

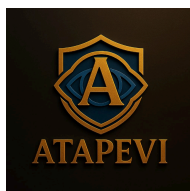
CONGRESSO INTERNACIONAL DA DEFICIÊNCIA VISUAL — SETEMBRO/2025

AUTOR: RENATO MOREIRA DOS SANTOS

ANNE SULLIVAN E A PAUTA DA BAIXA VISÃO MEMÓRIA, RECONHECIMENTO E DIREITOS

Objetivo do material

- Apresentar Anne Sullivan como referência histórica de pessoa com baixa visão que transformou a educação inclusiva.
- Reforçar a diferenciação entre cegueira e baixa visão, com foco em direitos e acesso.
- Levar uma pauta prática ao encontro: reconhecimento público da baixa visão e ações concretas no Brasil.
- Apoiar divulgação em redes, intercâmbios e órgãos internacionais com texto direto e fácil de traduzir.



1. Tema

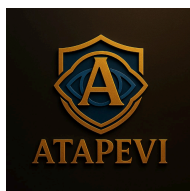
Este material tem como propósito dar visibilidade à baixa visão usando a trajetória de Anne Sullivan como fio condutor para embasar a pauta e abrir conversa com gestores, profissionais e a sociedade. O documento adota o formato de artigo de posicionamento, organizado de forma clara e direta e sustentado por fontes confiáveis, para facilitar leitura por pessoas com baixa visão e tradução para outros idiomas. O uso imediato inclui distribuição no congresso, envio a entidades e conselhos, e anexação em ofícios e e-mails de advocacy, servindo como peça de apoio em apresentações curtas e no contato com redes nacionais e internacionais.

2. Introdução

A baixa visão ainda passa batida na conversa de todos os dias e, muitas vezes, nas rotinas de atendimento. Muita gente associa deficiência visual apenas à cegueira total, como se fosse um tudo ou nada. Quem enxerga pouco, com imagem borrada, linhas faltando, halos ou perda de contraste, fica sem nome próprio em uma faixa cinzenta. Essa falta de nome atrapalha muita coisa, confunde a porta de entrada na saúde, atrasa o laudo que libera recursos e dificulta combinações simples, como ajustar tamanho de fonte, melhorar a iluminação, organizar o espaço de circulação e escolher tecnologias assistivas que funcionem para cada caso. Quando a experiência não tem rótulo claro, a pessoa acaba empurrada para a invisibilidade, mesmo estando o tempo todo em cena.

A confusão entre cegueira e baixa visão não é detalhe técnico, mexe com direitos, estudo, trabalho e mobilidade. Uma criança que aproxima o rosto do caderno para ler, um idoso que tropeça por falta de contraste no piso, uma vendedora que luta para decifrar rótulos em letra miúda, todas essas situações revelam limites que pedem soluções específicas, diferentes daquelas pensadas para quem não percebe luz alguma. Dar nome à baixa visão ajuda a construir uma sequência de cuidado, começando pela triagem que identifica o perfil, seguindo para o encaminhamento correto, a reabilitação visual, a oferta de lentes e lupas, o treino de orientação e mobilidade e as adaptações que organizam o dia a dia. Quando a rota é clara, os serviços deixam de ser uma loteria e passam a entregar respostas mais justas.

Campanhas de saúde ocular e datas do calendário costumam falar de visão em termos gerais ou miram a cegueira como foco único. Essa escolha tem valor, porém deixa de fora milhões de

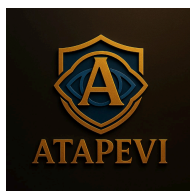


peessoas que enxergam com limite e precisam de outra chave de leitura. Incluir a baixa visão como eixo próprio muda o desenho das ações. Materiais passam a nascer com fonte ampliada e contraste adequado, as peças de comunicação adotam linguagem direta e exemplos práticos, e o passo a passo para solicitar apoio na escola, no trabalho e nos serviços públicos aparece sem rodeio. A mesma lógica vale para a cidade. Sinalização com alto contraste, degraus marcados, indicação sonora em semáforos e superfícies táteis bem distribuídas organizam a vida de quem precisa de pistas visuais mais fortes para seguir com autonomia e segurança.

A trajetória de Anne Sullivan ajuda a iluminar esse caminho. Ela perdeu parte da visão na infância e encontrou na educação e no acesso às tecnologias do seu tempo um modo de seguir adiante. Ao acompanhar Helen Keller, reinventou formas de ensinar linguagem, toque e mundo, mostrando que método e persistência mudam destino quando o ambiente apoia a pessoa com perda visual. O objetivo aqui não é recontar sua biografia do começo ao fim, e sim usar essa história como farol. Quando a pessoa recebe suporte certo e encontra espaços preparados, há ganho real de participação social. A lembrança que fica é simples e forte. O que se chama de superação individual quase sempre nasce de condições concretas. Com recursos, mediação qualificada e ajustes de contexto, a vida floresce.

