

A Experiência de Deixar de Ver: Aspectos a Considerar na Avaliação e na Intervenção Psicológica

Sandra Estêvão Rodrigues (Universidade do Minho)

Eugénia Fernandes (Universidade do Minho)

Ângela Maia (Universidade do Minho)

sandra.estevao@reitoria.uminho.pt

Palavras-chave:

Perda da visão, vivência psicológica, reabilitação

Resumo/Abstract:

Apresenta-se um estudo realizado com recurso a uma metodologia qualitativa, a Grounded Theory, junto de sujeitos que experienciaram a perda da visão. Através dele, foi possível encontrar um conjunto de aspectos que marcam o processo individual de perda, as implicações que daí decorrem, as formas como cada sujeito lida com a experiência e as condições que as medeiam. Foi ainda possível compreender a vivência de um processo de reabilitação.

Deste estudo resultaram pistas para futuras investigações e orientações para o acompanhamento psicológico a proporcionar a estes sujeitos.

São vários os conceitos utilizados para nomear a ausência mais ou menos acentuada da visão, sendo que a expressão deficiência visual abrange todo esse contínuo. Quando a limitação é parcial, é habitual utilizarem-se conceitos como “baixa visão”, “subvisão”, “visão reduzida”, “visão subnormal”, “ambliopia”. Este último conceito está, do ponto de vista médico, errado para designar deficiência visual parcial, pois na perspectiva oftalmológica refere-se a uma baixa na acuidade visual sem causa orgânica identificada (Rosa, 1993). Já a ausência de visão quase total ou mesmo total recebe o nome de cegueira. No seu sentido lato, a cegueira deveria designar a ausência total da visão sem percepção de luz (Griffon, 1995), mas tem sido aplicado a situações em que existem resíduos visuais mínimos (luz, cor, formas e movimento). Daí que facilmente se compreenda o facto de uma grande maioria das pessoas

consideradas cegas apresentarem alguma capacidade visual residual, a qual poderá ser mais ou menos utilizada nas mais diversas tarefas.

O estabelecimento dos limites entre a incapacidade parcial ou total para ver, que estão na base da definição de conceitos e de classificações da deficiência visual, apresenta-se complexo, atendendo ao facto de: decorrer em diversos contextos profissionais (médicos, educativos, serviço social); o “ver mal” assumir muitas formas, tais como a visão tubular, visão turva, visão periférica, entre outras; serem vários os parâmetros a considerar na avaliação da capacidade visual, sendo os mais conhecidos a acuidade e o campo visual e a utilidade que se dá à visão que se possui depender de vários factores pessoais.

O estudo que apresentamos pretendeu compreender a experiência da perda total da visão, sem que esta perda total corresponda à completa inexistência de percepção visual, mas ao facto dos sujeitos em estudos se considerarem e serem considerados cegos devido à sua impossibilidade de recorrer à visão e desta incapacidade interferir de forma significativa com o desempenho da maior parte das suas actividades.

A prevalência e a incidência desta problemática assume proporções elevadas. De acordo com a estimativa da Organização Mundial de Saúde em 2001 (Research Institute of Lighthouse International, 2002), existem em todo o mundo 180 milhões de pessoas com deficiência visual, sendo 40 a 45 milhões consideradas cegas. Em Portugal, uma das escassas fontes de informação é constituída pelos Censos 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2002) os quais indicam que esta é a deficiência com a incidência mais elevada, correspondendo a 1,6% da população residente, com uma distribuição proporcional entre homens e mulheres. Infelizmente, a validade destes números tem de ser observada com cuidado por resultarem da auto-avaliação dos respondentes.

As causas de uma deficiência visual são múltiplas, envolvendo problemas pré, peri e pós-natais, patologias oculares genéticas e adquiridas, causas acidentais ou mesmo no âmbito das perdas físicas e sensoriais decorrentes do avanço da idade. A população idosa é, aliás, uma parcela importante das pessoas com deficiência visual (Instituto Nacional de Estatística, 2002; Secretariado Nacional de Reabilitação, 1996). Verifica-se grande diferença nas causas mais frequentes de deficiência visual em países menos ou mais desenvolvidos. Nos primeiros, as causas são essencialmente infecciosas e nos segundos devidas a alterações oculares ou doenças metabólicas que afectam os olhos, sendo disso exemplo as cataratas e a retinopatia diabética derivada da Diabetes Mellitus (Pelechano, Miguel & Ibañez, 1995).

