

GUIA DE COLETAS SUBJETIVAS



**USER
CAPACITY
TOOLKIT**

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Usuário (ID): _____

Projeto: _____ Data: _____

Produto: _____

Categoria:

- | | |
|--|---|
| ☐ Auxílio para a vida diária | ☐ Adequação postural |
| ☐ Comunicação aumentativa e alternativa | ☐ Auxílios de mobilidade |
| ☐ Recursos de acessibilidade ao computador | ☐ Auxílios para cegos ou com visão subnormal |
| ☐ Sistemas de controle de ambientes | ☐ Auxílios para surdos ou com déficit auditivo |
| ☐ Projetos arquitetônicos para acessibilidade | ☐ Adaptações em veículos |
| ☐ Próteses e Órteses | |
| ☐ Outro: _____ | |

Aplicação:

- ☐ Geral (vários usuários) ☐ Específica (sob medida)

Tipo de projeto:

- ☐ Correção (redesign) ☐ Adaptação ☐ Concepção (produto novo)



Idade: _____ Escolaridade: _____

Diagnóstico: _____

Status do usuário:

- ☐ Dependente ☐ Semidependente ☐ Independente

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Representante: _____ Área de atuação: _____

Pressão sanguínea: ☐ Sem alteração (normal) ☐ Com alteração Medida: _____

Massa corporal: Altura: _____ Peso: _____

Função urinária: ☐ Sem alteração (normal) ☐ Com alteração

Alergias: ☐ Sim ☐ Não Tipo: ☐ Pele ☐ Respiratória ☐ Alimentar ☐ Outros: _____

Mão dominante: ☐ Direita (Destro) ☐ Esquerda (Canhoto)



Contexto (local da coleta): _____

Ambiente de uso: ☐ Interno ☐ Externo ☐ Ambos

Atividades: _____



OBSERVAÇÕES:



FACILIDADE DE USO

Pergunte: Qual é/será a frequência de uso do produto?
Você/ele tem experiência de uso com o produto/similar?
Você/ele recebeu/receberá treinamento para utilizá-lo?

- ☐ Diário ☐ Eventual Tempo (horas): _____
☐ Sim ☐ Não (nunca utilizou nada parecido)
☐ Sim ☐ Não

Observe: o usuário fazendo uso do produto, apresenta alguma dificuldade ou exatidão? Ficam dúvidas sobre o funcionamento, ele necessita de ajuda de outras pessoas?

OBSERVAÇÃO

ADVERTÊNCIA

Pergunte: Você/ele já sofreu acidentes com o produto/similar ou fez uso inadequado do mesmo por não ser alertado (não ouviu ou não viu o alerta)?

- ☐ Sim, com danos severos (quedas, fraturas)
☐ Sim, com danos moderados (erro de operação)
☐ Não

Observe: os tipos de alertas (cores, avisos sonoros ou escritos) que avisam o usuário sobre o uso inadequado ou de risco do produto/similar.

OBSERVAÇÃO

MATERIAIS

Pergunte: O produto/similar é fácil de limpar?
Você/ele já se machucou com o produto (calos, feridas)?
Você/ele considera o produto estável e seguro?

- ☐ Sim ☐ Não
☐ Sim (desconfortável) ☐ Não (confortável)
☐ Sim ☐ Não

Observe: se o usuário fez adaptações no produto/similar para minimizar os danos causados pelo produto. Se o usuário se demonstra seguro ao utilizá-lo.

OBSERVAÇÃO

FORÇA

Pergunte: Você/ele acha que o produto exige um esforço excessivo para ser utilizado, como girar/apertar botões, segurar/empurar ou carregar?

- ☐ Bom: utiliza com pouco ou nenhum esforço
☐ Mediano: exige um pouco de esforço para utilizar.
☐ Ruim: exige muita força ou não consegue utilizar.

Observe: a força que o usuário faz para usar o produto/similar, ou as compensações corporais para minimizar a exigência de força (movimentos de alavanca).

OBSERVAÇÃO



DIMENSÕES

Pergunte 1: Você/ele considera o tamanho e proporções do produto adequados ao seu tamanho e proporções?

