios sem prescrição médica e nunca sentem dores como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite. Costumam sempre estar satisfeitos com o sono. Eles normalmente nunca se preocupam excessivamente nem têm sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Além disso, nunca se sentem estressados ou irritados, mas sempre costumam equilibrar o tempo dedicado as obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer.

Fonte: o autor

4.3.2 Estimativa dos parâmetros da dimensão comportamental.

Na primeira tentativa de estimação dos parâmetros dos itens da dimensão comportamental do estilo de vida, não foi possível finalizar a análise, por ter acusado problemas na estimação dos parâmetros dos itens. Após algumas tentativas, observou-se que o item AF28 estava causando problemas durante o processo de estimação dos parâmetros. Isso podia estar ocorrendo no processo de calibração, pelo elevado número de respostas incoerentes para o que se espera no traço latente, e por apresentar um número muito pequeno de respondentes, contribuindo para esse padrão de respostas incoerentes.

Dessa forma, optou-se por agrupar as categorias do item AF28. Apesar disso, ele continuou apresentando problemas na estimação dos parâmetros dos itens. Sendo assim, o item foi excluído da análise para dar continuidade à estimativa dos parâmetros na dimensão comportamental, conforme resultado apresentado na Tabela 22.

Tabela 22. Parâmetros dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Item	a	EP(a)	b ₂	EP(b ₂)	b ₃	EP(b ₃)	b ₄	EP(b ₄)
CP18*	0,264	0,084	-7,554	2,389	-3,229	1,040	0,151	0,268
CP19*	0,254	0,096	-6,650	2,481	-4,818	1,796	-2,474	0,940
CP20	0,600	0,080	-4,261	0,565	-0,870	0,165	1,320	0,204
CP21	0,709	0,172	-5,061	1,113	-4,655	1,013	-4,329	0,934
CP22*	0,632	0,129	-8,447	1,766	-6,575	1,300	-3,511	0,654
CP24*	0,391	0,084	-6,425	1,369	-2,310	0,509	6,984	1,486
CP25*	0,447	0,086	-6,360	1,209	-4,304	0,816	-0,530	0,186
CP26*	0,590	0,111	-6,281	1,146	-5,033	0,900	-2,647	0,464
AF27*	0,424	0,076	-7,498	1,358	-0,970	0,238	2,659	0,491
AF29*	0,370	0,077	-1,806	0,411	1,536	0,364	6,953	1,445
AF30*	0,363	0,075	-4,757	0,989	-0,217	0,198	3,182	0,674
AF31	0,538	0,088	-3,285	0,524	1,875	0,314	3,087	0,494
AF32*	0,487	0,097	1,709	0,346	6,148	1,200	9,352	1,904
AF33	0,683	0,096	-0,526	0,129	1,587	0,229	2,449	0,333
AF34	0,684	0,096	-0,602	0,134	1,493	0,218	2,373	0,323
AL35	1,334	0,113	-2,284	0,171	-0,016	0,068	0,750	0,084
AL36	1,431	0,129	-1,980	0,149	-0,330	0,068	0,576	0,075
AL37	1,333	0,122	-2,065	0,162	-0,266	0,070	0,707	0,084
AL38	0,814	0,089	-2,036	0,219	-0,939	0,130	2,471	0,259
AL39	1,218	0,108	-1,876	0,152	-0,871	0,093	1,932	0,155
AL40	0,994	0,095	1,781	0,166	-0,897	0,107	1,639	0,157
AL41	0,702	0,085	1,132	0,164	0,583	0,126	1,927	0,241
AL42	1,520	0,121	1,215	0,095	0,334	0,066	1,601	0,114
AL43	0,476	0,080	4,062	0,673	-1,580	0,291	0,005	0,151

* - Item com problema de calibração em seus parâmetros de discriminação e dificuldade.

Fonte: o autor

Diante do grande número de itens que apresentaram problemas nos parâmetros de discriminação ($a < 0,50$) e de dificuldade ($b_k < -5$ e $b_k > +5$), optou-se por agrupar as categorias dos itens que apresentavam frequência baixa de respostas em algumas categorias, como alternativa para tentar melhorar as estimativas dos parâmetros dos itens e minimizar a perda de informação do item. Além disso, é importante observar o erro-padrão dos parâmetros de discriminação e de dificuldade, pois — como se está utilizando o método de máxima verossimilhança para estimar a proficiência θ , menor será o erro padrão. Logo, maior é a precisão da estimativa. Na Tabela 23, estão apresentados os parâmetros dos itens após o agrupamento.

Tabela 23. Parâmetros dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil em 2018 após agrupamento de algumas alternativas.

Item	a	EP(a)	b ₂	EP(b ₂)	b ₃	EP(b ₃)	b ₄	EP(b ₄)
CP18*	0,265	0,086	-7,526	2,427	-3,214	1,056	0,152	0,267
CP19*	0,271	0,097	-	-	-4,508	1,591	-2,314	0,836
CP20	0,595	0,083	-	-	-0,889	0,170	1,325	0,210
CP21	0,797	0,180	-	-	-	-	-3,910	0,764
CP22	0,657	0,134	-	-	-	-	-3,390	0,622
CP24	0,436	0,094	-	-	-2,099	0,454	-	-
CP25	0,478	0,088	-	-	-4,045	0,731	-0,498	0,173
CP26	0,622	0,115	-	-	-	-	-2,538	0,432
AF27*	0,397	0,079	-	-	-1,036	0,267	2,823	0,569
AF29*	0,375	0,079	-1,781	0,410	-	-	1,513	0,364
AF30*	0,365	0,076	-4,740	0,990	-0,218	0,197	3,168	0,675
AF31	0,550	0,090	-3,225	0,512	1,838	0,307	3,027	0,483
AF32	0,475	0,099	1,747	0,370	-	-	-	-
AF33	0,680	0,100	-0,529	0,131	-	-	1,601	0,239
AF34	0,680	0,100	-0,604	0,136	1,510	0,228	-	-
AL35	1,206	0,119	-0,028	0,072	0,796	0,094	-	-
AL36	1,259	0,126	-	-	-0,374	0,076	0,616	0,084
AL37	1,175	0,121	-	-	-0,302	0,077	0,763	0,096
AL38	0,889	0,092	-1,910	0,193	-0,885	0,117	2,306	0,228
AL39	1,324	0,116	-1,780	0,138	-0,829	0,086	1,833	0,141
AL40	1,059	0,100	-1,706	0,154	-0,863	0,100	1,565	0,146
AL41	0,655	0,085	-1,204	0,181	0,614	0,137	2,043	0,271
AL42	1,455	0,121	-1,250	0,100	0,339	0,068	1,644	0,120
AL43	0,465	0,081	-4,162	0,713	-1,622	0,305	0,001	0,154

* - Item com problema de calibração em seus parâmetros de discriminação e dificuldade.

Fonte: o autor

Após algumas tentativas de estimar os parâmetros dos itens com o mínimo de perda possível, optou-se por agrupar os itens CP20, CP21, CP22, CP24, CP25, CP26, AF32, AF33, AF34, AF35, AF36 e AL37, além da exclusão dos itens CP18, CP19, AF27, AF29, AF30, que continuaram apresentando problemas em seus parâmetros de discriminação e dificuldade. Na Tabela 24, estão descritas as estimativas dos parâmetros finais da dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual. Optou-se por flexibilizar o parâmetro de discriminação de 0,50 para 0,40, pois, apesar deste item com um parâmetro de discriminação mais baixo não apresentar uma relação tão forte com o fator (dimensão), ele ainda se apresenta relevante nesta dimensão.

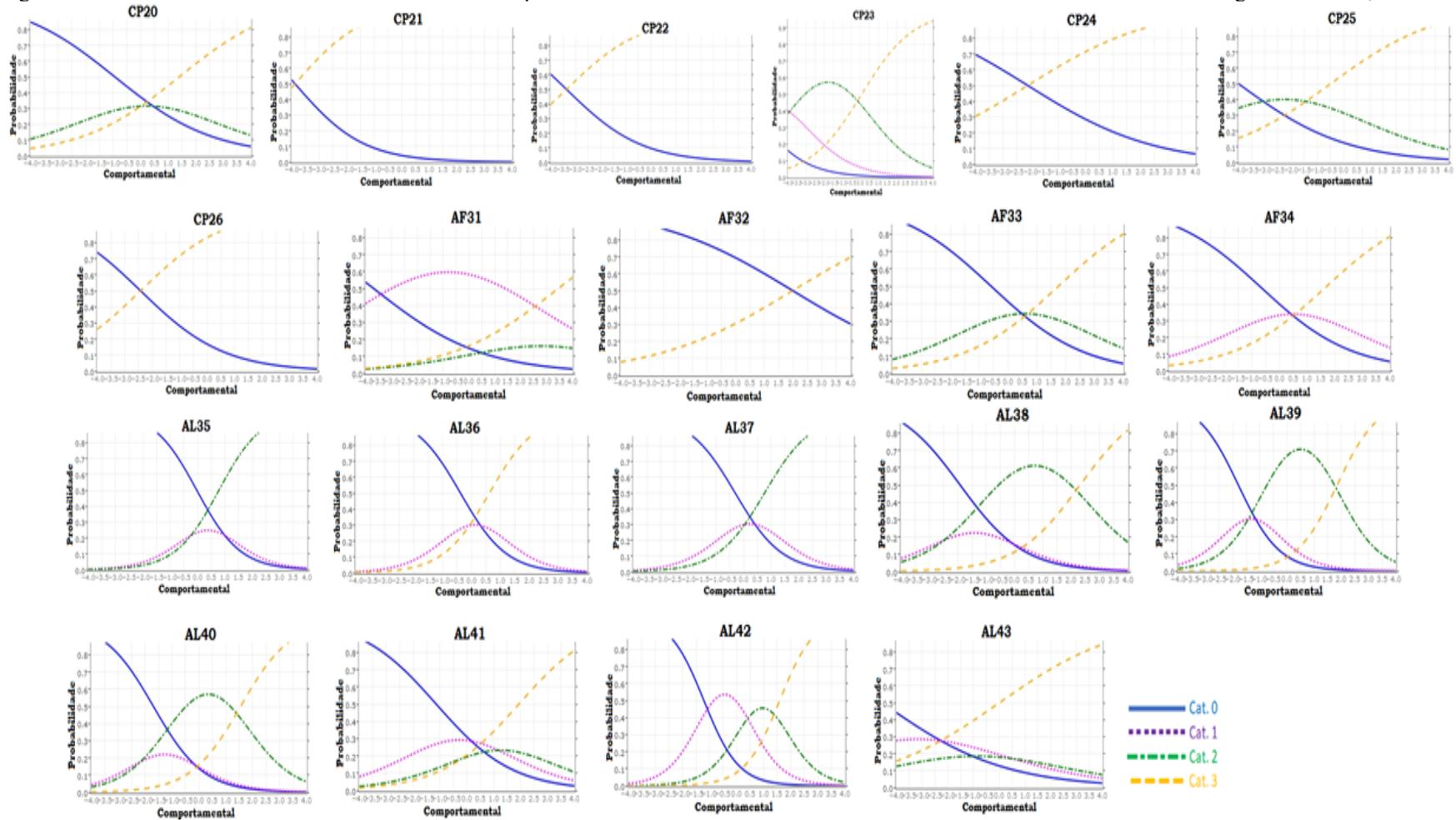
Tabela 24. Parâmetros dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida de adultos com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil, em 2018, após exclusão dos itens com problemas de discriminação e dificuldade.

Item	a	EP(a)	b ₂	EP(b ₂)	b ₃	EP(b ₃)	b ₄	EP(b ₄)
CP20	0,560	0,081	-	-	-0,938	0,183	1,396	0,228
CP21	0,807	0,182	-	-	-	-	-3,875	0,752
CP22	0,664	0,134	-	-	-	-	-3,363	0,611
CP24	0,435	0,094	-	-	-	-	-2,104	0,455
CP25	0,484	0,088	-	-	-4,003	0,711	-0,494	0,170
CP26	0,658	0,116	-	-	-	-	-2,422	0,392
AF31	0,475	0,087	-3,690	0,657	2,093	0,390	3,456	0,619
AF32	0,414	0,096	-	-	-	-	1,986	0,467
AF33	0,615	0,095	-	-	-0,576	0,145	1,749	0,274
AF34	0,610	0,095	-0,663	0,153	-	-	1,659	0,264
AL35	1,262	0,121	-0,028	0,070	0,777	0,090	-	-
AL36	1,247	0,124	-0,378	0,077	-	-	0,620	0,085
AL37	1,174	0,120	-0,304	0,077	0,765	0,096	-	-
AL38	0,888	0,092	-1,916	0,193	-0,891	0,117	2,314	0,227
AL39	1,322	0,117	-1,786	0,139	-0,835	0,086	1,843	0,142
AL40	1,076	0,101	-1,691	0,151	-0,858	0,099	1,551	0,143
AL41	0,701	0,086	-1,142	0,164	0,576	0,126	1,929	0,242
AL42	1,559	0,126	-1,208	0,093	0,328	0,065	1,591	0,112
AL43	0,422	0,080	-4,555	0,851	-1,772	0,359	0,005	0,169

Fonte: o autor

Após a calibração dos parâmetros dos itens, verificou-se a curva característica dos itens e a curva de informação do teste. Segundo Silveira et al. (2015), ao analisar a curva característica dos itens, esperava-se que, para os itens com bom ajuste, suas categorias fossem mais prováveis em algum ponto da escala. Entretanto, alguns itens apresentam mais de uma possibilidade de resposta em alguns pontos específicos do gráfico, demonstrando baixa probabilidade de escolha em determinada categoria, de acordo com o nível de proficiência (comportamental para um estilo de vida), conforme apresentado na Figura 8. Os itens CP20, AF31, AL35, AL36, AL37, AL38, AL39, AL40, AL41 e AL43 apresentam categorias que a probabilidade de escolha, independentemente do nível de proficiência, é inferior do que outras categorias de resposta. Porém, decidiu-se pela manutenção dessas categorias, sem realizar nenhum agrupamento. Essa análise estaria indicando que talvez esses itens pudessem ser medidos com menos categorias, sem nenhuma perda de informação.

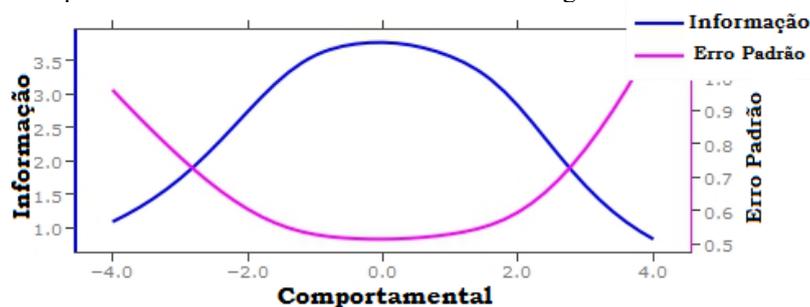
Figura 8. Curvas características dos itens na dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil, em 2018.



Fonte: o autor

Na Figura 9, é apresentada a curva de informação do teste da dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual. Nessa dimensão, observa-se que o instrumento apresenta maior informação e precisão no intervalo de -2 a 2, no qual a curva é mais elevada, e o erro padrão de medida é menor. Sendo assim, esse instrumento é mais preciso para medir a dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, no intervalo entre -2 e 2.

Figura 9. Curva de informação da dimensão comportamental do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.



Fonte: o autor

4.3.2.1 Construção e interpretação da escala de medida da dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual

A seguir, estão apresentados os itens, seus respectivos posicionamentos e a frequência dos indivíduos na dimensão comportamental (Figura 10). Os itens estão divididos em três níveis, de acordo com o posicionamento na escala e como esses níveis se diferenciam na dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual. Os níveis são: “negativo”, “quase positivo” e “positivo”, na dimensão comportamental. Com relação às categorias dos itens, a categoria 1 (alternativa mais baixa-negativa) não aparece na escala, pois ela compreende o intervalo do início da escala (-5) até o ponto em que está posicionada a categoria 2.

Figura 10. Posicionamento e frequência de respondentes dos itens na escala nos diferentes níveis da dimensão comportamental do instrumento para determinar o perfil do estilo de vida da pessoa com deficiência visual em diferentes regiões do Brasil.

Frequência de respondentes	0,1% 2,3% 4,4% 12,6%									19,3% 23,4% 18,4%			10,9% 5,7% 2,4% 0,2% 0,1%					
	-5,0	-4,5	-4,0	-3,5	-3,0	-2,5	-2,0	-1,5	-1,0	-0,5	0,0	0,5	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	3,5
Itens 3 níveis	AL43 ₂ CP25 ₃ CP21 ₄			CP26 ₄ CP24 ₄ AL39 ₂ CP20 ₃			CP25 ₄ AL35 ₂ AL41 ₃			AL35 ₃ CP20 ₄ AF31 ₃ AL38 ₄			AF31 ₄					
	CP22 ₄			AL38 ₂ AL40 ₂ AL38 ₃			AF33 ₃ AL36 ₂ AL42 ₃			AL36 ₄ AF34 ₃ AF32 ₄								
	AF31 ₂			AL43 ₃			AL41 ₂			AF34 ₂ AL37 ₂			AL37 ₃ AL40 ₄ AF33 ₄					
							AL42 ₂			AL39 ₃ AL43 ₄			AL39 ₄					
									AL40 ₃						AL41 ₄			
															AL42 ₄			
Negativo									Quase Positivo			Positivo						

Fonte: o autor

No Quadro 6, apresenta-se a interpretação da escala na dimensão comportamental do estilo de vida dos adultos com deficiência visual. O item CP24, referente à ingestão de bebidas que contenham cafeína, foi retirado da interpretação da dimensão comportamental por não estar representando, de forma fidedigna, o que realmente se desejaria perguntar, que era o consumo abusivo de cafeína.