Este material nasce com vocação prática. A proposta é um texto claro, direto, fácil de traduzir e de circular em redes, pensado para caber em uma apresentação breve e, ao mesmo tempo, servir como apoio para ofícios, cartas, reuniões e atividades de advocacy. A ideia é abrir portas no congresso, juntar contatos e sustentar com exemplos que a baixa visão precisa de políticas com rosto. Fala-se de linha de cuidado na saúde, com triagem, referência e reabilitação. Fala-se de guia rápido para professores, com orientações de fonte, contraste, tempo ampliado e posição do estudante na sala. Fala-se de adaptações no trabalho que viabilizem o uso de leitores de tela e lupas digitais. Fala-se de cidade com contraste em degraus, guia rebaixada bem definida e travessias seguras. Tudo isso acompanhado de dados públicos para monitorar resultados e corrigir rumos.

Ao tratar a baixa visão como pauta autônoma, este texto costura três frentes que se reforçam. A primeira é o reconhecimento social, pois dar nome legitima a experiência e ajuda a organizar prioridades. A segunda é a orientação do cotidiano, com listas curtas e úteis sobre o que ajustar na luz, na tela, no papel e no trajeto de cada dia. A terceira é a articulação entre redes de saúde,



educação, trabalho, cultura e mobilidade, de modo que a pessoa não fique saltando de balcão em balcão. Com essa base, a introdução prepara quem lê para o restante do material, que trará definições diretas, propostas de ação e modos de uso durante o evento. A expectativa é que cada pessoa que pegue este texto se veja como parte da solução, oferecendo um contato, abrindo espaço em um serviço, ajustando um processo interno ou compartilhando o conteúdo com quem decide políticas. O convite é claro. Reconhecer a baixa visão, nomear sem medo e trabalhar por respostas que respeitem os limites do olho sem limitar a vida.

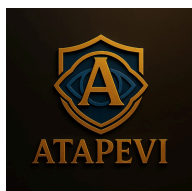
3. Desenvolvimento

3.1 Anne Sullivan em foco

Anne Sullivan nasceu em 1866 em Feeding Hills, Massachusetts, filha de imigrantes irlandeses marcados pela Grande Fome. A infância foi atravessada por pobreza, doença ocular e perdas familiares. O diagnóstico de tracoma deixou cicatrizes na conjuntiva e crises recorrentes que reduziram a visão, levando a cirurgias e longos períodos de recuperação. Em vez de abandonar os estudos, Anne perseguiu oportunidades sempre que surgiam, o que ajudou a moldar uma postura de ensino baseada em expectativa alta, prática cotidiana e adaptação contínua. Ao aproximarmos sua trajetória do que hoje se reconhece como baixa visão, fica claro que autonomia nasce de combinação de apoio, ambiente preparado e métodos que convertem limites sensoriais em pistas úteis para aprender e participar da vida social. (Nielsen, 2009)

A entrada na Perkins School for the Blind foi o ponto de virada. Ali, Anne acessou professores, materiais e uma cultura escolar que tratava recursos acessíveis como parte do dia a dia, e não como exceção. Houve também um ciclo de intervenções médicas que melhoraram parcialmente o conforto visual e ampliaram sua tolerância a leitura e escrita, ainda que com restrições. A rotina na Perkins envolvia leitura tátil, treino de escrita, organização do tempo e convivência com colegas que partilhavam desafios semelhantes, o que fazia da escola uma rede de apoio e de experimentação pedagógica. Essa experiência importa para a pauta da baixa visão porque reforça a tese de que tecnologia assistiva, método e comunidade funcionam melhor quando caminham juntos e quando o planejamento nasce de necessidades reais. (Perkins, 2024)

Em 1887, aos vinte anos, Anne foi para Tuscumbia, Alabama, trabalhar com Helen Keller. O episódio famoso da palavra água, soletrada na mão de Helen enquanto a água corria, não foi um

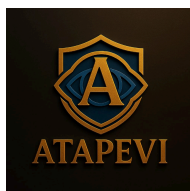


raio em céu limpo. Antes dele houve semanas de tentativa e erro, definições claras de rotina, criação de um espaço de estudo com menos distrações e uma observação diária de sinais de cansaço e curiosidade. Anne combinava alfabetos manuais, objetos do cotidiano, variações de textura e temperatura e escrita tátil para criar conexões entre sensação e linguagem. O que hoje chamamos design instrucional aparece nesse trabalho de organizar passos pequenos, cumulativos e verificáveis. O resultado foi a abertura de um caminho de comunicação que permitiu a Helen transitar entre casa, escola e mundo com outra segurança. (Nielsen, 2009)

O método de Anne tinha uma marca que dialoga com recomendações atuais para baixa visão e outras perdas sensoriais. Em vez de pacote único para todas as pessoas, ela criava arranjos que combinavam pistas táteis, voz humana, objetos concretos, brilho controlado e contraste adequado, sempre com feedback rápido para corrigir a rota. A lógica é simples. Quando o ambiente oferece redundância de pistas, o cérebro encontra caminhos alternativos para aprender e lembrar. Essa concepção é consistente com orientações de reabilitação visual que priorizam treino funcional, ajustes de luminosidade, uso de lentes, lupas e softwares de ampliação, além de orientação e mobilidade para percorrer espaços com mais previsibilidade. A aproximação entre prática histórica e literatura em saúde fortalece a defesa de políticas que saiam do improvisado. (van Nispen, 2020)