As consequências da perda da visão são abordadas de forma exaustiva por alguns autores como Tuttle e Tuttle (1996), os quais falam de implicações para a manutenção pessoal e

doméstica, para as deslocações, para a leitura e para a escrita, para o emprego, para o lazer. Distinguem ainda um conjunto de implicações psicossociais da cegueira, que agrupam em implicações sociológicas e implicações psicológicas.

Nas implicações sociológicas são indicadas: tendência para a imaturidade e o egocentrismo, isolamento e afastamento social, passividade e dependência, acesso restrito ou inadequado a modelos de papéis sociais, e atitudes estereotipadas tanto das pessoas que vêm como das que não vêm. As implicações psicológicas incluem: a aprendizagem de conceitos dificultada (sobretudo em cegos precoces); competências intelectuais sem alterações, mas com alguma inibição na recolha da maior quantidade possível de informação sensorial e necessidade por parte das crianças cegas de experiências concretas para as suas realizações escolares; tendência para agravamento ou exacerbação de traços de personalidade; e necessidade de um processo de ajustamento. Estes autores chamam a atenção para a importância do auto-conceito e da auto-estima nesse processo de ajustamento.

Cabe ainda salientar o estigma e as falsas crenças que rodeiam a cegueira, as quais muito dificultam a vivência da perda da visão (Dodds, 1993; Hollins, 1989; Tuttle & Tuttle, 1996).

Algumas das consequências da perda sensorial que é objecto deste estudo são distintas, e outras serão coincidentes, para sujeitos que têm uma ausência parcial ou total de visão e mesmo entre aqueles que estão classificados numa determinada categoria de visão. As diferenças verificam-se, por exemplo, ao nível das necessidades de reabilitação (Welsh & Tuttle, 1997). A cegueira constitui o maior medo de muitas pessoas com perdas parciais de visão, as quais têm de lidar com mudanças no seu estilo de vida, com a sensação de perda de controlo, com a experiência emocional dolorosa das idas constantes ao oftalmologista, e com a decisão de se submeter ou não a determinados tratamentos médicos (Sacks, 1996).

No que respeita à vivência psicológica da perda da visão, foi dada especial atenção à definição dos conceitos e à construção de modelos de adaptação e ajustamento, sem que exista consenso entre os autores no tocante às definições, sendo que as fases e as dinâmicas dos modelos apresentam-se muito variáveis (Díaz & Pallero, 2003; Livneh & Antonak, 1997; Ringering & Amaral, 2000). De acordo com Beggs (1992) e com Dodds (1993), a maior parte destes modelos falhava por ter subjacente a crença na necessidade de se fazer o luto da perda da visão, dado que nem todos os sujeitos respondem da mesma forma a esta perda, assim como nem todos completam o ajustamento à situação. Os modelos mais recentes ressaltam já à variabilidade individual nas respostas a esta experiência (Díaz & Pallero, 2003; Ringering & Amaral, 2000; Tuttle & Tuttle, 1996).

A depressão é frequentemente apontada como uma reacção psicológica típica à perda da visão, mas não acontece necessariamente (Horowitz & Reinhardt, 2000).

A reabilitação para pessoas com deficiência visual representa a possibilidade de aprendizagem de estratégias para lidar com as dificuldades inerentes à perda da visão, quer as de carácter prático, quer as de carácter psicológico. As primeiras dizem respeito à orientação e mobilidade, às actividades da vida diária, ao acesso à informação, e a adaptações para o trabalho e para o lazer (Cejudo, 1999; Dodds, 1993; Hollins, 1989).