Quadro 6. Interpretação da dimensão comportamental do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil.

(Continua)

Nível	Intervalo	Componentes	Descrição dos níveis
Negativo	$\leq -1,0$	Comportamento Preventivo	Apesar desses indivíduos se enquadrarem no nível mais baixo dessa dimensão, normalmente os indivíduos não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas. Poucas vezes os homens ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Além disso, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina;
		Atividade Física	Neste nível, os indivíduos poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana.
		Alimentação	Neste nível, os indivíduos poucas vezes ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, porém frequentemente ingerem em excesso alimentos ricos em gordura e sal durante uma semana típica. Além disso, poucas vezes realizam pelos menos cinco refeições diárias e poucas vezes consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Apesar disso, frequentemente costumam ingerir pelo menos dois litros de água por dia.
Quase Positivo	$\geq -0,5$ e $\leq 0,5$	Comportamento Preventivo	Neste nível, além de os indivíduos nunca fumarem ou andarem com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana, assim como, os homens normalmente nunca ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina.

Quadro 6. Interpretação da dimensão comportamental do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual de diferentes regiões do Brasil.

(Conclusão)

Nível	Intervalo	Componentes	Descrição dos níveis
Quase Positivo	$\geq -0,5$ e $\leq 0,5$	Atividade Física	Neste nível, além de os indivíduos poucas vezes realizarem atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, frequentemente realizam atividades de força muscular e poucas vezes realizam atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade.
		Alimentação	Neste nível, os indivíduos poucas vezes ingerem frutas, saladas, como tomates e alfaces, e legumes e verduras em um dia típico. Poucas vezes ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, gordura e sal em dias típicos. Além disso, frequentemente realizam pelo menos cinco refeições diárias e frequentemente consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica, além de sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.
Positivo	$\geq 1,0$	Comportamento Preventivo	Neste nível, além de os indivíduos nunca fumarem ou andarem com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens nunca ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, e os homens nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana. Os indivíduos sempre fazem exames de rotina.
		Atividade Física	Neste nível, os indivíduos sempre realizam atividades físicas moderadas, por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, e sempre realizam atividades físicas vigorosas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana. Além disso, esses indivíduos sempre realizam atividades de força muscular e frequentemente realizam atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade.
		Alimentação	Neste nível, além de os indivíduos frequentemente ingerirem frutas, legumes e verduras, sempre ingerem saladas, como tomates e alfaces em um dia típico. Eles nunca ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, gordura e sal em dias típicos e sempre realizam pelos menos cinco refeições diárias. Além disso, sempre consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica, além de sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.

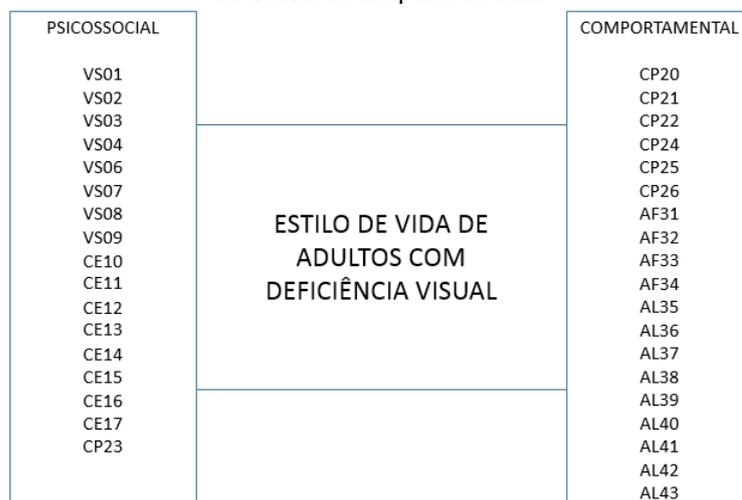
Fonte: o autor

4.3.3 Modelo do estilo de vida dos adultos com deficiência visual por meio da TRI

Após as análises de consistência interna, correlação policórica, análise fatorial e a calibração dos itens por meio da TRI, o instrumento constitui-se de 36 itens, conforme a Figura 11. Quando se compara o instrumento final com o inicial, em cinco componentes (vida social, controle do estresse, comportamento preventivo, atividade física e alimentação), observa-se que foram eliminados: um item do componente vida social, nenhum item do componente controle

do estresse, dois itens do componente comportamento preventivo, quatro itens do componente atividade física e nenhum item do componente alimentação.

Figura 11. Modelo do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil por meio da Teoria da Resposta ao Item.



Fonte: o autor

Para determinar o nível do estilo de vida em que o indivíduo se encontra, foram gerados cinco níveis a partir da combinação entre os níveis das dimensões psicossocial e comportamental do estilo de vida, conforme apresentado na Figura 12.

O instrumento do perfil do estilo de vida individual, elaborado por Nahas; Barros e Francalacci (2000), que serviu como base para a criação do modelo de estilo de vida dos adultos com deficiência visual, dispõe de três níveis para categorizar o perfil do estilo de vida, sendo eles: negativo, regular e positivo. Já o questionário do Estilo de Vida Fantástico — construído por Wilson e Ciliska em 1984, no Canadá, traduzido e validado em 2008 por Añez et al. (2008) — possui cinco categorias, sendo: necessita melhorar, regular, bom, muito bom e excelente.

Dessa forma, pensando em evitar ao máximo as perdas de informações e deixar, de forma mais homogênea, os indivíduos em cada nível, por meio das interpretações das escalas, optou-se por categorizar o estilo de vida dos adultos com deficiência visual em cinco níveis, sendo:

- Negativo – neste nível do estilo de vida estão os indivíduos que apresentam nível “negativo” nas dimensões psicossocial e comportamental do estilo de vida. O indivíduo apresenta muitos fatores de risco nas dimensões psicossocial e comportamental;

- Quase Negativo – neste nível do estilo de vida estão os indivíduos que apresentam nível “negativo” na dimensão psicossocial e “quase positivo” na dimensão comportamental, assim como aqueles que estão no nível “quase positivo” na dimensão psicossocial e “negativo” na dimensão comportamental. Os indivíduos apresentam muitos aspectos negativos na dimensão psicossocial, porém, na dimensão comportamental, apresentam mais aspectos positivos; ou os indivíduos apresentam mais aspectos positivos na dimensão psicossocial, porém apresentam muitos aspectos negativos na dimensão comportamental;
- Regular – neste nível do estilo de vida estão os indivíduos que se encontram no nível “negativo” na dimensão psicossocial e “positivo” na dimensão comportamental. Na dimensão psicossocial, apresentam muitos aspectos negativos, porém, na dimensão comportamental, todos os aspectos são positivos. Outra possibilidade para o indivíduo estar nesta categoria é quando ele se encontra no nível “positivo” na dimensão psicossocial e “negativo” na dimensão comportamental, sendo que, na dimensão psicossocial, todos os aspectos são positivos, porém há poucos aspectos positivos na dimensão comportamental. Outra forma de o indivíduo se enquadrar nesta categoria é quando ele está no nível “quase positivo” em ambas as dimensões. O indivíduo apresenta apenas aspectos positivos na dimensão psicossocial, porém apresentam alguns aspectos negativos na dimensão comportamental.
- Quase Positivo – neste nível do estilo de vida estão os indivíduos que apresentam nível “quase positivo” na dimensão psicossocial e “positivo” na dimensão comportamental. Apesar de todos os aspectos serem positivos em ambas as dimensões, os indivíduos não vivenciam sempre e somente tais aspectos positivos. Outra possibilidade é quando o indivíduo está no nível “positivo” na dimensão psicossocial e “quase positivo” na dimensão comportamental. Nesse caso, também ele se encontra nesta categoria, pois, apesar da dimensão psicossocial apresentar sempre aspectos positivos na dimensão comportamental, principalmente no que tange ao componente da atividade física, o indivíduo ainda apresenta alguns aspectos negativos.
- Positivo – neste nível do estilo de vida estão os indivíduos que apresentam nível “positivo” nas duas dimensões do estilo de vida, sendo que são poucos os aspectos que os indivíduos não realizam sempre em seu cotidiano, na dimensão comportamental.

Figura 12. Modelo para determinação dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

ESTILO DE VIDA		
<i>PSICOSSOCIAL</i>		<i>COMPORTAMENTAL</i>
NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
NEGATIVO QUASE POSITIVO	QUASE NEGATIVO	QUASE POSITIVO NEGATIVO
NEGATIVO QUASE POSITIVO POSITIVO	REGULAR	POSITIVO QUASE POSITIVO NEGATIVO
QUASE POSITIVO POSITIVO	QUASE POSITIVO	POSITIVO QUASE POSITIVO
POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO

Fonte: o autor

Estes níveis podem ser interpretados conforme a descrição apresentada no Quadro 7.

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria de resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

(**Continua**)

Nível	Descrição
Negativo	<p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos apresentam atitudes e comportamentos negativos nas dimensões psicossocial e comportamental. Dessa forma, há muitos aspectos negativos na dimensão psicossocial e poucos aspectos positivos na dimensão comportamental. Os que se encontram neste nível apresentam as seguintes características:</p> <p>No que concerne a características e atitudes voltadas à dimensão psicossocial, os indivíduos poucas vezes mantêm seus amigos por perto e poucas vezes estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Entretanto, frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento familiar. Porém, frequentemente se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual, assim como frequentemente necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Assim como poucas vezes se sentem incluídos na sociedade e poucas vezes seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo. Porém, apesar disso, poucas vezes deixam de sair de casa em decorrência da sua visão. Além disso, esses indivíduos frequentemente possuem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e poucas vezes costumam estar satisfeitos com o sono. Assim como frequentemente preocupam-se excessivamente e frequentemente desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza, além de poucas vezes pensarem de forma positiva e otimista e frequentemente se sentirem estressados ou irritados. Esses indivíduos poucas vezes costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como poucas vezes costumam se sentir satisfeitos com sua vida. Apesar disso, poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.</p> <p>No que tange aos aspectos comportamentais do estilo de vida, esses indivíduos, apesar de se enquadrarem no nível mais baixo do estilo de vida, normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas. Poucas vezes os homens ingerem >4 doses e as mulheres ≥3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Além disso, os homens procuram nunca ingerir ≥14 doses e as mulheres ≥7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina. Com relação ao componente da atividade física, esses indivíduos poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, em cinco dias por semana.</p>

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria de resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

(Continuação)

Nível	Descrição
Negativo	<p>Já em relação ao seu comportamento alimentar, estes indivíduos poucas vezes ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, porém frequentemente ingerem em excesso alimentos ricos em gordura e sal durante uma semana típica. Assim como, poucas vezes realizam pelos menos cinco refeições diárias e poucas vezes consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Apesar disso, frequentemente costumam ingerir pelo menos dois litros de água por dia.</p>
Quase Negativo	<p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos estão no nível negativo e quase positivo nas dimensões psicossocial e comportamental, respectivamente. Dessa forma, atribuíram alguns aspectos positivos em uma dimensão, podendo apresentar as características abaixo:</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial desses indivíduos, poucas vezes mantêm seus amigos por perto e poucas vezes estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Entretanto, frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento familiar. Porém, frequentemente se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual, assim como frequentemente necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Estes indivíduos poucas vezes se sentem incluídos na sociedade e poucas vezes seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo. Porém, apesar disso, poucas vezes deixam de sair de casa em decorrência da sua visão. Esses indivíduos frequentemente possuem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e poucas vezes eles costumam estar satisfeitos com o sono. Frequentemente preocupam-se excessivamente, assim como frequentemente desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza, além de poucas vezes pensarem de forma positiva e otimista e frequentemente se sentem estressados ou irritados. Além disso, poucas vezes costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como poucas vezes costumam se sentir satisfeitos com sua vida. Apesar disso, poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.</p> <p>Em relação aos aspectos comportamentais do estilo de vida, esses indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana, assim como os homens normalmente nunca ingerem > 4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina. Além disso, os indivíduos poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, ou atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade. Mas, frequentemente realizam atividades de força muscular. Já no comportamento alimentar, poucas vezes ingerem frutas, saladas, como tomate e alface, e legumes e verduras em um dia típico. Assim como poucas vezes ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, em dias típicos. Entretanto, frequentemente realizam pelo menos cinco refeições diárias e frequentemente consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica, além de normalmente sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.</p> <p>OU APRESENTAR ESTAS CARACTERÍSTICAS</p> <p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos estão no nível quase positivo e negativo nas dimensões psicossocial e comportamental, respectivamente. Dessa forma, atribuíram alguns aspectos positivos em uma dimensão, podendo apresentar as características abaixo:</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial do estilo de vida, os indivíduos frequentemente mantêm seus amigos por perto e frequentemente estão satisfeitos em seu relacionamento com as pessoas. Já com seu relacionamento familiar, sempre estão satisfeitos e poucas vezes se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual. Além disso, poucas vezes necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Estes indivíduos, frequentemente se sentem incluídos na sociedade, assim como frequentemente seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo e nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão. Além disso, neste nível, os indivíduos poucas vezes possuem dores,</p>

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria de resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

(Continuação)

Nível	Descrição
Quase Negativo	<p>como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e frequentemente eles costumam estar satisfeitos com o sono. Poucas vezes preocupam-se excessivamente ou desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Frequentemente pensam de forma positiva e otimista e poucas vezes se sentem estressados ou irritados. Além disso, frequentemente costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como frequentemente costumam se sentir satisfeitos com sua vida e poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.</p> <p>No que tange aos aspectos comportamentais do estilo de vida, apesar de se enquadrarem nos níveis mais baixos do estilo de vida, eles normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas. Poucas vezes os homens ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Além disso, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina. Porém, poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo 5 dias por semana. Estes indivíduos poucas vezes ingerem, em excesso, alimentos ricos em açúcar, porém frequentemente ingerem em excesso alimentos ricos em gordura e sal durante uma semana típica. Além disso, poucas vezes realizam pelos menos cinco refeições diárias e poucas vezes consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Estes indivíduos frequentemente costumam ingerir pelo menos dois litros de água por dia.</p>
Regular	<p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos podem se encontrar nos níveis negativos, quase positivo e positivo, nas dimensões do estilo de vida. Sendo assim, apresentam aspectos positivos em um componente e aspectos negativos em outro. Dessa forma, os indivíduos podem estar no nível negativo na dimensão psicossocial e positivo na dimensão comportamental, conforme as características abaixo:</p> <p>No que concerne a características e atitudes voltadas à dimensão psicossocial, os indivíduos poucas vezes mantêm seus amigos por perto e poucas vezes estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Entretanto, frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento familiar. Porém, frequentemente se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual, assim como frequentemente necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Assim como poucas vezes se sentem incluídos na sociedade e poucas vezes seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo. Porém, apesar disso, poucas vezes deixam de sair de casa em decorrência da sua visão. Além disso, esses indivíduos frequentemente possuem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e poucas vezes costumam estar satisfeitos com o sono. Assim como frequentemente preocupam-se excessivamente e frequentemente desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza, além de poucas vezes pensarem de forma positiva e otimista e frequentemente se sentirem estressados ou irritados. Esses indivíduos poucas vezes costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como poucas vezes costumam se sentir satisfeitos com sua vida. Apesar disso, poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.</p> <p>No que tange aos aspectos comportamentais do estilo de vida, os indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente não ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, assim como os homens normalmente não ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana. Além disso, os indivíduos buscam sempre fazer os exames de rotina. Em relação ao componente atividade física, os indivíduos sempre realizam atividades físicas moderadas, por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, e procuram sempre realizar atividades físicas vigorosas por pelo menos 30 minutos, no mínimo 5 dias por semana. Além disso, esses indivíduos procuram sempre realizar atividades de força muscular e frequentemente realizam atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade. Com relação ao comportamento alimentar, os indivíduos frequentemente ingerem frutas, legumes e verduras, assim como sempre ingerem saladas, como tomate e alface, em um dia típico.</p>

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria da resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

(Continuação)