Há também um ponto público. Com o tempo, Anne ganhou reconhecimento como professora, intérprete e parceira constante de Helen Keller, participando de aulas, palestras, viagens e publicações que mostravam ao grande público a potência de uma educação acessível. Enciclopédias e perfis institucionais registram datas, lugares e o alcance dessa atuação. O que interessa para este trabalho é o efeito catalisador desse reconhecimento. Quando nomes e rostos associados à baixa visão ocupam o espaço público, a sociedade passa a dispor de referências para entender que não se trata apenas de cegueira, e sim de um espectro que exige medidas específicas. A visibilidade de Anne ajuda a amarrar a conversa sobre linguagem, tecnologia e direitos com exemplos concretos que tocam escolas, serviços de saúde, empresas e gestão urbana. (Britannica, 2024)

A pontaria fina do discurso pede definições. Parte da confusão entre cegueira e baixa visão nasce da falta de parâmetros comunicados de forma clara. Estudos em saúde pública defendem que acuidade visual e campo visual devem ser explicitados em faixas e descritos nos laudos, pois



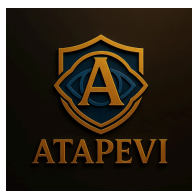
isso orienta triagem, reabilitação, oferta de auxílios e metas de serviço. Quando se esclarece que baixa visão implica perdas que permanecem mesmo após a melhor correção, com impacto funcional no cotidiano, abrem-se portas para políticas e financiamento de rotinas que de fato resolvem problemas. Regras claras ajudam o usuário a circular entre atenção básica, serviços especializados e educação sem se perder em balcões. A biografia de Anne, lida como estudo de caso, vira ponte entre narrativa inspiradora e desenho de política com critérios medíveis. (Dandona, 2006)

Os acervos da Perkins e de outras instituições guardam documentos que desmistificam a figura de Anne e mostram uma profissional que estudava, errava, corrigia e insistia. Esse registro derruba a ideia romântica de milagre e valoriza o trabalho paciente e atento ao contexto de cada pessoa. Para quem defende hoje a pauta da baixa visão, o recado é direto. Não se pede favor. Articulam-se método, tecnologia assistiva, comunicação acessível e metas públicas que possam ser cobradas com dados abertos. Ao levar Anne para o centro do debate, colocamos a baixa visão como assunto de agenda, com nome, prazos e responsabilidades, e não como nota de rodapé em campanhas genéricas. Esse é o espírito que guia a seção e o material como um todo, fortalecendo o compromisso com práticas que respeitam limites do olho sem limitar a vida. (Perkins, 2024)

3.2 Baixa visão: o que é e por que nomear

Baixa visão é uma condição em que a pessoa mantém resíduo visual, mas com perda que permanece mesmo após a melhor correção possível com óculos, lentes ou cirurgia. O ponto técnico mais usado por guias internacionais define faixas de acuidade entre 20/70 e 20/400, assim como restrição de campo visual em torno de vinte graus ou menos. Esses números não são um capricho. Eles ajudam a separar perfis clínicos, estimar o impacto na vida diária e orientar encaminhamentos. Na prática, quem tem baixa visão pode ler apenas com fonte ampliada, perder linhas, sofrer com ofuscamento, confundir rostos e tropeçar em degraus que não têm contraste. Nomear essa experiência dá linguagem comum para profissionais, gestores e famílias trabalharem no mesmo rumo, com metas observáveis e documentos consistentes. (Dandona, 2006)

A confusão entre cegueira total e baixa visão costuma nascer do modo como a sociedade fala de visão. Como o assunto aparece em blocos muito amplos, a pessoa que enxerga pouco fica sem

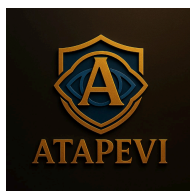


enquadre. Isso produz atrasos em laudos, perda de prazos e uma via crucis entre serviços que não sabem para onde encaminhar. Quando o termo baixa visão está explícito no relatório clínico, com acuidade e campo descritos de forma clara, o acesso a reabilitação visual, tecnologias assistivas e benefício social flui com menos atrito. O termo também orienta ajustes simples que mudam a rotina, como escolher fonte ampliada e com boa espessura de traço, evitar letras muito condensadas, organizar iluminação uniforme e reduzir reflexos em superfícies brilhantes. Com linguagem comum e parâmetros definidos, a conversa sai do improvisado e ganha previsibilidade. (Lee, 2025)

Entender o que causa baixa visão ajuda a montar a resposta adequada. No mundo todo, erros refrativos não corrigidos ainda lideram a fila, seguidos por catarata, degeneração macular ligada ao envelhecimento, glaucoma e complicações do diabetes. Cada causa pede caminhos próprios. Catarata pode ter solução cirúrgica. Degeneração macular exige acompanhamento contínuo, orientação sobre contraste e recursos de ampliação. Glaucoma afeta o campo visual e pede treino específico para mobilidade. O diabetes demanda controle metabólico e vigilância para evitar quedas de acuidade. Em lugares com desigualdade de acesso, a falta de óculos corretos e a espera por consultas ampliam perdas que seriam evitáveis. Mapa de causas, portanto, serve de bússola para planejar triagem, filas, mutirões e compra de equipamentos que realmente respondam à demanda local. (Flaxman, 2017)