- ☐ Bom: as dimensões do produto são adequadas.
- ☐ Mediano: em alguns aspectos são inadequadas.
- ☐ Ruim: as dimensões são inadequadas.

Observe: as adaptações que o usuário fez/faz para conseguir ajustar o produto. Observe as dimensões do produto, se estão adequadas às dimensões do usuário.

OBSERVAÇÃO

REGISTRE AS DIMENSÕES DO PRODUTO AQUI!

FUNÇÃO ESTÉTICA



AGRADABILIDADE

Pergunte: Você/ele acha que o produto/similar é agradável? Quais característica você atribui a ele (bonito, feio, estigmatizante, moderno, estranho)?

- ☐ Bom: o usuário acha o produto agradável.
- ☐ Mediano: algumas características o agradam.
- ☐ Ruim: o produto não o agrada em nada.

Observe: se o usuário realizou alguma modificação estética no produto/similar (cor, adesivo etc). Se o usuário utiliza alguma roupa ou acessórios que transmita sua preferência estéticas (cores, texturas).

OBSERVAÇÃO

ADAPTABILIDADE

Pergunte: Você/ele consegue utilizar todas as funções do produto/similar? Necessita da ajuda de outras pessoas para utilizar algumas funções do produto/similar?

- ☐ Bom: utiliza todas as funções com facilidade.
- ☐ Mediano: algumas funções ele não consegue usar.
- ☐ Ruim: necessita da ajuda de terceiros para usar.

Observe: se o produto/similar permite ajustes ou mudanças de configurações que adaptem o produto às capacidades do usuário (altura, largura, multifunções etc).

OBSERVAÇÃO



COMUNICAÇÃO

Pergunte: Você/ele considera que o produto/similar comunica de forma clara o seu funcionamento? Esta comunicação atende as suas necessidades?

Observe: se o produto comunica suas funções de forma que o usuário as compreenda (símbolos, tamanho da fonte, linguagem, idioma, etc).

- ☐ Bom: o produto comunica bem suas funções.
- ☐ Mediano: alguns aspectos são de difícil compreensão.
- ☐ Ruim: é confuso e/ou impossível de compreender.

OBSERVAÇÃO

SENSAÇÕES

Pergunte: Quais emoções o produto/similar despertam em você (cartela PrEmo adaptado)?

Observe: as reações do usuário e suas expressões: nojo, prazer, satisfação, alegria, raiva, etc).

Resultado Coleta Objetiva:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ 1 - Desejo | ☐ 6 - Satisfação | ☐ 11 - Tristeza |
| ☐ 2 - Esperança | ☐ 7 - Fascínio | ☐ 12 - Vergonha |
| ☐ 3 - Orgulho | ☐ 8 - Monotonia | ☐ 13 - Medo |
| ☐ 4 - Admiração | ☐ 9 - Insatisfação | ☐ 14 - Desgosto |
| ☐ 5 - Alegria | ☐ 10 - Desprezo | |

OBSERVAÇÃO


P. 1-2

EXPERIÊNCIA

Pergunte: Relate um caso/história que você vivenciou com o produto/similar?

Observe: as reações do usuário ao relatar as experiências com o produto/similar. Elementos que se destacam como agradáveis e/ou desagradáveis ao usuário.

OBSERVAÇÃO



VER

Pergunte: Você/ele possui alguma dificuldade para enxergar?
Consegue ler um livro ou reconhecer alguém do outro lado da rua)?
Observe: testa franzida, olhos semi-cerrados, lacrimejando e piscar contínuo.

- ☐ Normal: enxerga bem sem o auxílio de dispositivos (óculos, lente)
☐ Moderado: enxerga com dificuldade, necessita de auxílio para enxergar
☐ Severo: não enxerga (cegueira) ou tem muita dificuldade (incapacita o usuário)

Apresenta dificuldade em qual olho: ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Ambos

Daltonismo: ☐ Sim ☐ Não

OBSERVAÇÃO



P. 3

Resultado Coleta Objetiva:

20/200	E
20/100	H N
20/70	D F N
20/50	P T X Z
20/40 →	U Z D T F
20/30	D F N P T H
20/20 →	P H U N T D Z
20/15	N P X T Z F H

OUVIR

Pergunte: Você/ele possui alguma dificuldade para ouvir?
Observe: o usuário relata interferências (zumbido, chiado etc)?