No tocante aos resultados da reabilitação, Rngering e Amaral (2000), explicam que:

“Uma revisão da literatura revela que os investigadores usaram uma variedade de definições de adaptação e de resultados de reabilitação. Estas incluem em comum a ausência de depressão ou outra forma de *distress* psicológico; participação em papéis sociais, vocacionais, e de comunidade; a capacidade para executar habilidades comportamentais que permitem funcionar de forma independente; e a habilidade para fazer uso dos recursos disponíveis” (p. 1034).

Quanto à reabilitação no nosso país, não se conhecem estudos que investiguem o seu funcionamento e os seus resultados.

MÉTODO

Se a escassez de estudos sobre a vivência psicológica da perda da visão já é notória, mais acentuada ela é se atendermos aos que possibilitam dar voz aos sujeitos que experienciaram tal perda. Foi este um dos grandes objectivos do estudo que apresentamos, ou seja, procurar compreender a experiência pessoal de perda da visão e da vivência de um processo de reabilitação a partir dos relatos pessoais dos próprios sujeitos. Neste âmbito, a Grounded Theory mostrou-se uma boa opção metodológica, oferecendo ferramentas de recolha e análise dos dados, permitindo-nos elaborações teóricas fundamentadas nos próprios dados recolhidos. A recolha e análise dos dados é feita em simultâneo e a partir deles, são formuladas categorias, realizando-se a análise com o recurso permanente ao questionamento e comparação dos dados (Charmaz, 1995; Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 1998).

O instrumento de recolha dos dados foi uma entrevista semi-estruturada (Smith, 1995), que procurava abarcar de forma orientada mas flexível as experiências que pretendíamos compreender.

Na Grounded Theory, as amostras são teóricas, ou seja, devem representar o fenómeno em estudo. Assim, foram realizadas oito entrevistas a sujeitos que passaram pela experiência

em investigação. Procurámos que estes se encontrassem em condições o mais variadas possível no tocante à faixa etária no momento da entrevista, ao tipo de problema que originou a cegueira, e ao momento em que se encontravam na história da vivência (cegueira recente ou com vários anos, tendo realizado reabilitação há vários anos ou a realizá-la), com o objectivo de abarcar grande variedade de experiências.

Os entrevistados, três mulheres e cinco homens, tinham à data da entrevista entre 22 e 46 anos e a sua escolaridade ia desde o 1º Ciclo do Ensino Básico até ao Ensino Superior completo com Pós-graduação. As causas da sua cegueira situavam-se entre as seguintes: Descolamento de Retina, Glaucoma, Retinose Pigmentar, Doença de Eales e Lesão Cerebral Traumática.

As entrevistas foram realizadas individualmente e áudio-gravadas com o consentimento de todos os entrevistados. Foram transcritas na íntegra e a sua duração foi entre 30m e 1h45m.

Definimos como unidades de análise qualquer acontecimento, emoção e pensamento expresso que directamente se relacionasse com os objectivos do estudo. Estas unidades de análise foram sinalizadas no texto das entrevistas e sujeitas a categorização aberta, ou seja, questionávamos cada unidade de análise com as perguntas “o que é isto?” e “de que é que o sujeito está a falar” e atribuíamos-lhe categorias provisórias, que constituíam as diferentes alternativas de resposta encontradas. Durante toda a análise, o processo de categorização aberta serviu precisamente para nomear e rotular as categorias e as propriedades, que são em si mesmas subcategorias que caracterizam categorias mais abstractas. As categorias de nível mais abstracto iam sendo reformuladas à medida que era necessário integrar nova informação e também à medida que fazíamos a categorização axial. Este procedimento permitiu-nos estabelecer algumas relações entre as categorias encontradas, através de questões como “com o que é que isto se relaciona?”. O questionamento e a comparação dos dados foi constante e sistemático, de modo a construir categorias, a estabelecer ligações entre elas, e a atribuir-lhes significado no contexto das entrevistas.

