

ENFOQUE DA TERAPIA OCUPACIONAL NOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS E PSICOMOTORES DOS CEGOS.

WANIRA SCILLA DI DOMENICO *

Krech e Crutchfield afirma que 'cada homem vive em seu proprio mundo'. Este mundo é constituído por todas as suas experiências interiores, isto é, o que percebe, sente, pensa e imagina e como se relaciona com elementos externos a ele. Esta afirmação é válida tanto para o individuo vidente quanto para o cego.

O cego e o vidente irão perceber o mundo de formas diferentes e terão comportamentos diferenciados e seus relacionamentos com o mundo exterior serão particularizados.

O principal elemento para que se efetive o relacionamento do ser com o meio ambiente é a percepção.

A percepção é o processo cognoscitivo pelo qual o individuo toma consciência dos objetos, acontecimentos ou situações concreta e presentes da realidade circundante. Perceber é conhecer, através dos sentidos, objetos e situações. O ato implica, como condição necessária, a proximidade do objeto no tempo e no espaço, bem como a possibilidade de se lhe ter acesso direto ou imediato. Objetos distantes no tempo não podem ser percebidos. Podem ser evocados ou imaginados. Podem ser, ainda, pensados. De qualquer forma fica excluída a possibilidade de serem percebidos. Também não podem ser percebidos objetos distantes no espaço quando ultrapassados os limites operacionais dos órgãos receptores ou quando obstruídos por barreiras.

A percepção ocorre em função dos estímulos físicos e da relação entre eles. Estes estímulos irão impressionar os olhos, o nariz, a língua, a pele isto é, cada campo sensorial. Mas a percepção que o individuo terá dos elementos do ambiente não depende somente do aparelhamento sensorial, mas também da integração de todos os sentidos e da sua personalidade.

A personalidade, como sabemos, é determinada por fatores congênitos, hereditários e influências sócio-culturais. Assim, cada individuo terá tendências e preferências particulares ao se relacionar com o meio exterior.

* Terapeuta ocupacional Clínica Pueri. R. Arthur Azevedo 1669. São Paulo.

A percepção que um indivíduo terá do mundo, não dependerá somente da qualidade de seus aparelhos sensoriais mas, também, de seus motivos, emoções e predisposições.

Por isso, a vivência e as emoções podem predispor para a percepção.

A pessoa reage perceptualmente em relação direta ao seu estado emocional: se sente medo, objetos neutros transformam-se em perigosos.

Desta forma conclui-se que o indivíduo vai conhecendo o mundo e ao mesmo tempo vai se relacionando com ele, num processo dinâmico.

A linguagem aparece como meio de ligação com o ambiente. Da interação das percepções e dos motivos das percepções auditivas e visuais, dependerão o bom entendimento dos simbolismos da linguagem. O outro elo de ligação e o relacionamento com o mundo exterior é o desempenho motor. Os movimentos que o ser humano faz, sensações e percepções proprioceptivas e exteroceptivas irão contribuir para uma melhora na motricidade geral e portanto no contato com o mundo espacial e temporal.

Os deficientes sensoriais e em particular, os cegos, mantêm um contato falho com o mundo exterior. No caso dos cegos, seus contatos são sempre efetivados através de todos os sentidos, menos um, a visão.

Em geral, os sentidos remanescentes encontram-se pouco explorados e pouco desenvolvidos. Isto é marcante no caso de cegueira congênita. Além da falta de visão, a rejeição e a superproteção familiar e social contribuem, a maior parte das vezes, para determinar que o cego congênito não se esforce para explorar o mundo e impedem com isto que ele ponha em funcionamento seus sentidos remanescentes. As predisposições e prontidões do cego congênito estão intimamente ligadas a esta problemática. A família o bloqueia desde muito cedo, impedindo-o de experimentar e vivenciar situações novas. Aí se iniciam as dificuldades que com o transcorrer dos meses passarão a ser cada vez maiores. O bebê cego, no início não tem consciência da falta de visão. Como o bebê vidente, ele também não sabe como deverá se comportar para conhecer o mundo. Após a interação de algumas percepções, ele se sente impelido a descobrir o mundo. Na maioria das vezes é barrado. Bloqueado, passa a não vivenciar experiências que iriam enriquecer suas percepções, seu mundo, sua personalidade. Não pode procurar objetos, senti-los, cheirá-los, colocá-los na boca, engatinhar ou andar. Obrigam-no a ficar passivo a espera de alguém que lhe de algum objeto. Não pode procurar o que mais lhe agrada e assim começa a defasagem, em relação ao desenvolvimento normal. Esta defasagem aumenta a cada dia, criando problemas para ele e ao seu redor. Surgem os problemas relacionados com a personalidade, com a motricidade e com as áreas psicomotoras.