- ☐ Normal: ouve bem e sem interferências
☐ Moderado: ouve com dificuldade, necessita de auxílio para realizar atividades
☐ Severo: não ouve e/ou incapacita o usuário nas atividades

OBSERVAÇÃO



P. 4

Resultado Coleta Objetiva:

Teste 1: ☐ Positivo ☐ Negativo
Teste 2: ☐ Positivo ☐ Negativo
Teste 3: ☐ Positivo ☐ Negativo
Teste 4: ☐ Positivo ☐ Negativo

FALAR

Pergunte: Você/ele possui alguma dificuldade para falar?
Observe: presença de rouquidão, som nasalado, esforço excessivo para falar, perda da força (fadiga) e sopro (solta ar ao falar).

- ☐ Normal: fala com clareza
☐ Moderado: fala, mas as vezes é difícil compreender algumas palavras e frases
☐ Severo: não é possível compreender a fala do usuário

OBSERVAÇÃO



P. 5-6

Resultado Coleta Objetiva:

	😊						😞
	1	2	3	4	5	6	7
Teste 1:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teste 2:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Teste 3:	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

TOCAR

Pergunte: Você/ele possui alguma dificuldade para sentir texturas?
Possui excesso ou falta de sensibilidade ao tocar objetos?
Observe: o usuário consegue reconhecer os estímulos sensoriais?
Tem dificuldade na sensibilidade ao toque?

- ☐ Normal: sente e interpreta com facilidade (possui plena percepção sensorial)
☐ Moderado: sente e interpreta com dificuldade (necessita de auxílio)
☐ Severo: não sente e/ou não consegue interpretar de forma alguma

OBSERVAÇÃO



P. 7

Resultado Coleta Objetiva:

MÃO

☐ VERDE ☐ LARANJA
☐ AZUL ☐ ROSA
☐ VIOLETA ☐ NENHUM
☐ VERMELHO

PÉ/OUTRO

☐ VERDE ☐ LARANJA
☐ AZUL ☐ ROSA
☐ VIOLETA ☐ NENHUM
☐ VERMELHO

SENTIR

Pergunte: Você/ele apresenta episódios de dor?
Observe: queixas de dores na cabeça, musculares e nas articulações.

- ☐ Normal: não sente dor ou apresenta episódios leves de dor sem frequência
☐ Moderado: apresenta alguns episódios de dor com alguma frequência
☐ Severo: apresenta dor crônica, com frequência ou episódios incapacitantes

OBSERVAÇÃO



P. 9

Resultado Coleta Objetiva:

😊	0	😊	2	😊	4
😊	☐	😊	☐	😊	☐
😞	6	😞	8	😞	10
😞	☐	😞	☐	😞	☐



INTELECTUAL

Pergunte: o usuário possui comprometimento das funções mentais?

☐ Normal: não tem comprometimento

Siga para a capacidade motora...

☐ Moderado: apresenta algum comprometimento

☐ Severo: apresenta grave comprometimento

CONSCIÊNCIA

Pergunte: Você/ele pode me dizer seu nome e que dia é hoje?

Observe: o comportamento do usuário, ele parece perdido ou angustiado?

☐ Normal: responde com facilidade.

☐ Moderado: responde com dificuldade (parece perdido, angustiado).

☐ Severo: não responde (incluindo pessoas em coma e com distúrbios psíquicos).

OBSERVAÇÃO

ORIENTAÇÃO

Pergunte: Você/ele pode me dizer onde estamos e quem está conosco?

Observe: o comportamento do usuário, ele parece perdido ou angustiado?

☐ Normal: compreende com facilidade (compreende onde está e com quem está)

☐ Moderado: compreende com dificuldade (necessita auxílio).

☐ Severo: não compreende onde e com quem está.