RESULTADOS

Nos dados analisados encontramos cinco grandes categorias que nos mostram os aspectos envolvidos na experiência de deixar de ver: factos do processo clínico, momentos do processo de perda, implicações do processo de perda, condições mediadoras no lidar com a perda, formas de lidar com os factos/momentos/implicações. Cada uma delas engloba um conjunto de propriedades que as caracterizam, as quais passamos a apresentar de forma muito

sucinta. As sub-propriedades não serão aqui referenciadas, a não ser que nos permitam esclarecer o significado de uma propriedade/categoria.

Os factos do processo clínico incluem aspectos que nos permitem conhecer as características clínicas de cada história de perda, nomeadamente: a causa da perda, o(s) grau(s) de visão experienciado(s) durante o processo de perda, os indicadores de anormalidade da visão (ou os factos que permitiram ao sujeito perceber que algo não estava bem com a sua visão), a evolução da perda, as perdas associadas (que podem ser afectivas, físicas e materiais).

Os momentos do processo de perda referem-se a acontecimentos, únicos ou repetidos, que fazem parte do processo em causa, sem terem de se circunscrever a um período de tempo bem definido. Entre eles temos o conhecimento de um diagnóstico, a perda(s) da visão, a procura de um tratamento/prognóstico mais favorável, a consciencialização (da impossibilidade de recuperação quando a perda já se verificou e da possibilidade de cegueira a curto ou médio prazo), e ainda o momento de lidar com as limitações para a mobilidade, para a leitura e para a escrita e para as actividades da vida diária. Estes momentos, em conjunto com os factos do processo clínico, permitem-nos estabelecer uma história individual de perda.

As implicações do processo de perda incluem consequências muito diversas para a vida dos sujeitos que categorizamos em físicas, escolares, profissionais, económicas, para as relações interpessoais, para o lazer, psicológicas (aqui estão enquadradas manifestações de desconforto psicológico, a exacerbação emocional face a acontecimentos casuais e alterações auto-percebidas na identidade). Estas implicações não são necessariamente negativas ou avaliadas como tal pelos próprios sujeitos.

As condições mediadoras no lidar com a perda constituem circunstâncias que facilitam ou dificultam as respostas individuais ao que vai sucedendo em torno da perda da visão. As condições mediadoras identificadas foram o significado pessoal atribuído aos factos/momentos/implicações, a extensão temporal dos factos/momentos/implicações, os recursos, o conhecimento das possibilidades e recursos das pessoas cegas, a passagem do tempo (que só por si pode atenuar algumas respostas emocionais, mas que não deve servir como “desculpa” para adiar a intervenção), as crenças religiosas, a intensidade das manifestações de desconforto psicológico, a *localização dos factos / momentos / implicações no percurso de vida, o grau em que cada condição mediadora facilita o lidar com a perda.*

Importa registar ainda os recursos identificados junto dos nossos sujeitos: os pessoais/físicos (entre os quais estão os factores de personalidade, as perdas associadas, a

visão residual, a definição clínica ou a estabilidade da visão), o suporte social (que pode fornecer um modelo para comparação positiva, apoio emocional ou instrumental, e ligações afectivas seguras que, de acordo com os nossos dados, podem até garantir a sobrevivência da pessoa).

No tocante às formas de lidar com os factos/momentos/implicações, encontramos a negação, a comparação positiva, a minimização da importância do acontecimento, a normalização, a extracção de valores positivos dos acontecimentos negativos, o evitamento, a estratégia de ocultar sentimentos para minimizar sofrimento de próximos significativos, a procura activa de informação, a procura de prognóstico/tratamento mais favorável, o investimento em aprendizagens ou num processo de reabilitação, a resolução de problemas, a partilha de experiências com outros que também as vivenciem. Estas respostas individuais só fazem sentido quando relacionadas com o que vai sucedendo ao longo do processo de perda e quando se tem subjacente a esta relação as condições que medeiam tais respostas.

No que respeita à vivência de um processo de reabilitação, encontrámos um conjunto de factos que o caracterizam: a sua duração, o regime em que ela é feita (internamento ou frequência externa), os motivos que conduzem o sujeito à reabilitação (iniciativa pessoal devida às necessidades sentidas, encaminhamento formal ou informal).