Nível	Descrição
Regular	<p>Eles nunca ingerem, em excesso, alimentos ricos em açúcar, gordura e sal, em dias típicos, e sempre realizam pelos menos cinco refeições diárias, assim como sempre consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Além de sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.</p> <p>OU APRESENTAR ESTAS CARACTERÍSTICAS</p> <p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos podem se encontrar nos níveis quase positivo e em ambas as dimensões do estilo de vida.</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial do estilo de vida, os indivíduos frequentemente mantêm seus amigos por perto e frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Já com seu relacionamento familiar, sempre estão satisfeitos e poucas vezes se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual. Além disso, poucas vezes necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Estes indivíduos, frequentemente se sentem incluídos na sociedade, assim como frequentemente seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo e nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão. Além disso, neste nível, os indivíduos poucas vezes possuem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e frequentemente eles costumam estar satisfeitos com o sono. Assim como poucas vezes preocupam-se excessivamente ou desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Frequentemente pensam de forma positiva e otimista e poucas vezes se sentem estressados ou irritados. Além disso, frequentemente costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como frequentemente costumam se sentir satisfeitos com sua vida e poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.</p> <p>Em relação aos aspectos comportamentais do estilo de vida, esses indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana, assim como os homens normalmente nunca ingerem > 4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina. Além disso, os indivíduos poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, ou atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade. Mas, frequentemente, realizam atividades de força muscular. Já no comportamento alimentar, poucas vezes ingerem frutas, saladas, como tomate e alface, e legumes e verduras em um dia típico. Assim como poucas vezes ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, gordura e sal em dias típicos. Entretanto, frequentemente realizam pelo menos cinco refeições diárias e frequentemente consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica, além de normalmente sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.</p> <p>OU APRESENTAR ESTAS CARACTERÍSTICAS</p> <p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos podem se encontrar no nível positivo na dimensão psicossocial e negativo na dimensão comportamental do estilo de vida.</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial do estilo de vida, os indivíduos sempre procuram manter seus amigos por perto e estar sempre satisfeitos em seus relacionamentos com as pessoas e com seus familiares. Além disso, nunca se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual e nunca necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Além disso, sempre se consideram incluídos na sociedade e seu lazer sempre inclui encontros ou atividades em grupo. Além disso, nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão. Neste nível, além dos indivíduos sempre pensarem de forma positiva e otimista e sempre se sentirem satisfeitos com sua vida, eles normalmente nunca utilizam remédios sem prescrição médica e normalmente nunca sentem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite. Costumam sempre estar satisfeitos com o sono.</p>

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria da resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

(Continuação)

Nível	Descrição
Regular	<p>Normalmente eles nunca se preocupam excessivamente nem têm sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Além disso, nunca se sentem estressados ou irritados, mas sempre costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer.</p> <p>Com relação aos aspectos comportamentais do estilo de vida, esses indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas. Poucas vezes os homens ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião. Além disso, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina. Porém, poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana. Esses indivíduos poucas vezes ingerem, em excesso, alimentos ricos em açúcar, porém frequentemente ingerem em excesso alimentos ricos em gordura e sal durante uma semana típica. Além disso, poucas vezes realizam pelos menos cinco refeições diárias e poucas vezes consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Esses indivíduos frequentemente costumam ingerir pelo menos dois litros de água por dia.</p>
Quase Positivo	<p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos podem se encontrar no nível quase positivo na dimensão psicossocial e positivo na dimensão comportamental do estilo de vida.</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial do estilo de vida, os indivíduos frequentemente mantem seus amigos por perto e frequentemente estão satisfeitos com seu relacionamento com as pessoas. Já com seu relacionamento familiar, sempre estão satisfeitos e poucas vezes se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual. Além disso, poucas vezes necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Esses indivíduos frequentemente se sentem incluídos na sociedade, assim como frequentemente seu lazer inclui encontros ou atividades em grupo e nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão. Além disso, neste nível, os indivíduos poucas vezes possuem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite e frequentemente eles costumam estar satisfeitos com o sono. Assim como poucas vezes preocupam-se excessivamente ou desenvolvem sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Frequentemente pensam de forma positiva e otimista e poucas vezes se sentem estressados ou irritados. Além disso, frequentemente costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer, assim como frequentemente costumam se sentir satisfeitos com sua vida e poucas vezes utilizam algum medicamento sem indicação médica.</p> <p>No que tange aos aspectos comportamentais do estilo de vida, os indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente não ingerem >4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, assim como, os homens normalmente não ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana e, além disso, os indivíduos buscam sempre fazer os exames de rotina. Em relação ao componente atividade física, os indivíduos sempre realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, e procuram sempre realizar atividades físicas vigorosas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana. Além disso, esses indivíduos procuram sempre realizar atividades de força muscular e frequentemente realizam atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade. Com relação ao comportamento alimentar, os indivíduos frequentemente ingerem frutas, legumes e verduras, assim como sempre ingerem saladas, como tomate e alface, em um dia típico. Eles nunca ingerem, em excesso, alimentos ricos em açúcar, gordura e sal em dias típicos e sempre realizam pelos menos cinco refeições diárias, assim como sempre consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Além de sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.</p> <p>OU APRESENTAR ESTAS CARACTERÍSTICAS</p>

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria da resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

(Continuação)

Nível	Descrição
Quase Positivo	<p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos podem se encontrar no nível positivo na dimensão psicossocial e quase positivo na dimensão comportamental do estilo de vida.</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial do estilo de vida, os indivíduos sempre procuram manter seus amigos por perto e estar sempre satisfeitos em seus relacionamentos com as pessoas e com seus familiares. Além disso, nunca se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual e nunca necessitam do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Além disso, sempre se consideram incluídos na sociedade e seu lazer sempre inclui encontros ou atividades em grupo. Além disso, nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão. Neste nível, além dos indivíduos sempre pensarem de forma positiva e otimista e sempre se sentirem satisfeitos com sua vida, eles normalmente nunca utilizam remédios sem prescrição médica e normalmente nunca sentem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite. Costumam sempre estar satisfeitos com o sono. Normalmente eles nunca se preocupam excessivamente nem têm sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Além disso, nunca se sentem estressados ou irritados, mas sempre costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer.</p> <p>Em relação aos aspectos comportamentais do estilo de vida, esses indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente nunca ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana, assim como os homens normalmente nunca ingerem > 4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião e frequentemente têm o hábito de fazer exames de rotina. Além disso, os indivíduos poucas vezes realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, ou atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade. Mas frequentemente realizam atividades de força muscular. Já no comportamento alimentar, poucas vezes ingerem frutas, saladas, como tomate e alface, e legumes e verduras em um dia típico. Assim como poucas vezes ingerem em excesso alimentos ricos em açúcar, gordura e sal em dias típicos. Entretanto, frequentemente realizam pelo menos cinco refeições diárias e frequentemente consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica, além de normalmente sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.</p>
Positivo	<p>Neste nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, os indivíduos se encontram no nível positivo nas dimensões psicossocial e comportamental do estilo de vida.</p> <p>No que concerne aos aspectos voltados à dimensão psicossocial do estilo de vida, os indivíduos sempre procuram manter seus amigos por perto e estar sempre satisfeitos em seus relacionamentos com as pessoas e com seus familiares. Além disso, nunca se sentem deslocados ou isolados por terem a deficiência visual e nunca necessitam de suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária. Além disso, sempre se consideram incluídos na sociedade e seu lazer sempre inclui encontros ou atividades em grupo. Além disso, nunca deixam de sair de casa por causa da falta de visão. Neste nível, além dos indivíduos sempre pensarem de forma positiva e otimista e sempre se sentirem satisfeitos com sua vida, eles normalmente nunca utilizam remédios sem prescrição médica e normalmente nunca sentem dores, como: dor de cabeça, enxaqueca, úlcera ou gastrite. Costumam sempre estar satisfeitos com o sono. Normalmente eles nunca se preocupam excessivamente nem têm sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração e tristeza. Além disso, nunca se sentem estressados ou irritados, mas sempre costumam equilibrar o tempo dedicado a obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer.</p> <p>No que tange aos aspectos comportamentais do estilo de vida, os indivíduos normalmente não fumam ou andam com amigos que utilizam drogas ilícitas, os homens normalmente não ingerem > 4 doses e as mulheres ≥ 3 doses de bebida alcoólica em uma única ocasião, assim como os homens normalmente não ingerem ≥ 14 doses e as mulheres ≥ 7 doses de bebidas alcoólicas em uma semana e, além disso, os indivíduos buscam sempre fazer os exames de rotina. Em relação ao componente atividade física, os indivíduos sempre realizam atividades físicas moderadas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana, e procuram sempre realizar atividades</p>

Quadro 7. Interpretação por meio da teoria da resposta ao item dos níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil.

Nível	Descrição
Positivo	físicas vigorosas por pelo menos 30 minutos, no mínimo cinco dias por semana. Além disso, esses indivíduos procuram sempre realizar atividades de força muscular e frequentemente realizam atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade. Com relação ao comportamento alimentar, os indivíduos frequentemente ingerem frutas, legumes e verduras, assim como sempre ingerem saladas, como tomates e alfaces em um dia típico. Eles nunca ingerem, em excesso, alimentos ricos em açúcar, gordura e sal em dias típicos e sempre realizam pelos menos cinco refeições diárias, assim como sempre consideram que se alimentam adequadamente em uma semana típica. Além de sempre ingerirem pelo menos dois litros de água por dia.

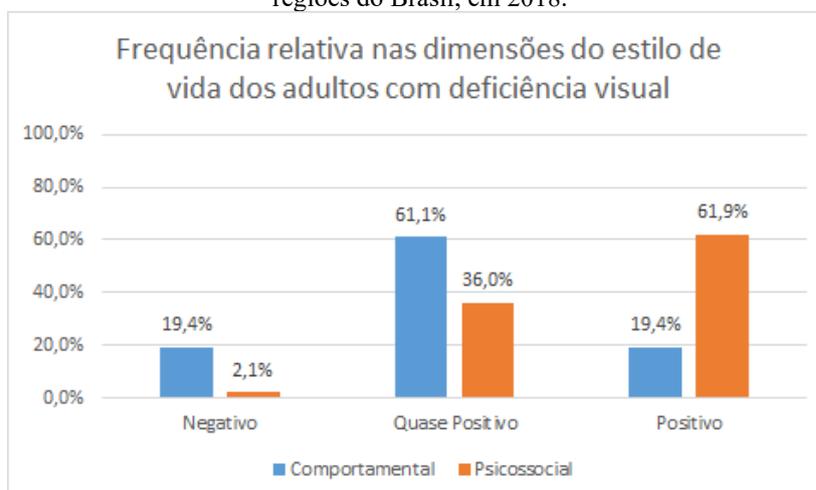
(Conclusão)

Fonte: o autor

4.4 PERFIL DO ESTILO DE VIDA DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL POR MEIO DA TEORIA DA RESPOSTA AO ITEM.

O perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual foi obtido a partir da interpretação dos dados das dimensões psicossocial e comportamental. Aproximadamente 19% dos indivíduos apresentaram comportamento negativo na dimensão comportamental, enquanto esses números, na dimensão psicossocial, foram de apenas 2%, aproximadamente. Já no nível mais alto das dimensões, esses números se inverteram. Apenas 19% apresentaram comportamento positivo na dimensão comportamental, enquanto 62% estão no nível positivo da dimensão psicossocial. Entretanto, a grande maioria está no nível quase positivo, na dimensão comportamental (61%), conforme apresentado na Figura 13.

Figura 13. Frequência relativa nas dimensões do estilo de vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.



Fonte: o autor

Apesar de serem instrumentos diferentes, os achados se assemelham aos estudados no trabalho de Hung et al. (2018), que, nos componentes da atividade física e nutrição, encontraram as menores pontuações para o estilo de vida, mas nas subescalas de relacionamento interpessoal e crescimento espiritual apresentaram as maiores pontuações. Esses dados são corroborados pelo estudo de Boerner e Cimarolli (2005), sobre a importância das diferentes metas de vida para o bem-estar dos adultos com deficiência visual, que classificaram os relacionamentos como sendo importantes, independente do grau de perda visual do indivíduo. Entretanto, entre aqueles que possuem uma perda visual severa, as questões relacionadas ao aspecto financeiro e laboral detêm maior importância.

Hung et al. (2018) ainda afirmam que a deficiência visual frequentemente limita o acesso aos locais de prática de exercícios, assim como a possibilidade de fazê-lo ao ar livre, sendo necessário, em alguns momentos, o auxílio de voluntários para proporcionar um ambiente seguro, assim como ocorre no aspecto nutricional, com a limitação na capacidade de acessar alimentos, ler rótulos, preparar comida.

Em um estudo longitudinal, acompanhando 4.926 pessoas na linha de base, com idades entre 43 e 86 anos, finalizando com 1.913, no ano de 2010, realizado por Klein et al. (2014), constatou-se que comportamentos modificáveis, como ingestão de álcool, tabagismo e prática de atividade física, estão associados a mudanças na visão ao longo do tempo. Esse achado vai ao encontro dos resultados obtidos por Nam et al. (2015), que realizaram um estudo transversal com aproximadamente 15.000 indivíduos na Coreia do Sul, e o tabagismo se apresentou correlacionado ao surgimento de cataratas em homens e mulheres.

Apenas 120 (14%) indivíduos encontram-se no nível mais alto do estilo de vida (positivo), porém 358 indivíduos (41,7%) encontram-se no nível quase positivo. Já nos níveis negativos do estilo de vida, foram 77 pessoas (8,1% quase negativo e 0,8% negativo), enquanto 304 indivíduos estão no nível regular do estilo de vida (35,4%). Conforme alertado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2013), esse baixo número de pessoas com estilo de vida positivo pode decorrer do fato de os indivíduos serem altamente vulneráveis, pois a deficiência visual limita o acesso à informação sobre saúde, assim como a capacidade de adotar um estilo de vida saudável. Isto é, são indivíduos que podem ter dificuldades em ler informações em vários meios eletrônicos e em mídia impressa, como folhetos, panfletos, revistas, jornais. Na Tabela 25, estão descritos os níveis do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, estratificados pelas variáveis sociodemográficas.

Tabela 25. Nível de estilo de vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018, estratificado por variáveis sociodemográficas.

Variável		Negativo	Quase Negativo	Regular	Quase Positivo	Positivo
Sexo	Masculino	3 (0,5%)	49 (8,3%)	203 (34,6%)	256 (43,6%)	76 (12,9%)
	Feminino	4 (1,5%)	21 (7,7%)	101 (37,1%)	102 (37,5%)	44 (16,2%)
Faixa Etária	Adultos Jovens	4 (0,7%)	48 (8,2%)	200 (34,2%)	251 (43,0%)	81 (13,9%)
Região	Meia Idade Sul	3 (1,1%)	22 (8,0%)	104 (37,8%)	107 (38,9%)	39 (14,2%)
	Sudeste	2 (0,9%)	16 (7,6%)	93 (44,1%)	76 (36,0%)	24 (11,4%)
	Centro Oeste	2 (0,7%)	17 (5,7%)	106 (35,5%)	120 (40,1%)	54 (18,1%)
	Norte	1 (0,7%)	10 (7,3%)	39 (28,5%)	66 (48,2%)	21 (15,3%)
	Nordeste	0 (0,0%)	6 (14,3%)	12 (28,6%)	22 (52,4%)	2 (4,8%)
Estudando	Não	2 (1,2%)	21 (12,4%)	54 (31,8%)	74 (43,5%)	19 (11,2%)
	Sim	4 (0,6%)	57 (8,5%)	241 (35,9%)	280 (41,7%)	89 (13,3%)
Escolaridade	Analfabeto	3 (1,6%)	13 (7,0%)	63 (33,7%)	77 (41,2%)	31 (16,6%)
	Fundamental Incompleto	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)
	Fundamental Completo	0 (0,0%)	15 (15,3%)	38 (38,8%)	38 (38,8%)	7 (7,1%)
	Médio Incompleto	1 (2,3%)	2 (4,5%)	14 (31,8%)	18 (40,9%)	9 (20,5%)
	Médio Completo	0 (0,0%)	11 (11,1%)	33 (33,3%)	48 (48,5%)	7 (7,1%)
	Superior Incompleto	2 (0,6%)	23 (6,6%)	121 (34,7%)	150 (43,0%)	53 (15,2%)
	Superior Completo	3 (2,5%)	11 (9,1%)	37 (30,6%)	48 (39,7%)	22 (18,2%)
	Pós-Graduação	0 (0,0%)	5 (4,7%)	38 (35,8%)	46 (43,4%)	17 (16,0%)
	Solteiro	0 (0,0%)	3 (7,5%)	23 (57,5%)	10 (25,0%)	4 (10,0%)
	Casado	3 (0,7%)	24 (5,8%)	152 (36,5%)	182 (43,6%)	56 (13,4%)
Situação Conjugal	Vive com companheiro(a)	3 (1,3%)	18 (8,0%)	80 (35,6%)	87 (38,7%)	37 (16,4%)
	Separado	1 (0,6%)	26 (15,7%)	52 (31,3%)	71 (42,8%)	16 (9,6%)
	Viúvo	0 (0,0%)	1 (2,2%)	18 (39,1%)	17 (37,0%)	10 (21,7%)
	Sozinho	0 (0,0%)	1 (20,0%)	2 (40,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)
Com quem mora?	Família	0 (0,0%)	5 (4,6%)	37 (34,3%)	49 (45,4%)	17 (15,7%)
	Outras pessoas	6 (1,1%)	35 (6,3%)	203 (36,7%)	224 (40,5%)	85 (15,4%)
	Função remunerada ou recebe benefício	1 (0,5%)	30 (15,2%)	64 (32,5%)	84 (42,6%)	18 (9,1%)
Faixa de renda	Não	7 (0,9%)	65 (8,0%)	287 (35,3%)	339 (41,7%)	115 (14,1%)
	Sim	0 (0,0%)	5 (10,9%)	17 (37,0%)	19 (41,3%)	5 (10,9%)
	Até um salário mínimo	5 (1,2%)	35 (8,4%)	152 (36,3%)	179 (42,7%)	48 (11,5%)
	Um a três salários mínimos	1 (0,4%)	24 (8,8%)	89 (32,7%)	113 (41,5%)	45 (16,5%)
	Três a cinco salários mín.	1 (1,2%)	6 (7,1%)	29 (34,5%)	34 (40,5%)	14 (16,7%)
	Acima cinco salários mín. Não possui renda	0 (0,0%)	0 (0,0%)	17 (44,7%)	12 (31,6%)	9 (23,7%)
		0 (0,0%)	5 (11,1%)	17 (37,8%)	19 (42,2%)	4 (8,9%)

Fonte: o autor

Os resultados apontados na Tabela 25 e discutidos desse ponto em diante não devem ser interpretados e extrapolados para a população de adultos com deficiência visual, mas apenas para este estudo, visto que sua amostra não foi aleatória, mas, sim, por conveniência, e ela não pode ser generalizada para essa população.