OBSERVAÇÃO

CONTROLE

Pergunte: Você/ele tem controle sobre seus impulsos (fome, sede)?

Observe: o comportamento do usuário, ele pode querer esconder informações.

☐ Normal: consegue com facilidade (controla sem grande esforço).

☐ Moderado: consegue com dificuldades (controla mas necessita auxílio).

☐ Severo: não consegue controlar de forma alguma.

OBSERVAÇÃO



MEMÓRIA

Pergunte: Você/ele consegue recordar qual foi sua última refeição?

Observe: se o usuário consegue receber a informação e lembrar de algo quando necessário?

- ☐ Normal: consegue com facilidade (lembra sem grande esforço).
- ☐ Moderado: consegue com dificuldade (lembra mas com certo esforço).
- ☐ Severo: não consegue armazenar informações.

OBSERVAÇÃO

ATENÇÃO

Pergunte: Você/ele consegue prestar atenção em algo sem se distrair?

Observe: se o usuário consegue se concentrar durante a entrevista.

- ☐ Normal: consegue com facilidade, presta atenção sem distrações.
- ☐ Moderado: consegue com dificuldade (perde o foco da atenção com facilidade).
- ☐ Severo: não consegue manter a atenção de forma alguma.

OBSERVAÇÃO



P. 8

PENSAMENTO

Pergunte: Você/ele consegue se planejar e seguir uma ordem lógica ao executar uma atividade, como cozinhar ou lavar roupa?

Observe: o usuário consegue planejar, tomar decisão e ser lógico na atividade?

- ☐ Normal: consegue com facilidade (realizou a atividade sem dificuldades).
- ☐ Moderado: consegue com dificuldade (realizou a atividade mas necessitou ajuda).
- ☐ Severo: não consegue de forma alguma.

OBSERVAÇÃO



P. 8



MÚSCULOS

Pergunte: Você/ele apresenta alguma limitação com relação à força?

Observe: a estrutura muscular do usuário. Dificuldade para levantar objetos leves (ex: garrafa 300ml de água).

- ☐ Normal: não apresenta comprometimento.
☐ Moderado: apresenta mas não interfere no dia a dia.
☐ Severo: comprometimento grave, incapacitante.

OBSERVAÇÃO



P. 11

Resultado Coleta Objetiva:

	Coleta 1	Coleta 2	Coleta 3	Média
Mão direita (kg):				
Mão esquerda (kg):				

ARTICULAÇÃO

Pergunte: Você/ele sente dor ou rigidez em alguma região do corpo (joelhos, ombros, mãos)?

Observe: queixas de rigidez matinal ou dores em dias mais frios.

- ☐ Normal: não apresenta comprometimento.
☐ Moderado: apresenta alguma rigidez e/ou dor.
☐ Severo: comprometimento grave, incapacitante.

OBSERVAÇÃO



P. 12

Resultado Coleta Objetiva:

Registro:

Registro:

Registro:

OSSOS

Pergunte: Você/ele apresenta alguma limitação devido a estrutura dos ossos (fraturas, lesões)?

Observe: a estrutura óssea apresenta deformações importantes que possam interferir no produto?

- ☐ Normal: não apresenta comprometimento.
☐ Moderado: apresenta mas não interfere no dia a dia.
☐ Severo: comprometimento grave, incapacitante.

OBSERVAÇÃO

LIGAMENTOS

Pergunte: Você/ele sente dor ou tem/teve episódios de lesão ou rompimento ligamentar?

Observe: a condição ligamentar do usuário.

- ☐ Normal: não apresenta comprometimento.
☐ Moderado: apresenta mas não interfere no dia a dia.
☐ Severo: comprometimento grave, incapacitante.

OBSERVAÇÃO

INSTRUÇÕES

Utilize o avatar para identificar com o usuário ou representante, membros corporais que apresentam dor, limitações e demais desconfortos.