De seguida, encontrámos um conjunto de factores intervenientes na vivência do processo, a saber: motivação para o processo, expectativas dos sujeitos versus respostas institucionais, as relações interpessoais estabelecidas com outros sujeitos no mesmo processo e com os técnicos, o apoio psicológico disponibilizado durante o processo, a criação de falsas expectativas sobre o carácter não definitivo da perda da visão.

Outros aspectos encontrados dizem respeito aos factores intervenientes na implementação das aprendizagens feitas durante o processo de reabilitação. Dentro destes encontram-se o investimento pessoal, o constrangimento social dependente do contexto em que o sujeito vive, as barreiras arquitectónicas que podem constituir sérias dificuldades por exemplo à mobilidade dos sujeitos. Ainda dentro destes factores, temos a considerar as perdas físicas associadas, dado que a deficiência visual pode não ser a única que o sujeito apresenta. Nestes casos, todos os aspectos que foram até aqui mencionados devem considerar essas perdas associadas. A terminar os factores que influenciam as aprendizagens, temos os reforços dos próximos significativos, os quais, a não existirem ou a serem crítica à independência, comprometem seriamente a implementação das aprendizagens.

Quanto aos resultados do processo de reabilitação, estes referem-se à aprendizagem / aperfeiçoamento / adaptação de estratégias para responder às limitações na mobilidade, na

leitura e escrita, e nas actividades da vida diária, a maior autonomia, a maior segurança para a mobilidade. No entanto, em resultado da utilização da capacidade de visão residual, podem verificar-se sintomas físicos associados a esse esforço, como cansaço, dores de cabeça, etc. Seguindo os resultados da reabilitação encontrados, temos ainda a registar que, muitas vezes, durante este processo acontece um encaminhamento para opções profissionais alternativas ou para o prolongamento do percurso escolar. Outro dos resultados que gostaríamos de salientar diz respeito a alterações das expectativas, quer estas se relacionem com a vida emocional, quer com as próprias competências para fazer face às limitações impostas pela perda, quer ainda sobre a vida em geral. Outras alterações verificadas como resultado da reabilitação são as relativas à forma de lidar com a perda da visão e mesmo ao desconforto psicológico, que no nosso estudo se verificam pela positiva. A auto-estima pode apresentar-se igualmente melhorada, assim como uma maior extroversão e satisfação com as relações interpessoais.

CONCLUSÕES

Face à diversidade e complexidade dos resultados apresentados, fica clara a necessidade de futuras investigações aprofundarem estes dados. Sabemos que esta não é a única leitura possível dos dados nem é uma leitura acabada. No entanto, esta leitura possibilita-nos já encontrar pistas úteis para a avaliação da população em causa e orientar os esforços de intervenção a ela dirigidos.

Verificamos que o amplo conjunto de aspectos a que aludimos têm sido poucas vezes considerados na sua complementaridade e inter-relação nos estudos sobre a problemática que aqui abordamos. Esta é, quanto a nós, uma falha de igual gravidade às relativas a amostras pequenas ou a falhas metodológicas identificadas por alguns autores (ver por exemplo: Livneh & Antonak, 1997; Ringering & Amaral, 2000). Expor a complexidade destas experiências e a necessidade de considerar todos estes aspectos no seu conjunto na avaliação e intervenção representa a mais valia do presente estudo.

A nossa preocupação foi o de auxiliar a compreender a experiência de perda da visão e encontrar pistas que orientem a intervenção psicológica para minimizar o sofrimento que daí possa advir. No entanto, esse sofrimento tem de ser visto como uma possibilidade, nunca como uma consequência sempre presente. As pessoas com deficiência visual podem procurar os profissionais da Psicologia por muitas razões não directamente relacionadas com um sofrimento decorrente da perda da visão, ainda que esta condição interfira de forma inegável nas suas decisões. Como já vimos, as implicações da perda da visão podem nem sempre ser negativas ou negativamente avaliadas. Vimos também como as formas de responder aos

acontecimentos deste processo são diversas e como cada sujeito dispõe de diferentes condições que medeiam positiva ou negativamente as suas respostas individuais. Além disso, os sujeitos considerados cegos não se encontram todos no mesmo momento da sua história de perda: temos de estabelecer o seu percurso individual neste processo e relacionar todos os aspectos acima mencionados com este percurso muito pessoal, sob pena de não encontrarmos enquadramento e coesão na vivência psicológica.