Dentre as variáveis sociodemográficas apresentadas na Tabela 25, os indivíduos da região Norte e Nordeste apresentaram um percentual maior nos níveis mais baixos (negativo e quase negativo) do estilo de vida, e os indivíduos da região Centro Oeste e Sudeste apresentaram o percentual maior dos níveis mais altos (quase positivo e positivo) do estilo de vida. Porém, em relação à escolaridade, aqueles que não terminaram o Ensino Fundamental apresentaram os maiores percentuais dos níveis mais baixos do estilo de vida, mas aqueles que o completaram detêm o maior percentual para os níveis mais elevados do estilo de vida.

Os níveis estratificados pelas características visuais estão descritos na Tabela 26. Os indivíduos que adquiriram a deficiência visual durante a infância ou a adolescência apresentaram os menores percentuais nos níveis mais baixos do estilo de vida (negativo e quase negativo) e os maiores percentuais nos níveis mais altos (quase positivo e positivo) do estilo de vida. Nos níveis mais altos, há também um percentual maior dos indivíduos que possuem a deficiência entre quatro e dez anos.

Tabela 26. Nível de estilo de vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018, estratificado por variáveis referentes às características visuais.

Variável		Negativo	Quase Negativo	Regular	Quase Positivo	Positivo
Origem da deficiência	Congênito	5 (1,0%)	43 (8,8%)	182 (37,5%)	202 (41,6%)	53 (10,9%)
	Infância e adolescência	0 (0,0%)	12 (5,8%)	65 (31,6%)	94 (45,6%)	35 (17,0%)
	Adulto	2 (1,2%)	15 (8,9%)	57 (33,9%)	62 (36,9%)	32 (19,0%)
Tempo que possui a deficiência	Até 1 ano	0 (0,0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	>1 e ≤3 anos	0 (0,0%)	1 (5,3%)	5 (26,3%)	10 (52,6%)	3 (15,8%)
	≥4 e ≤10 anos	2 (2,5%)	5 (6,3%)	22 (27,5%)	34 (42,5%)	17 (21,3%)
	≥11 e ≤20 anos	0 (0,0%)	18 (8,3%)	75 (34,4%)	99 (45,4%)	26 (11,9%)
	≥21 anos	5 (0,9%)	45 (8,3%)	201 (37,2%)	215 (39,8%)	74 (13,7%)
Resíduo Visual	Sim	3 (0,8%)	30 (8,5%)	128 (36,2%)	141 (39,8%)	52 (14,7%)
	Não	4 (0,8%)	40 (7,9%)	176 (34,9%)	217 (43,0%)	68 (13,5%)

Fonte: o autor

Ao estratificar os indivíduos em atletas e não atletas, observou-se que, entre os atletas, aproximadamente 6% (n=38) encontram-se nos níveis negativos; 33,3% (n=213) apresentam um estilo de vida regular. A maioria se encontra no nível quase positivo do estilo de vida (45,6% - n=292) e apenas 15,2% (97) encontram-se no nível positivo do estilo de vida. Porém, entre os não atletas, aproximadamente 18% (n=39) estão nos níveis negativos do estilo de vida; 41,6% (n=91) estão no nível regular; 30,1% (n=66) estão no nível quase positivo e apenas 10,5% (n=23) estão no nível positivo do estilo de vida.

Quando se estratificam os indivíduos em sedentários (não praticam nenhum tipo de atividade física regular), insuficientemente ativos (praticam atividade física regular, porém não cumprem as recomendações mínimas da OMS) e ativos (cumprem as recomendações da OMS), identifica-se que os indivíduos sedentários possuem o maior percentual nos níveis mais baixos do estilo de vida (negativo n=6; 5,4% e quase negativo n=28; 25,2%) e os menores percentuais nos níveis mais altos do estilo de vida (quase positivo n=19; 17,1% e positivo n=7; 6,3%), enquanto os ativos possuem o menor percentual entre os níveis mais baixos (negativo n=1; 0,3% e quase negativo n=12; 3,2%) e os maiores percentuais nos níveis mais altos do estilo de vida (quase positivo n=187; 49,2% e positivo n=82; 21,6%). Já os insuficientemente ativos estão com os percentuais mais próximos dos ativos do que dos indivíduos sedentários. Nos níveis mais baixos do estilo de vida (negativo n=0; 0,0% e quase negativo n=30; 8,2%) e nos níveis mais altos do estilo de vida (quase positivo n=152; 41,3% e positivo n=31; 8,4%), esse grupo não possui ninguém no nível negativo do estilo de vida, diferentemente dos ativos, que possuem um indivíduo neste nível.

4.5 ASSOCIAÇÃO DO ESTILO DE VIDA E FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ESTADO NUTRICIONAL E CARACTERÍSTICAS DA VISÃO DOS ADULTOS COM DEFICIÊNCIA VISUAL

As Tabelas 27 e 28 se referem às análises de regressão logística multinomial, bruta e ajustada, respectivamente, entre o estilo de vida, fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da visão. O nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nesta análise de associação foi estratificado em três categorias, sendo os níveis “negativo e quase negativo” em “negativo”, o nível regular se manteve como regular e os níveis “quase positivo e positivo” em positivo.

Na análise bruta, foram encontradas associações entre o estilo de vida e as variáveis: ser ou não ser um atleta; nível de atividade física; região e situação conjugal. Os atletas têm 4,48 vezes mais chances (IC95%=2,71-7,41) de possuir um estilo de vida positivo, comparando-se com aqueles não são atletas e que apresentam estilo de vida negativo.

Com relação ao nível de atividade física, os sedentários apresentam 97% e os insuficientemente ativos 71% menos chances do que os ativos de terem um estilo de vida positivo. Porém, com relação à região onde residem, os adultos com deficiência visual da região Sudeste apresentam 2,26 vezes mais chances de adotar um estilo de vida positivo do que aqueles que moram na região Nordeste.

Outra variável que se mostrou associada ao estilo de vida dos adultos com deficiência visual foi a situação conjugal. Ou seja, aqueles indivíduos que não possuem um companheiro(a) possuem 2,09 vezes mais chance de terem um estilo de vida positivo.

Nenhuma variável das características visuais, assim como o indicador relacionado à saúde (IMC), apresentou associação com o nível do estilo de vida dos adultos com deficiência visual na análise bruta.

Tabela 27. Análise bruta da regressão logística multinomial entre o estilo de vida e fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.
(Continua)

Variável	Regular vs Negativa		Positivo vs Negativa		Valor p
	RC	IC (95%)	RC	IC (95%)	
Atleta					<0,001
Sim	2,40	(1,44; 4,00)	4,48	(2,71-7,41)	
Não	1,00	-	1,00	-	
Nível AF					<0,001
Sedentário	0,20	(0,09; 0,41)	0,03	(0,01; 0,08)	
Insuficientemente Ativo	0,68	(0,34; 1,37)	0,29	(0,15; 0,58)	
Ativo	1,00		1,00		
Sexo					0,726
Masculino	0,96	(0,56-1,64)	1,09	(0,65-1,83)	
Feminino	1,00	-	1,00	-	
Faixa Etária					0,562
Adultos Jovens	0,92	(0,54-1,57)	1,09	(0,65-1,83)	
Meia Idade	1,00	-	1,00	-	
Região					0,014
Sul	2,20	(1,09-4,44)	1,37	(0,69-2,71)	
Sudeste	2,37	(1,19-4,74)	2,26	(1,17-4,37)	
Centro Oeste	1,51	(0,66-3,45)	1,95	(0,90-4,24)	
Norte	0,85	(0,28-2,54)	0,99	(0,36-2,70)	
Nordeste	1,00	-	1,00	-	
Estudante					0,797
Sim	1,00	(0,54-1,86)	0,89	(0,49-1,62)	
Não	1,00	-	1,00	-	

Tabela 27. Análise bruta da regressão logística multinomial entre o estilo de vida e fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Variável	Regular vs Negativa		Positivo vs Negativa		(Conclusão)
	RC	IC (95%)	RC	IC (95%)	Valor p
Escolaridade					0,802
≤ 11 anos	0,84	(0,48-1,45)	0,90	(0,53-1,53)	
≥12 anos	1,00	-	1,00	-	
Situação Conjugal					0,008
Sem companheiro (a)	2,15	(1,29-3,60)	2,09	(1,27-3,43)	
Com companheiro (a)	1,00	-	1,00	-	
Exerce função remunerada?					0,850
Sim	1,17	(0,42-3,28)	1,31	(0,48-3,55)	
Não	1,00	-	1,00	-	
Origem da deficiência					0,114
Congênito	1,13	(0,60-2,12)	0,96	(0,52-1,75)	
Infância e adolescência	1,61	(0,71-3,69)	1,94	(0,88-4,26)	
Adulto	1,00	-	1,00	-	
Resíduo Visual					0,851
Sim	0,97	(0,58-1,61)	0,90	(0,55-1,47)	
Não	1,00	-	1,00	-	
IMC					0,180
Abaixo do peso	0,19	(0,04-0,87)	0,30	(0,08-1,06)	
Peso recomendável	1,09	(0,65-1,84)	1,25	(0,76-2,08)	
Sobrepeso e Obesidade	1,00	-	1,00	-	

IMC = Índice de Massa Corporal; RC = Razão de Chances; IC95% = Intervalo de Confiança * $p \leq 0,05$;

--- = apresentou erro durante a análise;

Categoria de referência = Estilo de Vida Negativo

Fonte: o autor

Quando ajustado para todas as variáveis utilizadas nessa regressão, a variável ser atleta não apresentou associação com o estilo de vida. Porém, além de se manterem associadas, as variáveis nível de atividade física, região e situação conjugal e as variáveis sexo e faixa etária apresentaram associação com o estilo de vida, conforme apresentado na Tabela 28.

Nessa amostra, grande parte dos indivíduos foram consideradas como atletas, por participarem das competições esportivas organizadas pela confederação. O esporte para as pessoas com deficiência, segundo Gorgatti et al. (2008), passou por grandes mudanças nas duas últimas décadas, principalmente em relação ao seu enfoque. Em sua pesquisa, em 2008, os autores encontraram, nos atletas, uma tendência maior para o estabelecimento de metas pessoais, visando, acima de tudo, superar as limitações internas e, conseqüentemente, propiciar alternativas que levem a uma evolução pessoal. Dessa forma, embora o esporte adaptado tenha atingido status competitivos, eles enfatizam que, para muitos praticantes, as motivações para adesão e aderência às modalidades não estão relacionadas a fatores ligados a conquistas e vitórias na modalidade.

Essa constatação vai ao encontro dos achados desta pesquisa, pois, 3/4 dos indivíduos foram considerados atletas, e a variável ser fisicamente ativo está associada com o estilo de vida positivo dos indivíduos. Entretanto, quando realizada a análise ajustada, o fato de o indivíduo ser atleta não se mostrou associado ao estilo de vida. Ou seja, não apresentou diferença entre aqueles que são atletas, daqueles que não são atletas, no que concerne um estilo de vida positivo.

O fato de o indivíduo estar participando de competições esportivas não significa que irá aderir a um estilo de vida positivo. Haiachi et al. (2016) fizeram uma reflexão acerca da carreira dos atletas paralímpicos. A trajetória do esporte na vida de indivíduos com deficiência sofreu uma série de mudanças ao longo da vida. Iniciou-se com enfoque terapêutico e educacional; é utilizado como ferramenta de reabilitação; tem sua contribuição nos aspectos sociais; é utilizado com viés de melhora da saúde e, por fim, sua finalidade enquanto esporte de alto rendimento.

Os atletas que possuem algum tipo de deficiência, diferente daqueles atletas sem deficiência, em muitos momentos nunca praticaram algum esporte ao longo da sua vida. Porém, após adquirir a deficiência, encontraram na prática regular da atividade física e conseqüentemente no esporte uma possibilidade em deixar de ser o indivíduo com deficiência, e sim um atleta. Segundo Rubio (2002), o atleta tem sido transfigurado como um verdadeiro herói, sendo que as quadras, campos, piscinas e pistas simbolizam campos de batalhas nos dias de notáveis competições.

Esse novo olhar da sociedade diante da diferença proporcionou uma nova realidade para esses indivíduos. Porém, a prática da atividade física regular, ou do esporte, tem sido confundida, em muitos momentos, com a prática competitiva de alto rendimento. Conforme afirma Valle (2003), o atleta de alto rendimento deverá adequar-se a rotinas de treinamento, controle nutricional e psicológico, pois o elevado nível das competições exige dedicação, seriedade e disciplina.

Os resultados encontrados nesta pesquisa demonstram, entretanto, que não houve diferença entre atletas e não atletas em adotarem um estilo de vida positivo. Esses achados contextualizam o cenário atual do esporte para as pessoas com deficiência visual, em que há indivíduos que assumem a postura de atletas, se dedicam e adotam atitudes e comportamentos positivos, apresentando cuidados com a alimentação, sono, consumo de álcool, entre outros. Além disso, para a melhora do rendimento, tanto quanto aos aspectos físicos, técnicos e táticos, destaca-se a importância das questões psicossociais para esses atletas suportarem os diferentes contextos dentro dos treinamentos e competições que participam. Assim como para aqueles

indivíduos que participam dos eventos esportivos com outros objetivos, conforme apresentado por Haiachi et al. (2016), em busca de uma prática regular para sua saúde, para estar com seus pares, buscando uma vinculação social, inclusive para aqueles que procuram o esporte como uma ferramenta terapêutica ou de reabilitação.

Independente do objetivo desses indivíduos participantes de eventos esportivos, é importante que sejam fisicamente ativos (98% mais chance de adotarem estilo de vida positivo do que os sedentários e 74% a mais de chance do que os indivíduos insuficientemente ativos). Assim, aproveitam-se dos benefícios que a participação em competições esportivas atreladas à prática regular de atividade física poderá proporcionar. Isso tudo contribui significativamente na área da saúde e na adoção de um estilo de vida positivo, combatendo diretamente o sedentarismo, a obesidade e os fatores de risco associados a isso.

Tabela 28. Análise ajustada da regressão logística multinomial entre o estilo de vida e fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Variável	Regular vs Negativa		Positivo vs Negativa		Valor p
	RC	IC (95%)	RC	IC (95%)	
Atleta					0,788
Sim	1,31	(0,57-3,00)	1,18	(0,52-2,71)	
Não	1,00	-	1,00	-	
Nível AF					<0,001
Sedentário	0,15	(0,05-0,42)	0,02	(0,01-0,07)	
Insuficientemente Ativo	0,62	(0,30-1,28)	0,26	(0,13-0,53)	
Ativo	1,00	-	1,00	-	
Sexo					0,054
Masculino	0,55	(0,29-1,06)	0,46	(0,24-0,89)	
Feminino	1,00	-	1,00	-	
Faixa Etária					0,033
Adultos Jovens	0,47	(0,24-0,94)	0,41	(0,20-0,81)	
Meia Idade	1,00	-	1,00	-	
Região					0,021
Sul	2,33	(1,07-5,08)	1,53	(0,70-3,36)	
Sudeste	2,26	(1,07-4,75)	2,20	(1,05-4,59)	
Centro Oeste	1,92	(0,77-4,74)	2,52	(1,03-6,13)	
Norte	0,59	(0,18-1,90)	0,56	(0,18-1,68)	
Nordeste	1,00	-	1,00	-	
Estudante					0,769
Sim	0,96	(0,45-2,03)	0,84	(0,40-1,77)	
Não	1,00	-	1,00	-	
Escolaridade					0,925
≤ 11 anos	0,96	(0,45-2,03)	0,90	(0,48-1,69)	
≥12 anos	1,00	-	1,00	-	
Situação Conjugal					0,009
Sem companheiro (a)	2,50	(1,37-4,53)	2,14	(1,18-3,87)	
Com companheiro (a)	1,00	-	1,00	-	

Tabela 28. Análise ajustada da regressão logística multinomial entre o estilo de vida e fatores sociodemográficos, estado nutricional e características da vida dos adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, em 2018.