MOTOR

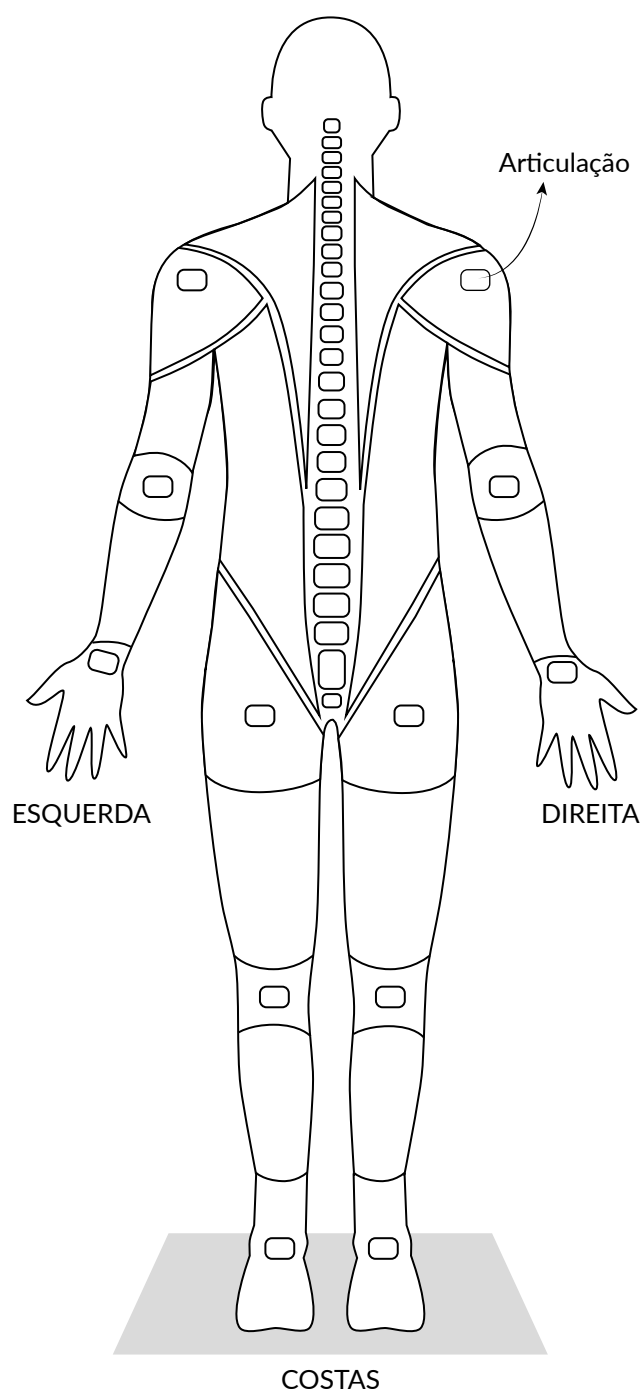
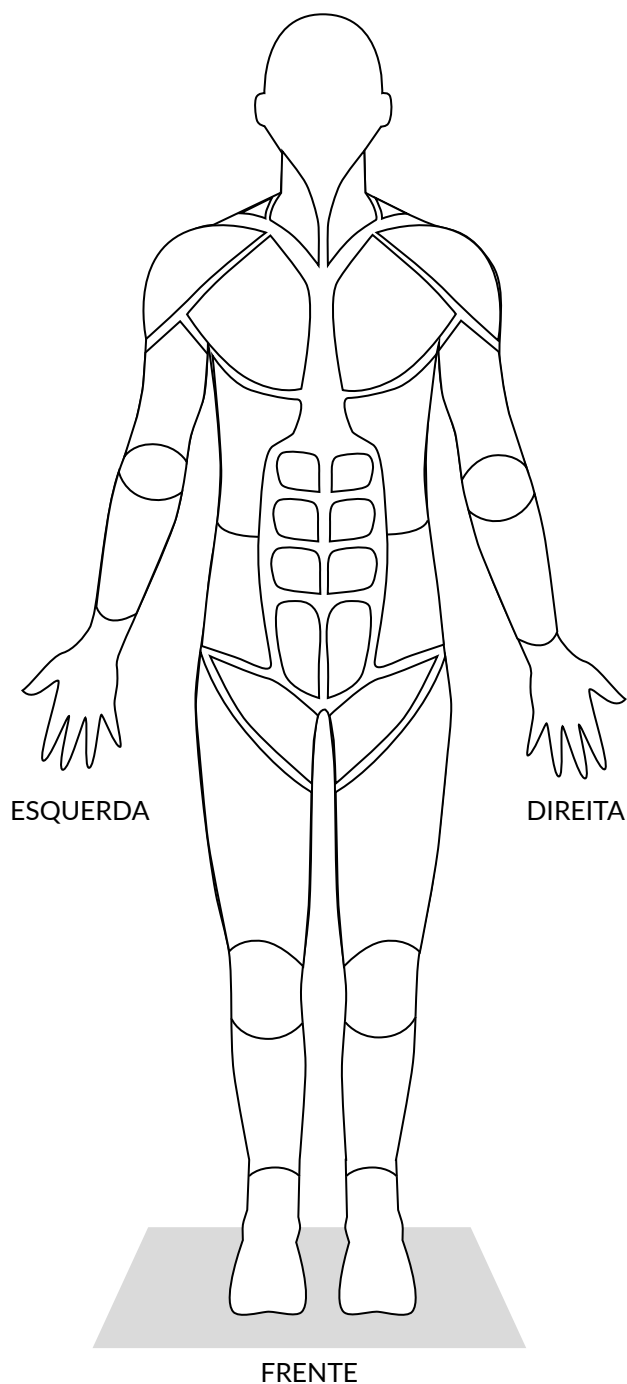