O bebê, não experimentando situações novas, não explora seus sentidos, não estrutura sua coordenação motora. Não se movimentando, não sente seu próprio corpo e não o relaciona com o espaço e o tempo. O esquema corporal, fator tão importante para o relacionamento eu-mundo, não

se estrutura perfeitamente, o que torna ao cego, difícil, ter uma noção e uma imagem de seu próprio corpo.

O quadro que temos de um cego congênito, não tratado, é o de um indivíduo desajustado. Vai vivendo num certo isolamento, que lhe é imposto. Esse isolamento vai determinando, cada vez mais, uma inadequação sócio-cultural, bloqueio mental, psicomotor e afetivo.

Quando nos propomos a efetuar o tratamento precoce do bebê cego, temos em vista evitar que este quadro se forme e se desenvolva. Exploramos as áreas da linguagem e promovemos o desenvolvimento psicomotor, estimulamos as percepções para que se estabeleça a ligação entre o eu e o mundo. Estas são as áreas que precisam ser estimuladas durante um tratamento de habilitação ou de reabilitação. Estas estimulações devem se iniciar o mais precocemente possível.

O planejamento das atividades é individualizado. O tratamento é dividido em programas e etapas. As etapas devem ser vencidas pelo paciente, sucessivamente. Várias atividades são planejadas no sentido de se buscar o desenvolvimento e a melhoria das percepções do paciente, tendo-se em vista, a fortificação da estruturação de seu esquema corporal. É absolutamente necessário que a abordagem desse tratamento seja feita, visando-se à realidade de cada indivíduo.

A primeira fase deste tratamento é a mais difícil. Procura-se estabelecer o contato entre o paciente e o terapeuta ocupacional. É um período difícil e a maior parte das vezes longo, porque o paciente na maioria das vezes rejeita este contato. Trava-se uma luta para tirá-lo do isolamento e trazê-lo para a realidade do mundo. Desta primeira fase dependerá, em grande parte, o sucesso ou insucesso do tratamento.

Outras fases virão a seguir:

— Estimulação do aparelho vestibular — com a estimulação do aparelho vestibular pretende-se torná-lo receptível e ao mesmo tempo evitar-se a auto-estimulação que passará mais tarde a ser maneirismos.

— Estimulações sensoriais — estimulando-se o olfato, o paladar e o tato procura-se ampliar suas recepções perceptivas e cognitivas.

— Estimulações e treino psicomotor — procura-se melhorar as condições corporais educando-se os movimentos, utilizando-os em todas as suas formas em relação aos equilíbrios estático e dinâmico, a marcha e a postura.

Paralelamente ao atendimento prestado ao paciente, orientamos sua família. A estrutura familiar encontra-se via de regra abalada. Os membros da família não sabem comumente, que atitude devem tomar diante da cegueira e diante do indivíduo cego. Faz-se portanto urgente essa orientação que será dirigida aos pais e irmãos do paciente.

Fazemos, inicialmente, o levantamento dos problemas, através de inventários, em visitas domiciliares. Procuramos, em seguida orientar a fa-

mília promovendo reuniões para discussão e análise dos vários pontos que a afligem.

Esta orientação tem ajudado a família a se sentir mais segura e com melhores meios para aceitar aquele ser cego. E se for seu filho, aceitar que ele exigirá mais tempo, mais paciência do que exigiria se fosse vidente e mais do que tudo exige, sua educação, maior imaginação por parte dos pais.

Desta forma, tenta-se diminuir a ansiedade e rejeição por parte da família.