Variável	Regular vs Negativa		Positivo vs Negativa		(Conclusão)
	RC	IC (95%)	RC	IC (95%)	Valor p
Exerce função remunerada?					0,861
Sim	1,37	(0,44-4,20)	1,34	(0,44-4,11)	
Não	1,00	-	1,00	-	
Origem da deficiência					0,802
Congênito	1,04	(0,51-2,12)	0,88	(0,43-1,81)	
Infância e adolescência	1,20	(0,47-3,06)	1,23	(0,49-3,09)	
Adulto	1,00	-	1,00	-	
Resíduo Visual					0,858
Sim	1,07	(0,61-1,88)	0,98	(0,56-1,72)	
Não	1,00	-	1,00	-	
IMC					0,291
Abaixo do peso	0,16	(0,03-0,88)	0,25	(0,53-1,20)	
Peso recomendável	0,91	(0,51-1,62)	1,04	(0,59-1,83)	
Sobrepeso e Obesidade	1,00	-	1,00	-	

IMC = Índice de Massa Corporal; RC = Razão de Chances; IC95% = Intervalo de Confiança * $p \leq 0,05$;

--- = apresentou erro durante a análise;

Categoria de referência = Estilo de Vida Negativo

Fonte: o autor

Em relação ao sexo, após o ajuste, os homens passaram a ter 54% menos chances do que as mulheres de apresentar um estilo de vida positivo. Esses dados vão ao encontro de pesquisas com pessoas sem deficiência, em que as mulheres apresentam uma prevalência superior aos homens no que concerne a um estilo de vida saudável (FERRARI et al., 2017). Em um estudo epidemiológico, com aproximadamente 64.000 indivíduos, Malta et al. (2015) encontraram uma prevalência maior entre as mulheres para comportamentos positivos, no que se refere à alimentação, consumo abusivo de álcool e utilização de tabaco. Entretanto, os homens apresentaram maiores prevalências de prática de atividade física regular e menor tempo de comportamento sedentário.

Os indivíduos considerados adultos jovens, para esta pesquisa (entre 18 e 39 anos), possuem 59% menos chances de adotarem um estilo de vida positivo, quando comparados aos indivíduos entre 40 e 59 anos (meia-idade). Esse achado é muito positivo ao se refletir sobre as atitudes e comportamentos dos adultos com deficiência visual, em relação ao seu estilo de vida. Conforme Nahas (2017) afirma, há fatores positivos e negativos no estilo de vida, comprovando-se cientificamente sua relação com a saúde e o bem-estar a curto ou longo prazo, principalmente a partir da meia-idade (40 a 59 anos), pois a mobilidade, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas estão diretamente associadas aos fatores do estilo de vida.

Malta et al. (2015) encontraram em seu estudo populacional, baseado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, que os adultos entre 40 e 59 anos possuem maior prevalência de consumo de frutas e hortaliças, cinco ou mais vezes por semana, assim como menor ingestão de carnes com excesso de gordura ou sucos artificiais e refrigerantes, bem como possuem menor prevalência para o consumo abusivo de álcool. Apesar desses indivíduos apresentarem menor prevalência para assistir TV, três horas ou mais por dia, eles praticam menos atividades físicas no tempo livre, e são mais insuficientemente ativos do que os indivíduos considerados adultos jovens.

Outra variável que se manteve associada refere-se à região, sendo que os indivíduos que vivem na região Centro-Oeste são os que possuem mais chances de terem um estilo de vida positivo entre todas as regiões, apresentando 2,52 vezes mais chances de terem tal estilo de vida, quando comparados com indivíduos da região Nordeste. Já os indivíduos da região Sudeste, possuem 2,20 vezes mais chances de adotarem um estilo de vida positivo em relação aqueles que vivem na região Nordeste. Uma diferença de 32% entre estas regiões e a região Nordeste. Em um estudo epidemiológico com 60.000 indivíduos, aproximadamente, avaliando apenas a prática de atividade física no lazer, Mielke et al. (2015) constataram uma diferença muito pequena entre as regiões, porém houve maior prevalência da prática de atividade física voltada ao lazer na região Sudeste.

Os dados encontrados no inquérito populacional da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, apresentam pontos positivos e negativos nas diferentes regiões do Brasil, tais como: na região Centro-Oeste (43,9%), apresentam um maior percentual de consumo de frutas e hortaliças; na região Nordeste (28,2%), a menor. Entretanto, quando a referência é o consumo de carne ou frango com excesso de gordura e a ingestão de refrigerantes ou sucos artificiais, esses percentuais se invertem, sendo 29,7% e 16,8% na região Nordeste e 45,7% e 27,7% na região Centro-Oeste, respectivamente (IBGE, 2015b). Outro dado importante encontrado neste estudo, que corrobora os achados da presente pesquisa, refere-se ao consumo de bebida alcoólica, sendo que indivíduos da região Norte apresentam uma frequência de 18,8%, enquanto na região Sul esse percentual aumenta para 28,4%. Com relação à prática de atividade física no lazer, a região Sul apresentou 21,5%, enquanto a região Centro-Oeste tem um percentual de 24,1%, tendo a região Norte a menor proporção de mulheres (15,4%) e a maior proporção de homens (29,3%) praticantes. Já a utilização do tabaco, a PNS (2013)

encontrou uma maior prevalência na região Sul (16,1%), e menor na região Norte (13,4%) (IBGE, 2015b).

Com esses dados, é possível observar a adoção de comportamentos positivos em algumas regiões, assim como outros comportamentos negativos na mesma região. Este estudo identificou a adoção do estilo de vida positivo maior entre indivíduos da região Centro-Oeste e menor na região Norte e Nordeste. Porém, além da peculiaridade cultural de cada região, neste país considerado continental, para traçar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual nas diferentes regiões do Brasil, além das variáveis mencionadas anteriormente, outros componentes foram explorados para determinar este domínio (estilo de vida) nessa população.

Além da dimensão comportamental, a presente pesquisa explorou também a dimensão psicossocial dessa população. Na Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, a região Nordeste foi a que apresentou maior frequência de indivíduos que relataram possuir um grau intenso ou muito intenso de limitação para realizar as atividades habituais, com 20,8%, bem diferente da região Norte, que apresentou a menor frequência, com 12,1% (IBGE, 2015a). Segundo Santos e Freitas (2019), os processos psicossociais de aquisição da deficiência foram permeados tanto por sentimentos negativos relacionados à angústia e à depressão, bem como por reações mais harmônicas e de valorização da vida. Dessa forma, a diversidade de experiências revela pontos de vista positivo e negativo, que as autoras mencionam serem reflexos da combinação específica dos aspectos que integram a vida de cada um e são impossíveis de serem padronizados.

Outro aspecto importante elencado pelas autoras é o tempo decorrido da aquisição da deficiência. Apesar de não apresentar associação com o estilo de vida positivo em ambas as dimensões, no aspecto psicossocial as autoras afirmam que quanto maior o tempo decorrido da aquisição da deficiência, melhor é a análise que a pessoa faz de sua vida, pós-aquisição, pois, além de estar mais bem adaptada aos ambientes, há o fato de as pessoas de maior convivência lidarem de forma mais natural com a pessoa com deficiência.

Indivíduos que não possuem um companheiro(a) apresentam 2,14 vezes mais chances de apresentarem um estilo de vida positivo, quando comparados àqueles que possuem companheiro(a). Segundo Costa e Mosmann (2015), as mudanças sociais, econômicas e culturais irão repercutir em alguma medida nas relações conjugais. Essas alterações podem ser por um período de transição, mas não necessariamente será positiva ou negativa.

Zanchetta et al. (2010), em um estudo para identificar a prevalência de inatividade física e fatores associados, realizado com aproximadamente dois mil adultos (18 a 59 anos), em São Paulo, encontrou maior prevalência de inatividade física entre os indivíduos que possuem companheiro(a). Resultados semelhantes ao encontrado por Pitanga et al. (2014) em um estudo sobre a prevalência de atividade física no tempo livre, tendo os indivíduos solteiros ou separados adotado comportamentos mais positivos nesse componente do estilo de vida. Entretanto em indivíduos com deficiência visual, no estudo de Scherer, Karasiak e Borgatto (2018), com uma amostra de 168 indivíduos, não foi encontrada associação entre a prática regular de atividade física e a situação conjugal dos indivíduos. Contudo, a frequência de atividade física regular se mostrou mais presente entre aqueles que possuíam um companheiro(a).

Morgado et al. (2013) encontraram barreiras sociais, ambientais e pessoais para a prática regular de atividade física. Essas barreiras transcendem a acessibilidade arquitetônica, também relatada, porém com um impacto muito mais psicossocial, em virtude do relacionamento familiar e do despreparo dos professores, assim como aspectos pessoais de baixa estima, como o sentimento de exclusão nas aulas de Educação Física, durante a infância, e déficits em orientação espacial e coordenação motora. Esses autores afirmam, ainda, a grande importância das famílias fornecerem suporte necessário para a adoção de atitudes que incentivem, motivem e possibilitem um estilo de vida mais ativo por parte desse segmento populacional. Acrescentando, Marmeleira et al. (2018) relataram que, além de barreiras psicossociais, as barreiras ambientais e o baixo poder econômico como problemas encontrados para a pouca adesão à prática de atividade física regular por parte das pessoas com deficiência visual. Esse despreparo social, no que concerne à acessibilidade arquitetônica e atitudinal, poderá contribuir, de forma negativa, na adesão e aderência de um estilo de vida positivo dos adultos com deficiência visual.

Apesar das variáveis relacionadas às características visuais dos indivíduos não apresentarem associação com o estilo de vida nessa amostra, aqueles adultos que adquiriram a deficiência visual de forma congênita ou na fase adulta apresentam uma frequência maior para o estilo de vida nos níveis mais baixos (negativo e quase positivo), aos que adquiriram ao longo de sua infância ou adolescência.

Esses resultados podem ser decorrentes desses indivíduos, nessa faixa etária, já terem enxergado e tido oportunidades de um melhor desenvolvimento físico, social e cognitivo, além

de estarem em um processo de aprendizagem em que instituições de reabilitação contribuem de forma significativa para o desenvolvimento pleno do indivíduo. Em contrapartida, os adultos que adquiriram essa deficiência durante a fase adulta apresentam menos chances do que aqueles acometidos desde a infância ou adolescência, em decorrência de ser algo novo, ou por não aceitarem a condição, ou ainda não estarem completamente adaptados com a deficiência visual, impossibilitando-lhes a independência e autonomia de forma plena. Esses dados corroboram a pesquisa de Garcia (2014) realizada com 95 indivíduos, em Portugal, que constatou diferenças significativas entre pessoas com deficiência visual congênita e adquirida, no que concerne a aspectos da saúde mental e resiliência. Ademais, os indivíduos congênitos apresentam melhores médias na saúde mental e resiliência do que os adultos que adquiriram a deficiência visual.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual por meio da TRI. Para alcançar tal objetivo, foi construído um instrumento para esse fim, que passou pelo processo de validação de conteúdo, operatividade e reprodutibilidade. Assim, o teste kappa, coeficiente de correlação intraclasse, alpha de Cronbach, correlação policórica e análise fatorial foram utilizados para determinar as qualidades psicométricas do instrumento, bem como quantas e quais dimensões finais para a escala do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, por meio da teoria da resposta ao item. Nessas análises, observou-se que alguns itens não apresentavam consistência interna ou correlação com os demais itens daquele componente, assim como o instrumento com apenas uma dimensão perderia muitas informações em virtude de alguns itens não calibrarem por meio da teoria da resposta ao item (TRI), conforme havia sido concebido inicialmente.

O instrumento inicial era composto de 43 itens. Porém, com o processo de calibração e organização da escala, sete itens apresentaram problemas e foram retirados, finalizando, assim, com 36 itens, divididos nas dimensões psicossocial e comportamental, para compor o estilo de vida dos adultos com deficiência visual. Esses procedimentos realizados para determinar a validade por meio da estrutura interna foram determinantes para elevar a qualidade psicométrica do instrumento e possibilitar a criação da escala por meio da teoria da resposta ao item, com uma melhor estimação dos parâmetros e o mínimo de perda possível de informações sobre o estilo de vida dos adultos com deficiência visual.

A criação da escala por meio de uma teoria robusta, como a teoria da resposta ao item, possibilitou quantificar o peso dos itens de acordo com a dificuldade que ele apresenta entre os adultos com deficiência visual, assim como posicionar os itens na mesma escala de dificuldade em que os indivíduos se encontram. Sendo assim, os interessados podem determinar quais aspectos psicossociais e comportamentais que conseguem realizar e quais ainda necessitam realizar para adotarem um estilo de vida mais positivo.

Dessa forma, após a criação da escala e sua devida interpretação, foram realizadas análises para identificar o perfil do estilo de vida baseado nas duas dimensões (psicossocial e comportamental). Os indivíduos apresentaram maiores percentuais positivos na dimensão psicossocial. Na dimensão comportamental, o número de indivíduos que adotam

comportamento positivo e negativo foi semelhante, sendo que a maioria se posicionou no nível intermediário dessa dimensão.

As variáveis que se mostraram associadas aos níveis do estilo de vida na análise bruta foram: ser ou não ser atleta, ser fisicamente ativo, sexo, faixa etária, região e situação conjugal do indivíduo. Entretanto, quando foi verificada a associação ajustada para todas as variáveis, o fato de o indivíduo ser ou não atleta não se apresentou associado. Apesar de os atletas apresentarem uma tendência maior para o estabelecimento de metas pessoais, visando superar limitações e, conseqüentemente, propiciar alternativas que levem a uma evolução pessoal, entre os adultos com deficiência visual, o fato de o indivíduo ser ou não atleta (participar de eventos esportivos vinculados à confederação) não se mostrou associado ao estilo de vida. Porém, aqueles indivíduos que são fisicamente ativos possuem mais chances de adotarem um estilo de vida positivo do que indivíduos insuficientemente ativos ou aqueles que são sedentários.

As mulheres, os indivíduos entre 40 e 59 anos (meia idade) e aqueles que não vivem com companheiros(as) possuem mais chances de adotarem um estilo de vida positivo em relação aos homens, adultos jovens (18 a 39 anos) e que vivem com companheiro(a), respectivamente. Assim como aqueles indivíduos que vivem na região Centro-Oeste apresentam mais chances de adotar um estilo de vida positivo, quando comparados aos indivíduos provenientes de outras regiões. Além disso, aqueles que vivem na região Norte apresentaram menos chances, entre os moradores de todas as regiões, de adotarem um estilo de vida positivo.

Após as análises e resultados encontrados na presente pesquisa com os adultos com deficiência visual das diferentes regiões do Brasil, é importante e necessário desenvolver ações e políticas públicas voltadas para a promoção de um estilo de vida positivo entre as pessoas com deficiência visual. Assim, buscando, principalmente, atividades direcionadas aos aspectos comportamentais, principalmente no que concerne a questões voltadas para a atividade física regular e hábitos alimentares dos adultos que apresentaram uma maior prevalência de comportamentos negativos ou quase positivos. Também concentrar ações para essa população nas regiões Norte e Nordeste, onde foram constatados menores níveis de estilo de vida positivo do que nas outras regiões.

É importante destacar a importância e a necessidade da realização de outros estudos nessa área, seja na utilização da presente escala com viés comparativo para os resultados encontrados, assim como estudos com o objetivo de melhorar o presente instrumento no que

concerne à ampliação da escala, com a inclusão de outros itens ou a recalibração dos parâmetros com itens que foram retirados da escala por não estarem contribuindo neste momento.

Dentre as limitações da presente pesquisa, a utilização do índice de massa corporal pode ser considerada uma limitação, pois ela foi utilizada pela sua fácil aplicabilidade durante a entrevista e por se tratar de informações autorreferidas. Entretanto, o índice de adiposidade corporal, que necessitaria aferir o quadril de todos os indivíduos durante a entrevista, apresentaria dados mais fidedignos da amostra, pois havia desde indivíduos sedentários até atletas de alto rendimento, sendo que estes representam a seleção brasileira em competições internacionais.

Outra limitação encontrada, que se pode destacar, é a não possibilidade de ser representativa da população de adultos com deficiência visual, visto que sua amostra foi realizada por conveniência, e os indivíduos participantes estarem vinculados, de alguma forma, a instituições esportivas ou de reabilitação para pessoas com deficiência visual. Entretanto, é importante destacar que, apesar da impossibilidade de extrapolar os resultados da presente pesquisa, ela foi realizada com uma amostra significativa de adultos com deficiência visual provenientes das diferentes regiões do Brasil. Sendo assim, além da possibilidade desta pesquisa servir como base de comparação para outros estudos, há também a possibilidade de os resultados encontrados contribuírem na construção e incremento de programas de intervenção direcionados para essa população, em suas diferentes especificidades.

REFERÊNCIA

ABRANTES, Gustavo. M.; LUZ, Luiz. M. R. da.; BARRETO, Murilo. M. **Manual de Orientação para Professores de Educação Física: Natação**. Brasília: Comitê Paralímpico Brasileiro, 2006.