DICA:

Utilize a Escala de Dor para aferir o grau em cada região de desconforto indicada pelo usuário!



P. 9-10

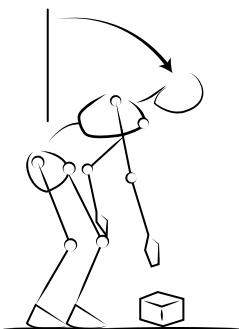




CURVAR

Pergunte: Você/ele consegue pegar o objeto no chão?

Observe: a necessidade de apoios, perda de equilíbrio e/ou pouca força. Queixa de dor e/ou desconforto.



OBSERVAÇÃO

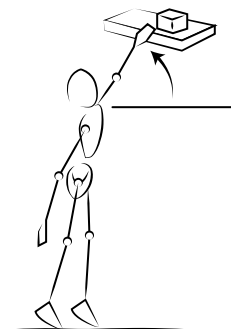


P. 13-14

ALCANÇAR

Pergunte: Você/ele consegue alcançar o objeto no alto?

Observe: a necessidade de apoios, perda de equilíbrio e/ou pouca força. Queixa de dor e/ou desconforto.



OBSERVAÇÃO

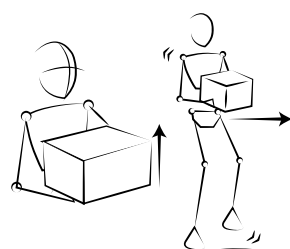


P. 13-14

ERGUER/CARREGAR

Pergunte: Você/ele consegue erguer este objeto e carregar até o outro lado da sala?

Observe: o esforço necessário para o usuário erguer e carregar o objeto. Atente para apoios e auxílios necessários.



OBSERVAÇÃO

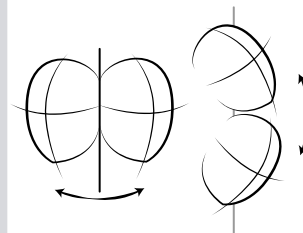


P. 13-14

GIRAR PESCOÇO

Pergunte: Você/ele consegue mexer o pescoço para cima e para baixo, e para os dois lados?

Observe: rigidez para executar o movimento. Atente para queixas de dor e/ou desconforto.



OBSERVAÇÃO



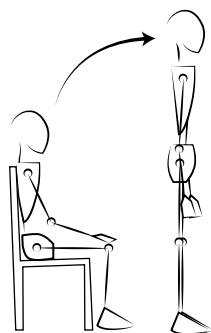
P. 13-14



SENTAR/LEVANTAR

Pergunte: Você/ele pode sentar e levantar da cadeira (com apoio para os braços)?