A avaliação cuidada garante uma adequada intervenção. Esta simples verdade para qualquer intervenção psicológica é, por tudo o que já referimos, de extrema validade para a população da qual falamos.

Os dados apresentados mostram que a intervenção psicológica junto da população em causa deve ser multifacetada, podendo adaptar-se às condições contextuais em que actuamos. Perante as várias possibilidades de sistematização de sugestões de intervenção que decorrem dos dados obtidos, optamos por abordá-las em função de possíveis objectivos para diferentes contextos de trabalho. Ressalve-se que as sugestões de objectivos de intervenção a seguir apresentadas não são estanques às áreas apontadas, são antes dinâmicas e exemplificativas.

Começando por abordar as intervenções em contextos clínicos, as nossas sugestões vão no sentido de: adaptar os instrumentos de avaliação às características físicas e sensoriais dos sujeitos; adequar as estratégias de intervenção às possibilidades de acção da pessoa; avaliar as reacções psicológicas demonstradas pelos sujeitos face a cada implicação da deficiência, de modo a poder intervir diferencialmente em cada uma; avaliar os recursos que o sujeito tem ao seu dispor para contornar as implicações da perda; facilitar o encontro, por parte dos sujeitos, de formas de lidar positivamente com a experiência, por exemplo através da atribuição de significados positivos a essa experiência e fazendo uso dos recursos ao seu alcance, nomeadamente para a sua reabilitação; aumentar nos sujeitos as percepções de controlo e de auto-eficácia sobre as suas aprendizagens e sobre as decisões que directamente lhe dizem respeito; auxiliar a família para lidar com as suas emoções face ao problema de um dos seus membros, para apoiá-lo de forma efectiva, e para fortalecer as relações afectivas; e providenciar acompanhamento na procura de tratamentos e melhores prognósticos de forma a minimizar o impacto das decepções que daí possam advir.

Em contextos de saúde, a nossa sugestão vai no sentido da formação aos profissionais de saúde para: comunicar diagnóstico e fornecer informação ao doente; preparar o doente para tratamentos, apelando à sua colaboração; e orientar os doentes para a utilização de ajudas técnicas e para a procura de habilitação e reabilitação.

Centrando agora a nossa atenção nos contextos educacionais, eis o que decorre dos dados obtidos: dinamizar na escola o apetrechamento para a frequência do estudante em causa; fornecer aos professores estratégias de apoio a implementar em contextos de sala de aula; fornecer informação aos funcionários sobre os apoios a prestar aos alunos; e realizar processos de orientação escolar e profissional realistas e dirigidos aos interesses pessoais do aluno.

A intervenção em contextos associativos, institucionais de apoio e de reabilitação poderá ter como um dos seus grandes objectivos a formação aos profissionais da reabilitação no sentido de: comunicar ao sujeito informação que directamente lhe diga respeito, de modo a despertar expectativas realistas sobre a sua situação particular e a fomentar o seu envolvimento no processo; auxiliar o utente a lidar com as emoções inerentes às aprendizagens em questão; estabelecer planos de trabalho individuais e realistas; e fomentar um trabalho interdisciplinar, no qual cada membro da equipa se sinta responsável por uma parte do plano individual de cada sujeito. Ainda nestes contextos, a promoção de grupos de apoio poderá mostrar-se terapêutico por proporcionar boas oportunidades para o encontro de modelos de comparação positiva. A família deverá ser sempre envolvida no apoio a prestar, pois da sua receptividade dependerá em boa parte a implementação das aprendizagens feitas pelos sujeitos durante o seu processo de reabilitação. Estes contextos poderão ainda ser favoráveis à promoção da integração profissional e ao desenvolvimento de actividades de lazer para os sujeitos em causa. Dada a interferência das falsas crenças em torno da cegueira nas relações interpessoais, há ainda a apontar como objectivo a implementação de acções de divulgação e sensibilização da problemática em questão na comunidade abrangente.