ACIEM, Tânia M.; MAZZOTTA, Marcos J. da S. Autonomia pessoal e social de pessoas com deficiência visual após reabilitação. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, [s.l.], v. 72, n. 4, p. 261-267, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-72802013000400011>. Acesso em: 22 jun. 2019.

ACMS - AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACMS para os Teste de Esforço e sua Prescrição**. Tradução de Dilza B. P. de Campos. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

ALEXANDER JUNIOR, Robert L. *et al.* Factors that influence the receipt of eye care. **American Journal of Health Behavior**, v. 32, n. 5, p.547-556, set. /out. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18241139>. Acesso em: 17 set. 2019.

ALWAN, Ala *et al.* Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, [s.l.], v. 376, n. 9755, p. 1861-1868, nov. 2010. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61853-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61853-3). Acesso em: 18 nov. 2018.

AN, Doyoun; HONG, Kyung Sue; KIM, Ji-Hae. Exploratory Factor Analysis and Confirmatory Factor Analysis of the Korean Version of Hypomania Checklist-32. **Psychiatry Investigation**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 334-339, 2011. Korean Neuropsychiatric Association. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4306/pi.2011.8.4.334>. Acesso em: 15 maio 2019.

ANDRADE, Dalton. F. de; TAVARES, Heliton. Raquel da; VALLE, R. DA C. **Teoria da Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações**. [s.l.] SINAPE, 2000.

ANDRIOLA, Wagner B. Psicometria Moderna: Características e Tendências. **Estudos em Avaliação Educacional**, [s.l.], v. 20, n. 43, p. 319-340, 30 ago. 2009. Fundação Carlos Chagas. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18222/eae204320092052>. Acesso em: 10 fev. 2018.

AÑEZ, Ciro R. R.; REIS, Rodrigo S.; PETROSKI, Edio L. Versão brasileira do questionário: tradução e validação para adultos jovens. : tradução e validação para adultos jovens. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], v. 91, n. 2, p. 102-109, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2008001400006>. Acesso em: 15 mar. 2017.

ARAUJO, Eutália A. C.; ANDRADE, Dalton F. de; BORTOLOTTI, Silvana L. V. Teoria da resposta ao item. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n.spe, p. 1000–1008, 2009. Disponível em: https://repositorio.usp.br/bitstream/handle/BDPI/4069/art_ARAUJO_Teoria_da_Resposta_ao_Item_2009.pdf?sequence=1. Acesso em: 10 fev. 2018.

BAZZANO, Lydia A. *et al.* Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: the first national health and nutrition examination survey epidemiologic follow-up study. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 76, n. 1, p. 93-99, 1 jul. 2002. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/76.1.93>. Acesso em: 16 out. 2017.

BITTENCOURT, Zelia Z. L. de C.; FONSECA, Ana Maria R. da. Percepções de pessoas com baixa visão sobre seu retorno ao mercado de trabalho. **Paidéia (ribeirão Preto)**, [s.l.], v. 21, n. 49, p. 187-195, ago. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-863x2011000200006>. Acesso em: 14 jun. 2019.

BLAUWET, Cheri A.; IEZZONI, Lisa I. From the Paralympics to Public Health: increasing physical activity through legislative and policy initiatives. **Pm&r**, [s.l.], v. 6, p. 4-10, ago. 2014. Wiley. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.05.014>. Acesso em: 20 out. 2017.

BOERNER, Kathrin; CIMAROLLI, Verena R. Optimizing rehabilitation for adults with visual impairment: attention to life goals and their links to well-being. **Clinical Rehabilitation**, [s.l.], v. 19, n. 7, p. 790-798, nov. 2005. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/0269215505cr893oa>. Acesso em: 8 ago. 2019.

BONAFÉ, Fernanda S. S.; CARVALHO, Jéssica de S.; CAMPOS, Juliana A. D. B. Depression, anxiety and stress and the relationship with the medicine consumption. **Psicologia, Saúde & Doença**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 105-119, 1 set. 2016. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saude. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/16psd170201>. Acesso em: 15 jan. 2020.

BOTREL, Tobias E. A. *et al.* Doenças cardiovasculares: Causas e Prevenção. **Rev. bras. clín. ter**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 87-90, maio 2000.

BOURNE, Rupert R. A. *et al.* Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet Global Health**, [s.l.], v. 5, n. 9, p. e888-e897, set. 2017. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30293-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30293-0). Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 9394/96 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Presidência da República, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9394.htm. Acesso em: 18 de abril de 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10098.htm. Acesso em: 18 de abril de 2020.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília: CORDE, 2007.

BRASIL. **Legislação Brasileira sobre Pessoas com Deficiência**. 7. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.

BRASIL. Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 18 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2015 - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**: Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232000000100014>. Acesso em: 17 jul. 2017.

BUTTRISS, Judith L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 65, n. 6, p. 1985S-1995S, 1 jun. 1997. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/65.6.1985s>. Acesso em: 10 out. 2017.

CAPELLA-MCDONNALL, Michele. The Need for Health Promotion for Adults who are Visually Impaired. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, [s.l.], v. 101, n. 3, p. 133-145, mar. 2007. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0145482x0710100302>. Acesso em: 15 jul. 2017.

CARROLL, Dianna D. et al. Vital Signs: disability and physical activity--United States, 2009 e 2012. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 63, n. 18, p. 407-413, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779402/pdf/407-413.pdf>. Acesso em: 6 de out. 2017.

CARSON, Valerie *et al.* Light-Intensity Physical Activity and Cardiometabolic Biomarkers in US Adolescents. **Plos One**, [s.l.], v. 8, n. 8, p. e71417, 9 ago. 2013. Public Library of Science (PLoS). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0071417>. Acesso em: 12 fev. 2018.

CARVALHO, Jolmerson de. **O perfil do estilo de vida relacionado à saúde do portador de deficiência visual da grande Florianópolis**. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

CASTELLI, Dolvair P.; FONTES, Mário S. **Manual de Orientação para Professores de Educação Física: Futebol**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006.

CATTELL, Raymond B. The Scree Test for The Number of Factors. **Multivariate Behavioral Research**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 245-276, abr. 1966. Informa UK Limited. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr0102_10. Acesso em: 22 nov. 2018.

CBDV. **Institucional**. São Paulo, 2020. Disponível em: <http://cbdv.org.br/institucional>. Acesso em: 20 de abr. 2020.

CERVANTES, Carlos M.; PORRETTA, David L. Physical Activity Measurement Among Individuals with Disabilities: a literature review. **Adapted Physical Activity Quarterly**, [s.l.], v. 27, n. 3, p. 173-190, jul. 2010. Human Kinetics. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1123/apaq.27.3.173>. Acesso em: 15 out. 2017.

CHEN, Chao-Chien; LIN, Shih-Yen. The impact of rope jumping exercise on physical fitness of visually impaired students. **Research in Developmental Disabilities**, [s.l.], v. 32, n. 1, p. 25-29, jan. 2011. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2010.08.010>. Acesso em: 16 out. 2017.

CICONELLI, Rozana 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)**. 1997. Tese (Doutorado em Ciências de Saúde Aplicada à Reumatologia) – Programa de Pós Graduação em Medicina, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

CIDADE, Ruth E. A.; FREITAS, Patrícia. S. de. **Introdução à Educação Física e ao Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência**. Curitiba: UFPR - Editora Universidade, 2002.

CÓRDOBA, Rodrigo *et al.* Recomendaciones sobre el estilo de vida. **Atención Primaria**, [s.l.], v. 46, p. 16-23, jun. 2014. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567\(14\)70048-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0212-6567(14)70048-4). Acesso em: 10 out. 2017.

COSTA, Cristófer B.; MOSMANN, Clarisse P. Relacionamentos Conjugais na atualidade: percepções de indivíduos em casamentos de longa duração. **Revista da SPAGESP**. v. 16, n. 2, p. 16-31, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v16n2/v16n2a03.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

CPB. **Institucional**. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.cpb.org.br/ocomite/institucional>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CRONBACH, Lee J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, [s.l.], v. 16, n. 3, p. 297-334, set. 1951. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02310555>. Acesso em: 15 abr. 2019.

DAMÁSIO, Bruno F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v11n2/v11n2a07.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2018.

DAVID, Jéssica da S. *et al.* Cidade acessível: Igualdade e Singularidade da Deficiência Visual. **Fractal: Revista de Psicologia**, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 197-198, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-02922009000100018>. Acesso em: 10 out. 2017.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USA). **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, Rosilene M. **Jogando com as diferenças**. São Paulo: PHORTE, 2006.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2005000200011>. Acesso em: 19 abr. 2020.

FERRARI, Tatiane K. *et al.* Estilo de vida saudável em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 1, p. 1-12, 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00188015>. Acesso em: 26 mar. 2019.

FIGUEIREDO FILHO, Dalson B.; SILVA JÚNIOR, José A. da. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opinião Pública**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 160-185, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-62762010000100007>. Acesso em: 18 fev. 2019.

FLECK, Marcelo P. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000200012>. Acesso em: 15 mar. 2017.

FLEISS, Joseph L. **Statistical methods for rates and proportions**. 2. ed. Nova York: John Wiley & Sons, 1981.

FRANÇA, Dalva N. O. Sexualidade da pessoa com cegueira: da percepção à expressão. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 19, n. 4, p. 583–596, dez. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbee/v19n4/v19n4a08.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

FRANÇA, Inacia S. X. de; PAGLIUCA, Lorita M. F. Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 43, n. 1, p. 178-185, mar. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342009000100023>. Acesso em: 20 abr. 2020.

GARCIA, Mário. R. S. **Cegueira congênita e adquirida: Implicações na saúde mental e resiliência**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias) – Curso de Mestrado em Psicologia, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2014.

GARCIA, Rosa W. D. **A comida, a dieta, o gosto: mudança na cultura alimentar urbana**. 1999. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GIL, Antônio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GILLMAN, Matthew W. *et al.* Protective Effect of Fruits and Vegetables on Development of Stroke in Men. **Jama: The Journal of the American Medical Association**, [s.l.], v. 273, n. 14, p. 1113-1117, 12 abr. 1995. American Medical Association (AMA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1995.03520380049034>. Acesso em: 17 out. 2017.

GOMES, Diego E. **Criação de uma escala para avaliar a percepção dos funcionários de hospitais universitários no Brasil quanto ao ambiente organizacional**. 2014. Dissertação (Mestrado em Métodos e Gestão em Avaliação) – Programa de Pós Graduação em Métodos e Gestão em Avaliação, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

GONZÁLEZ-GROSS, M.; MELÉNDEZ, A. Sedentarismo, Vida Activa y Deporte: Impacto sobre la Salud y Prevención de la Obesidad. **Nutrición Hospitalaria**, v. 28, p. 89–98, set. 2013. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28s5/10articulo10.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

GORGATTI, Márcia G. *et al.* Tendências competitivas de atletas no esporte adaptado. **Arquivos Sanny de Pesquisa em Saúde**, v. 1, n. 1, p. 18–25, 2008. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/artigos/Tendencias-competitivas.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.

GORLA, Jose I.; ARAUJO, Paulo F. de; CALEGARI, Decio. R. **Handebol em Cadeira de Rodas: Regras e Treinamento**. 1. ed. [s.l.] PHORTE, 2010.

GROUP, The Whoqol. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 551-558, maio 1998. Cambridge University Press (CUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291798006667>. Acesso em: 15 mar. 2017.

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**, v. 14, n. 142, p. 1–1, 2010. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd142/atividade-fisica-de-pessoas-com-deficiencia-visual.htm>. Acesso em: 20 mar. 2017.

HAEGELE, Justin A.; HODGE, Samuel R.; KOZUB, Francis M. Beliefs about physical activity and sedentary behaviors of adults with visual impairments. **Disability and Health Journal**, [s.l.], v. 10, n. 4, p. 571-579, out. 2017. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.008>. Acesso em: 10 maio 2019.

HAIACHI, Marcelo de C.; *et al.* Reflexões sobre a carreira do atleta paraolímpico brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 10, p. 2999-3006, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.18512016>. Acesso em: 11 fev. 2018.

HAINES, Pamela S.; SIEGA-RIZ, Anna Maria; POPKIN, Barry M. The Diet Quality Index Revised. **Journal of The American Dietetic Association**, [s.l.], v. 99, n. 6, p. 697-704, jun. 1999. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223\(99\)00168-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-8223(99)00168-6). Acesso em: 18 out. 2017.

HAIR, Joseph. F. et al. **Análise multivariada de dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HALLAHAN, Daniel P.; KAUFFMAN, James M. **Exceptional children**: introduction to special education. 6. ed. Boston: Allyn Bacon, 1994.

HAMBLETON, Ronald K. Emergence of item response modeling in instrument development and data analysis. **Medical Care**, [s.l.], v. 38, p. II60-65, set. 2000. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-200009002-00009>. Acesso em: 20 jun. 2019.

HERTEL, Richard K. Analyzing the Traumatic Impact of Childhood Visual Impairment. **Journal of The American Psychoanalytic Association**, [s.l.], v. 51, n. 3, p. 913-939, set. 2003. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/00030651030510031101>. Acesso em: 6 set. 2017.

HOLBROOK, Elizabeth A. *et al.* Physical Activity, Body Composition, and Perceived Quality of Life of Adults with Visual Impairments. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, [s.l.], v. 103, n. 1, p. 17-29, jan. 2009. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0145482x0910300104>. Acesso em: 14 out. 2017.

HUNG, Shu-ling *et al.* Lifestyle in Visually Impaired or Blind Massage Therapists. **Journal of Nursing Research**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 348-355, out. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000242>. Acesso em: 14 maio 2019.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2015a.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde, 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2015b.

IBSA. **Goalball - General information - Sports - IBSA**. Disponível em: <http://www.ibsasport.org/sports/goalball/>. Acesso em: 11 maio 2020.

JIANG, Shengyu; WANG, Chun; WEISS, David J. Sample Size Requirements for Estimation of Item Parameters in the Multidimensional Graded Response Model. **Frontiers in Psychology**, [s.l.], v. 7, p. 1-10, 9 fev. 2016. Frontiers Media SA. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00109>. Acesso em: 20 nov. 2018.

KIRCHNER, Corinne E.; GERBER, Elaine G.; SMITH, Brooke C. Designed to Deter. **American Journal of Preventive Medicine**, [s.l.], v. 34, n. 4, p. 349-352, abr. 2008. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2008.01.005>. Acesso em: 7 out. 2017.

KLEIN, Ruben. Alguns aspectos da teoria de resposta ao item relativos à estimação das proficiências. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, [s.l.], v. 21, n. 78, p. 35-56, 2 jul. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-40362013005000003>. Acesso em: 15 mar. 2019.

KLEIN, Ronald *et al.* Relation of Smoking, Drinking, and Physical Activity to Changes in Vision over a 20-Year Period. **Ophthalmology**, [s.l.], v. 121, n. 6, p. 1220-1228, jun. 2014. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ophtha.2014.01.003>. Acesso em: 7 jun. 2019.

LAHTI-KOSKI, Marjaana *et al.* Associations of body mass index and obesity with physical activity, food choices, alcohol intake, and smoking in the 1982–1997 FINRISK Studies. **The American Journal of Clinical Nutrition**, [s.l.], v. 75, n. 5, p. 809-817, 1 maio 2002. Oxford University Press (OUP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ajcn/75.5.809>. Acesso em: 13 out. 2017.

LANGELAAN, Maaïke *et al.* Visual Functioning Questionnaire: Reevaluation of Psychometric Properties for a Group of Working-Age Adults. **Optometry and Vision Science**, [s.l.], v. 84, n. 8, p. 775-784, ago. 2007. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/opx.0b013e3181334b98>. Acesso em: 20 out. 2017.

LAPLANE, Adriana Lia Frizman de; BATISTA, Cecília Guarneiri. Ver, não ver e aprender: a participação de crianças com baixa visão e cegueira na escola. : a participação de crianças com baixa visão e cegueira na escola. **Cadernos Cedex**, [s.l.], v. 28, n. 75, p. 209-227, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-32622008000200005>. Acesso em: 20 out. 2017.

LEGER, Damien; GUILLEMINAULT, Christian; DEFRANCE, Remy; DOMONT, Alain; PAILLARD, Michel. Prevalence of sleep/wake disorders in persons with blindness. **Clinical Science**, [s.l.], v. 97, n. 2, p. 193-199, 1 ago. 1999. Portland Press Ltd. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1042/cs19990004>. Acesso em: 16 out. 2017.

LIEBERMAN, Janice S. **Body Talk**. Northvale: NJ, 2000.

LIMA, Carlos R. F. de; GORGATTI, Márcia G.; DUTRA, Milena C. A influência do esporte na qualidade de vida das pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde, São Caetano do Sul, ano**, v. 8, p. 40-47, 2010. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/962/784. Acesso em: 18 set. 2017.

LOPES, Marcos V. de O. *et al.* Instrument for evaluation of sedentary lifestyle in patients with high blood pressure. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 68, n. 3, p. 445-451, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680310i>. Acesso em: 15 mar. 2017

LORDELO, Lidiane M. K. *et al.* Análise Fatorial por Meio da Matriz de Correlação de Pearson e Policórica no Campo das Cisternas. **E&S Engineering and Science**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 58-70, 1 abr. 2018. Universidade Federal de Mato Grosso. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18607/es201875266>. Acesso em: 13 mar. 2019.