Reabilitação visual é a ponte entre diagnóstico e autonomia. O conjunto inclui treino funcional para leitura e escrita, seleção de lupas ópticas e eletrônicas, uso de softwares de ampliação e leitores de tela, manejo de contraste e iluminação, alongamento de tempo em tarefas que exigem foco e organização do ambiente doméstico e escolar para reduzir esforço visual. Há também alternativas de telereabilitação que encurtam distâncias e ampliam a continuidade do cuidado, recurso útil quando a pessoa mora longe de centros especializados. O objetivo não é devolver um olho que não existe, e sim turbinar o uso do resíduo com estratégias que a própria pessoa aprende a calibrar. Quanto mais cedo essa rotina começa, maior a chance de manter estudo, trabalho e vida social ativos. (van Nispen, 2020)

Baixa visão não é assunto só de consultório. Fala de cidade, escola, trabalho, cultura e informação. No espaço urbano, contraste nas bordas de degraus, guias rebaixadas bem marcadas, iluminação estável e semáforos com indicação sonora reduzem quedas e orientam travessias. Na



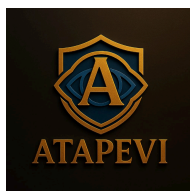
escola, fonte ampliada, material com alta legibilidade, posição adequada do estudante na sala e tempo estendido nas avaliações evitam que a dificuldade de enxergar vire falsa impressão de desatenção. No trabalho, vale ajuste de monitor, zoom de interface, filtros de luz, leitores de tela e reorganização de tarefas que exigem leitura miúda. Em cultura e lazer, ingressos com prioridade para assentos que ofereçam melhor leitura de palco e legendas em tamanho confortável ampliam o acesso. Essas escolhas não são luxo, são medidas de baixo custo com efeito imediato na autonomia. (Virgili, 2003)

Dar nome correto à baixa visão tem um efeito adicional que costuma ser esquecido. Quando a categoria aparece nos cadastros, os dados passam a enxergar essa população e o poder público consegue medir espera por consulta, estoque de lentes e lupas, adesão à reabilitação e barreiras no acesso à escola e ao trabalho. Com números na mesa, fica mais fácil justificar salas de baixa visão, equipes itinerantes e compra de recursos que façam diferença de verdade. Essa organização também ajuda a combater o olhar que desvaloriza o resíduo visual e empurra a pessoa para a inatividade. O histórico de pesquisa no Brasil mostra como o recorte adequado ilumina prioridades e revela onde o cuidado falha. Nome claro, métrica clara e plano claro formam um trio que sustenta a vida ativa de quem enxerga pouco. (Salomão, 2009)

3.3 Marcos no Brasil: onde estamos

O dia 13 de dezembro, antes lembrado principalmente como Dia do Cego, ganhou leitura mais ampla nas últimas décadas ao reconhecer toda a pessoa com deficiência visual, incluindo quem vive com baixa visão. Esse ajuste de linguagem ajuda campanhas e políticas a sair do genérico e falar de necessidades concretas, como fonte ampliada, contraste adequado e rotas de acesso a reabilitação. Ao tratar baixa visão com nome próprio, a data vira ponto anual de mobilização para escolas, unidades de saúde, empresas e mídia, favorecendo materiais claros e ações coordenadas que cheguem a quem precisa de adaptação para estudar, trabalhar e circular com autonomia. (Salomão, 2009)

O marco jurídico que assegura ingresso e permanência com cão guia em ambientes de uso coletivo reforça a ideia de que deslocamento não é favor, é direito. Quando essa regra se torna rotina em serviços, comércio e transportes, a pessoa deixa de negociar a cada porta uma permissão que já está garantida em lei. A mudança mais forte acontece quando a norma se



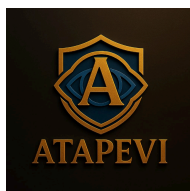
encontra com práticas de orientação e mobilidade, pois a presença do cão precisa vir acompanhada de ambientes previsíveis, sinalização objetiva e pessoal treinado para acolher sem criar barreiras invisíveis. O resultado é uma cidade que conversa com a autonomia de quem enxerga pouco e depende de pistas bem desenhadas para se orientar. (Virgili, 2003)

A rede pública e entidades civis oferecem reabilitação e tecnologias assistivas, mas a oferta ainda é irregular entre regiões e perfis sociais. Reabilitação não é um único serviço, é um conjunto de práticas que vai de treino funcional a seleção de lupas ópticas e eletrônicas, uso de softwares de ampliação e leitores de tela, manejo de contraste e luz, organização do material didático e ajustes de tempo em tarefas que exigem foco. Experiências de telereabilitação ampliam o alcance quando a distância atrapalha a continuidade do cuidado, o que é comum em municípios com pouca oferta especializada. Essa combinação reduz esforço visual, treina estratégias e sustenta aprendizagem ao longo do tempo. (Bittner, 2020)