Observe: senta e levanta em um único movimento, estável e equilibrado. O uso dos apoios para impulsionar o corpo ou controlar o movimento.



OBSERVAÇÃO

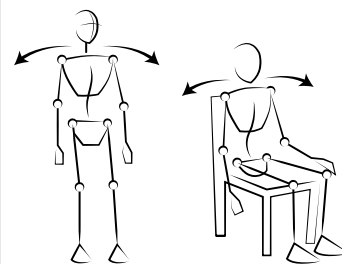


P. 13-14

EQUILÍBRIO

Pergunte: Você/ele pode se manter sentado e em pé por 10 segundos?

Observe: desequilíbrios, necessidade de apoios ou ajuda, e a falta de sustentação do tronco. Queixas de dor e/ou desconforto.



OBSERVAÇÃO

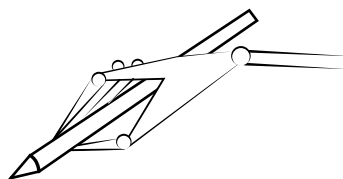


P. 13-14

MANUSEAR

Pergunte: Você/ele pode pegar esta caneta e escrever o seu nome?

Observe: a facilidade ou dificuldade do usuário para segurar e fazer força com as pontas dos dedos. Atente para tremores, rigidez e dor.

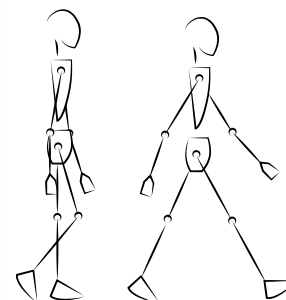


OBSERVAÇÃO

CAMINHAR

Pergunte: Você/ele consegue caminhar em linha reta? (por 5 a 10 metros).

Observe: a firmeza e a estabilidade da marcha, balanço corporal equilibrado e contínuo. Lentidão, hesitação, postura anormal e necessidade de apoios.



OBSERVAÇÃO



P. 13-14

RELACIONAMENTOS



Pergunte: Quem são as pessoas que auxiliam você/ele nas seguintes atividades com o produto (abaixo)?

Observe: a idade e possíveis limitações das pessoas envolvidas nas atividades com o produto.

MANUSEIO

Idade: _____

Limitações: _____

MANUTENÇÃO

Idade: _____

Limitações: _____

LIMPEZA

Idade: _____

Limitações: _____

MONTAGEM

Idade: _____

Limitações: _____

☐ Usuário realiza sozinho

☐ Usuário realiza sozinho

☐ Usuário realiza sozinho

☐ Usuário realiza sozinho

AMBIENTE



CONDIÇÃO CLIMÁTICA

Pergunte: Quanto ao clima, você considera adequado para o uso do produto? Sente calor, frio ou algum desconforto?

Observe: posição solar do local e a existência de Janelas, cortinas, ar condicionado etc.

OBSERVAÇÃO



P. 15

Resultado Coleta Objetiva:

Hora da medida: _____

Temperatura (°C): _____

Umidade (%): _____

Vel. do Ar (m/s): _____

CONDIÇÃO LUMINOSA

Pergunte: Qual a sua opinião quanto à iluminação neste ambiente? Você se sente incomodado(a) com algo?

Observe: incidência solar, sombras, falta ou excesso de luz.

OBSERVAÇÃO



P. 16

Resultado Coleta Objetiva:

Hora da medida: _____

Medida 1: _____

Medida 2: _____

Medida 3: _____

CONDIÇÃO ACÚSTICA

Pergunte: Qual a sua opinião quanto a presença de ruídos e barulhos neste ambiente? Você se sente incomodado(a)?

Observe: presença de fontes de ruído, música alta, gritos, etc.

OBSERVAÇÃO



P. 17

Resultado Coleta Objetiva:

Hora da medida: _____

Medida 1: _____

Medida 2: _____

Medida 3: _____



VIBRAÇÃO

Pergunte: Você/ele utiliza algum meio de transporte que provoque vibrações intensas?