LUCIAN, Rafael; DORNELAS, Jairo S. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. **Revista de Administração Contemporânea**, [s.l.], v. 19, n. 2, p. 157-177, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20151559>. Acesso em: 12 fev. 2018.

MACHADO, Rafaella. R. *et al.* Sobrepeso e obesidade de pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 3, n. 6, 2016. Disponível em: <https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/IC/article/view/472>. Acesso em: 16 jun. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 217–226, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00217.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MALTA, Deborah C. *et al.* Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 10, p. 3253-3264, out. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de Pesquisa**. 6. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

MARMELEIRA, José *et al.* Physical Activity Patterns in Adults Who Are Blind as Assessed by Accelerometry. **Adapted Physical Activity Quarterly**, [s.l.], v. 31, n. 3, p. 283-296, jul. 2014. Human Kinetics. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1123/apaq.2013-0039>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MARMELEIRA, José F. F. Barreiras para a prática de atividade física em pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s.l.], v. 40, n. 2, p. 197-204, abr. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2017.12.001>. Acesso em: 6 nov. 2019.

MARTINS, Ignez S. *et al.* Smoking, consumption of alcohol and sedentary life style in population grouping and their relationships with lipemic disorders. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n. 1, p. 38-45, fev. 1995. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89101995000100007>. Acesso em: 10 out. 2017.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5–18, 15 out. 2012. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 15 mar. 2017.

MATSUDO, Sandra. 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**, v. 10, n. 4, 2008. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/469>. Acesso em: 10 jun. 2017.

MATURANA, Leonardo *et al.* Inclusão Social - Esporte para deficientes visuais. In: COSTA, Lamartine da (org.) **Atlas do Esporte no Brasil**. Rio de Janeiro: Shape, 2005. p. 645–649.

MAUERBERG-DECASTRO, Eliane *et al.* Orientação espacial em adultos com deficiência visual: efeitos de um treinamento de navegação. : efeitos de um treinamento de navegação. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s.l.], v. 17, n. 2, p. 199-210, 2004. FapUNIFESP

(SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722004000200008>. Acesso em: 14 jan. 2018.

MAZZARO, José L. Mas, afinal, o que é orientação e mobilidade? In: MOTA, Maria G. B. da. (coord.) **Orientação e Mobilidade: Conhecimentos básicos para a inclusão da pessoa com deficiência visual**. Brasília: MEC - SEESP, 2003. p. 17–19.

MENEZES, Igor G.; BASTOS, Antonio V. B. Propriedades psicométricas da Escala de Intenções Comportamentais de Permanência na Organização (EICPO). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 3, 1 dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v10n3/v10n3a10.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

MIELKE, Grégoire I. *et al.* Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 158-169, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060014>. Acesso em: 20 nov. 2019.

MONTEIRO, Carlos A. *et al.* Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, Carlos A. (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças**. 2. ed. aum. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 247–255.

MORGADO, Fabiane F. da R. *et al.* Facilitadores e barreiras percebidos por pessoas com cegueira congênita para a prática de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Especial**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 379-394, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-65382013000300006>. Acesso em: 10 out. 2019.

MOSQUERA, Carlos. **Educação Física para Deficientes Visuais**. Rio de Janeiro: SPRINT, 2000.

MUCHOTRIGO, Mirian. P. G. Construcción de un instrumento sobre estilos de vida saludables en estudiantes universitarios. **Revista de Psicologia**, v. 9, n. 1, p. 8–20, 2015. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a01.pdf. Acesso em: 16 mar. 2017.

NAHAS, Markus V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo**. 6. ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NAHAS, Markus V. **Atividade Física, Saúde & Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo**. 7. ed. Florianópolis: do Autor, 2017.

NAHAS, Markus V.; BARROS, Mauro V. G. de; FRANCALACCI, Vanessa. O pentágulo do bem-estar: base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira Atividade Física & Saúde**, p. 48–59, 2000. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1002>. Acesso em: 10 mar. 2017.

NAM, G e. *et al.* Relationship Between Socioeconomic and Lifestyle Factors and Cataracts in Koreans: The Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2008–2011. **Eye**, [s.l.], v. 29, n. 7, p. 913-920, 15 maio 2015. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2015.66>. Acesso em: 13 out. 2019.

NASCIMENTO, Dailton F. do; MORATO, Marcio P. **Manual de Orientação para Professores de Educação Física: Goalball**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. **Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report**. Bethesda (MD): National Heart, Lung, and Blood Institute, 1998.

NEISSE, Anderson C.; HONGYU, Kuang. Aplicação de componentes principais e análise fatorial a dados criminais de 26 estados dos EUA. **E&S Engineering and Science**, [s.l.], v. 5, n. 2, p. 105-115, 23 nov. 2016. Universidade Federal de Mato Grosso. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18607/es201654354>. Acesso em: 16 mar. 2019.

NGUYEN, Tam H. *et al.* An Introduction to Item Response Theory for Patient-Reported Outcome Measurement. **The Patient - Patient-centered Outcomes Research**, [s.l.], v. 7, n. 1, p. 23-35, 9 jan. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40271-013-0041-0>. Acesso em: 12 mar. 2018.

NUBILA, Heloisa B. V. di; BUCHALLA, Cassia M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 324-335, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2008000200014>. Acesso em: 19 abr. 2020.

NUERNBERG, Adriano H. Contribuições de Vigotski para a educação de pessoas com deficiência visual. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 13, n. 2, p. 307-316, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000200013>. Acesso em: 26 out. 2017.

NUNES, Carlos H. S. da S.; PRIMI, Ricardo. Impacto do tamanho da amostra na calibração de itens e estimativa de escores por teoria de resposta ao item. **Avaliação Psicológica**, v. 4, n. 2, p. 141-153, nov. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n2/v4n2a06.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

OGATA, Alberto J. N. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_suplementar.pdf. Acesso em: 3 set. 2017.

OLIVEIRA FILHO, Ciro W. Atividade Físico-esportiva para Pessoas Cegas e com Baixa Visão. In: DUARTE, Edison; LIMA, Sonia M. T. (org.). **Atividade Física para Pessoas com Necessidades Especiais: Experiências e Intervenções Pedagógicas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. p. 23-32.

OLIVEIRA, Luiza M. B. **Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

OLIVEIRA, Maristeelee B. **Escala para avaliar a gestão escolar democrática da rede estadual de ensino de Santa Catarina com o uso da teoria da resposta ao item**. 2018. Dissertação (Mestrado em Métodos e Gestão em Avaliação) – Programa de Pós Graduação em

Métodos e Gestão em Avaliação, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

OMS: Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. São Paulo: EdUSP; 2003.

ONU: Organização das Nações Unidas. **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 de dezembro de 2006.

PASQUALI, Luiz. **Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação**. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

PITANGA, Francisco G. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos e ambientais associados à atividade física no tempo livre e no deslocamento em adultos. **Motricidade**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 3-13, 1 mar. 2014. Desafio Singular, Lda. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10\(1\).1246](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.10(1).1246). Acesso em: 21 abr. 2020.

POMMEREHN, Jodeli; DELBONI, Miriam C. C.; FEDOSSE, Elenir. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e afasia: um estudo da participação social. : um estudo da participação social. **Codas**, [s.l.], v. 28, n. 2, p. 132-140, abr. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/201620150102>. Acesso em: 23 abr. 2020.

POPIVKER, Luba; WANG, Shu-wen; BOERNER, Kathrin. Eyes on the prize: life goals in the context of visual disability in midlife. **Clinical Rehabilitation**, [s.l.], v. 24, n. 12, p. 1127-1135, 16 jun. 2010. SAGE Publications. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215510371421>. Acesso em: 14 abr. 2019.

PÔRTO, Elias F. *et al.* How life style has been evaluated: a systematic review. **Acta Fisiátrica**, [s.l.], v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20150038>. Acesso em: 25 fev. 2017.

PUPO, Juliano D.; SCHÜTZ, Gustavo R.; SANTOS, Saray G. Instrumentos de Medida. In: Santos, S. G. (org.) **Métodos e Técnicas de Pesquisa Quantitativa Aplicada à Educação Física**. Florianópolis: Editora Tribo da Ilha, 2011, p. 141-190.

RABELO, Mauro. Avaliação Educacional: Fundamentos, Metodologia e Aplicações no Contexto Brasileiro. Rio de Janeiro: SBM - Sociedade Brasileira de Matemática, 2013.

REBOUÇAS, Cristiana B. de A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de deficientes visuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69, n. 1, p. 72-78, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690110i>. Acesso em: 21 out. 2017.

RESENDE, Ana Paula C. de; VITAL, Flavia M. de 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.

REZENDE, Fabiane A. C. *et al.* Aplicabilidade do Índice de Massa Corporal na Avaliação da Gordura Corporal. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, [s.l.], v. 16, n. 2, p. 90-94, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-86922010000200002>. Acesso em: 14 maio 2019.

RIMMER, James H. *et al.* Physical activity participation among persons with disabilities. **American Journal of Preventive Medicine**, [s.l.], v. 26, n. 5, p. 419-425, jun. 2004. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.02.002>. Acesso em: 25 abr. 2017.

RIMMER, James A.; ROWLAND, Jennifer L. Physical activity for youth with disabilities: a critical need in an underserved population. **Developmental Neurorehabilitation**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. 141-148, jan. 2008. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/17518420701688649>. Acesso em: 25 abr. 2017.

ROSENBERG, Stanley D. *et al.* Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): A substance use disorder screen for people with severe mental illness. **American Journal of Psychiatry**, v. 155, n. 2, p. 232-238, 1998. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9464203>. Acesso em: 18 mar. 2017.

RUBIO, Katia. O trabalho do atleta e a produção do espetáculo esportivo. **Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, Universidad de Barcelona, v. 6, n. 119(95), 2002. Disponível em: <http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn119-95.htm>. Acesso em: 25 out. 2019.

SAMEJIMA, Fumiko. Estimation of latent ability using a response pattern of graded scores. **Psychometrika**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 1-97, mar. 1969. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/bf03372160>. Acesso em: 15 set. 2017.

SANTIN, Sylvia; SIMMONS, Joyce N. Problemas das crianças portadoras de deficiência visual congênita na construção da realidade. **Revista Benjamin Constant**, v. 2, 1977. Disponível em: http://www.ibc.gov.br/images/conteudo/revistas/benjamin_constant/2000/edicao-16-agosto/Nossos_Meios_RBC_RevAgo2000_ARTIGO1.pdf. Acesso em: 20 out. 2017.

SANTOS, Ana Cristina L.; EBRAHIM, Shah B. J.; BARROS, Henrique. Alcohol intake, smoking, sleeping hours, physical activity and the metabolic syndrome. **Preventive Medicine**, [s.l.], v. 44, n. 4, p. 328-334, abr. 2007. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.11.016>. Acesso em: 22 out. 2017.

SANTOS, Joelma C.; FREITAS, Maria N. de C. Processos Psicossociais da Aquisição de uma Deficiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 39, p. e175434, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703003175434>. Acesso em: 25 abr. 2020.

SASSAKI, Romeu K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002.

SCAGLIUSI, Fernanda B. *et al.* Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da Escala de Conhecimento Nutricional do National Health Interview Survey Cancer

Epidemiology. **Revista de Nutrição**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 425-436, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-52732006000400002>. Acesso em: 26 mar. 2017.

SCHERER, Roger L. **Qualidade de Vida de Adultos com Deficiência Visual da Grande Florianópolis**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

SCHERER, Roger L.; KARASIAK, Fábio C.; BORGATTO, Adriano F. Fatores associados à atividade física na deficiência visual. **Educación Física y Ciencia**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. e064, 31 out. 2018. Universidad Nacional de La Plata. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24215/23152561e064>. Acesso em: 20 abr. 2020.

SCHERER, Roger L.; RODRIGUES, Luiz Alberto; FERNANDES, Luciano L. Contribuição do Goalball para a Orientação e Mobilidade sob a percepção dos atletas de Goalball. **Pensar a Prática**, [s.l.], v. 14, n. 3, p. 1-15, 31 dez. 2011. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/rpp.v14i3.10777>. Acesso em: 20 out. 2017.

SCHMITT, Jeovani. **Construção de uma escala de propensão à evasão estudantil em cursos de graduação**. 2018. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

SILVA, Bárbara B. R. da *et al.* Prevalência de bruxismo e distúrbio do sono em deficientes visuais. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 159-166, mar. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-51502013000100018>. Acesso em: 23 out. 2017.

SILVA, Marissa R. da *et al.* Visual impairment, rehabilitation and International Classification of Functioning, Disability and Health. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, [s.l.], v. 73, n. 5, p. 291-301, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20140063>. Acesso em: 8 set. 2017.

SILVEIRA, Pablo M. da *et al.* Escala de Avaliação do Perfil do Estilo de Vida por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Revista da Educação Física/UEM**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 519-527, 25 out. 2015. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v26i4.24996>. Acesso em: 28 out. 2017.

SIMÃO, Luciano M. *et al.* The Brazilian version of the 25-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire: Translation, Reliability and Validity. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, [s.l.], v. 71, n. 4, p. 540-546, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27492008000400014>. Acesso em: 19 mar. 2017.

SOARES, Felipe A. et al. A contribuição da estimulação psicomotora para o processo de independência do deficiente visual. **Motricidade**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 16-25, 1 jan. 2013. Desafio Singular, Lda. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.8\(4\).1550](http://dx.doi.org/10.6063/motricidade.8(4).1550). Acesso em: 28 out. 2017.

SOLER, Reinaldo. **Educação Física Inclusiva na Escola em Busca de uma Escola Plural**. Rio de Janeiro: Sprint, 2005.

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

SOUZA, William. C. de *et al.* Índice de Adiposidade Corporal (IAC) como preditor de gordura corporal: um estudo de revisão. **Revista Interdisciplinar**, v. 4, n. 1, p. 32-38, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/638>. Acesso em: 29 nov. 2019.

STARKOFF, Brooke E. *et al.* Sedentary behavior in adults with visual impairments. **Disability and Health Journal**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 609-615, out. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.05.005>. Acesso em: 3 nov. 2017.

STELMACK, Joan. Quality of Life of Low-Vision Patients and Outcomes of Low-Vision Rehabilitation. **Optometry and Vision Science**, [s.l.], v. 78, n. 5, p. 335-342, maio 2001. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/00006324-200105000-00017>. Acesso em: 25 out. 2017.

STREINER, David L. Starting at the Beginning: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. **Journal of Personality Assessment**, [s.l.], v. 80, n. 1, p. 99-103, fev. 2003. Informa UK Limited. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa8001_18. Acesso em: 20 jun. 2019.

SZKLO Moyses; NIETO Javier F. **Epidemiology beyond the basics**. Gaithers-Burg: Aspen, 2000.

TABANDEH, Homayoun *et al.* Disturbance of sleep in blindness. **American Journal of Ophthalmology**, [s.l.], v. 126, n. 5, p. 707-712, nov. 1998. Elsevier BV. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9394\(98\)00133-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0002-9394(98)00133-0). Acesso em: 28 set. 2017.

TESTA, Wagner L. **Criação de uma escala da qualidade de vida para profissionais de Educação Física por meio da Teoria de Resposta ao Item**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

TEZZA, Rafael. **Proposta de um construto para medir usabilidade em sites de e-commerce utilizando a Teoria da Resposta ao Item**. 2009. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K.; SILVERMAN, Stephen J. **Métodos de Pesquisa em Atividade Física**. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

TORAL, Natacha; SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 6, p. 1641-1650, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000600025>. Acesso em: 10 out. 2017.

VALTER, Cassius A. et al. Perfil antropométrico e consumo alimentar de indivíduos com deficiência praticantes de natação e futsal. **Revista Digital EFDeportes**, v. 15, n. 150, p. 1–1, 2010. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd150/consumo-alimentar-de-individuos-com-deficiencia.htm>. Acesso em: 11 out. 2017.

VALLE, Márcia. P. do. **Atletas de Alto Rendimento: Identidades em Construção**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia social e da personalidade) – Pós Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

VERISSIMO, Amaury. W.; RAVACHE, Rosicler. **Manual de Orientação para Professores de Educação Física: Atletismo**. Brasília: Comitê Paraolímpico Brasileiro, 2006.

WEISHALN, R. **Orientation and mobility in the blind children**. New York: Englewood Cliffs, 1990.

WHO: World Health Organization. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. Kobe, Japan: WHO Centre for Health Development, 2004.

WHO: World Health Organization. **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER Package**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WHO: World Health Organization. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. Geneva: World Health Organization, 2010.

WHO: World Health Organization. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WHO: World Health Organization. **Universal Eye Health: A Global Action Plan 2014-2019**. Geneva: World Health Organization, 2013.

WOOD, Phil. Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. **The American Statistician**, [s.l.], v. 62, n. 1, p. 91-92, fev. 2008. Informa UK Limited. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1198/tas.2008.s98>. Acesso em: 8 jun. 2019.

