

## HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DO DEFICIENTE VISUAL.

WANIRA SCILLA DI DOMENICO \*

O tratamento de reabilitação do deficiente visual é longo e tem sido desenvolvido em vários países, com pleno sucesso.

Aqui, através da Terapia Ocupacional, temos habilitado e reabilitado crianças e adolescentes cegos.

Para relatar toda nossa experiência, julgamos ser de maior validade, dividirmos o assunto Habilitação e Reabilitação do Deficiente Visual, em 3 (três) aspectos que serão apresentados separadamente.

- Terapia Ocupacional com deficientes visuais.
- Enfoque da Terapia Ocupacional nos problemas psicológicos e psicomotores dos cegos.
- Estudo de caso.

Terapia Ocupacional com deficientes visuais.

A Reabilitação é um ramo recente da medicina. Praticamente, surgiu após a 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial.

Se, nos primórdios da sociedade organizada, a Medicina buscava curar as doenças, hoje ela procura, além da cura, a prevenção das doenças e a reintegração dos pacientes na sociedade.

A reintegração dos pacientes na sociedade, constitui o ideal da Reabilitação.

No processo da Reabilitação a Terapia Ocupacional é de suma importância.

O Terapeuta Ocupacional, profissional para-médico que utiliza como meio de tratamento as relações interpessoais e atividades manuais, industriais, estéticas e da vida diária, inseridas dentro de um contexto terapêutico, visa, trabalhando em conjunto com outros profissionais das áreas médicas e paramédicas, contribuir para a recuperação da função, a utilização funcional das capacidades residuais e para a adequação a condutas socialmente aceitas, a fim de que os pacientes com afecções anatomo-funcionais e/ou mentais, venham a adquirir a máxima independência e integração social e no trabalho.

Trataremos neste trabalho, somente da Terapia Ocupacional aplicada à população de deficientes visuais.

Uma vez, tendo o médico oftalmologista diagnosticado a cegueira, congênita ou não, deve o paciente contar com o trabalho do terapeuta ocupacional, que poderá, dependendo do caso, promover a habilitação ou reabilitação do paciente cego.

---

\* Terapeuta ocupacional da Clínica Pueri — Rua Artur Azevedo 1669, SP.

É bastante importante que haja o elo de ligação natural entre as duas fases — curativa e de reabilitação e que esta última venha como continuidade do tratamento oftalmológico. O oftalmologista, em lugar de por 1 (um) ponto final no caso do paciente, orienta que este deve procurar outros profissionais que irão continuar o tratamento da pessoa e não da cegueira.

De acordo com os trabalhos de B. F. Skinner, no campo da Psicologia do Comportamento, a aprendizagem se desenvolve através do trinômio: estímulo, resposta, reforço.

De todos os estímulos recebidos, o visual parece ser o mais importante, pois permite a identificação pela forma, contorno e cor, permitindo a fixação das imagens do mundo exterior, na memória.

O próprio controle postural do corpo, depende do controle postural dos olhos e da cabeça.

O desenvolvimento neuropsicomotor está estreitamente ligado às informações que nos chegam através do sentido da visão.

A noção de espaço, a colocação de si próprio e dos objetos neste espaço, a noção de esquema corporal, a noção da relação espaço-tempo, dependem em grande parte do sentido da visão e estas estruturas se desenvolvem lentamente, bastando lembrar que o bebê, inicialmente, tem seu campo visual limitado pela sua postura que é determinada pelo reflexo tônico-cervical. Conforme a maturidade neurológica vai se efetivando, este campo visual que era de 90°, aumenta, passando a 180°, na medida em que a criança vai adquirindo uma posição simétrica, conseguindo manter a cabeça na linha média do corpo. A partir daí, pode ter uma noção ampla e geral do espaço que o cerca.

O bebê cego, nos primeiros dias de vida, é igual ao bebê vidente, quanto à visão, porque, nesta época, ambos não a utilizam.

Ainda no 1.º mês de vida, o bebê vidente já reage aos estímulos luminosos, virando a cabeça em direção à luz.

Quanto ao bebê cego, observa-se que ele não sustenta a cabeça por muito tempo, por falta de estímulo para isto. Não eleva as mãos para pegar ou balançar brinquedos que se acham pendurados, porque não os enxerga. A criança cega, em geral, não engatinha, demorando mais que as crianças videntes para sentar-se ou andar, e a linguagem evolui mais lentamente. No princípio, estas diferenças evolutivas não são muito marcantes, porém, mais tarde, se acentuam, provocando distúrbios psicomotores e psicológicos, pois a criança, tendo dificuldades em contatar com o mundo exterior, passa a viver intensamente seu mundo interior, repleto de fantasias.

Partindo da comparação entre o desenvolvimento da criança cega, e em especial do cego congênito, com o da criança vidente, elaboramos um plano de atendimento do deficiente visual através da Terapia Ocupacional. Para se iniciar o tratamento, necessitamos de uma avaliação geral da criança, para o que se recorre a uma equipe de profissionais nas áreas da oftalmologia, neurologia e psicologia.

É necessário, para que se possa prescrever o tratamento, conhecer toda a problemática da criança, incluindo seu desenvolvimento geral e psicomotor.