Desigualdade de acesso pede mapa atualizado. Pesquisas com dados nacionais mostram que a condição visual se cruza com renda, escolaridade e características do domicílio, o que impacta a chance de conseguir consulta, laudo, óculos e equipamentos. Sem um retrato territorial e social, filas se organizam pelo grito e não pela necessidade. Usar os achados de inquéritos populacionais para planejar triagem, referência e compras de auxílios reduz desperdícios e melhora o encaixe entre demanda e oferta. Quando o sistema enxerga onde a perda visual se concentra, fica mais fácil decidir onde abrir sala de baixa visão, como montar equipe itinerante e o que priorizar na capacitação dos profissionais da ponta. (Morsch, 2024)

A escola é campo estratégico para a baixa visão. Não basta boa vontade, é preciso método. Materiais com legibilidade adequada, posição do estudante em sala, tempo ampliado em avaliações e treino do uso de recursos de ampliação mudam a curva de aprendizagem. Estudos na área de políticas educacionais apontam que a distância entre norma e prática é comum, o que reforça a necessidade de guias simples, linguagem direta e formação continuada. Quando a escola sabe reconhecer sinais de baixa visão e tem um roteiro de respostas rápidas, a participação cresce e a evasão cai. Esse é um ganho que reverbera na família e no território. (Garcia, 2020)

Outro passo é organizar dados de forma que a baixa visão apareça nos sistemas de informação e não se dissolva em categorias genéricas. Autodeclaração de dificuldade para ver, mesmo usando óculos, já é um sinal útil em estudos populacionais e pode guiar busca ativa em atenção



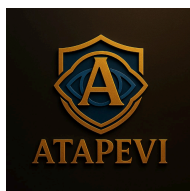
básica. Com registro consistente, o gestor consegue acompanhar tempo de espera, cobertura de concessão de auxílios ópticos, adesão à reabilitação e retorno à escola ou ao trabalho. Essa leitura orienta metas e presta contas à sociedade, o que protege o orçamento do imprevisto e favorece políticas mais estáveis ao longo dos anos. (Araújo-Filho, 2008)

Canais oficiais e conselhos podem ancorar campanhas específicas de baixa visão, conectando sociedade civil, serviços e governo. O calendário de 13 de dezembro ajuda a concentrar esforços em uma janela do ano, enquanto os outros meses sustentam ações de rotina, como triagens locais, mutirões de concessão de auxílios e formação de professores e equipes de saúde. Para dar fôlego, vale cruzar a pauta nacional com a evidência internacional que aponta o peso das perdas visuais não corrigidas e das doenças crônicas do olho, base que legitima investimentos públicos e parcerias. O objetivo é transformar a soma de leis, datas e serviços em percurso claro de acesso, com começo, meio e continuidade para quem enxerga pouco. (Flaxman, 2017)

3.4 Proposta de agenda para baixa visão

Esta agenda reúne seis frentes que se reforçam mutuamente e podem ser aplicadas por prefeituras, escolas, serviços de saúde, empresas e movimentos sociais. A ideia é sair do discurso genérico e oferecer um conjunto mínimo de ações com começo claro, rotas simples e resultados mensuráveis. O fio condutor é tratar a baixa visão com nome, métricas e responsabilidades definidas, de modo que a pessoa encontre caminho organizado desde a triagem até a participação plena na vida comunitária. Esse ponto de partida conversa com o que a literatura brasileira destaca sobre perdas visuais e desigualdades no acesso a cuidados. (Salomão, 2009)

Campanha anual. A proposta é instituir uma campanha recorrente com slogan próprio, materiais em fonte ampliada e contraste alto, linguagem direta e exemplos do dia a dia. Um mote como Enxergar diferente é enxergar ajuda a fixar a mensagem de que ver com restrição não é ausência de visão e demanda arranjos específicos. O pacote inclui cartazes legíveis, cards digitais com leitura fácil, spots curtos de rádio, vídeos legendados e uma página com orientações simples para famílias, escolas e serviços. O calendário pode se ancorar em dezembro e manter ações ao longo do ano. A ênfase em comunicação clara se justifica pela carga global das condições que afetam a visão. (Bourne, 2017)

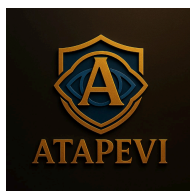


Linha de cuidado na saúde. O segundo pilar organiza triagem, referência e reabilitação com metas por município. A triagem considera acuidade e campo visual e identifica sinais de ofuscamento, perda de contraste e dificuldade funcional. O fluxo de referência aponta para oftalmologia e para serviços de reabilitação visual, com devolutiva escrita em linguagem simples. O plano de município define metas factíveis, como tempo máximo de espera, número de avaliações funcionais por mês e concessão de auxílios ópticos. Para não virar lista solta, cada meta precisa de medição e responsável. O uso de definições claras de baixa visão guia essas decisões e reduz ruído nas portas de entrada. (Dandona, 2006)