Observe: possíveis fontes de vibração no ambiente.

OBSERVAÇÃO

AGENTES QUÍMICOS

Pergunte: Você/ele manipula ou tem contato com substâncias químicas (detergente, produtos de limpeza, etc)?

Observe: possível contato nas atividades diárias.

OBSERVAÇÃO

LIMPEZA

Pergunte: Você/ele considera o ambiente limpo e organizado?

Observe: a limpeza do local, piso ou apoios engordurados.

OBSERVAÇÃO

TRÂNSITO NO ESPAÇO

Pergunte: Você/ele consegue transitar livremente no local?

Observe: presença de obstáculos, escadas, quinas, pisos lisos.

OBSERVAÇÃO

APOIOS/ SUPORTES

Pergunte: Você/ele considera suficientes as barras ou corrimões presentes no local?

Observe: presença de apoios no local (corrimões, barras, etc).

OBSERVAÇÃO

ACESSO

Pergunte: Você/ele considera esse ambiente acessível?

Observe: presença/falta de rampas de acesso, barras de apoio para acessar o local de uso do produto.

OBSERVAÇÃO



LAVAR

Pergunte: Você/ele consegue se lavar, se secar, lavar as mãos e manter a higiene?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Inpedendente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

CUIDAR

Pergunte: Você/ele consegue cuidar de outras partes do corpo como escovar, aparar, raspar etc?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Inpedendente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO

ARRUMAR

Pergunte: Você/ele consegue arrumar um espaço (casa, quarto etc), organizar e limpar?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Inpedendente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO

PREPARAR

Pergunte: Você/ele consegue preparar uma refeição (planejar, organizar e executar)?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Inpedendente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO



COMPRAR

Pergunte: Você/ele consegue planejar e fazer compras (escolher o que deseja e levar para casa)?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Independente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO

COMER

Pergunte: Você/ele consegue selecionar, cortar e levar até a boca os alimentos que vai comer?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Independente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO

VESTIR

Pergunte: Você/ele consegue colocar e tirar suas roupas e escolher conforme a ocasião ou clima?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Independente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO

CONDUZIR

Pergunte: Você/ele consegue conduzir um dispositivo móvel (carro, bicicleta etc)?

Observe: necessidade de auxílio ou uso de apoios pelo usuário, queixas e reclamações.

- ☐ Independente (não precisa de auxílio e não utiliza apoios)
- ☐ Semi dependente (necessita auxílio para algumas atividades)
- ☐ Dependente (não consegue realizar a atividade sem auxílio)

OBSERVAÇÃO

ANOTAÇÕES

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

REGISTROS



Caso o projeto em desenvolvimento seja de um produto existente, faça registros do mesmo ou de seu similar, conforme sugestões abaixo:

- ☐  Vista frontal do produto
- ☐  Vista lateral do produto
- ☐  Vista superior do produto



Realize os registros do usuário direto do produto, com ou sem o uso do produto ou similar, registre tudo que considerar relevante ao projeto, como sugestões:

- ☐  Corpo inteiro (frontal e lateral)
- ☐  Membros envolvidos (superiores e/ou inferiores)
- ☐  Utilizando o produto (se houver)



Registre os ambientes de uso do produto e se atente para possíveis barreiras que podem afetar no uso do produto ou no desempenho do usuário, como por exemplo:

- ☐ 📷 Locais de uso do produto (áreas internas e/ou externas)
- ☐ 📷 Barreiras (limpeza do local, organização)
- ☐ 📷 Revestimentos e pisos / presença de apoios e suportes no ambiente

Desenvolvimento:

Ma. Rosimeri Franck Pichler
(doutoranda)

Profa. Dra. Giselle S. A. D. Merino
(orientadora)

**Núcleo de Gestão de Design e
Laboratório de Design e Usabilidade**
coordenado pelo Prof. Dr. Eugenio A. D. Merino

ngd.ufsc@gmail.com - (+55) 48 3721-6403
@nglddu.ufsc



Núcleo de
Gestão de Design
Laboratório de
Design e Usabilidade