Finalmente, duas sugestões aos profissionais da Psicologia que trabalham em contextos empresariais. A primeira vai no sentido de se promover a empregabilidade da população em causa; a segunda tem como objectivo a realização de adaptações para que os produtos ou serviços da empresa se adequem a este público.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beggs, W. D. A. (1992). Coping, adjustment, and mobility related feelings of newly visually impaired young adults. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 86(3), 136-140.
- Cejudo, M. (1999). Rehabilitación de personas discapacitadas visuales: Un servicio básico. *Discapacidad Visual Hoy*, 5(7), 28-39.

- Charmaz, K. (1995). Grounded Theory. In J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology*, 3 (p. 27-49). London: Sage Publications.
- Díaz, M. & Pallero, R. (2003). El Proceso de Ajuste a la Discapacidad Visual. In J. Checa Benito, P. Díaz Veiga & R. Pallero González (Coords.), *PSICOLOGÍA Y CEGUERA - Manual para la intervención psicológica en el ajuste a la discapacidad visual*, 2 (versão digital). Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Dodds, A. (1993). *Rehabilitating blind and visually impaired people: A psychological approach*. London: Chapman & Hall.
- Fernandes, E., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes & L. Almeida, *Modelos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológica* (p. 49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Griffon, P. (1995). *Déficiences visuelles: Pour une meilleure intégration*. Paris: Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations.
- Hollins, M. (1989). *Understanding blindness: An integrative approach*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Horowitz, A., & Reinhardt, J. P. (2000). Mental health issues in vision impairment: Research in depression, disability, and rehabilitation. In B. Silverstone, M. A. Lang, B. P. Rosenthal, & E. E. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation*, 58 (p. 1089-1109). New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Resultados provisórios: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Lisboa: Autor.
- Livneh, H., & Antonak, R. F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg, Maryland: Aspen.
- Pelechano, V., Miguel, A., & Ibáñez, I. (1995). Las personas con deficiencias visuales. In M. A. Verdugo Alonso (Dir.), *Personas con discapacidad – perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, 8 (p. 325-392). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Research Institute of Lighthouse International (2002). *Statistics on vision impairment: A resource manual*. New York: Author.
- Ringerling, L. D., & Amaral, P. (2000). The role of psychosocial factors in adaptation to vision impairment and rehabilitation outcomes for adults and older adults. In B. Silverstone, M. A. Lang, B. P. Rosenthal, & E. E. Faye (Eds.), *The Lighthouse handbook on vision impairment and vision rehabilitation*, 55 (p. 1029-1048). New York: Oxford University Press.

- Rosa, A. (1993). Caracterización de la ceguera y las deficiencias visuales. In A. Rosa & E. Ochaita (Eds.), *Psicología de la ceguera*, 2 (p. 19-49). Madrid: Alianza Editorial.
- Sacks, S. Z. (1996). Psychological and social implications of low vision. In A. L. Corn & A. J. Koenig (Eds.), *Foundations of low vision: Clinical and functional perspectives*, 2 (p. 26-42). New York: American Foundation for the Blind Press.
- Secretariado Nacional de Reabilitação (1996). *Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens: Resultados globais*. Lisboa: Autor.
- Smith, J. A. (1995). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J. A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology*, 2 (p. 9-26). London: Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing Grounded Theory*. London: Sage Publications.
- Tuttle, D. W., & Tuttle, N. R. (1996). *Self-Esteem and adjusting with blindness: The process of responding to life's demands*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Welsh, R. L., & Tuttle, D. W. (1997). Congenital and adventitious blindness. In J. E. Moore, W. H. Graves, & J. B. Patterson (Eds.), *Foundations of rehabilitation counseling with persons who are blind or visually impaired*, 3 (p. 60-79). New York: American Foundation for the Blind Press.