Reabilitação e continuidade do cuidado. O terceiro passo detalha o que acontece depois do diagnóstico. A reabilitação combina treino funcional de leitura e escrita, seleção de lupas ópticas e eletrônicas, uso de softwares de ampliação e leitores de tela, manejo de contraste e iluminação e orientação para organização do ambiente doméstico e escolar. Onde a distância atrapalha, a telereabilitação apoia seguimento e ajuste fino das estratégias, encurtando caminhos para quem mora longe de centros especializados. A regra é trabalhar com metas pequenas e úteis, como ler bula com ampliador, reconhecer números de ônibus em rotas habituais e usar aplicativos com zoom e alto contraste no celular. (van Nispen, 2020)

Educação inclusiva. O quarto eixo concentra ações simples para professores e equipes escolares. Um guia rápido reúne recomendações de tamanho de fonte, espessura de traço, espaçamento entre linhas, posição do estudante na sala, tempo ampliado em avaliações, organização de contrastes no material impresso e digital e uso de leitores de tela e ampliadores. A escola define um ponto focal por turno para apoiar ajustes e garantir que o estudante tenha os recursos disponíveis desde o primeiro dia. Reuniões curtas com famílias e profissionais de saúde alinham expectativas e evitam a troca infinita de bilhetes sem solução prática. Políticas educacionais mostram que o fosso entre norma e sala se fecha quando o roteiro é claro e verificável. (Garcia, 2020)

Trabalho e renda. O quinto eixo trata de adaptação de posto, tecnologia assistiva e desenho de rotinas. Orientações incluem ajuste de brilho e contraste do monitor, ampliação de interface, teclas de atalho, leitores de tela quando necessário, lupas eletrônicas para tarefas específicas e reorganização de atividades que exigem leitura miúda. A empresa cria um plano de adaptação com prazos e responsável e registra o que funcionou para compartilhar com outras áreas. Para



quem está em transição, sessões de orientação rápida por videochamada ajudam a calibrar recursos e treinar o uso no próprio ambiente de trabalho, o que reduz a curva de aprendizado e aumenta a permanência. (Bittner, 2020)

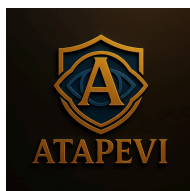
Cidade acessível. O sexto eixo olha para circulação e orientação. Medidas de baixo custo incluem contraste nas bordas de degraus, guia rebaixada bem marcada, iluminação estável em pontos de ônibus e travessias, placas com boa legibilidade e semáforos com indicação sonora em cruzamentos complexos. A manutenção dessas soluções precisa de rotina, pois tinta e dispositivos se desgastam. Mapas de trajeto com pictogramas e letras legíveis ajudam em corredores de serviços públicos. Treinos de orientação e mobilidade que usam trajetos reais da pessoa funcionam como ponte entre técnica e vida comum. Essa combinação mexe diretamente com autonomia e segurança. (Virgili, 2003)

Dados para governar a agenda. A inclusão de baixa visão nos painéis de saúde, educação e assistência permite enxergar filas, cobertura de concessão de auxílios, adesão à reabilitação e retorno a estudo e trabalho. Inquéritos nacionais revelam vínculos entre condição visual, renda e escolaridade, o que orienta a priorização territorial. A gestão local pode criar um painel simples, com atualizações mensais, e publicar metas e resultados para dar transparência e atrair parceiros. Quando os dados mostram onde a dor aperta, a política sai da improvisação e passa a distribuir recursos conforme necessidade real e impacto na vida cotidiana. (Morsch, 2024)

Amarrando as seis frentes, a governança precisa de uma sala de situação leve, com reuniões periódicas e participação de quem usa o serviço. O grupo acompanha metas, ajusta rotas e documenta aprendizados para evitar reinvenção a cada troca de gestão. Essa disciplina não é burocracia a mais, é o mecanismo que protege a agenda e facilita a entrada de novas soluções conforme a ciência atualiza recomendações clínicas e funcionais. O objetivo é garantir que cada pessoa com baixa visão encontre porta, caminho e resultados, com comunicação clara e apoio contínuo ao longo da vida ativa. (Lee, 2025)

3.5 Voz em primeira pessoa

Eu sou Renato, pessoa com baixa visão, e demorei para entender o nome do que eu sentia. Por muito tempo achei que era cansaço, distração ou falta de atenção nas tarefas. Quando veio o diagnóstico, ganhei um mapa para ler meu próprio caminho com clareza. Passei a reconhecer



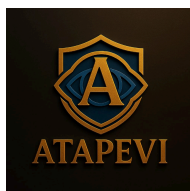
limites, respeitar pausas e ajustar o modo como olho o mundo. Com a palavra certa, a conversa com médicos e professores ficou mais objetiva. Também ficou mais fácil explicar para a família o que ajuda e o que atrapalha. A história muda quando a experiência tem nome e encontra ouvidos dispostos a agir. Eu sigo aprendendo todos os dias a negociar luz, tempo e distância com calma.