Nesta avaliação, tem relevante importância o exame oftalmológico, pois é baseado num diagnóstico perfeito e num possível prognóstico quanto à possibilidade de recuperação da visão que prescreveremos o tratamento. Para uma orientação segura, precisamos saber qual o grau de visão e a evolução do quadro oftalmológico e se a perda total da visão é definitiva.

Em grande número de casos, constata-se que através do exame neurológico, complementado pelo EEG, evidencia-se o problema da dupla deficiência, ou seja: cegueira e retardo psicomotor; cegueira e disfunção cerebral do tipo PC ou síndrome de Lenox.

Através de entrevistas e laudos psicológicos, encontram-se em todos os casos problemas psicológicos, alguns evidenciando problemas psicossomáticos. Entre eles, a problemática mais comum se refere ao relacionamento criança-família e criança-sociedade. Estes dois aspectos do relacionamento são prejudicados pela rejeição ou superproteção familiar ou social, envolvendo de tal forma a criança que esta passa a ter vida interior muito intensa, isolando-se do ambiente externo.

Estes aspectos de ordem psicológicos, passam a determinar uma estrutura de personalidade condizente com este quadro, provocando problemas de ordem psicomotora e social. As deficiências psicomotoras, quando não decorrentes de um quadro lesional neurológico, refletem a inadaptação vivencial da criança. O isolamento que mantém do mundo exterior é responsável por maneirismos e anopsias do tipo balanceio do dorso, movimentos repetidos de girar em torno de si mesmo, movimentos faciais, movimentos de pressionar os olhos com os dedos, etc.

Todos os dados relacionados com uma rotina de vida, mostrarão ao terapeuta ocupacional, exatamente, por qual área deverá iniciar o tratamento.

Quando se trata de um bebê, segue-se a escala de desenvolvimento normal, tendo-se a precaução de não omitir nenhuma fase, nem estimular nenhuma fase antes do tempo devido.

O tratamento é baseado, principalmente, no conhecimento que a criança deve ter de si mesma e de aspectos do mundo e se fundamenta em uma exploração sensorial.

A exploração sensorial é conseguida por intermédio de exercícios apropriados para a idade da criança. Usamos o reforço, para aumentar a frequência da resposta correta.

A exploração dos sentidos, a educação dos movimentos corporais da postura e da mobilidade, irão permitir que mais tarde se inicie uma orientação para controle e desempenho das atividades da vida diária, isto é, controle de esfínteres, hábitos higiênicos, comer e beber, vestir e despir, etc.

O aprimoramento do sentido do tato é de especial interesse para o cego. É preciso estimular a curiosidade da criança cega para que ela explore o mundo com as mãos. A exploração da audição também irá auxiliá-la a substituir a visão. Procuramos estabelecer a relação som-objeto e objeto-tato, ou seja, a identificação dos objetos através dos sons que eles emitem ou através das sensações táteis que eles provocam.

Quando este aprimoramento sensorial se estabelece, passamos a solicitar áreas mais profundas e mais maduras. Trabalhamos, então, sobre estruturas psicomotoras, transmitindo noções de espaço e tempo, desenvolvendo e aprimorando as percepções ligadas à forma, tamanho, textura, massa, temperatura, etc.

Esses treinamentos e explorações sensoriais, permitirão que a criança esteja pronta para a alfabetização e nesta fase, atividades específicas ligadas ao tato, movimentos finos das pequenas articulações, prepararão a criança para o manejo da reglete e do cubarítimo, para a introdução no processo de alfabetização no método Braille.

#### RESUMO

O artigo aborda o tema Reabilitação, destacando o papel da Terapia Ocupacional dentro do contexto geral.

O enfoque principal do artigo é sobre a estimulação precoce que deve receber a criança deficiente visual particularmente o cego congênito. Seguindo um critério de observação do deficiente visual, comparando com os padrões normais, tem-se uma avaliação de seu quadro de desenvolvimento nas áreas social, emocional, linguagem, atenção, percepção e motricidade.

Baseado nessa avaliação, prescreve-se o tratamento de Terapia Ocupacional que deverá iniciar-se o mais precocemente possível.

A Terapia Ocupacional, com deficientes visuais, pode atuar como tratamento habilitador ou reabilitador: Explora os sentidos remanescentes, explora e treina movimentos corporais e postura, prepara a criança para se tornar independente nos seus hábitos da vida diária; dá condições à criança para que ela possa relacionar-se com o mundo, em lugar de viver em constante isolamento social, e ao fim dessa primeira etapa do tratamento, prepara a criança para iniciar a alfabetização no sentido método Braille, para mais tarde ingressar numa escola comum.

#### SUMMARY

The article deals with the question of Rehabilitation and in particular with the role of Occupational Therapy. Emphasis is placed on the importance of early stimulation of the visually handicapped especially those born blind.

An evaluation of the stage of development of the child is made by observation and comparison with normal patterns. The evaluation is based on social habits, emotional patterns, use of language, attention, perception and motor development. Treatment of Occupational Therapy is prescribed based on this and should be started as early as possible.

Occupational therapy with the visually handicapped can be used either as treatment for habilitation or rehabilitation. It makes full use of the remaining senses, uses and trains corporal movements and posture; prepares the child for independence in activities of daily living; creates opportunities for relationships with the outside world instead of leaving the child in constant social isolation; and towards the end of this first stage of treatment, prepares the child for the use of braille, so that he can later join a school for normal children.