Os níveis ideais de atendimento do portador de cegueira congênita, baseiam-se no que foi acima descrito.

No caso de cegueira adquirida, se ela ocorreu após o primeiro ou segundo ano de vida, sente-se já nessa época uma diferença grande nos padrões motores, nas percepções, no relacionamento com o mundo e na própria postura e imagem corporal. Esses poucos anos de visão muito significaram para o desenvolvimento da estrutura mental. Tudo que a criança reteve através da visão, nesses primeiros anos de vida, muito vem colaborar num processo de tratamento.

Num atendimento de um caso nas condições citadas a terapia ocupacional estaria também atuando em nível de habilitação.

Se considerarmos que a cegueira ocorre principalmente nos primeiros anos de vida, mas que também é grande sua incidência durante a idade adulta e velhice, devemos também ressaltar o enfoque da terapia ocupacional nesses casos.

O tratamento é essencialmente em nível reabilitacional, levando o paciente a restauração máxima de suas condições e capacidades gerais.

O atendimento é voltado a indivíduos já maduros neurologicamente, com personalidade, sociabilidade e níveis de atuação profissional, já definidas.

Após a tomada de consciência da cegueira, pelo indivíduo, todas as suas capacidades físicas, mentais e sócio-profissionais tendem a um rebaixamento muito grande. O indivíduo que perde a visão, sente-se inseguro, voltado para si mesmo, preocupado com seu futuro. O paciente fica impedido de continuar sua atuação profissional. Sua independência pessoal, fica prejudicada principalmente em três aspectos: a locomoção, a comunicação escrita e nos hábitos da vida diária.

O trabalho do terapeuta ocupacional passará então a limitar-se a essas áreas mais prejudicadas e ao apoio psicológico, direto ao paciente, incentivando-o e encorajando-o para que se dê a aceitação da cegueira.

O paciente deve aceitar suas dificuldades e através de técnicas especiais, voltar a aprender muitos hábitos que já se encontravam em nível de automatização mas que se desestruturaram com a perda da visão.

O paciente receberá treinamento sensorial e psicomotor e só após, iniciará o treino para locomover-se independentemente. O treinamento e a alfabetização no método Braille poderá vir concomitantemente ao treinamento de locomoção.

Ao final um processo de Reabilitação é coroado com a volta do paciente à atividade profissional.

Qualquer que seja o caso em atendimento seja o paciente cego congênito ou adquirido, criança ou adulto, a terapia ocupacional irá propiciar em seu atendimento principalmente o ajustamento à deficiência e à compensação das falhas adquiridas ou determinadas por ela.

Durante o período de terapia e no próprio lar, após orientação, o paciente vai sentindo-se seguro e aceito. Somente a partir dessa aceitação virá a conscientização das reais dificuldades que a cegueira acarreta no relacionamento consigo mesmo, e na vida familiar, social e profissional.

Por mais que se treine e se explore o cego, nenhuma terapia irá torná-lo um ser normal. A terapia ocupacional dará sim, condições de o cego viver normalmente e de enfrentar a luta contra a rejeição e superproteção dos videntes.

RESUMO

O artigo aborda aspectos do relacionamento do homem com o mundo exterior, por que meios ocorre tal relacionamento e a desvantagem em que se encontra o cego congênito, tanto no seu desenvolvimento quanto no relacionamento familiar e social.

Demonstra as técnicas usadas em Terapia ocupacional para cegos congênitos atendidos durante a primeira infância, salientando a orientação familiar como medida terapêutica. É abordado, também, o atendimento a portadores de cegueira adquirida.

A autora ressalta os maiores problemas decorrentes da não aceitação da cegueira e a necessidade desta aceitação, para um bom desenvolvimento do tratamento.

SUMMARY

The article examines aspects of a man's relationship with his environment, by what means this relationship occurs and the disadvantageous position in which the congenitally blind finds himself, both in his development and in his family and social relationships.

It shows the techniques used in occupational therapy for the congenitally blind treated from early infancy, stressing orientation of the family as a therapeutic measure. The treatment of those who become blind is also touched on.

The author points out the major problems arising from the non-acceptance of blindness and the necessity of acceptance for good development of treatment.