As barreiras começaram cedo e pesavam no estudo e na circulação pela cidade. Letra miúda me expulsava do papel e reflexo em tela escondia detalhes importantes. Degraus sem contraste e sinalização confusa me deixavam inseguro nos trajetos. Fila longa para laudo atrasava o acesso a recursos que já existiam para mim. Muitas vezes precisei provar o óbvio e explicar o que meus olhos não alcançavam. Isso cansa e corrói a autoestima porque o problema vira sempre uma prova sem fim. Com o tempo entendi que eu não era o erro, o entorno é que estava mal desenhado. A baixa visão pede contexto ajustado, não culpa individual nem silêncio.

A virada veio com a reabilitação e com tecnologias que cabem na palma da mão. Conheci lupas ópticas e eletrônicas e aprendi atalhos de ampliação no computador. Ajustei brilho e contraste do celular, troquei fontes e distâncias de leitura. Descobri que pausas programadas salvam o foco e protegem a cabeça no fim do dia. Perdi o medo de pedir tempo extra, de mudar a posição na sala e de sentar na frente. Reorganizei a casa para reduzir tropeços e melhorar a leitura de rótulos. Ficou claro que a estratégia certa vale mais que esforço bruto sem direção. Quando o ambiente ajuda, o pouco que enxergo rende mais do que eu imaginava.

Com apoio virei conselheiro e me juntei a quem puxa a pauta da acessibilidade. Aprendi a transformar relato em proposta simples e com começo de execução. Participei de reuniões, escrevi ofícios e levei o tema para eventos da área. Percebi que falar com gestores pede dados, prazos e metas que cabem no orçamento. Também entendi que ninguém muda sozinho, a rede dá corpo e fôlego à causa. Trocar experiências com outras pessoas com perda visual abriu rotas de solução. Cada história traz um recurso novo e um caminho menos torto para o cotidiano. Eu carrego essas trocas como ferramenta e como abrigo nas horas difíceis.

Minha mensagem é direta, a baixa visão existe e precisa ser tratada pelo nome. Não é resto de problema nem apêndice de outra conversa sobre visão. Quando a categoria aparece, o serviço público enxerga quem estava invisível. Relatório com acuidade e campo bem descritos destrava o acesso a recursos. A reabilitação vira rotina e não favor esporádico em meses alternados. A escola ajusta fonte, contraste, posição e tempo de prova com rapidez. O trabalho aprende a



calibrar tela, luz e fluxo de tarefas sem burocracia. Tudo isso se traduz em autonomia, segurança e presença na vida comum.

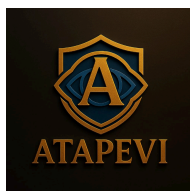
Eu exijo direito e não concessão temporária que evapora a cada troca de plantão. Quero fila organizada e previsão de entrega de auxílios quando houver indicação. Peço informação legível nos serviços e sinalização que converse com meus olhos. Defendo treinamento básico para equipes que me atendem na porta de entrada. Quero que o transporte público respeite a leitura de placas e o tempo de travessia. Espero que o laudo sirva como chave e não como barreira que se renova sem fim. Sei que há limites no orçamento, mas também existem escolhas prioritárias. O custo do imprevisto é alto e a cidade paga caro quando ignora o óbvio.

Levo este material para abrir conversa e formar uma rede que age de verdade. Quero somar contatos, cruzar agendas e juntar quem faz a roda girar. As soluções estão ao alcance quando cada área assume sua parte da tarefa. A saúde organiza triagem e reabilitação com metas simples e acompanhamento. A educação aplica um guia de sala que qualquer professor consegue seguir. O trabalho adapta posto com passos curtos e avaliação periódica de resultado. A cidade cuida de contraste, luz estável e travessias com orientação sonora. Com essas peças no lugar, a vida volta a caber no ritmo que eu posso sustentar.

Deixo um convite para quem lê e para quem decide política pública. Se você trabalha em escola, ajuste o material e ouça quem usa o caderno. Se você está na saúde, traduza o laudo e indique o caminho sem rodeios. Se você gere equipe, permita que recursos de ampliação sejam padrão. Se você cuida da cidade, marque degraus e organize luz onde a visão falha. Se você vive com perda visual, compartilhe truques que fizeram diferença. Vamos dar nome, criar rotina e sustentar respostas que duram no tempo. #BaixaVisão #IncluirÉPrático #NadaSobreNósSemNós.

4. Conclusão

A história de Anne Sullivan ilumina um ponto essencial. Ela viveu perda visual, estudou, testou métodos e mostrou que apoio bem organizado muda destino. Quando colocamos essa trajetória como referência, a baixa visão deixa de ser nota de rodapé e passa a ter nome, proposta e lugar na mesa onde as decisões acontecem. Esse enquadre ajuda a explicar por que tanta gente



segue esbarrando em barreiras simples de resolver, como fonte miúda, luz mal planejada e serviços sem caminho claro entre triagem, laudo e reabilitação.