ZANCHETTA, Luane M. *et al.* Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 387-399, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2010000300003>. Acesso em: 22 nov. 2019.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO**

“Validação do instrumento – Perfil do Estilo de Vida de Adultos com deficiência visual”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Validação do instrumento – Perfil do Estilo de Vida de Adultos com deficiência visual”**, realizada na Grande Florianópolis no segundo semestre de 2017. O objetivo da pesquisa nesta etapa da pesquisa tem como finalidade a validação de clareza ou reprodutibilidade do instrumento do perfil do estilo de vida de adultos com deficiência visual. E futuramente espera-se que este instrumento não seja referência apenas para a pesquisa em questão **“Programa de mudança de comportamento em adultos atletas e não atletas com deficiência visual”**, mas também possa servir de referência para outras pesquisas envolvendo estilo de vida de adultos com deficiência visual.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: para realizar a pesquisa será necessário que você responda uma entrevista para investigar informações gerais como sexo, idade, peso, estatura, características da deficiência visual, entre outros. Em seguida você responderá um questionário que avalia seu estilo de vida dividido em cinco componentes (vida social, comportamento preventivo, controle do estresse, alimentação e atividade física).

Caso você esteja participando do processo de validação de clareza (operatividade) você deverá atribuir uma nota de 0 a 10 em cada item do instrumento sendo que 10 você compreende completamente a pergunta e 0 você não entendeu nada da pergunta.

Caso você esteja participando do processo de validação de reprodutibilidade (fidedignidade) do instrumento, você deverá responder o mesmo instrumento em dois momentos distintos com um intervalo de duas a três semanas.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, mesmo assim redobramos os cuidados para que isto não aconteça. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Informamos que os resultados poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos, garantindo-lhe o direito ao anonimato e resguardo de sua privacidade.

Ao participar desta pesquisa a senhora (senhor) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes no que concerne fatores

relacionados ao estilo de vida dos adultos com deficiência visual que devam acrescentar elementos interessantes para futuras pesquisas sendo que o conhecimento que será construído o pesquisador se compromete em divulgar.

Este estudo não apresenta riscos de natureza física a você, no entanto, existe a possibilidade de mobilização emocional relacionada ao tema, como por exemplo, causar constrangimento ou aborrecimento no momento da entrevista ao responder sobre o impacto da perda da visão no seu estilo de vida. Contudo, estamos dispostas a ouvi-lo(a), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Informamos que os senhores não pagarão nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, inclusive no que se refere ao transporte para as avaliações quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Igualmente, garantimos a você o direito a indenização, caso ocorra qualquer dano vinculados à participação neste estudo.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (Pesquisador responsável: ADRIANO FERRETI BORGATTO, Rua Coronel Carlos Wenceslau Pacheco, 1128, Carianos, Florianópolis, Santa Catarina, Telefones: 48 – 996081399, email: rogerlscherer@gmail.com) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSH-UFSC) informa que localiza-se no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Prof. Dr. Adriano Ferreti Borgatto
Pesquisador responsável

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária

Nome por extenso: _____

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDO
TRANSVERSAL



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
ESTUDO TRANSVERSAL**

**“Programa de mudança de comportamento em adultos atletas e não atletas com
deficiência visual”**

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa **“Programa de mudança de comportamento em adultos atletas e não atletas com deficiência visual”**, realizada durante o Campeonato Regional de Goalball, Futebol de 5 ou Gran Prix de Judô organizado pela Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais (CBDV) durante este ano de 2018. O objetivo da pesquisa nesta etapa da pesquisa tem como finalidade investigar o perfil do estilo de vida de adultos com deficiência visual. E futuramente espera-se que este relatório possa estar auxiliando nas políticas públicas voltadas a mudança de comportamento neste segmento da população.

A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: para realizar a pesquisa será necessário que você responda uma entrevista para investigar informações gerais como sexo, idade, peso, estatura, características da deficiência visual, entre outros. Em seguida você responderá um questionário que avalia seu estilo de vida dividido em cinco componentes (vida social, comportamento preventivo, controle do estresse, alimentação e atividade física). Estes procedimentos serão realizados em dias previamente agendados junto com a CBDV. O local da coleta de dados ocorrerá durante os eventos regionais da CBDV.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, mesmo assim redobramos os cuidados para que isto não aconteça. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Informamos que os resultados poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos, garantindo-lhe o direito ao anonimato e resguardo de sua privacidade.

Ao participar desta pesquisa a senhora (senhor) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes no que concerne fatores relacionados ao estilo de vida dos adultos com deficiência visual que devam acrescentar elementos interessantes para futuras pesquisas sendo que o conhecimento que será construído o pesquisador se compromete em divulgar.

Este estudo não apresenta riscos de natureza física a você, no entanto, existe a possibilidade de mobilização emocional relacionada ao tema, como por exemplo, causar constrangimento ou aborrecimento no momento da entrevista ao responder sobre o impacto da perda da visão no seu estilo de vida. Contudo, estamos dispostas a ouvi-lo(a), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução no. 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

Informamos que os senhores não pagarão nem serão remunerados por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, inclusive no que se refere ao transporte para as avaliações quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa. Igualmente, garantimos a você o direito a indenização, caso ocorra qualquer dano vinculados à participação neste estudo.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (Pesquisador responsável: ADRIANO FERRETI BORGATTO, Rua Coronel Carlos Wenceslau Pacheco, 1128, Carianos, Florianópolis, Santa Catarina, Telefones: 48 – 996081399, email: rogerlscherer@gmail.com) ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEPSH-UFSC) informa que localiza-se no Prédio Reitoria II, 4º andar, sala 401, localizado na Rua Desembargador Vitor Lima, nº 222, Trindade, Florianópolis. Telefone para contato: 3721-6094. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Prof. Dr. Adriano Ferreti Borgatto
Pesquisador responsável

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária

Nome por extenso: _____

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

14. Quantos por cento de visão você possui? _____ (Caso responda esse item pular o item 15).

15. Você possui percepção de luz? _____

16. Qual foi a causa da deficiência visual?

¹[] Retinose Pigmentar ²[] Glaucoma ³[] Deslocamento de retina

⁴[] Toxoplasmose ⁵[] Rubéola ⁶[] Degeneração Macular Senil

⁷[] Traumatismos ⁸[] Catarata ⁹[] Diabetes

¹⁰[] Sem diagnóstico ¹¹[] Outros _____

17. Especifique as doenças ou os problemas de saúde diagnosticados por algum médico ou outro profissional de saúde:

¹[] Nenhum problema ²[] Problemas cardíacos

³[] Hipertensão arterial ⁴[] Artrite ou reumatismo

⁵[] Câncer ⁶[] Enfisema

⁷[] Bronquite ⁸[] Diabetes

⁹[] Acidente Vascular Encefálico ¹⁰[] Ossos fraturados

¹¹[] Dores na coluna ¹²[] Problemas ortopédicos

¹³[] Depressão ¹⁴[] Lesões: _____

¹⁵[] Outros _____

CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS

Massa corporal: _____ (kg)

Estatura: _____ (cm)

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua vida social
Itens: 18 até 27**

VIDA SOCIAL

18. Você procura manter seus amigos por perto?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

19. Você está satisfeito em seu relacionamento com as pessoas?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

20. Você está satisfeito com seu relacionamento familiar?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

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

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

22. Você precisa do suporte de outras pessoas para fazer as atividades da vida diária (como por exemplo caminhar, higiene pessoal, alimentação, autocuidado)?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

23. Você precisa do suporte de outras pessoas para as atividades instrumentais da vida diária (como por exemplo ir as compras, gerir dinheiro, limpar, cozinhar, pegar ônibus)?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

24. Você se considera incluído na sociedade?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

25. Seu lazer inclui encontro ou atividades em grupo?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

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

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

27. Qual a principal dificuldade encontrada em seu dia a dia? (BARREIRA PERCEBIDAS)

¹[] Falta de piso guia ²[] Buracos
³[] Obstáculos nas calçadas ⁴[] Ausência de sinais sonoros
⁵[] Carros estacionados em locais impróprios ⁶[] Atravessar ruas movimentadas
⁷[] Atitudinal ⁸[] Não encontra dificuldades
⁹[] Outros _____

**Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu controle do estresse
 Itens: 28 até 35**

28. Com que frequência você sente dores do tipo: cabeça, enxaqueca, úlceras ou gastrites?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

29. Você costuma estar satisfeito com as condições do seu sono?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

30. Você possui preocupações excessivas?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

31. Com que frequência você possui sentimentos negativos, mau humor, ansiedade, frustração, tristeza.

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

32. Você pensa de forma positiva e otimista?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

33. Você se sente estressado ou irritado?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

34. Você costuma equilibrar o tempo dedicado as obrigações diárias com o tempo dedicado ao lazer?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

35. Você costuma se sentir satisfeito com a sua vida?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre seu comportamento preventivo
Itens: 36 até 45

36. Você costuma utilizar as técnicas de orientação e mobilidade no seu dia a dia?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

37. Você costuma utilizar a bengala/cão guia no seu dia a dia?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

38. Você tem o hábito de fazer exames de rotina?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

39. Com que frequência você fuma?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes (<2x/sem) ¹[] Frequentemente (3<5x) ⁰[] Sempre (6 e 7x)

40. Você costuma andar com amigos que utilizam drogas ilícitas em seu dia a dia?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

41. Você costuma utilizar algum tipo de medicamento sem indicação médica?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

42. Com que frequência diária você ingere bebidas que contêm cafeína (café, chá ou colas)?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes (1-3) ¹[] Frequentemente (4-10) ⁰[] Sempre (+10)

43. Ingere bebida alcoólica? ⁰[] Sim ¹[] Não

44. (Com que frequência você ingere >4 doses (HOMENS) ≥3 doses em uma ocasião (MULHERES) de bebida alcoólica:

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

45. Com que frequência você ingere 14 doses (HOMENS) 7 doses semanais (MULHERES) de bebida alcoólica:

³[] Nunca ²[] Poucas vezes ¹[] Frequentemente ⁰[] Sempre

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua atividade física diária
Itens: 46 até 58

46. Com que frequência você costuma caminhar para se deslocar no seu dia a dia?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3) ²[] Frequentemente (4-5) ³[] Sempre (6-7)

47. Quantos minutos por dia? _____

48. Com que frequência você costuma caminhar para realizar atividades laborais no dia a dia?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3) ²[] Frequentemente (4-5) ³[] Sempre (6-7) ⁹[] Não se aplica

49. Quantos minutos por dia? _____ ⁹[] Não se aplica

50. Com que frequência você realiza atividades sentado (computador, celular, televisão, rádio)?

³[] Nunca (<1h) ²[] Poucas vezes (<3h) ¹[] Frequentemente (3-5h) ⁰[] Sempre (≥6)

51. Você costuma utilizar a escada em vez da escada rolante ou o elevador?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes ²[] Frequentemente ³[] Sempre

52. Faz alguma atividade física (exercícios, esporte e dança)? Em caso afirmativo especifique as atividades em ordem de relevância. Em caso negativo, especifique o motivo.

¹[] Sim ⁰[] Não. Especifique: _____

Atividades praticadas	Frequência semanal	Tempo diário

53. Com que frequência você realiza atividades físicas moderadas pelo menos durante 30 minutos por dia? (Aumenta um pouco os batimentos cardíacos e a respiração fica um pouco acelerada).

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3) ²[] Frequentemente (4) ³[] Sempre (5ou+)

54. Com que frequência você realiza atividades físicas vigorosas pelo menos durante 30 minutos por dia (deixa cansado com a respiração difícil ou o coração acelerado).

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3) ²[] Frequentemente (4) ³[] Sempre (5ou+)

55. Com que frequência você realiza atividades de força muscular?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3) ²[] Frequentemente (4) ³[] Sempre (5ou+)

56. Com que frequência você realiza atividades que envolvam alongamento muscular e flexibilidade?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3) ²[] Frequentemente (4) ³[] Sempre (5ou+)

57. Você se considera um atleta? Por quê?

⁰[] Não ¹[] Sim Porque? _____ ⁹[] Não se aplica

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

⁰[] Inativo ¹[] Pouco Ativo (1-3) ²[] Moderadamente Ativo (4) ³[] Ativo (5ou+)

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre sua alimentação
Itens: 59 até 68

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

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3 dias) ²[] Frequentemente (4-5 dias) ³[] Sempre (6-7 dias)

60. Em quantos dias de uma semana típica você come saladas, como as de alface ou tomate?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3 dias) ²[] Frequentemente (4-5 dias) ³[] Sempre (6-7 dias)

61. Em quantos dias de uma semana típica você come legumes ou verduras?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3 dias) ²[] Frequentemente (4-5 dias) ³[] Sempre (6-7 dias)

62. Em quantos dias de uma semana típica você come em excesso alimentos ricos em açúcar?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes (1-3 dias) ¹[] Frequentemente (4-5 dias) ⁰[] Sempre (6-7 dias)

63. Em quantos dias de uma semana típica você come em excesso alimentos ricos em gordura?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes (1-3 dias) ¹[] Frequentemente (4-5 dias) ⁰[] Sempre (6-7 dias)

64. Em quantos dias de uma semana típica você come em excesso alimentos ricos em sal?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes (1-3 dias) ¹[] Frequentemente (4-5 dias) ⁰[] Sempre (6-7 dias)

65. Em quantos dias de uma semana típica você faz pelo menos 5 refeições variadas ao dia?

³[] Nunca ²[] Poucas vezes (1-3 dias) ¹[] Frequentemente (4-5 dias) ⁰[] Sempre (6-7 dias)

66. Em quantos dias de uma semana típica você costuma se alimentar adequadamente (comer de 3 em 3 horas, comer frutas e verduras, não ingerir em excesso alimentos ricos em sal, açúcar e gordura)?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3 dias) ²[] Frequentemente (4-5 dias) ³[] Sempre (6-7 dias)

67. Com que frequência você costuma ingerir dois litros de água por dia?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3 dias) ²[] Frequentemente (4-5 dias) ³[] Sempre (6-7 dias)

68. Quais líquidos você costuma ingerir durante o dia? _____ Qual a frequência semanal?

⁰[] Nunca ¹[] Poucas vezes (1-3 dias) ²[] Frequentemente (4-5 dias) ³[] Sempre (6-7 dias)

GERAL

69. Como você considera a sua qualidade de vida?

⁰[] Ruim ¹[] Regular ²[] Boa ³[] Muito Boa

70. Você sente vontade de mudar seu estilo de vida? Quando?

¹[] Não ²[] Sim Quando? _____

71. O que gostaria que fosse diferente em seu estilo de vida?

72. O que mais você gostaria de comentar com relação ao seu estilo de vida?

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE DESPORTOS DE DEFICIENTES VISUAIS



Declaro para os devidos fins e efeitos legais que objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto: **Programa de mudança de comportamento em adultos atletas e não atletas com deficiência visual**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São Paulo, 27/ 06/ 2017


Felipe Menescal

Gerente Técnico e de Eventos



ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS, IDENTIFICADO ATRAVÉS DO CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA (CAAE) 71181517.9.0000.0121

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Programa de mudança de comportamento em adultos atletas e não atletas com deficiência visual

Pesquisador: Adriano Ferretti Borgatto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 71181517.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.229.088

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de intervenção e mudança de comportamento que vai desde a validação do instrumento e construção da escala baseada na teoria de resposta ao item até o impacto de um programa de mudança de comportamento no estilo de vida de adultos com deficiência visual. Estudo com delineamento transversal para traçar o perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual e a construção da escala por meio da teoria de resposta ao item. Será realizado com 700 adultos com deficiência visual durante as fases regionais do futebol de 5, goalball e gran prix de judô organizado pela Confederação Brasileira de Desportos de Deficientes Visuais em 2018. O delineamento longitudinal no que concerne a intervenção de mudança de comportamento no estilo de vida dos adultos com deficiência visual será realizado com aproximadamente 30 adultos com deficiência visual da Grande Como procedimentos o estudo utilizar-se-á de: .entrevista do perfil de estilo de vida baseado em alguns instrumentos já validados. No segundo momento no programa de intervenção, um grupo será submetido a uma intervenção e o controle dos efeitos serão realizados por meio de um pré teste antes da experiência e um pós teste ao final do programa de intervenção. Após a coleta de dados referente ao estudo transversal do perfil do estilo de vida dos adultos com deficiência visual, será

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.229.088

pesquisador compromete em divulgar. Durante a segunda etapa o participante receberá informações e orientações específicas com relação a importância de aspectos de sua vida social, comportamento preventivo, controle do estresse, hábitos alimentares saudáveis e atividade física, assim como vivências práticas de atividade física e oficinas de culinária. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes no que concerne fatores relacionados ao estilo de vida dos adultos com deficiência visual que devam acrescentar elementos interessantes para futuras pesquisas sendo que o conhecimento que será construído o pesquisador se compromete em divulgar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O problema de pesquisa está bem justificado, com objetivos claros e método bem definido. Uma vez obtidos os dados conclusivos proporcionará aos pesquisadores meios para contribuir para futuros estudos na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise dos aspectos éticos desta pesquisa realizada por este Comitê, concluímos que não existem inadequações ou pendências nesta pesquisa, sendo que pode ser iniciada conforme cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_952562.pdf	13/07/2017 09:57:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_13_07.docx	13/07/2017 09:56:58	Adriano Ferrel Borgatto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/07/2017 09:54:51	Adriano Ferrel Borgatto	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-6094 E-mail: cep.propesq@contatuufsc.br