O caminho proposto neste material é direto. Definir com clareza o que chamamos de baixa visão, comunicar isso nos laudos de forma compreensível e adotar linguagem comum entre saúde, escola, trabalho e gestão urbana. Medir o que entrega resultado para a vida real, como tempo de espera, concessão e uso de recursos, continuidade de reabilitação e retorno a estudo e emprego. Adaptar rotinas e ambientes com ajustes que cabem no dia a dia, como fonte ampliada, contraste adequado, iluminação estável, tela calibrada, leitores e ampliadores quando necessário, sinalização que conversa com o olho e treino de orientação e mobilidade em trajetos que a pessoa realmente usa.

Nada disso depende de soluções mirabolantes. Requer organização, escuta e disciplina para transformar recomendações em prática. A agenda proposta traz peças que se encaixam entre si. Campanha com material legível para ordenar a conversa pública. Linha de cuidado na saúde com triagem, referência e reabilitação. Guia curto para professores que possa ser aplicado já na próxima aula. Ajustes de posto e de fluxo no trabalho para liberar produtividade com segurança. Medidas de cidade que tornam o caminho mais previsível. Painéis simples de dados para que gestores e conselhos acompanhem o que está andando e o que precisa de reforço.

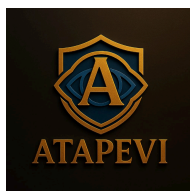
O papel deste texto é servir de ponte entre quem vive a baixa visão e quem pode agir. Ele foi escrito para circular no congresso, sustentar apresentações rápidas e, principalmente, virar tarefa com responsável e prazo. Se cada instituição que tiver contato com este material adotar um passo inicial e registrar o que funcionou, teremos aprendizado acumulado e ganho contínuo. Se cada pessoa que se reconhece aqui compartilhar um truque, um ajuste que ajudou, uma experiência de reabilitação que vale a pena repetir, a rede cresce com práticas que podem ser replicadas.

Anne Sullivan nos lembra que método conta, ambiente conta e tecnologia conta, mas gente comprometida é o que faz a roda girar. A meta é simples de dizer e desafiadora de alcançar. Baixa visão com nome claro, métricas transparentes e adaptações que tornem a presença possível em todos os espaços. Quando definição, medição e adaptação caminham juntas, a autonomia deixa de depender da sorte e passa a ser produto de política bem feita e de escolhas cotidianas sustentadas no tempo.



5. Referências

1. Araújo-Filho A; Ribeiro J; Viegas C; Batista A; Madruga PR. Prevalence of self-reported visual impairment in Brazil. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*. 2008;71(4):542–550. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abo/a/M4895rgmWJbLRtcWyq4ZDDS/>
2. Bittencourt ZZLC; Scopinho RA; Leonardis I; Vieira AM. O retorno ao trabalho de pessoas com deficiência após reabilitação profissional pelo INSS. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2011;21(49). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/t4RCJ5QJ39YsyYDqWc778fz/>
3. Bittner AK; Yoshinaga PD; Wykstra SL; Li T. Telerehabilitation for people with low vision. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;2:CD011019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32102114/>
4. Borges JÂM; Mendes KDS. Baixa visão e possíveis dispositivos para otimizar o uso do resíduo visual: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2018;24(4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/fWRz7nhC9knsVGmV4GwsnBm/>
5. Bourne RRA; Flaxman SR; Braithwaite T; 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*. 2017;5(9):e888–e897. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28779882/>
6. Dandona L; Dandona R. Revision of visual impairment definitions in the International Statistical Classification of Diseases. *BMC Medicine*. 2006;4:7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16539739/>
7. Flaxman SR; Bourne RRA; Resnikoff S; et al. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990–2020: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(12):e1221–e1234. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032195/>
8. Garcia RMA; Campos LA. Educação inclusiva nas escolas: a legislação é coerente com a prática? *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*. 2020;28(106). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/6D8gzB5Dd7vnLG3FXmvN4bw/>
9. GBD 2020 Blindness and Vision Loss Collaborators; Vision Loss Expert Group. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Global Health*. 2021;9(2):e144–e160. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33275949/>
10. Lee SY; Gurnani B; Mesfin FB. Blindness. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Atualizado em 27 fev. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28846303/>



11. Morsch P; Alves LAS; Roel SG; Ferreira C; et al. The relationship between visual impairment and household and individual characteristics: Brazilian National Health Survey. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2024;48:e83. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e83/>
12. Nielsen K. *Beyond the Miracle Worker: The Remarkable Life of Anne Sullivan Macy and Her Extraordinary Friendship with Helen Keller*. Boston: Beacon Press; 2009. (Entrada no Google Acadêmicos). Disponível em: <https://scholar.google.com/scholar?q=Beyond+the+Miracle+Worker+Anne+Sullivan+Macy>
13. Salomão SR; Berezovsky A; Belfort R Jr. Overview of blindness and visual impairment in Brazil and Latin America. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*. 2009;81(3):539–549. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aabc/a/ZrtkFzkfVXFQt5RBdT4R6Ks/>
14. van Nispen RMA; Virgili G; Hoeben M; Langelaan M; Klevering J; van Rens GHMB. Low vision rehabilitation for better quality of life in visually impaired adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020;1:CD006543. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31985055/>
15. Virgili G; Rubin G. Orientation and mobility training for adults with low vision. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;(4):CD003925. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14583999/>